

**Revista de
Ciência & Tecnologia**

UNIG
UNIVERSIDADE IGUAÇU

Vol. 13. N. 1. 2013
ISSN 1519-8022

REVISTA DE CIÊNCIA & TECNOLOGIA

A revista tecnológica da UNIG

Editor Chefe

Marco Antônio Alves Azizi

Editor Assistente

Ricardo de Mattos Russo Rafael

Revisores Ad-Hoc

Adriana Degrossoli, IOC/FIOCRUZ
Alcina Frederica Nicol, IOC/FIOCRUZ
André Luis Almeida Souza, FIOCRUZ
Antônio Filipe Falcão de Montalvão, UNIG
Antonio Neres Norberg, UNIG
Bruna Oliveira e Carvalho, FIOCRUZ
Camilla Ramalho Duarte, UNIG
Carlos Henrique Medeiros de Souza - UENF
Clélia Christina Corrêa de Mello Silva, IOC/ FIOCRUZ
Edwin Almerto Pile Maure – INIDA/Cabo Verde
Fabiano Gerra Santos – FAMESC
Francisco Antônio Caldas Andrade Pinto, UNIG
Gilberto Sales Gazeta - FIOCRUZ
Gilda Maria Sales Barbosa, UNIG
Jeison Saturnino de Oliveira, UFS
Jerônimo Alencar – FIOCRUZ
José Tadeu Madeira de Oliveira,, UNIG
Luís Guilherme Barbosa, UNIG
Marcos Barbosa de Souza – FIOCRUZ
Mauro Célio de Almeida Marzochi – FIOCRUZ
Miguel Angel Aguilar Uriarte - UAA
Nicolau Maués Serra Freire - FIOCRUZ
Paulo Fernando Neves Rodrigues, FAU/UFRJ
Raimundo Wilson de Carvalho – FIOCRUZ

REVISTA DE CIÊNCIA & TECNOLOGIA / Universidade Iguazu, v.13, no1 (Junho 2013). Nova Iguazu - Rio de Janeiro: Gráfica Universitária, 2013.

Semestral: ISSN 1519-8022

1. Ciências Exatas e Tecnológicas – Periódicos. I. Universidade Iguazu

REVISTA DE CIÊNCIA & TECNOLOGIA

A revista tecnológica da UNIG

Objetivo e Escopo

REVISTA DE CIÊNCIA & TECNOLOGIA é uma publicação de distribuição gratuita, editada semestralmente pela Universidade Iguazu, com o objetivo de divulgar trabalhos científicos inéditos e artigos de revisão, cobrindo temas das diversas áreas de ensino e pesquisa da Universidade Iguazu.

Informações para submissão de artigos

Os interessados em submeter artigos para publicação deverão enviá-los ao endereço abaixo, em duas cópias, impressas em papel formato A4 (impresso somente de um lado da folha), coluna única, com espaçamento simples e letra Times New Roman tamanho 12, acompanhadas dos respectivos arquivos eletrônicos (e-mail ou CD), contendo o texto editado em Microsoft Word, figuras e tabelas necessárias. Com o intuito de agilizar a edição, recomenda-se que as figuras e tabelas sejam embutidas no texto já em suas respectivas posições. A primeira folha deve conter o título do trabalho, nomes e endereços completos dos autores e um resumo de, no máximo, 250 palavras. O corpo do trabalho deve ser subdividido em seções numeradas com algarismos arábicos. As referências devem ser numeradas em ordem de citação no corpo do texto. No final deve constar o resumo na língua inglesa com as palavras chave. O artigo completo não deve exceder 15 páginas, incluindo figuras e tabelas. **Destaca-se que a equipe editorial está em processo de revisão das normas para submissão de artigos e que em breve divulgará no site da Universidade o manual instrutivo para novas submissões.**

Revisão dos artigos

Todos os artigos serão revisados por especialistas, revisores Ad-Hoc associados a revista, ou, caso haja necessidade, revisores externos serão convidados. Neste caso, os nomes de tais revisores serão informados nos respectivos exemplares. No caso da aceitação do artigo estará condicionada às considerações feitas pelos revisores, estas serão repassadas ao autor para que o próprio faça as devidas modificações no artigo, reenviando-o para o corpo editorial. Após aceitação ou não do trabalho, os autores serão notificados. O material enviado para revisão não será, em hipótese alguma, retornado ao autor.

Endereço para submissão de artigos

Os artigos devem ser submetidos para:

Marco Antônio Alvez Azizi

UNIVERSIDADE IGUAÇU

Av. Abílio Augusto Távora 2134, Nova Iguazu, RJ

E-mail: revistacienciaetecnologia@unig.br

EXPEDIENTE

Chanceler

Dr. Fábio Raunheitti – *in memorian*

Presidente da Mantenedora

Dr. Hélio Joaquim de Souza

Reitor

Profº. André Nascimento Monteiro

Pró-Reitor Administrativo

Dr. José Carlos de Melo

Coordenação de Pós-Graduação e Pesquisa

Profa. Tarcila Fonseca Huguenin

Diretor Geral do Campus V - Itaperuna

Profo. Roger Leite Soares

Secretária Geral

Adilene Costa das Neves



Universidade Iguaçu
Av. Abílio Augusto Távora, 2134 – CEP 26.260-000
Nova Iguaçu – RJ – Brasil – Tel.: 2666-2001
www.unig.br

SUMÁRIO

EDITORIAL

- A teoria, a prática e a busca pelo “novo” profissional.....6**
Ricardo de Mattos Russo Rafael

ARTIGOS ORIGINAIS

- Absenteísmo às consultas do Centro de Especialidades Odontológicas de Nova Iguaçu7**
Leonardo Alexandre Fernandes, Paulo César Ribeiro, Simone Loyola, Agostinho Cezário Cortes Azevedo, Marcus Heleno Borge Ribeiro

- Acompanhantes durante o parto: saberes e práticas da enfermeira.....17**
Andreia de Oliveira Braga, Ângela Suely Silva da Costa, Renata Dionizio, Neuza Maria de Azevedo, Roberto Santos de Oliveira, Rosane Figueiredo Neves

- Ocorrência de *Staphylococcus aureus* coagulase positiva em queijos minas frescal comercializados na Região Metropolitana do Rio de Janeiro24**
Fabiano Lacerda Carvalho, Luciane Alves de Oliveira, Antonio Neres Norberg, João dos Santos Gonçalves, Fabiana Souza Pugliese

- Dengue no Brasil - do contágio ao tratamento: uma breve revisão bibliográfica.....31**
Leonardo Guimarães de Andrade, Aline Figueira Lira, Claudia de Oliveira Passos, Daniel Rosa da Silva, Fabiana de Sousa Pugliese, Michel Santos da Silva, Thaianne dos Santos Alves, Ludmila Silva dos Santos Lima

- Modelo de Crenças em Saúde: um estudo sobre a utilização dos serviços de rastreio de lesões precursoras do câncer do colo uterino37**
Ricardo de Mattos Russo Rafael, Anna Tereza Miranda Soares de Moura, Cecília Lopez Santos, Michelly Aparecida Custódio Amaral, Vander Oliveira da Silva

- Sistematização do cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca...46**
Marcelo Barbosa da Silva Júnior, Monica Braga Forte, Noel Moares de Souza, Sandra Maria de Oliveira Caixeiro Brandão, Roberto Santos de Oliveira

- Fauna flebotomínica em duas aldeias indígenas Guarani do município de Parati, Rio de Janeiro, Brasil.....54**
Gilda Maria Sales Barbosa, Mauro Célio de Almeida Marzochi, Raimundo Wilson de Carvalho, Rafaela dos Santos Alonso, Shênia Patricia Corrêa Novo, Marcos Barbosa de Souza

EDITORIAL**A TEORIA, A PRÁTICA E A BUSCA PELO “NOVO” PROFISSIONAL**

Ricardo de Mattos Russo Rafael

Em uma sociedade cada vez mais competitiva é fácil perceber a necessidade de incorporar novos saberes à prática profissional. Do funcionário disciplinado, passivo e submisso, selecionado no passado, passa-se a busca pelo crítico, pró-ativo e com capacidade de liderança interativa. Do mesmo modo que o mercado requer a especialidade como meta a ser perseguida em quase todas as carreiras, exige-se a permanência de características da formação generalista associada ao trabalho. Logo, com estes pré-requisitos o ato de pesquisar torna-se um atributo essencial ao novo profissional, somando-se a difícil tarefa de aplicar os resultados destas pesquisas no cotidiano da vida.

No entanto, é comum ouvir discursos que colocam a teoria e a prática em lados opostos e que competem entre si. De um lado o entendimento acadêmico da teoria como um conjunto de saberes adquiridos por rigorosos métodos científicos e a visão da prática como empírica, experimental e, muitas vezes, desqualificada. Do outro, o entendimento dos profissionais, que já inseridos no mercado de trabalho, acabam por reproduzir a ideia da teoria como abstrata e não aplicável. Mas, questiona-se: seriam estes dois constructos tão dicotômicos?

Parece imperioso refletir que o novo profissional deve ser pesquisador da sua própria prática. Neste sentido, se a prática diverge dos processos teóricos, talvez seja necessário retomar a teoria e melhor fundamentar os conceitos apreendidos. Por fim, depreende-se o entendimento dos diversos textos da Educação que as verdades científicas são mutáveis e, por isso, carecem de permanentes questionamentos, a fim de que a produção do conhecimento se aproxime constantemente das diversas realidades sociais que se inserem as profissões.

ABSENTEÍSMO ÀS CONSULTAS DO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE NOVA IGUAÇU

Leonardo Alexandre Fernandes¹, Paulo César Ribeiro², Simone Loyola³,
Agostinho Cezário Cortes Azevedo³, Marcus Heleno Borge Ribeiro³

¹Formando do Curso de Odontologia da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Iguazu.

²Coordenador e Docente do Curso de Odontologia da Faculdade de Ciências Biológicas
e de Saúde da Universidade Iguazu.

³ Docentes do Curso de Odontologia da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Iguazu.

Resumo

Traçar um perfil socioeconômico e conhecer o índice de pacientes absenteístas as consultas do Centro de Especialidades Odontológicas de Nova Iguaçu. O presente estudo é uma pesquisa descritiva de caráter quantitativo, onde se utilizou para coleta de dados um questionário com perguntas fechadas. Os sujeitos da pesquisa foram pacientes absenteístas do Centro de Especialidades Odontológicas de Nova Iguaçu, os dados foram tabulados em forma de tabelas e gráficos. Os resultados obtidos mostram que a população estudada, na maioria são mulheres, casadas, com idade entre 15 e 29 anos. Ficou evidente que a falta de recurso financeiro para pagar a condução, seguido de esquecimento da consulta, foram os motivos mais citados para a ausência à consulta agendada, a maioria destes pacientes possuem vínculo empregatício e ensino fundamental completo, em relação ao grau de satisfação a maioria consideram o atendimento bom. Os dados obtidos no presente estudo confirmaram que o fator assiduidade às consultas odontológicas interferem positivamente na saúde bucal dos indivíduos. O Centro de especialidades odontológicas de Nova Iguaçu, de posse destes resultados, terá maiores condições de conhecer o perfil dos pacientes atendidos, e conseqüentemente avaliar e reformular políticas para combater o absenteísmo. Palavras-chaves: Absenteísmo, Paciente e Odontologia.

O absenteísmo ou absentismo é a ausência ou o não comparecimento dos pacientes às consultas e procedimentos agendados. Essa prática resulta em uma utilização precária da equipe clínica e atrasa o período de tempo para o agendamento de uma nova consulta. O absenteísmo dos pacientes às consultas marcadas no serviço público que lhe presta atendimento deve despertar no gestor preocupação e reflexão sobre as razões desencadeantes deste fato. Principalmente, quando se observa que, em termos de saúde, o problema do setor público tem sido justamente a falta de oportunidades para o tratamento. Portanto, não se deve esquecer a questão do abandono do tratamento, o que possivelmente contribuiria com a ineficácia e a insuficiência que necessariamente devem ser avaliados (LEMOS, et. al. 2012)¹.

Uma série de fatores contribuem para cárie dentária ser a patologia bucal que mais afeta a população, podendo-se citar como exemplos, a inadequada realização da higiene bucal; os níveis socioeconômicos e culturais das famílias; o acesso à informação de saúde e ao tratamento odontológico; dentre outros, porém a questão da assiduidade às consultas odontológicas, em outros termos, o retorno periódico do paciente ao ambiente odontológico em consonância com o programa preventivo em que se encontra inserido, tem sido pouco discutido, a assiduidade as consultas odontológicas constitui um fator fundamental para a melhoria dos níveis de saúde bucal do paciente, uma vez que no retorno às

consultas, podem ser reforçados conceitos de prevenção, hábitos de higiene e dieta, além de serem realizadas a profilaxia clínica e aplicação de flúor, de acordo com a necessidade individual (MACHADO, 2010)².

Segundo MACHADO (2010)², em um estudo sobre o perfil sócio econômico dos pacientes e os motivos que os levaram a faltar a consultas odontológicas em um distrito do município do Rio de Janeiro, o principal fator foi o esquecimento do dia marcado para consulta, outros fatores relatados foram: horário inadequado do agendamento, trabalho, estudo e procura por tratamento odontológico particular. O autor sugeriu que a adoção de novas estratégias de agendamento como entrar em contato com o paciente para lembrar a data e horário da consulta ajudaria a minimizar este problema.

Os estudos transversais, também conhecidos como seccionais, de prevalência, inquéritos ou levantamentos epidemiológicos são importantes. Entendendo a avaliação em saúde como uma composição de estrutura, processo e resultado, determinadas dimensões do processo e de parte do resultado só são plenamente abordadas valendo-se de estudos com base populacional. Isso ocorre pelo fato das informações que são obtidas a partir da demanda serem, na maior parte dos casos altamente seletivas ocultando a iniquidade no acesso aos serviços de saúde. É importante destacar os inquéritos domiciliares no aprimoramento da avaliação de resultado, uma vez que permitem a construção de "linhas de base", as quais servirão como parâmetros futuros de comparação. Em muitas situações, dada a precariedade dos sistemas de informação, os inquéritos se constituíam na única fonte de informação de saúde confiável nesses países. A experiência brasileira recente demonstra que, a despeito de estar disponível uma gama diversa de dados

oriundos dos sistemas de informação, persiste a necessidade de coletá-los sobre condições de saúde e uso de serviços, os quais só podem ser gerados por inquéritos populacionais periódicos e a pesquisa sobre fatores de risco com base em inquérito telefônico (RONCALLI et al., 2012)³.

A prática da avaliação nos serviços de saúde deve ser compreendida em duas perspectivas, o tipo mais comum de avaliação de serviços utiliza indicadores gerais de monitoramento do serviço e/ou do sistema, sendo usadas em situações pontuais, buscando gerar ações que garantam a melhoria da qualidade. Por outro lado, pode se recorrer à pesquisa avaliativa, que resulta de um esforço acadêmico que tem por objetivo estudar o desempenho dos serviços e produzir recomendações que orientem soluções para os problemas identificados. Para a área de saúde bucal, além da utilização da avaliação em saúde para tomada de decisão, conseqüentemente reordenamento das políticas, programas e serviços de saúde, outro desafio posto é conjugar essa tarefa ao constante monitoramento dos serviços para melhoria da qualidade, bem como vigilância em saúde bucal (GOES et al., 2012)⁴.

Estudos avaliativos em saúde bucal têm versado sobre: avaliação sobre serviços de atenção básica, particularmente sobre o Programa Saúde da Família (PSF) e o Sistema de Informações Ambulatorial em Saúde (SIA/SUS) e estudos de qualidade de serviços odontológicos, especificamente sob a ótica do usuário. As avaliações sobre serviços de atenção secundária em saúde bucal, particularmente no Brasil, estão em fase incipiente de construção de evidência, sobretudo com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Os CEO têm sido a estratégia da Política Nacional de Saúde Bucal (*Brasil Sorridente*) para garantir a atenção secundária. Tais serviços devem se constituir em unidades de referência para a

Atenção Primária, integrados ao processo de planejamento loco-regional. CEO tipo III (mais de sete cadeiras odontológicas). Devem funcionar 40 horas semanais, sendo o número de profissionais variável em função do tipo de serviço. Atualmente, no Brasil, são mais de 900 CEO implantados. A maioria da proporção de CEO está localizada nas regiões Nordeste e Sudeste (36,7%). Na macrorregião Sudeste, foi encontrado o maior percentual de serviços que cumpriram o indicador (GOES et al., 2012)⁴.

Em uma pesquisa realizada Por GOES et al. (2012)⁴, do total dos CEO analisados, observou-se que na maioria das regiões houve dificuldade no cumprimento das metas relativas à quantidade de procedimentos a serem informados no SIA/SUS. Os CEO tipo III tiveram melhores resultados para o desempenho e cumprimento das metas. A principal contribuição desta pesquisa, além de evidenciar aspectos teóricos e metodológicos da utilização da avaliação da atenção secundária, foi estabelecer que esta estratégia de ação que privilegia a tomada de decisão pela gestão, deve possibilitar relação estreita com vigilância em saúde bucal.

2. Objetivo

Traçar um perfil socioeconômico e conhecer o índice de pacientes absenteístas do Centro de Especialidades Odontológicas de Nova Iguaçu.

3. Metodologia

Este estudo trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter quantitativo, que segundo CERVO E BERVIAN (1996)⁵, a pesquisa descritiva, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los,

busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas. Os dados, por ocorrerem em seu habitat natural, precisam ser coletados e registrados ordenadamente para seu estudo propriamente dito. O estudo descritivo possibilita o desenvolvimento de um nível de análise em que se permite identificar as diferentes formas dos fenômenos, sua ordenação e classificação. Os estudos descritivos dão margem também à explicação das relações de causa e efeito dos fenômenos, ou seja, analisar o papel das variáveis que, de certa maneira, influenciam ou causam o aparecimento dos fenômenos. É um tipo de estudo que permite ao pesquisador a obtenção de uma melhor compreensão do comportamento de diversos fatores e elementos que influenciam determinado fenômeno.

O método quantitativo, conforme o próprio termo indica, significa quantificar opiniões, dados, nas formas de coleta de informações, assim como também o emprego de recursos e técnicas estatísticas desde a mais simples até o uso mais complexo (OLIVEIRA, 2000)⁶.

Os participantes foram selecionados de acordo com as agendas de marcação de consulta, no período de 01 de janeiro a 30 de agosto de 2012, correspondendo um total de 108 pacientes. Para realizar a pesquisa, foi utilizada a estratégia de entrevista por telefone com os usuários escolhidos para a amostragem. Segundo MINAYO (2004)⁷, “a entrevista oferece ao pesquisador dados de duas naturezas: objetivos, concretos ou de nível ecológico ou morfológico; e a subjetivos referem-se às informações do mais profundo da realidade social”.

A autora ainda esclarece que “a entrevista como fonte de informação fornece dados secundários e primários, referentes a fatos, idéias, crenças, maneira de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, maneiras de atuar conduta ou comportamento presente ou futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos, maneiras de atuar ou comportamentos”. TOBAR & YALOUR (2003)⁸, declaram que a “entrevista estruturada implica expor cada informante da amostra aos mesmos estímulos, isto é, fazer exatamente as mesmas perguntas a cada informante”

Foi aplicado um questionário com perguntas fechadas, que foi utilizado para a entrevista.

A análise quantitativa se deu através da análise das tabelas e gráficos a partir dos dados levantados nas perguntas do questionário. De posse do material coletado, ele foi submetido a uma verificação crítica, a fim de detectar falhas ou erros, que conforme OLIVEIRA (2000)⁶, o pesquisador deve fazer um exame detalhado dos dados coletados, pois assim poderá evitar informações confusas, distorcidas e incompletas, que podem prejudicar o resultado da pesquisa.

Segundo OLIVEIRA (2000)⁶, a análise dos dados em forma de tabelas e gráficos possibilita maior facilidade na verificação das inter-relações entre eles. É uma parte do processo técnico de análise estatística, que permite sintetizar os dados de observação conseguida pelas diferentes categorias e representá-los graficamente.

4. Resultados e discussão

Encontramos uma maior porcentagem dos pacientes do sexo feminino (52%), já os do sexo masculino correspondem a (48%).

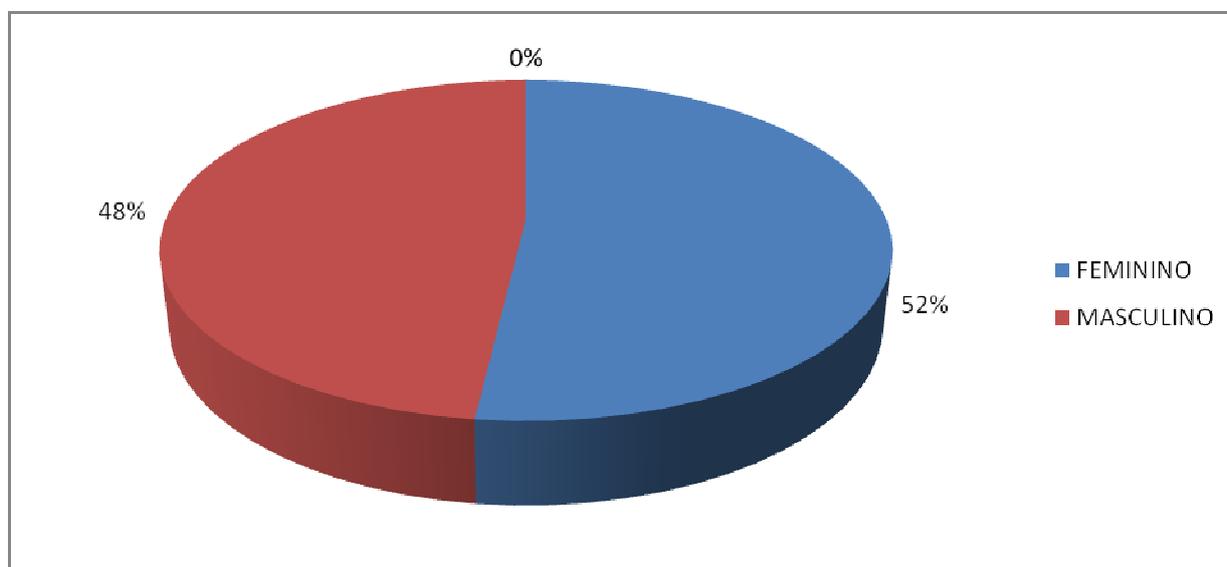


Gráfico 1. Distribuição dos pacientes absenteístas do centro de especialidades Odontológicas de Nova Iguaçu, segundo o sexo:

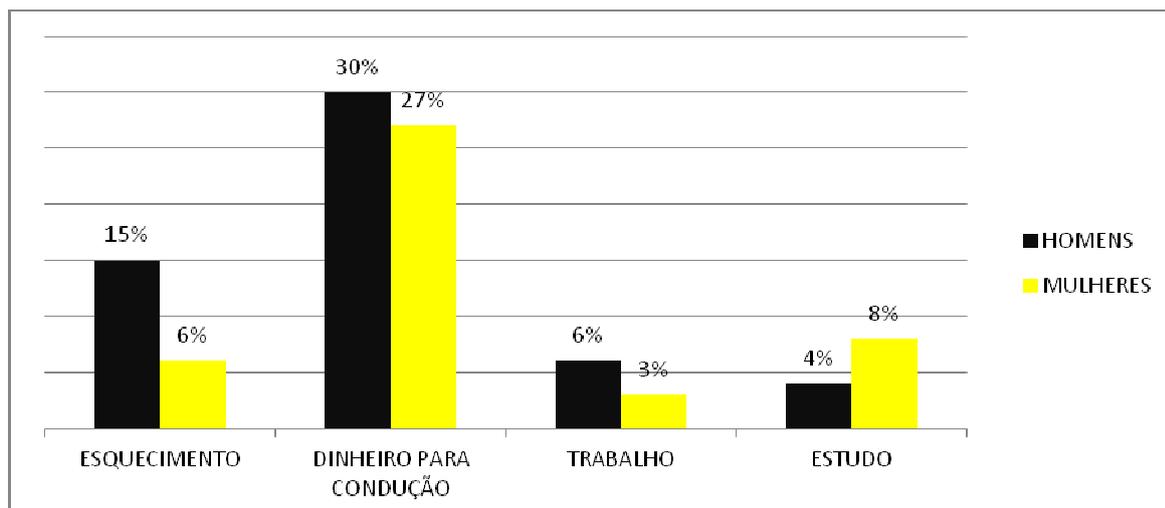


Gráfico 2 .Justificativa de Absenteísmo as consultas dos pacientes do centro de Especialidades Odontológicas de Nova Iguaçu.

Segundo os dados a maioria dos pacientes não compareceu as consultas por falta do dinheiro para pagar a condução 57%, sendo 30% do sexo masculino e 27% do sexo feminino.

	Nº	(%)
Vínculo Empregatício		
Sim	61	56,5
Não	47	43,5
Fonte de Renda		
Própria	28	26
Benefícios	12	11,1
Rendas familiares	37	34,2
Aposentadoria	8	7,4
Vive de doações	23	21,3

Tabela 1 .Fonte de Renda e Vínculo empregatício dos pacientes absenteístas do Centro de Especialidade Odontológicas de Nova Iguaçu.

A maior porcentagem foi a de pacientes que possuem vínculo empregatício 56,5%, enquanto com relação à fonte de renda a maior

porcentagem está entre os pacientes que vivem de rendas familiares 37,2%, seguido de 26% que vivem de renda própria.

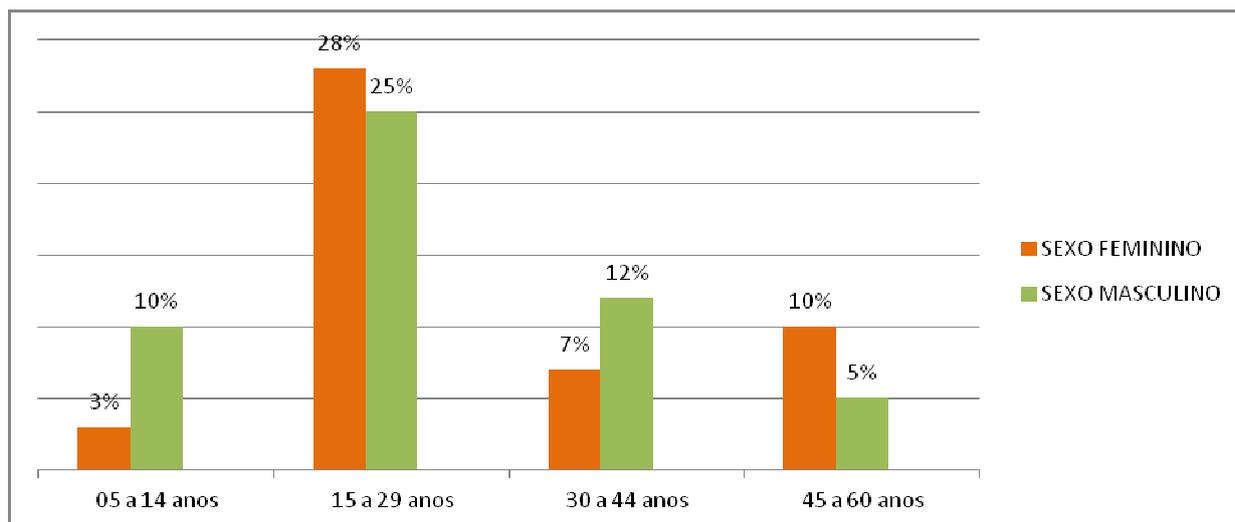


Gráfico 3. Faixa etária dos pacientes absenteistas do Centro de Especialidades Odontológicas de Nova Iguaçu.

Houve predomínio de indivíduos de faixa etária de 15 a 29 anos, correspondente a 53%, sendo o sexo masculino correspondendo a 25% dos pacientes e sexo feminino 28% dos pacientes.

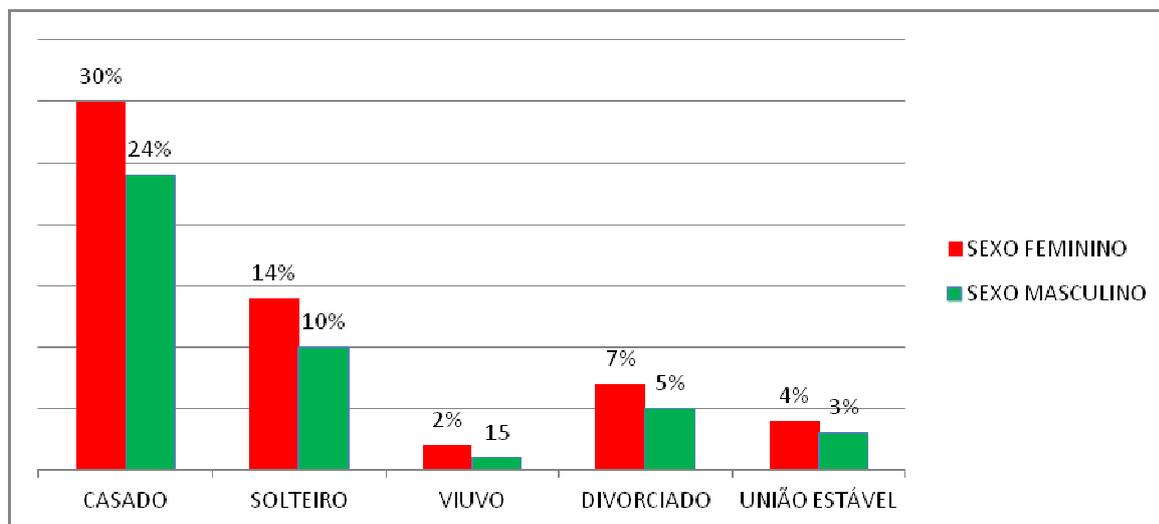


Gráfico 4

Estado Civil dos Pacientes Absenteistas do Centro de Especialidades Odontológicas de Nova Iguaçu.

Conforme análise dos dados pode-se observar que a maioria dos pacientes são casados 54%, sendo 30% do sexo feminino e 24% do sexo masculino, seguido dos pacientes solteiros 24%, sendo 14% do sexo feminino e 10% do sexo masculino.

Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte.

Masculino		Feminino		Total Escolaridade	
Nº	= 52 (%)	Nº	= 56	Nº	= 108 (%)

(%)

Analfabeto	05	4,5	02	1,8	07	6,3
Fundamental Completo	23	21,3	17	15,6	40	36,9
Fundamental Incompleto	11	10,7	07	6,5	18	17,2
Médio Completo	10	9,2	20	18,5	30	27,7
Médio Incompleto	03	2,7	09	8,3	12	11,0
Superior	00	0,0	01	0,9	01	0,9

Tabela 2

Grau de escolaridade dos pacientes absenteistas do Centro de Especialidades Odontológicas de Nova Iguaçu.

Houve maior predomínio dos pacientes com ensino fundamental completo 36,9% sendo 21,3 do sexo masculino e 15,6% do sexo feminino,

podemos observar que foi encontrada uma porcentagem muito baixa de pacientes que possuem o ensino superior 0,9%.

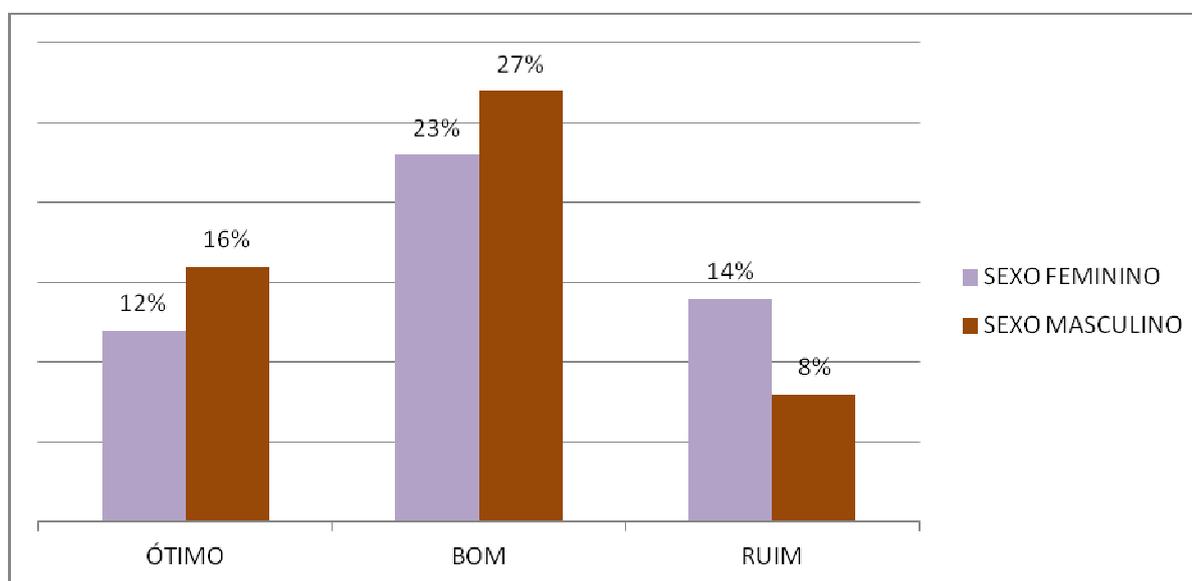


Gráfico 5. Grau de satisfação dos pacientes absenteistas do Centro de Especialidades Odontológicas de Nova Iguaçu.

Segundo os dados a maioria dos pacientes considera o atendimento bom 50%, sendo 27% do sexo feminino e 23% do sexo masculino, já os que acham o atendimento ótimo foram 27% dos pacientes, sendo 16% do sexo masculino e 12% do sexo feminino.

5. Conclusão

De acordo com o estudo realizado, verificou-se que a população estuda apresenta um

predomínio do sexo feminino (52,%). A justificativa de absenteísmo que apresentou maior porcentagem foi à falta de recurso financeiro para pagar a condução (57%), seguido de esquecimento da consulta (21%). A maioria destes pacientes (56,5%) possui vínculo empregatício e (34,2%) vivem de rendas familiares. O grau de escolaridade que obteve maior porcentagem foi o fundamental completo (36,9%), seguido do ensino médio completo (27,7). A faixa etária predominante é de 20 a 29

anos, que corresponde a (53%), sendo o estado civil prevalente o casado (54,%) , em relação ao grau de satisfação, (50%) dos pacientes consideram o atendimento bom, (27%) ótimo e (22%) ruim. Os dados obtidos no presente estudo confirmaram que o fator assiduidade às consultas odontológicas interferem positivamente na saúde bucal dos indivíduos. O Centro de especialidades odontológicas de Nova Iguaçu, de posse destes resultados, terá maiores condições de conhecer o perfil dos pacientes atendidos, e consequentemente avaliar e reformular políticas para combater o absenteísmo as consultas.

Referências

1. LEMOS, L. V. F. M., et. al. *Influência do Fator Assiduidade à Consulta Odontológica na Prevalência de Cárie Dentária em Indivíduos Atendidos na Bebê Clínica da Prefeitura do Município de Jacareí, SP, Brasil*. *Pesq. Brasileira Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 8(2):203-207, maio/ago. 2008.
2. MACHADO, A. T. *Absenteísmo às consultas odontológicas programadas dos escolares adscritos à equipe de saúde da família da Pedra Vermelha: uma aproximação descritiva*. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Conselheiro Lafaiete, 2010.
3. RONCALLI A. G. et al., *Perfis Epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância*. *Cad. Saúde Pública* vol.28 suppl. Rio de Janeiro 2012.

4. GOES P. S. A., et. al., *Avaliação da Atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil*. *Cad. Saúde Pública* vol.28 suppl. Rio de Janeiro 2012.

5. CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. *Metodologia científica*. São Paulo: Makron Books, 1996.

6. OLIVEIRA S. L. *Tratado de Metodologia Científica*. 2ª ed., São Paulo: Pioneira, 2000.

7. MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*, 8ª ed., São Paulo: Hucitec, 2004.

8. TOBAR, F.; YALOUR, M. R. *Como fazer teses em saúde pública*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

Abstract

Charting a socioeconomic profile and know the index patients absentee queries Dental Specialty Center of New Delhi.

This is a descriptive study of quantitative character, which we used for data collection a questionnaire with closed questions. The study subjects were patients absentee Center Dental

Specialties of New Delhi, the data were tabulated in tables and graphs.

The results show that the studied population, the majority are women, married, aged between 15 and 29 years. It was evident that the lack of financial resources to pay for driving, followed by forgetting the consultation were the most cited reasons for missing the scheduled appointment, the majority of these patients have employment and elementary education, in relation to the degree of satisfaction most consider the service good.

The data obtained in this study confirmed that the attendance factor to dental visits positively affect oral health of individuals. The Centre of Dental Specialists of Nova Iguaçu, in possession of these results, will better position to know the profile of patients seen, and therefore evaluate and reformulate policies to combat absenteeism.

Keywords: Absenteeism, Patient and Dentistry.

ACOMPANHANTES DURANTE O PARTO: SABERES E PRÁTICAS DA ENFERMEIRA

Andreia de Oliveira Braga¹; Ângela Suely Silva da Costa¹; Renata Dionizio¹;
Neuza Maria de Azevedo²; Roberto Santos de Oliveira²; Rosane Figueiredo Neves².

1. RN Degree at Iguaçu University RJ Brazil Email: andreabraga@yahoo.com; angelasuely@ig.com.br;
renatadioniziodesantana@hotmail.com.

2. RN. Professor at Iguaçu University RJ Brazil Email: enfanazevedo@hotmail.com; rsoliver@hotmail.com;
nevesrosane@yahoo.com

RESUMO

Introdução: O parto consiste no evento social que integra a vivência reprodutiva de homens e mulheres, quando vivenciado com dor, angústia e isolamento pode suscitar sentimentos de medo e insegurança; a presença do acompanhante, pode reduzir estes sentimentos. **Objetivo:** Identificar práticas e saberes sobre os aspectos legais do acompanhante durante o parto; como previsto na Política Nacional de Humanização (PNH). **Metodologia:** Pesquisa qualitativa; realizada, em uma maternidade de referência na região metropolitana do Rio de Janeiro. CEP/CAAE: nº 0017.316.000-10. **Resultados:** As profissionais conhecem a Legislação pertinente, mas admitem que a Unidade não possui condições ou espaço físico adequado para acolher o acompanhante; referem que uma superpopulação causaria prejuízo para a assistência e riscos de infecção. **Conclusão:** A Unidade de Saúde pesquisada não se encontra, no momento, preparada para acolher esta prática prevista pela PNH. Praticam o bom acolhimento e as orientações como forma alternativa para minimizar a realidade e equilibrar as ações de humanização.

Descritores: Parto Obstétrico; Acompanhantes de Pacientes; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Enfermeiras.

INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto consistem no evento social que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres; trata-se de um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, e envolve a família e a comunidade. O parto constitui um dos pontos fundamentais da vida da mulher; assim, quando vivenciado com dor, angústia, medo e isolamento pode levar a ocorrência de distúrbios psicológicos, afetivos e emocionais, podendo influenciar o relacionamento mãe e filho⁽¹⁾.

O trabalho de parto pode suscitar na mulher os sentimentos de medo e insegurança, que muitas vezes aumenta a sensação de desconforto e dor; as contrações e a experiência do parto tornam-se traumática, onde a presença do acompanhante, pode reduzir a ansiedade e transformar os acontecimentos em uma

experiência positiva e inesquecível, a presença deste pode reduzir a possibilidade da paciente sofrer depressão pós parto, doença que atinge cerca de 20 % das mães do mundo; os profissionais de saúde são coadjuvantes nesta experiência e desempenham um papel importante em orientar o acompanhante, dar conforto à mãe, enfim, ajudar no que for preciso⁽²⁾; alguns estudos científicos apontam evidências que os partos realizados com a presença do acompanhante trazem benefícios e evita problemas a saúde da puérpera⁽³⁾.

As mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) têm garantido em Lei, o direito de escolher alguém de sua confiança para estar presente na sala de parto e também durante o pós-parto; esse direito é resultado de uma série de ações do Ministério da Saúde para melhorar a qualidade do atendimento as

gestantes e humanizar os partos no país, a presença deste no parto e após parto nas maternidades é de tamanha importância para elas⁽⁴⁾.

Esta ação é garantida pela Lei 11.108 de abril de 2005⁽⁵⁾; cuja vigência não assegura a sua implantação, mas dá início a um processo de (re)organização dos serviços de saúde e dos profissionais para vivenciarem essa prática.

Em relação ao nascimento e parto, as evidências científicas apontam para o fato de que a presença de acompanhante contribui para o seguro transcorrer do trabalho de parto, parto e pós-parto, facilitando esse processo, com conseqüentes melhoras dos indicadores de saúde da mulher e do recém-nascido e do bem-estar de ambos⁽⁶⁾; afinal o bem-estar da futura mãe pode ser assegurado por meio do livre acesso de um membro de sua família, escolhido por ela, durante o nascimento e em todo período pós-natal⁽⁷⁾. O respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes pode ser classificado como uma prática comprovadamente útil e que deve ser estimulada, com base nas evidências científicas sobre o apoio durante o nascimento⁽⁸⁾.

Neste raciocínio; o Objeto do estudo foi o conhecimento e a prática da enfermeira acerca da legislação que permite o acompanhamento durante o momento do pré-parto e parto; as questões norteadoras foram Qual o conhecimento do(a) profissional acerca da Legislação que versa sobre a temática?; Qual a estrutura atual da Unidade Obstétrica e sua condição para acolher o acompanhante neste momento? E Quais os possíveis benefícios que a presença de um acompanhante pode trazer para a paciente? E o objetivo foi identificar

as práticas e saberes das enfermeiras sobre os aspectos legais do acompanhante durante o parto, bem como o preparo da Unidade de saúde para acolher esta prática prevista na Política Nacional de Humanização (PNH)⁽⁹⁾.

Metodologia ou Desenho experimental:

Tipo: Tratar-se de uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória; do tipo descritivo, realizado, no **cenário** da Maternidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI); referencia na região da baixada fluminense para o atendimento ao paciente de médio e alto risco; Unidade que realiza aproximadamente 400 partos por mês com trabalho significativo de incentivo ao aleitamento materno, que lhe rendeu o Título Leila Diniz, concedido pela Câmara de Deputados do Estado do Rio de Janeiro e de Hospital Amigo da Criança, concedido pelo Ministério da Saúde e UNICEF. Como **atores sociais** foram entrevistadas as enfermeiras (n=11) lotadas no Setor de Centro Obstétrico do cenário da pesquisa. Para a **Coleta de dados**, as enfermeiras responderam a um questionário pré-elaborado com questões abertas, para nortear a pesquisa acerca do conhecimento sobre a legislação que autoriza e assegura o acompanhamento da paciente antes, durante e após o trabalho de parto. Para a **análise dos dados**, os resultados encontrados foram avaliados a partir da proposta de análise de conteúdo⁽¹⁰⁾ das respostas obtidas. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como preconiza a Resolução 196 de 1996⁽¹¹⁾ e obteve aprovação no CEP CAAE nº 0017.316.000-10.

Resultados:

Tabela 1: Perfil e Faixa etária: Sexo feminino: N=11 100% dos entrevistados;

Faixa etária	N	%
20 a 30 anos de idade (23; 24; 27; 28; 30)	05	46
31 a 50 anos de idade (42; 43; 43; 47)	04	36
Acima de 50 anos de idade (58; 63)	02	18

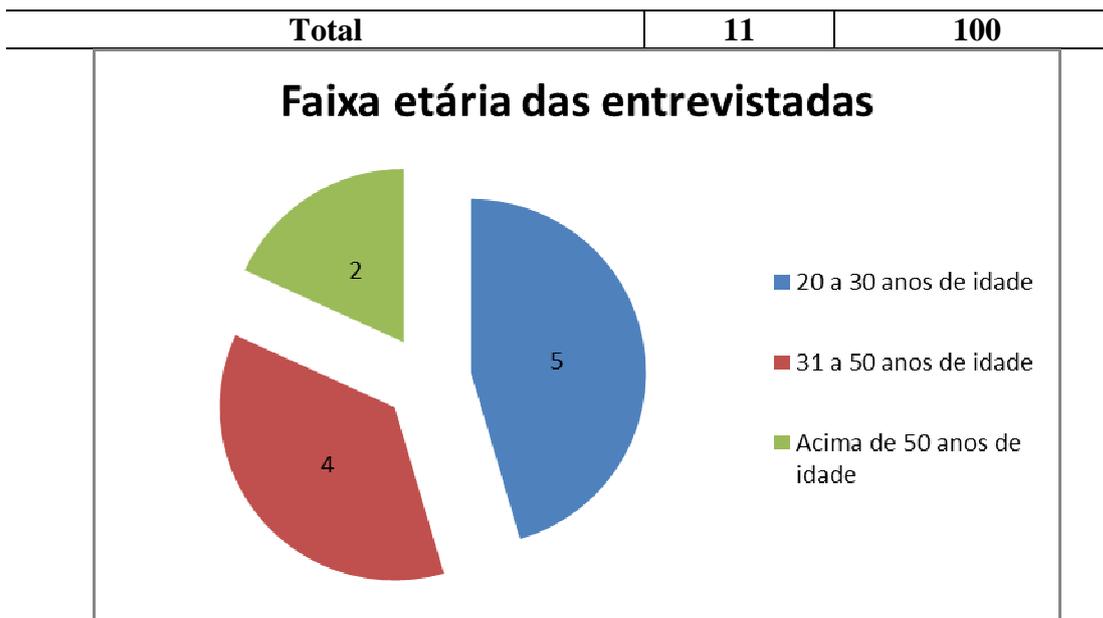


Tabela 2: Tempo de formação e prática profissional:

Tempo de formação	N	%
Menos que 5 anos (10 meses; 01; 02; 02)	04	36
De 5 a 10 anos (05; 06; 06; 07)	04	36
Acima de 10 anos (20; 21; 27)	03	28
Total	11	100

Fonte: TCC Enfermagem UNIG, 2011.

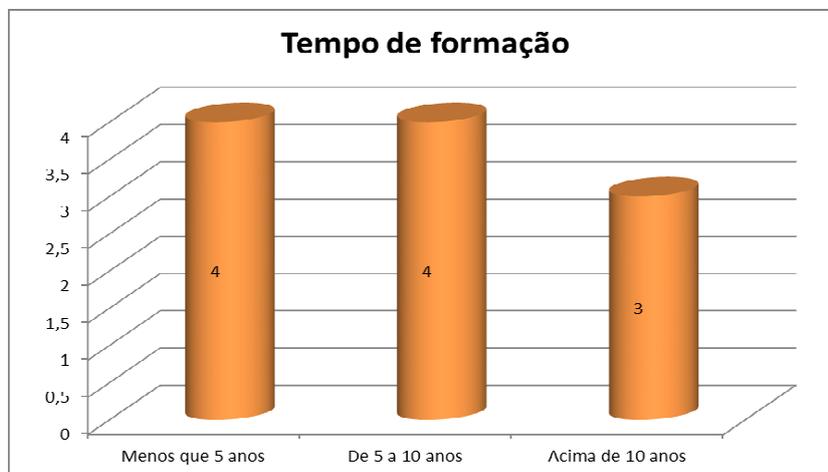


Tabela 3: Percepção sobre os aspectos legais e condições para acompanhamento durante o parto:

Conhecimento	N	%
Sim	09	72
Não	02	18
Total	11	100

Fonte: TCC Enfermagem UNIG, 2011.

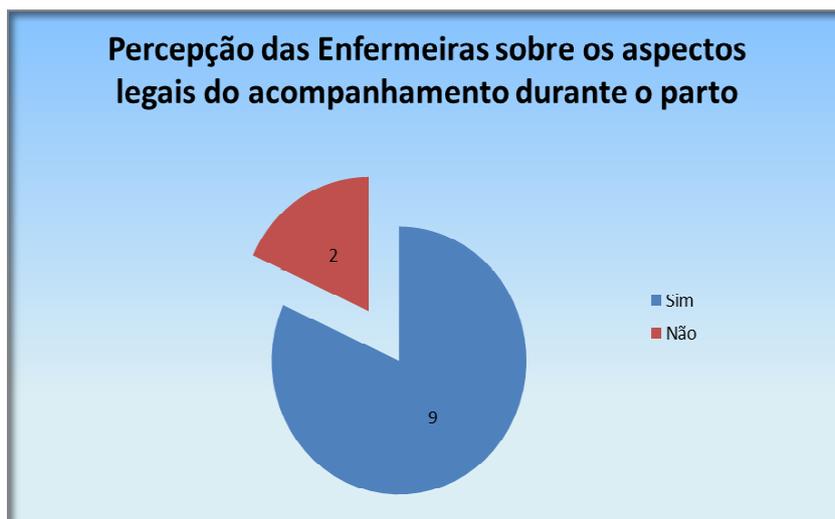
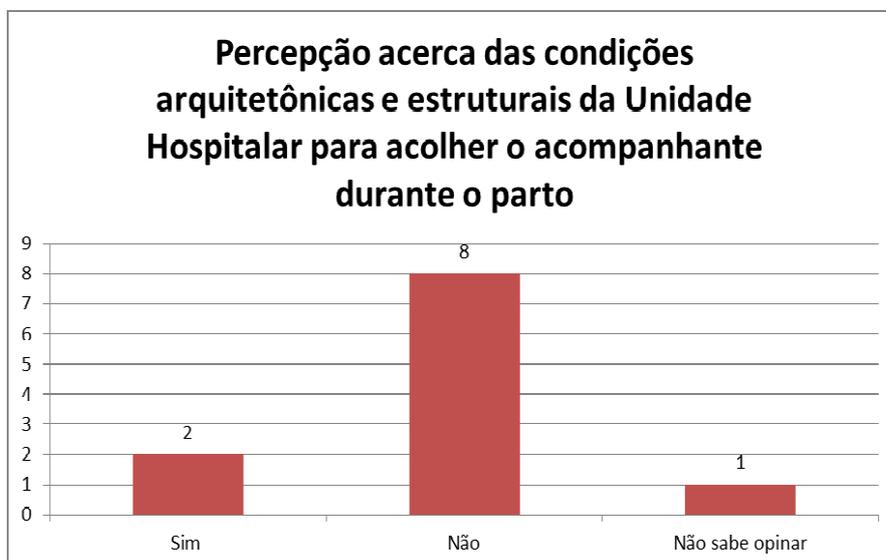


Tabela 4: Percepção acerca das condições arquitetônicas e estruturais da Unidade Hospitalar para acolher o acompanhante durante o parto.

Conhecimento	N	%
Sim	02	18
Não	08	72
Não sabe opinar	01	10
Total	11	100

Fonte: TCC Enfermagem UNIG, 2011.



Discussão:

Foram realizadas 11 entrevistas; com profissionais enfermeiras que atuam no cenário do estudo (100 % das Enfermeiras). A categorização de dados se deu a partir das entrevistas das 11 enfermeiras, que atuam nos diferentes turnos, com idade entre 20 a 50 anos, e que responderam o questionário semi estruturado.

Nas Tabelas 1 e 2 Observou-se que no perfil dos enfermeiros entrevistados que sua totalidade era do sexo feminino; o que reforça a característica do gênero predominante da profissão; a faixa etária se distribui de forma relativamente equânime entre as participantes da pesquisa.

A Tabela 3 evidencia que 72% dos enfermeiros entrevistado referem conhecer a Lei 11.108, de 07 de Abril de 2005 e seu Art.19º, que diz que o serviço de saúde integrante do SUS, da rede própria ou conveniada, fica obrigada a permitir a presença, junto à parturiente de um acompanhante durante todo período do trabalho de parto e parto.

Vimos na Tabela 4 que apesar dos 72% dos enfermeiros entrevistados conhecerem a Legislação, A Unidade de escolha como cenário da pesquisa, admite não possuir condições de espaço físico suficiente para acolher a demanda espontânea para o parto, quiçá para mais um elemento que seja o acompanhante; por isso acreditam que a Unidade não se encontra preparada para receber o acompanhante durante o trabalho de parto e parto como garante a lei.

Logo, fica evidente que na unidade pesquisada, a presença do acompanhante durante o processo do nascimento não faz parte da rotina assistencial; segundo as enfermeiras entrevistadas, com o argumento de que o espaço físico não é suficiente para receber o acompanhante, o que causaria uma super população presente, prejudicando a assistência a ser prestada naquele momento e trazendo riscos à parturiente, e ao recém-nato.

Considerações finais:

O acompanhante proporciona segurança, bem estar físico e emocional da

mulher o que favorece a redução dos riscos e complicações, durante o parto e pós parto. Para tanto, o respeito ao direito da mulher a privacidade, segurança e conforto com uma assistência humana e de qualidade, aliado ao apoio familiar e resgata o caráter fisiológico no processo do nascimento de forma positiva e sem trauma; que transforma o nascimento em um momento único e especial. O apoio emocional de um acompanhante e eficaz para que a parturiente possa suportar a dor e tensão no decorrer do trabalho de parto resgatando o lado humano do parto e não o lado técnico e científico da rotina de trabalho.

Questionamos na inicial como a Unidade de Saúde pode se preparar para acolher uma prática prevista na Política Nacional de Humanização - PNH, permitindo a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto? Será que a estrutura física do hospital permite receber o acompanhante e proporcionando o devido apoio, orientação, acompanhamento e conforto? Garantir seus direitos em relação as acomodações do ambiente físico e quanto o fornecimento das refeições e sua permanência ao lado do leito da parturiente? Como o Enfermeiro percebe a importante função de acolher e orientar um acompanhante sobre as condutas adequadas e comportamento certo, no momento do parto e simultaneamente prestar os cuidados assistenciais à parturiente, sem fugir do aspecto da humanização.

É inegável que há expectativas de mudança desta situação a partir da sanção da Lei n. 11.108 de 2005, resultado de vários esforços, especialmente da Rede de Humanização do Nascimento; entretanto a vigência dessa lei, não assegura a sua total implementação. Este estudo mostrou o conhecimento dos profissionais que, de fato, dá início a um processo de (re)organização dos serviços de saúde e dos profissionais para vivenciarem essa prática.

A inserção do acompanhante, escolhido pela parturiente, para lhe dar apoio no processo do nascimento, é uma intervenção comportamental que mobiliza a opinião dos profissionais de saúde e das pessoas escolhidas para desempenharem esse papel; na opinião das enfermeiras

entrevistadas, a maternidade não tem estrutura física e nem profissionais suficiente para estar orientando os acompanhantes; apesar das parturientes demonstrarem medo e dificuldade para vivenciar o nascimento.

Deste modo podemos concluir que os enfermeiros têm o conhecimento sobre a legislação, mas o hospital não está adaptado em sua rotina assistencial para atender a legislação; reconhecem que a atuação não deveria ser exclusivamente técnica mas com apoio emocional familiar, transmitindo mais segurança para a parturiente.

E neste sentido urge que as Enfermeiras que ocupam cargos de Chefias, Lideranças e representação profissional, sensibilizem as autoridades para este evento que vem de encontro à prática de Humanização, tão almejada por todos e, na maioria das vezes, praticada no cotidiano de trabalho da Enfermeira.

Referências:

1. WHO. Organização Mundial de Saúde: Assistência ao parto normal: Um guia prático. Relatório Técnico. Genebra, 1996, 53p.
2. Florentino LC, Gualda DMR . A participação do acompanhante no processo de nascimento na perspectiva de humanização. Nursing (São Paulo), 2007; 1(10): 319-323.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual Técnico: Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: DF, 2001.
4. Soares RKC, Silva SF, Lessa PRA, Moura ERF, Pinheiro PNC, Damasceno AKC. Parturient's companion and their relationship with the nursing team: a qualitative study. Online Braz J of Nurs [online] 2010; 9(1) Disponível em www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2867/644 Acesso em 14 nov 2011.
5. Brasil. Lei nº 11108 de 2005 - Altera a [Lei 8.080](#), de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. DOU. Brasília: DF, 2005.
6. Ratto KMN. É possível humanizar a assistência ao parto?: avaliação de dois anos de Maternidade Leila Diniz. Saúde Foco. 2001;21:115-35.
7. Carvalho MLM. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. Cad Saúde Pública. 2003;19(Supl 2):S389-98.0
8. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(3). Disponível em <http://cochrane.bireme.br/cochrane>. acesso em 05 jun de 2011.
9. Branden OS. Enfermagem materno-infantil. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Affonso Editores; 2000.
10. Minayo CS, Gomes SFDR. Pesquisa social. Teoria, método e criatividade, 29ª ed. Rio de Janeiro, Vozes, 2010.
11. Resolução nº 196 de 10 de Outubro de 1996. Estabelece Diretrizes e Normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União em 16.10.96. Seção I - fls. 21082. Brasília: 1996.

ABSTRACT

The childbirth consists in event of integrating social in the reproductive experience of men and women, when experienced with pain, anguish and isolation can provoke feelings of fear and insecurity, the presence of an accompanying, can reduce these feelings.

Objective to identify practices and knowledge on the legal aspects of a companion during labor, as provided in the National Humanization Policy (NHP). **Methodology:** qualitative research had performed in a maternity in the metropolitan region of Rio de Janeiro. CEP/CAAE: n° 0017.316.000-10. **Results:** The professionals know the relevant legislation, but admit that the unit does not have any conditions or adequate space to accommodate the accompanying; and concern that

overpopulation would can cause injury to the care and risk of infection. **Conclusion:** The Health Unit investigated is not at present prepared to accept this practice proposed by the NHP. The best reception and the good orientation are practiced as one alternative way to minimize the reality and balance the humanization actions.

Descriptors: Delivery, Obstetric; Patient Escort Service; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Nurses.

OCORRÊNCIA DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS COAGULASE POSITIVA EM QUEIJOS MINAS FRESCAL COMERCIALIZADOS NA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO

Fabiano Lacerda Carvalho¹, Luciane Alves de Oliveira², Antonio Neres Norberg³, João dos Santos Gonçalves⁴, Fabiana Souza Pugliese⁵

¹ Docente da Universidade Iguazu – UNIG. Doutor em Doenças Parasitárias.

² Farmacêutica do Hospital Geral de Nova Iguazu (HGNI). Especialista em Segurança Alimentar.

³ Docente da Universidade Iguazu - UNIG, Centro Universitário UNIABEU, Faculdade de Medicina Souza Marques. Coordenador e docente dos cursos de Mestrado e Doutorado em Doenças Parasitárias da Universidad Autónoma de Asunción – UAA, Paraguay. Doutor em Doenças Parasitárias

⁴ Docente da Universidade Iguazu – UNIG. Coordenador do curso de Farmácia da Universidade Iguazu. Mestre em Medicina

⁵ Docente da Universidade Iguazu – UNIG. Coordenadora adjunta do curso de Farmácia da Universidade Iguazu. Especialista em Farmácia Hospitalar

RESUMO

O queijo Minas Frescal possui características físico-químicas apropriadas para o desenvolvimento de microorganismos causadores de várias doenças transmitidas por alimentos (DTAs). *Staphylococcus* coagulase positiva são bactérias presentes nos alimentos de origem animal e muito relacionada a surtos de intoxicação alimentar, devido à capacidade de algumas linhagens em produzir enterotoxinas pré-formadas. Este estudo avaliou o padrão microbiológico do queijo tipo Minas Frescal comercializado na região metropolitana do Rio de Janeiro, verificando a ocorrência de *Staphylococcus* coagulase positiva em conformidade com as exigências da legislação vigente. Foram coletadas 50 amostras de queijo Minas Frescal adquiridas em supermercados, padarias e mercados municipais da região metropolitana do Rio de Janeiro, no período de outubro de 2011 a julho de 2012. As análises microbiológicas foram realizadas no laboratório de Microbiologia da Universidade Iguazu, conforme RDC 12 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Instrução normativa n° 62/2003 do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Os resultados revelaram a presença de *Staphylococcus* coagulase positiva em 90,0% das amostras analisadas e 52% acima do recomendado pela legislação vigente. Este estudo evidencia a necessidade de maior fiscalização do queijo Minas Frescal industrializado, visando à melhoria da qualidade destes alimentos e a diminuição do risco potencial de toxinfecção alimentar.

Palavras-chave: Queijo Minas Frescal. Contaminação microbiológica. Segurança alimentar.

1. Introdução

Dentre os diversos setores da indústria alimentícia brasileira, o setor de laticínios destaca-se entre os quatro principais, com faturamento líquido anual de R\$39 bilhões em 2011 (ABIA,2011). O queijo tem produção mundial estimada para 2012 em 20,6 milhões de toneladas e preço médio de 3.861 dólares/tonelada. As projeções da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD,2011) apontam para o ano de 2020 um aumento de 14% na produção e 6% no preço, com consumo mundial per capita anual de 3,1 quilos. Para o Brasil, estimou-se para 2012 uma produção de queijos em laticínios sob inspeção federal (SIF) em 745 mil toneladas, sendo o consumo per capita perto de 4 Kg/ano, muito abaixo dos 11,5 quilos da Argentina, 14,9 dos Estados Unidos da América e 13,0 de países europeus (HEGG, 2012; ZOCHE et al.,2012).

O queijo Minas Frescal, também conhecido como queijo branco, queijo Minas ou Frescal é um dos queijos mais populares do Brasil, sendo o quarto em volume de produção, com 45 mil toneladas/ano. Possui alto teor de umidade, massa branca, consistência mole, textura fechada com algumas olhaduras irregulares e sabor suave a levemente ácido. É obtido por coagulação enzimática do leite com coalho e/ou enzimas coagulantes, complementada ou não com ação de bactérias lácticas, sem nenhuma maturação e apresenta uma validade curta (até 20 dias sob refrigeração e 5 dias após abertura da embalagem). Hoje, formas mais moderna de produção preparam o queijo Minas Frescal através da ultrafiltração, processo que confere à massa uma textura mais sólida e fechada e uma validade maior, além de um padrão uniforme de sabor. (FURTADO & NETO, 2004; SILVA, 2008)

O *Staphylococcus aureus* é considerado o terceiro mais comum patógeno que causa intoxicação alimentar no mundo, sendo sua

contaminação no leite cru associada com quadros de mastite do rebanho. (CAN & ÇELIK, 2012; KOUSTA, 2010). Assim como o *S. aureus*, existem as espécies *S.hyucus* e *S.intermedius* que são capazes de produzir enterotoxinas, bem como a coagulase, utilizada na rotina laboratorial para identificação desta bactéria. No processo de fabricação do queijo, a ordenha do leite deve receber atenção especial, visando à diminuição de contaminação por estas bactérias, que são potencialmente patogênicas ao homem (RODRIGUES et al., 2011; ZOCHE et al., 2012).

A temperatura inadequada durante o preparo e conservação dos alimentos, bem como a contaminação na produção, fabricação e manipulação são os fatores principais de contaminação alimentar por *Staphylococcus*, principalmente nos queijos, com resultados relevantes na saúde pública. (KOMATSU et al.,2010; MELO et al.,2009; PERESI et. al,2001).

A ingestão de queijos em condições inadequadas de consumo pode trazer graves consequências para a população, com vários relatos de toxinfecção alimentar relacionados ao seu consumo. (SILVA, 2001).

No Brasil, visando à proteção à saúde e a regulamentação dos padrões microbiológicos para alimentos, a RDC 12/2001 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, estabelece que produtos em condições sanitárias insatisfatórias sejam aqueles cujos resultados analíticos estejam acima dos limites estabelecidos. Estes parâmetros visam uma avaliação das Boas Práticas de Produção de Alimentos e Prestação de Serviços, da aplicação do Sistema de Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle (APPCC/HACCP) e da qualidade microbiológica dos produtos alimentícios, incluindo a elucidação de Doença Transmitida por Alimentos. (BRASIL, 2001)

O padrão de tolerância estabelecido pelo ANVISA para amostra indicativa de

contaminação por *Staphylococcus* coagulase positiva é de até $5,0 \times 10^2$ UFC/g, para queijos de muito alta umidade (55%) incluindo os queijos de coalho com umidade correspondente, Minas Frescal, mussarela e outros, elaborados por coagulação enzimática, sem a ação de bactérias lácticas.

Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade higiênico-sanitária do queijo tipo Minas Frescal comercializado na região metropolitana do Rio de Janeiro, verificando a ocorrência de *Staphylococcus* coagulase positiva e o atendimento às exigências da legislação brasileira.

2. Material e Métodos

Foram analisadas 50 amostras de queijo Minas Frescal (de muita alta umidade, 55%, elaborados por coagulação enzimática, sem a ação de bactérias lácticas) adquiridas em supermercados, padarias e mercados municipais da região metropolitana do Rio de Janeiro, no período de outubro de 2011 a julho de 2012. As amostras estavam em suas embalagens originais não violadas, armazenadas sob refrigeração e dentro do prazo de validade estipulado pelas embalagens. As amostras foram identificadas com a data e hora da colheita, temperatura no momento da colheita e transporte e as condições das mesmas no ponto da colheita, sendo acondicionada em caixa isotérmica para envio ao laboratório de Microbiologia da Universidade Iguazu e mantidas em temperatura de refrigeração até o início das análises.

As metodologias empregadas para a coleta, o preparo e a pesagem de amostras foram de acordo com a Instrução normativa n° 62/2003 da Secretaria de Defesa Agropecuária (DAS) do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA) que oficializa os métodos analíticos para análises microbiológicas para controle de produtos de origem animal e água (BRASIL, 2003).

Preparo e diluição da amostra

Antes da abertura de cada amostra, procedeu-se à assepsia da embalagem usando algodão embebido em etanol 70%. Com auxílio de tesoura previamente esterilizada, foram cortadas as embalagens e pesadas, assepticamente, 25g da amostra colhida de vários pontos (superfície e profundidade), adicionando-se 225 mL de solução salina tamponada estéril a 0,1%, com a finalidade de obter-se uma diluição de 10^{-1} com posterior homogeneização da amostra em copo de alumínio estéril de liquidificador. A partir da diluição do homogeneizado inicial (10^{-1}), foram adicionados 1mL das diluições realizadas em tubos de ensaio contendo 9 mL de solução salina estéril, obtendo-se diluições sucessivas até 10^{-6} .

Contagem de *Staphylococcus* spp e pesquisa de *Staphylococcus* coagulase positiva

Com pipetas estéreis retirou-se 0,1 mL de cada diluição da amostra e semeou-se em duplicata em placas de Petri contendo ágar Baird-Parker enriquecido com solução de gema de ovo e telurito de potássio. Com o auxílio da alça de Drigalsky, semeou-se o inóculo em toda a superfície do meio de cultura, sendo posteriormente incubadas a $36 \pm 1^\circ\text{C}$ por 48 horas. A leitura foi realizada pela contagem de Unidades Formadoras de Colônias (UFC) típicas e atípicas em placas que apresentaram entre 20 e 200 colônias e obteve-se a média das colônias nas placas semeadas em duplicata.

Para a confirmação das colônias como pertencente ao gênero *Staphylococcus* replicou-se 3 a 5 colônias típicas (colônias negras, brilhantes, com anel opaco de precipitação e/ou rodeadas por halo transparente ao redor da colônia) em 4 mL de caldo infusão cérebro coração (BHI) e incubou-se a $36 \pm 1^\circ\text{C}$ por 24 horas. (Fig.1A)

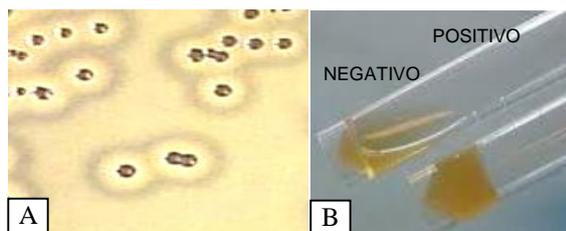


Fig.1: Identificação de *Staphylococcus* coagulase positiva. **A**: colônias negras, brilhantes, rodeadas por halo transparente ao redor da colônia (400x). **B**: Prova da coagulase, com a observação da presença de coágulos em amostra positiva.

A partir do cultivo crescido em meio BHI realizou-se a prova da coagulase adicionando-se 0,3 mL da cada cultivo para tubos estéreis contendo 0,3 mL de plasma de coelho. Os tubos foram inoculados a $36 \pm 1^\circ\text{C}$ por 6 horas, para observação da presença de coágulos (Fig.1B)

Os tubos foram considerados com reação negativa quando não houve formação de coágulo e os positivos quando ocorreu formação de coágulo grande (3+) e organizado ou coagulação de todo o conteúdo do tubo (4+), conforme Lancette e Bennet.

As contagens de *Staphylococcus* foram obtidas pela multiplicação do número de colônias pela recíproca diluição e os resultados expressos em UFC/g.

Identificação dos caracteres morfotintoriais e Prova da catalase

Foram preparadas lâminas e realizou-se a coloração de Gram e identificação microscópica pela observação de cocos gram positivos aglomerados (Fig.2).

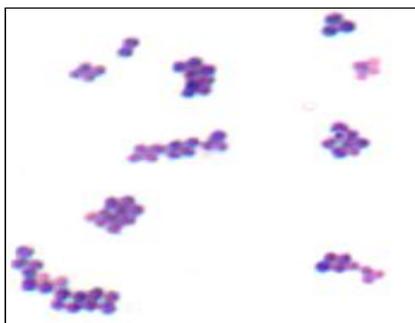


Fig.2: Identificação microscópica de cocos gram positivos (*Staphylococcus*) dispostos em aglomerados (400x).

A prova da catalase foi realizada segundo a recomendação de Silva et al (2001). Com o auxílio de alça de platina, retirou-se uma colônia e introduziu-se em tubo de hemólise contendo peróxido de hidrogênio a 3%. A formação de borbulhamento, gerado pela capacidade da enzima catalase de decompor o peróxido de hidrogênio, liberando oxigênio, evidencia a presença do *Staphylococcus* coagulase positivo.

3. Resultados

Na tabela 01 são apresentados os resultados das análises microbiológicas para pesquisa de *Staphylococcus* coagulase positivo das 50 amostras de queijo Minas Frescal comercializadas na região metropolitana do Rio de Janeiro entre outubro de 2011 e julho de 2012.

Das amostras analisadas, cinco não tiveram crescimento de *Staphylococcus* coagulase positivo. Nas que tiveram crescimento bacteriano, os resultados variaram de 22 a 12.660, com média de 1905, mediana de 713 e desvio padrão de 2858 UFC/g.

Tabela 01. Amostras de queijo Minas Frescal com presença de *Staphylococcus* coagulase positiva, comercializadas na região metropolitana do Rio de Janeiro em 2011.

UFC/ g de <i>Staphylococcus</i> coagulase positiva	n	%
Negativo	5	10,0
$< 10^{23}$	6	12,0
$10^2 - 5,0 \times 10^2$	13	26,0
$5,0 \times 10^2 - 10^3$	9	18,0
$10^3 - 5,0 \times 10^3$	10	20,0
$> 5,0 \times 10^3$	7	14,0
Total	50	100

4. Discussão e Conclusões

Levando em consideração os parâmetros exigidos pela legislação brasileira ($5,0 \times 10^2$), 52% (26/50) das amostras analisadas encontravam com valores acima da especificação.

Vários são os relatos de contaminação em queijos frescos por *Staphylococcus* coagulase positivo. Rodrigues et al. , após análise em 46 amostras de queijos Minas Frescal e mussarela comercializados em Goiânia, encontraram 2% das amostras em desacordo com a legislação (acima de $5,0 \times 10^2$ UFC/ g de *Staphylococcus* coagulase positivo). Zocche et al, em Pelotas, encontraram 10,7% (3/28) das amostras com contagens superiores ao estipulado pela RDC12. Salotti et al encontraram 20% e 10% das 30 amostras analisadas fora dos limites da legislação, respectivamente de queijos artesanais e inspecionados.

Diversos estudos encontraram valores superiores ao deste estudo, destacando-se os trabalhos realizados por Komatsu et al, Hoffmann et al, Loguercio e Aleixo, Leite et al, Bernardi et al e Sabioni & Maia que encontraram 88%, 100%, 96,67%, 86,7%, 76,5% e 70% respectivamente.

Resultados próximos aos encontrados em nosso estudo foram relatados por Carvalho et al em Alfenas - MG, em 46 amostras caseiras e industrializadas de queijo Minas Frescal encontraram populações acima de 10^3 UFC/ g em 47,83% e 34,78%, respectivamente.

Valores acima de 10^5 são preocupantes pela ingestão de toxinas bacteriana, causadores de intoxicação estafilocócica. Em nosso estudo não encontramos valores acima de 10^5 , sendo o maior valor encontrado de $1,27 \times 10^4$ UFC/ g.

Vissoto et al em Ribeirão Preto-SP evidenciaram a baixa qualidade microbiológica de 30 amostras de queijo Minas Frescal e encontraram *Staphylococcus* coagulase positivo acima de 10^5 em 25% (2/8) das amostras caseiras e 9,1% (2/22) das industrializadas. Valores acima de 10^5 foram encontrados em 3,6% e 43,3% das amostras, respectivamente por Zocche et al e Loguercio e Aleixo. Estudo realizado por Rosengren encontrou 16% (6/37) das amostras com mais de 10^5 CFU/g de queijos frescos produzidos na Suécia.

A presença de *Staphylococcus* coagulase positiva em 90,0% das amostras analisadas, sendo 52% com resultados acima do recomendado pela legislação vigente, revela que o queijo Minas Frescal comercializado na região metropolitana do Rio de Janeiro apresenta falhas no processamento, embalagem, transporte e armazenamento do produto. Faz-se necessário um maior rigor na fiscalização do produto industrializado, visando à melhoria da qualidade destes alimentos e a diminuição do risco potencial de toxinfecção alimentar. Estas medidas irão beneficiar o consumidor que terá certeza que estará adquirindo e consumindo um alimento seguro e de qualidade.

Referências

- [1] ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS INDÚSTRIAS DA ALIMENTAÇÃO (ABIA). **O setor em números-Faturamento.** Disponível em: <<http://www.abia.org.br/vst/faturamento.pdf>> Acesso em 20 nov. 2012.
- [2] Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD). Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). **Agricultural Outlook 2011-2020.** Paris. 2011. 173 p.
- [3] HEGG, C. A. Entrevista: Queijos – A conquista de mais fatias do mercado. **Indústria de Laticínios.** São Paulo, v. 96. n.1, p. 8-11, mai./jun. 2012.
- [4] ZOCCHÉ et al. Estafilococos coagulase positiva em queijos Minas Frescal e minas padrão comercializados em Pelotas, Rio Grande do Sul. **Boletim do Centro de Pesquisa de Processamento de Alimentos.** Curitiba, v.30, n.1, p. 119-124, 2012.

- [5] FURTADO, M.M.; NETO, J.P.M.L. **Tecnologia de Queijos – Manual para a Produção Industrial de Queijos**. 1.ed. São Paulo: Editora Dipemar Ltda, 1994. 117p.
- [6] SILVA, L. A. V. *Staphylococcus coagulase positiva em queijo Minas Frescal*. 2008. 62f. Dissertação (Mestrado em Medicina Veterinária). **Universidade Federal Fluminense**, Bom Jesus do Itabapoana, 2008.
- [7] CAN, H.Y.; ÇELIK, T.H. Detection of enterotoxigen and antimicrobial resistant *S. aureus* in Turkish cheeses. **Food Control**. Vurrey, v.24, n.1, p. 100-3, 2012.
- [8] KOUSTA, M. et al. Prevalence and sources of cheese contamination with pathogens at farm and processing levels. **Food Control**. Vurrey, v.21, n.1, p. 805-15, 2010.
- [9] RODRIGUES et al. Levantamento das características físico-químicas e microbiológicas de queijo minas frescal e mussarela produzidos no entorno de Goiânia- GO. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. Rio Verde, v.9, Supl.1, p. 30-34, 2011.
- [10] KOMATSU, R. S. et. al. Ocorrência de *Staphylococcus coagulase positiva* em queijos minas frescal produzidos em Uberlândia-MG. **Bioscience Journal**. Uberlândia, v.26, n.2, p. 316-321, Mar./Apr. 2010.
- [11] MELO, A.C.M.; ALVES, L.M.C.; COSTA, F.N. Avaliação da qualidade microbiológica do queijo tipo Minas Padrão comercializado na cidade de São Luis, MA. **Arquivos do Instituto Biológico**. São Paulo, v.76, n.4, p. 547-51, 2009.
- [12] PERESI, J. T. M. et. al. Queijo Minas tipo frescal artesanal e industrial, qualidade microscópica, microbiológica e teste de sensibilidade aos agentes antimicrobianos. **Revista Higiene Alimentar**, São Paulo, v. 15, n. 83, p. 63-70, abr. 2001.
- [13] SILVA, N.; JUNQUEIRA, V.C.A.; SILVEIRA, N.F.A. **Manual de Métodos de análise microbiológica de alimentos**. Ed. Varela, São Paulo, 2001, 317 p.
- [14] BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 12, de 02 de janeiro de 2001**. Aprova o Regulamento Técnico sobre padrões microbiológicos para alimentos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 jan. 2001
- [15] BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Secretaria de Defesa Agropecuária. **Instrução Normativa nº 62, de 26 de agosto de 2003**. Oficializa os Métodos Analíticos Oficiais para Análises Microbiológicas para Controle de Produtos de Origem Animal e Água. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 set. 2003. Seção 1, p.14.
- [16] LANCETTE, G.A.; BENNETT, R.W. *Staphylococcus aureus* and Staphylococcal Enterotoxins. **Compendium of methods for the microbiological examination of foods**. 4. ed. American Public Health Association (APHA), p. 387-400, 2001.
- [17] SALOTTI, B.M. et al. Qualidade microbiológica do queijo Minas Frescal comercializado no município de Jaboticabal, SP, Brasil. **Arquivos do Instituto Biológico**. São Paulo, v.73, n.2, p. 171-75, abr./jun. 2006
- [18] HOFFMANN, F. L.; SILVA, J. V. da; VINTURIM, T. M. Qualidade microbiológica de queijos “Minas Frescal”, vendidos em feiras livres na região de São José do Rio Preto, SP. **Revista Higiene Alimentar**, São Paulo, v. 16, n. 96, p. 69-76, mai. 2002.

[19] LOGUERCIO, A.P.; ALEIXO; J.A.G. Microbiologia de queijo tipo Minas Frescal produzido artesanalmente. **Ciência Rural**. Santa Maria, v. 31, n.6, p.1063-7, 2001.

[20] LEITE, C. C.; GUIMARÃES, A. G.; RIBEIRO, N. S.; SILVA, M. D. da; ASSIS, P. N. Pesquisa de *Listeria monocytogenes* e *Escherichia coli* em queijo do tipo “coalho” comercializado em Salvador (BA). Importância para a Saúde Pública. **Revista Analytica**, São Paulo, n. 2, p. 38-41, nov. 2002.

[21] BERNARDI, E. et al. Ocorrência e perfil de sensibilidade de *Staphylococcus coagulase positiva* em queijos colonial tipo minas, obtidos em feiras livres da cidade de Pelotas, RS. **Agropecuária Técnica**, Areia, v.24, n.2, p.113-17, 2003.

[22] SABIONI, J. G.; MAIA, A. R. P. Correlação entre a população de *Staphylococcus aureus* e a atividade termonuclease, em queijos Minas Frescal. **Revista Higiene Alimentar**, São Paulo, v. 12, n. 54, p. 48-50, mar./abr. 1998.

[23] CARVALHO, P.L.N. et al. Research about *Listeria sp.*, *Salmonella sp.* and others contamination indicators to Milk's and Cheese's samples sale in the south of Minas Gerais State. **Australian Journal of Basic and Applied Sciences**. , v.3, n.4, p.4422-31, 2009.

[24] VISOTTO, R. G. et al. Queijo Minas Frescal: perfil higiênico-sanitário e avaliação da rotulagem. **Revista do Instituto Adolfo Lutz**. São Paulo, v.70, n.1, p. 8-15, 2011.

[25] ROSENGREN, A. et al. Occurrence of foodborne pathogens and characterization of *Staphylococcus aureus* in cheese produced on farma-dairies. **International Journal of Food Microbiology**, Roma, v. 144, p. 263-69, 2010.

Abstract

The Frescal Minas cheese has physical and chemical characteristics appropriate for the development of microorganisms that cause foodborne diseases. Coagulase positive *Staphylococcus* are bacteria present in foods of animal origin and closely related to outbreaks of food poisoning due to the ability of some strains to produce pre-formed *Staphylococcus enterotoxins*. This study evaluated the microbiological standard of the Minas Frescal cheese marketed in the metropolitan region of Rio de Janeiro, verifying the occurrence of coagulase positive *Staphylococcus* in compliance with the requirements of current legislation. We collected 50 samples of the Frescal Minas cheese acquired in supermarkets, bakeries and municipal markets in the metropolitan region of Rio de Janeiro, from September 2011 to July 2012. Microbiological analyzes were performed in the laboratory of Microbiology at the University Iguazu as RDC 12 of the National Agency for Sanitary Vigilance and Instruction N° 62/2003 of the Department of Agriculture, Cattle and Supply. The results revealed the presence of coagulase positive *Staphylococcus* in 90.0% of samples, with results being 52% higher than recommended by current legislation. This study highlights the need for more rigors in supervision of the Frescal Minas cheese industrialized, aimed at improving the quality of these foods and reducing the potential risk of food poisoning.

Keywords: Minas Frescal cheese. Microbiological contamination. Food security.

DENGUE NO BRASIL DO CONTÁGIO AO TRATAMENTO: UMA BREVE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Leonardo Guimarães de Andrade, ¹Aline Figueira Lira; ¹Claudia de Oliveira Passos;

¹ Daniel Rosa da Silva; ¹Fabiana de Sousa Pugliese; ¹Michel Santos da Silva;

²Thaiane dos Santos Alves; ²Ludmila Silva Dos Santos Lima

¹Professor do Curso de Graduação em Farmácia – Universidade Iguazu
²Acadêmicas do Curso de Graduação em Farmácia – Universidade Iguazu
FacBS – Universidade Iguazu – Unig – RJ
Avenida Abílio Augusto Tavora, 2134, Centro, Nova Iguaçu, RJ, Brasil
E-mail: leonard.gui@hotmail.com

Resumo

A dengue é uma doença infecciosa febril aguda causada por um vírus da família *Flaviridae* e é transmitida, no Brasil, através do vetor *Aedes aegypti*, também infectado pelo vírus. Atualmente, a dengue é considerada um dos principais problemas de saúde pública de todo o mundo. O diagnóstico da dengue é realizado com base na história clínica do doente, exames de sangue, que indicam a gravidade da doença, e exames específicos para isolamento do vírus em culturas ou anticorpos específicos. Para comprovar a infecção com o vírus da dengue, é necessário fazer a sorologia, que é um exame que detecta a presença de anticorpos contra o vírus do dengue. O tratamento da dengue requer bastante repouso e a ingestão de muito líquido e medicamentos anti-térmicos que devem recomendados por um médico. É importante destacar que a pessoa com dengue não pode tomar remédios à base de ácido acetil salicílico, como AAS, Melhoral, Doril, Sonrisal, Alka-Seltzer, Engov, Cibalena, Doloxene e Buferin. Como eles têm um efeito anticoagulante, podem promover sangramentos.

Palavra chave: Dengue, Dengue no Brasil, *Aedes aegypti*.

1. Introdução

A dengue é considerada a arbovirose humana com maior crescimento no mundo [1]. Ocupa o posto de doença emergente e reemergente mais importante em morbidade e mortalidade na atualidade ¹. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima em 80 milhões de pessoas infectadas anualmente em todos os continentes, exceto na Europa. [3]. Vários fatores têm sido apontados como responsáveis pelo ressurgimento desta epidemia: associados a mudanças climáticas,

demográficas e sociais, urbanização e transporte de produtos, complacência frente a doenças infecciosas e vetores, falha na vigilância, falta de recursos para a saúde pública e pesquisas, além de programas de controle e prevenção ineficientes.[4]. O trânsito internacional de pessoas e de produtos também colabora com o aumento e dispersão mundial de vírus e vetor e tem preocupado países livres de casos autóctones. Apesar de existir um avanço significativo no desenvolvimento de uma vacina eficaz, ainda não há imunização ou fármacos antivirais específicos para uso rotineiro.[5].

O combate à doença limita-se ao controle do vetor e suporte sintomático aos doentes.[10].

2. Materiais e Métodos

3. Este trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica baseada em artigos acadêmicos (referencias) e sites realizados em bibliotecas universitárias utilizando referencias clássicas da literatura.

4. Discussão

A dengue é conhecida no Brasil desde os tempos de colônia. O vetor *Aedes aegypti* tem origem Africana. Ele chegou ao Brasil junto com os navios negreiros, depois de uma longa viagem de seus ovos dentro dos depósitos de água das embarcações.[14].

3.1. Dengue no Brasil

O primeiro caso da doença foi registrado em 1685, em Recife (PE). Em 1692, a dengue provocou 2 mil mortes em Salvador (BA), reaparecendo em novo surto em 1792.[18].

Em 1846, o vetor *Aedes aegypti* tornou-se conhecido quando uma epidemia de dengue atingiu o Rio de Janeiro, São Paulo e Salvador. Entre 1851 e 1853 e em 1916, São Paulo foi atingida por epidemias da doença. Em 1923, Niterói, no estado do Rio, lutou contra uma epidemia em sua região oceânica. [20].

Em 1903, Oswaldo Cruz, então Diretor Geral da Saúde Pública, implantou um programa de combate ao mosquito que alcançou seu auge em 1909. Em 1957, anunciou-se que a doença estava erradicada do Brasil, embora os casos continuassem ocorrendo até 1982, quando houve uma epidemia em Roraima. [23].

Em 1986, foram registradas epidemias nos estados do Rio de Janeiro, de Alagoas e do Ceará. Nos anos seguintes, outros estados brasileiros foram afetados.[12].

No Rio de Janeiro (Região Sudeste) ocorreram duas grandes epidemias. A primeira, em 1986-87, com cerca de 90 mil casos; e a segunda, em 1990-91, com aproximadamente 100 mil casos confirmados. A partir de 1995, a dengue passou a ser registrada em todas as regiões do país. Em

1998 ocorreram 570.148 casos de dengue no Brasil; em 1999 foram registrados 204.210 e, em 2000, até a primeira semana de março, 6.104. [16].

Em 2006, o número de casos de dengue voltou a crescer no país. Segundo dados do Ministério da Saúde, entre janeiro e setembro de 2006 foram registrados 279.241 casos de dengue o equivalente a 1 caso (não fatal) para cada 30 km² do território desse país. Um crescimento de 26,3% em relação ao mesmo período em 2005. A região com maior incidência foi a Sudeste.[19].

Já em 2008, a doença volta com força total, principalmente no Rio de Janeiro, onde foram registrados quase 250 mil casos da doença e 174 mortes em todo o Estado (e outras 150 em investigação), sendo 100 mortes e 125 mil casos somente na cidade do Rio de Janeiro. A epidemia de 2008 superou, em número de vítimas fatais, a epidemia de 2002, onde 91 pessoas morreram. Nos últimos anos, outros estados do Brasil também registraram uma epidemia de Dengue. [22].

3.2. Dengue no Brasil em 2013.

As duas primeiras mortes por dengue no estado do Rio de Janeiro em 2013 foram registradas na última quarta-feira (7 de março) . Uma foi no Hospital Municipal de Araruama, e a outra em São Pedro da Aldeia, na Região dos Lagos. A Secretaria de Saúde do Estado havia confirmado 32.126 casos suspeitos de dengue. Os dados de casos notificados foram compilados pela Secretaria de Saúde a partir de informações inseridas no sistema pelos municípios até o dia 5 de março de 2013. [19].

5. PREVENÇÃO DA DENGUE

A ação mais simples para **prevenção da dengue** é evitar o nascimento do mosquito, já que não existem vacinas ou medicamentos que combatam a contaminação. Para isso, é preciso eliminar os lugares que eles escolhem para a reprodução. [19].

A regra básica é não deixar a água, principalmente limpa, parada em qualquer tipo de recipiente.

Como a proliferação do mosquito da dengue é rápida, além das iniciativas governamentais, é importantíssimo que a população também colabore para interromper o ciclo de transmissão e contaminação. Para se ter uma ideia, em 45 dias de vida, um único mosquito pode contaminar até 300 pessoas. [13].

Sempre manter recipientes, como caixas d'água, barris, tambores tanques e cisternas, devidamente fechados. E não deixar água parada em locais como: vidros, potes, pratos e vasos de plantas ou flores, garrafas, latas, pneus, painéis, além de outros locais em que a água da chuva é coletada ou armazenada. Lembrando que o ovo do mosquito da dengue pode sobreviver até 450 dias, mesmo se o local onde foi depositado o ovo estiver seco. Caso a área receba água novamente, o ovo ficará ativo e pode atingir a fase adulta em um espaço de tempo entre 2 e 3 dias. Por isso é importante eliminar água e lavar os recipientes com água e sabão. [24].

6. MODO DE TRANSMISSÃO

A dengue é transmitida pela picada da fêmea do **mosquito** *Aedes aegypti* ou *Aedes albopictus* (ambos da família dos Flaviridae) infectados com o vírus. [25].

A transmissão nos mosquitos ocorre quando ele suga o sangue de uma pessoa já infectada com o vírus da dengue. Após um período de incubação, que inicia logo depois do contato com o vetor que esta infectados pelo vírus e dura entre 8 e 12 dias, depois deste período o mesmo já está apto a transmitir a doença. [19].

Nos seres humanos, o vírus permanece em incubação durante um período que pode durar de 3 a 15 dias. Só após esta etapa, é que os sintomas da dengue podem ser percebidos.

É importante destacar que não há transmissão através do contato direto de um doente ou de suas secreções com uma pessoa sadia. O vírus também não é transmitido através da água ou alimento. [12].

6. Diagnóstico diferencial

Em virtude do amplo espectro clínico e evolutivo, a dengue deve ser considerada no diagnóstico diferencial de: gripe, enterovirose,

parvovirose, mononucleose, abscesso hepático, abdome agudo, infecção do trato urinário, escarlatina, pneumonia, sepse, salmonelose, riquetsioses, púrpura autoimune, púrpura de Henoch Schonlein, doença de Kawasaki, rubéola, sarampo, eritema infeccioso, farmacodermias, alergias cutâneas, hantavirose, leptospirose, febre amarela, malária, hepatites, influenza, meningococemia, além de doenças próprias da região afetada ou de onde provem o paciente. [19].

7. Tipos da Dengue

No Brasil, já foram encontrados da dengue tipo 1, 2, 3 e 4. O vírus tipo 4 não era registrado no País há 28 anos, mas em 2010 foi notificado em alguns estados, como o Amazonas e Roraima. [11].

7.1. Formas de apresentação

-Infecção Inaparente:

A pessoa está infectada pelo vírus, mas não apresenta nenhum sintoma da dengue. A grande maioria das infecções da dengue não apresenta sintomas. Acredita-se que de cada dez pessoas infectadas apenas uma ou duas ficam doentes. [7].

-Dengue Clássica:

A Dengue Clássica é uma forma mais leve da doença e semelhante à gripe. Geralmente, inicia de uma hora para outra e dura entre 5 a 7 dias. A pessoa infectada tem febre alta (39° a 40°C), dores de cabeça, cansaço, dor muscular e nas articulações, indisposição, enjoos, vômitos, manchas vermelhas na pele, dor abdominal (principalmente em crianças), entre outros sintomas.

Os sintomas da Dengue Clássica duram até uma semana. Após este período, a pessoa pode continuar sentindo cansaço e indisposição. [7].

- Dengue Hemorrágica

A Dengue Hemorrágica é uma doença grave e se caracteriza por alterações da coagulação sanguínea da pessoa infectada. Inicialmente se assemelha a Dengue Clássica, mas, após o terceiro ou quarto dia de evolução da doença, surgem hemorragias em virtude do sangramento de pequenos vasos na pele e nos órgãos internos. A Dengue Hemorrágica pode

provocar hemorragias nasais, gengivais, urinárias, gastrointestinais ou uterinas [15].

Na Dengue Hemorrágica, assim que os sintomas de febre acabam a pressão arterial do doente cai, o que pode gerar tontura, queda e choque. Se a doença não for tratada com rapidez, pode levar à morte ⁵⁶.

SINAIS DE ALERTA – DENGUE HEMORRÁGICA

1. Dor abdominal intensa e contínua (não cede com medicação usual);
2. Agitação ou letargia;
3. Vômitos persistentes;
4. Pulso rápido e fraco;
5. Hepatomegalia dolorosa;
6. Extremidades frias;
7. Derrames cavitários;
8. Cianose;
9. Sangramentos espontâneos e/ou prova de laço positiva;
10. Lipotimia;
11. Hipotensão arterial;
12. Sudorese profusa;
13. Hipotensão postural;
14. Aumento repentino do hematócrito;
15. Diminuição da diurese;
16. Melhora súbita do quadro febril até o 5 dia;
17. Taquicardia. [18].

- Síndrome de Choque da Dengue

Esta é a mais séria apresentação da dengue e se caracteriza por uma grande queda ou ausência de pressão arterial. A pessoa acometida pela doença apresenta um pulso quase imperceptível, inquietação, palidez e perda de consciência. Neste tipo de apresentação da doença, há registros de várias complicações, como alterações neurológicas, problemas cardiorrespiratórios, insuficiência hepática, hemorragia digestiva e derrame pleural.

Entre as principais manifestações neurológicas, destacam-se: delírio, sonolência, depressão, coma, irritabilidade extrema, psicose, demência, amnésia, paralisias e sinais de meningite. Se a doença não for tratada com rapidez, pode levar à morte. [16].

8. Tratamento da Dengue

O atualmente não há um tratamento específico sendo assim o pilar principal é focado na hidratação assistida. A hidratação varia em intensidade, via de administração e duração

de acordo com o estado clínico.[15]. As recomendações atuais reforçam a importância do reconhecimento dos sinais de alerta, sinais de extravasamento plasmático e choque para tratamento adequado, não valorizando apenas a diminuição do número das plaquetas ou a presença de fenômenos hemorrágicos. [15].

É importante destacar que a pessoa com dengue não pode tomar remédios à base de ácido acetil salicílico, como AAS, Melhoral, Doril, Sonrisal, Alka-Seltzer, Engov, Cibalena, Doloxene e Buferin. Como eles têm um efeito anticoagulante, podem promover sangramentos. O doente começa a sentir a melhorar cerca de quatro dias após o início dos sintomas da dengue, que podem permanecer por 10 dias. Em caso de suspeita de dengue, procure a ajuda de médico. Este profissional irá orientá-lo a tomar as providências necessárias do seu caso. [16].

9. Vacinas

É sabido que a doença por um sorotipo vírus da dengue (DENV), resulta em imunidade de longa duração apenas para esse sorotipo. Para haver proteção contra a doença nos quatro sorotipos DENV, uma vacina contra a dengue deve ser tetravalente. Algumas candidatas à vacina estão agora em avaliação pré-clínica ou clínica.

O portfólio Pediatric Dengue Vaccine Initiative (PDVI), de vacinas de dengue tem trabalhado nos últimos seis anos para unir cientistas, investigadores clínicos, epidemiologistas, economistas, cientistas sociais e especialistas da indústria para acelerar o desenvolvimento de vacinas contra a dengue. Nos últimos seis anos, o PDVI contribuiu para a criação de grupo de estudos na Ásia e nas Américas para verificar a incidência da dengue, a avaliação diagnóstica, a realização de estudos econômicos e ensaios clínicos. Há uma vacina tetravalente de vírus vivos atenuados no estágio avançado (fase III) de pesquisa. [6].

10. Conclusões finais

Consegue-se perceber e entender que a Dengue é uma doença grave que está presente em todos os lugares. Ela exige diversos

cuidados para que não evolua, causando mais mortes.

Observamos mais detalhadamente a sua origem, ou seja, seu surgimento, sua reprodução, os tipos dessa doença (Clássica e Hemorrágica), bem como os sintomas, prevenções e tratamento.

11. Bibliográficas

[1]Kourí G, Pelegrino JL, Munster BM, Guzmán MG. Society, economy, inequities and dengue. *Rev Cubana Med Trop* 2007;59:177-85.

[2].Tauil PL. Dengue: desafios para o seu controle. *Brasilia Med* 2008;45:3-4.

[3].Barreto FR, Teixeira MG, Costa MC, Carvalho MS, Barreto ML. Spread pattern of first dengue epidemic in the city of Salvador, Brazil. *BMC Public Health* 2008;8:51.

[4].Gluber DJ. Epidemic dengue/dengue hemorrhagic fever as a public health, social and economic problem in the 21st century. *Trends Microbiol* 2002;10:100-3.

[5].Wilder-Smith A, Gluber DJ. Geographic expansion of dengue: the impact of international travel. *Med Clin North Am* 2008;92:1377-90.

[6].Suaya JA, Shepard DS, Siqueira JB, Martelli CT, Lum LC, Tan LH *et al.*, Cost of dengue cases in eight countries in the Americas and Asia: a prospective study. *Am J Trop Med Hyg* 2009;80:846-55271 *Rev Paul Pediatr* 2012;30(2):263-71.

[7].Shepard DS, Coudeville L, Halasa YA, Zambrano B, Dayan GH. Economic impact of dengue illness in the Americas. *Am J Trop Med Hyg* 2011;84:200-7.

[8].Sheffield PE, Landrigan PJ. Global climate change and children's health: threats and strategies for prevention. *Environ Health Perspect* 2011;119:291-

[9].Ross TM. Dengue virus. *Clin Lab Med* 2010;30:149-60.

[10].Whitehorn J, Farrar J. Dengue. *Br Med Bull* 2010;95:161-73.

[11].Rodriguez-Barraquer I, Cordeiro MT, Braga C, Souza WV, Marques ET, Cummings DA. From re-emergence to hyperendemicity: the natural history of the dengue epidemic in Brazil. *PLoS Negl Trop Dis* 2011;5:e 935.

[12].Barreto ML, Teixeira MG. Dengue in Brazil: epidemiological situation and contribution to a research agenda. *Estud Av* 2008;22:53-72.

[13].Jain A, Chaturvedi UC. Dengue in infants: an overview. *FEMS Immunol Med Microbiol.* 2010;59:119-30.

[14].Guzmán MG, Vásquez S, Kouri G. Dengue: Where are we today? *Malays J Med Sci* 2009;16:5-12.

[15].Brasil. Ministério da Saúde [homepage on the Internet]. Secretaria de vigilância em saúde – Departamento de Vigilância Epidemiológica. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: criança [cited 2011 Apr 16]. Available from: http://portal.saude.gov.br/porta l/arquivos/pdf/web_dengue_crian_25_01.pdf

[16].Gibbons RV. Dengue conundrums. *Int J Antimicrob Agents* 2010;36 (Suppl 1):S36-9.

[17].Kourí G, Guzmán MG, Bravo J. Hemorrhagic dengue in Cuba: history of an epidemic. *Bull Pan Am Health Organ* 1986;20:24-30.

[18].San Martín JL, Brathwaite O, Zambrano B, Solórzano JO, Bouckenoghe A, Dayan GH *et al.*, The epidemiology of dengue in the Americas over the last three decades: a worrisome reality. *Am J Trop Med Hyg* 2010;82:128-35.

[19].Hoyos Rivera A, Pérez Rodríguez A. Updating in the epidemiological and clinical aspects of dengue. *Rev Cub Salud Publica* 2010;36:149-64.

[20].Osanai CH, Rosa AP, Tang AT, Amaral RS, Passos AD, Tauil PL. Dengue outbreak in Boa Vista, Roraima. Preliminary report. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 1983;25:53-4.

- [21].Nogueira RM, Araújo JM, Schatzmayr HG. Dengue viruses in Brazil, 1986-2006. *Rev Panam Salud Publica* 2007;22:358-63.
- [22].Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Informe Epidemiológico da dengue: análise de situação e tendências. Brasília; Ministério da Saúde, 2010.
- [23].Teixeira MG, Costa MC, Barreto F, Barreto ML. Dengue: twenty-five years since reemergence in Brazil. *Cad Saude Publica* 2009;25 (Suppl 1):S7-18.
- [24].Ferreira BJ, Souza MF, Soares Filho AM, Carvalho AA. The historical evolution of dengue prevention and control programs in Brazil. *Cienc Saude Coletiva* 2009;14:961-72.
- [25].Ujvari SC. The history of the dissemination of microorganisms *Estud Av* 2008;22:171-82.
- [26].Halstead SB. Dengue. *Lancet* 2007;370:1644-52.
- [27].Donalísio MR, Glasser CM. Entomological surveillance and control of dengue fever vectors *Rev Bras Epidemiol* 2002;5:259-72.

12. Abstract

Dengue is an acute febrile infectious disease caused by a virus and is transmitted Flaviridae family in Brazil, through the vector *Aedes aegypti*, also infected by the virus. Currently,

dengue is considered a major public health problem worldwide. The dengue diagnosis is performed based on patient history, blood tests that indicate the severity of the disease and specific tests for virus isolation in culture or specific antibodies. To prove infection with the dengue virus, it is necessary to serology, which is a test that detects the presence of antibodies against Dengue virus. Treatment of dengue rest and requires quite a lot of liquid intake, In the treatment, are also used anti-thermal which are recommended by a physician. Importantly, the person with dengue can NOT take herbal remedies aspirin, as aspirin, Melhoral, Doril, Sonrisal, Alka-Seltzer, Engov, Cibalena, Doloxene and Bufferin. As they have an anticoagulant effect, can promote bleeding.

**MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE RASTREIO DE LESÕES
PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO UTERINO**

Ricardo de Mattos Russo Rafael¹, Anna Tereza Miranda Soares de Moura², Cecília López Santos³,
Michelly Aparecida Custódio Amaral⁴, Vander Oliveira da Silva⁵

1. Enfermeiro. Doutorando em Ciências (FCM/UERJ). Mestre em Saúde da Família (PMSF/UNESA). Professor dos Cursos de Graduação em Enfermagem e em Medicina da Universidade Iguazu (UNIG). E-mail: prof.ricardomattos@gmail.com
2. Médica. Doutora e Mestre em Saúde Coletiva (IMS/UERJ). Professora da Faculdade de Ciências Médicas (FCM/UERJ). E-mail: annaterzam.smoura@gmail.com
3. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Iguazu (UNIG). E-mail: ceci.lopezsantos@gmail.com
4. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Iguazu (UNIG). E-mail: michele__2008@hotmail.com
5. Acadêmico de Enfermagem da Universidade Iguazu (UNIG). E-mail: vander.uno@gmail.com

RESUMO

Objetivo: discutir a prática de rastreio das lesões precursoras do câncer do colo uterino a partir do Modelo de Crenças em Saúde. **Métodos:** trata de um estudo transversal de base populacional com uma de 281 mulheres, entre 20 e 59 anos de idade, residentes na área de cobertura da Estratégia de Saúde da Família do município de Nova Iguazu. **Resultados:** aponta para o comportamento preventivo, balizado pelo Modelo de Crenças, nos diversos subgrupos populacionais que compõem a amostra. Também foi realizada uma análise estatística entre as médias obtidas nos escores do instrumento de coleta e as práticas frente os principais aspectos do rastreio. **Conclusão:** percebeu-se que os aspectos sociodemográficos, principalmente idade, etnia, escolaridade e renda familiar estão intimamente relacionados com a forma em que as mulheres percebem os benefícios e as barreiras relacionadas ao exame, bem como a susceptibilidade e gravidade do câncer do colo uterino. **Descritores:** Neoplasias do colo uterino, saúde da família, acesso aos serviços de saúde.

1. Introdução

O câncer caracteriza-se pelo crescimento desordenado das células que por sua vez, invadem tecidos e órgãos. No Brasil é a segunda principal causa de morte, ficando atrás apenas das doenças do aparelho circulatório, o que se configura como um importante problema de saúde pública. [1,2] Na população do sexo feminino, os cânceres mais incidentes são os de mama e colo do útero, respectivamente. O câncer de colo do útero (CCU) é uma doença de desenvolvimento lento e sem sintomas em fase inicial. Por esse motivo, o exame colpocitológico, também chamado de exame Papanicolaou ou apenas exame preventivo, é a principal estratégia utilizada para detecção precoce do CCU. [3,4]

Estima-se que até o final de 2012 tenha-se 17.540 novos casos de CCU no Brasil, sendo 8.090 apenas na região sudeste. Quanto à mortalidade, diferente do que ocorre em países desenvolvidos, com programas de detecção precoce bem estruturados, o câncer de colo do útero representa uma das maiores causas de morte em mulheres no Brasil. Em países europeus, nos EUA e Japão, por exemplo, as taxas de mortalidade por CCU são bem menores quando comparadas as de países da América Latina e África, talvez pela forma que se organizam os sistemas de rastreamento sistemático da doença. [4,5]

A principal forma de prevenção do CCU é a detecção precoce, feita através do exame colpocitológico, que permite detectar alterações sugestivas de câncer na cérvix uterina de uma mulher até então assintomática e encaminhá-la para investigação e tratamento. O exame é simples, indolor, de baixo custo e pode ser realizado em nível ambulatorial por profissionais de saúde devidamente habilitados. No Brasil, o exame está disponível na rede básica de saúde e deve ser realizado em mulheres com idade entre 25 e 64 anos, a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos negativos. [4,6]

Contudo, ainda observa-se a falta de adesão de boa parte da população feminina ao exame, devido a diferentes fatores, tais como: medo, vergonha, baixa escolaridade e classe econômica, bem como dificuldade de acesso e

até mesmo incompatibilidade de horários. Ou seja, muitas mulheres vivenciam diariamente um processo de mobilidade, seja para trabalhar ou estudar, o que acaba dificultando o acesso as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que geralmente funcionam em horários fixos nos dias úteis. [7]

O Modelo de Crenças em Saúde (MCS) diz que a adesão a prevenção de alguma patologia está associada à percepção dos seguintes aspectos: suscetibilidade, gravidade e a relação benefícios e barreiras percebidos. Ou seja, o MCS refere-se às percepções individuais no processo de saúde. Ele parte do pressuposto de que, para o indivíduo agir de maneira preventiva em relação a alguma patologia, precisa acreditar nos benefícios de tais ações e na capacidade delas de reduzir a suscetibilidade àquela doença ou sua gravidade. [7,8]

Visto que os profissionais da Atenção Primária atuam diretamente na atenção às mulheres, acredita-se que possam contribuir de forma profícua na prevenção do CCU entre uma determinada população, evidenciando a importância da prática do exame Papanicolaou. [9]

Frente à problemática apresentada, tem-se como objetivo: discutir a prática de rastreamento das lesões precursoras do câncer do colo uterino a partir do Modelo de Crenças em Saúde. Justifica-se a realização da pesquisa frente a necessidade de ampliar o conhecimento dos fatores que influenciam ou determinam a realização regular deste procedimento. Neste sentido, tem-se como contribuições do estudo a geração de dados que possam subsidiar a prática de elaboração de estratégias mais focadas nas necessidades do público feminino, principalmente no nível da Atenção Primária à Saúde (APS).

Este nível de atenção prevê que as ações de saúde devem ser norteadas pelas necessidades humanas básicas da população alvo dos cuidados, balizados ainda pela noção de território e de vigilância em saúde. A prática das equipes de APS devem ser trabalhadas com base na atuação de equipes multiprofissionais e com uma população adstrita, a fim de que as atividades sejam mais próximas da realidade e do entendimento de

que a saúde não é um objetivo e sim mais um recuso para a vida.[10,11]

2. Métodos

Trata de um estudo transversal de base populacional e parte integrante do projeto intitulado “Barreiras na prevenção do câncer do colo uterino: uma análise mediada pelo modelo de crenças em saúde e sob a perspectiva da Estratégia de Saúde da Família”. O Projeto foi desenvolvido na cidade de Nova Iguaçu, no período de 2009 a 2012.

A Cidade tem cerca de 800 mil habitantes e está localizada na região metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, fazendo parte de uma malha de municípios de expressiva importância política e econômica para a região. O seu sistema público de saúde possui uma configuração ainda diminuta, contando com 60 equipes de Saúde da Família distribuídas em 34 unidades básicas e perfazendo a cobertura de 24,0% da população. Visando iniciar o processo de expansão programada, conta ainda com 35 equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, onde 4 equipes encontram-se em fase de transição para a ESF.

Administrativamente, Nova Iguaçu, está dividida em nove Unidades Regionais de Governo (URG). A URG de Comendador Soares, eleita como cenário de estudo, localiza-se próximo ao centro da cidade, contando com 6 equipes de ESF, com cobertura aproximada de 20.000 habitantes. Os dois territórios alvo do estudo foram eleitos considerando o tempo de implantação de pelo menos 5 anos e as áreas com maior cobertura da Estratégia.

A população-alvo da pesquisa compreendeu o conjunto de mulheres com idade entre 20 e 59 anos, residentes na área de cobertura da ESF da região de Comendador Soares. Segundo os dados cadastrais das equipes, em fevereiro de 2009 havia 1724 sujeitos elegíveis. Assumindo-se uma prevalência esperada para o evento de 30%, erro de 5% e 10% de perdas, o tamanho amostral previsto foi de 272 indivíduos. Porém, o estudo contou com 281

participantes, uma vez que adotou-se uma sobreamostra para evitar perdas.

A população do estudo foi selecionada por meio de uma amostragem sistemática a partir da listagem nominal de mulheres cadastradas nas duas equipes participantes do estudo. Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: ter idade entre 20 e 59 anos, faixa etária preconizada pelo Programa de rastreio do câncer do colo uterino na época do estudo; e concordar em participar da pesquisa, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas da seleção as mulheres que, após duas tentativas, não puderam ser encontradas no domicílio, bem como nos casos de mudança de endereço.

Após a realização de um estudo piloto em áreas próximas a região eleita para a execução do trabalho, em março de 2009, deu-se início a coleta de dados. As mulheres, sujeitos da pesquisa, foram abordadas no próprio domicílio para a realização de entrevistas face a face, com duração média de 15 minutos. Foi permitida a mulher a escolha de outro local para a coleta das informações sempre que o ambiente não favorecesse a adequada relação entrevistador-entrevistada. As entrevistas foram conduzidas por uma equipe composta por nove Agentes Comunitários de Saúde, sob a supervisão de um dos autores do trabalho. Para tanto, os profissionais receberam treinamentos específicos sobre o objeto do estudo, bem como as formas de abordagem e de aplicação dos instrumentos.

O instrumento de coleta de dados foi composto por um questionário estruturado e multidimensional. O primeiro módulo contemplou questões referentes à caracterização da clientela, tendo itens da “Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)” e os critérios de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa. Para integrar o segundo módulo, foi utilizado o instrumento “Champion’s Health Belief Model Scale” (CHBMS), já validado e adaptado transculturalmente para o Brasil. Por fim, o instrumento contou com itens selecionados do “Módulo Exames para detecção de câncer de colo de útero e mama e

uso de hormônios” do “Questionário Individual Tipo A” utilizado pelo INCA no Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Agravos Não Transmissíveis.

Para o tratamento estatístico dos resultados, utilizou-se o software Stata SE 10. Neste artigo, apresenta-se uma análise bivariada, associando as variáveis do CHBMS e do perfil da clientela, bem como de fatores relacionados a realização do exame de rastreio das lesões precursoras do câncer do colo uterino. Calculou-se a média dos resultados obtidos nas escalas, a fim de reconhecer o comportamento preventivo nas respondentes.

A fim de atender a Resolução CNS 196/96, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos no setor saúde, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estácio de Sá, obtendo autorização sob o CAAE 0137.0.000.308-09. Todas as participantes assinaram o TCLE, que dispunha os objetivos do trabalho e a garantia do anonimato. Nos casos necessários, as respondentes foram acolhidas e orientadas a procurar os serviços oferecidos pelas equipes de Saúde da Família para, se necessário, agendar consultas médicas e de enfermagem.

3. Resultados

Foram entrevistadas 281 mulheres, extrapolando a amostra inicial calculada de 272 sujeitos. Dentre os sujeitos listados inicialmente, 11 haviam mudado de endereço, 26 não foram encontrados no domicílio e apenas sete se recusaram a participar do estudo. Observou-se um predomínio de mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos (60,1%; IC 95%: 54,4 / 65,9), de raça/cor parda (44,1%; IC 95%: 38,3 / 50,0), que estudaram até o ensino fundamental (72,6%, IC 95%: 67,3 / 77,8), que possuíam parceiro fixo (65,1%; IC 95%: 59,5 / 70,7) e que se enquadravam no estrato socioeconômico tipo C (59,1%; IC 95%: 53,3 / 64,8).

A **Tabela 1** apresenta a associação sociodemográfica e as médias obtidas nas escalas do CHBMS. Como pode ser observado, há diferenças significativas entre as médias obtidas nas escalas quando

associadas às faixas etárias. Quanto maior a faixa etária, maior a percepção da susceptibilidade da doença. Todavia, as mulheres entre 50 e 59 anos se viram menos susceptíveis do que as demais. Ainda nesta faixa etária, pode-se evidenciar a percepção de menor gravidade da doença e dos benefícios atribuídos às ações preventivas e maiores barreiras para acessar estas práticas.

Em relação à etnia, pode-se observar que as mulheres brancas percebem-se de forma menos susceptível do que as demais, bem como apresentam menor percepção da gravidade da doença. Em relação às mulheres pardas, evidenciam-se menor percepção da gravidade e dos benefícios atribuídos às práticas preventivas. No que tange às barreiras de acesso, as mulheres que apresentam maior dificuldade para realização do exame são as de cor negra, amarela e indígena.

As mulheres que possuíam ensino universitário perceberam-se menos susceptíveis, com menor gravidade da doença e com menos benefícios atribuídos ao exame. Em relação às barreiras ao acesso, observa-se que, quanto maior a escolaridade, menor a percepção de fatores impeditivos ao exame.

As mulheres que possuíam uma situação conjugal com companheiros fixos, ou seja, mulheres casadas e em união consensual, perceberam de forma mais fraca a susceptibilidade e a gravidade da doença, embora tenham relatado maiores benefícios ao exame. Quanto às mulheres solteiras, viúvas e desquitadas, observou-se que atribuíam menores benefícios ao exame preventivo e que apresentavam maiores dificuldades de acesso às práticas preventivas.

A característica de classe econômica se comportou de forma similar à situação conjugal. Quanto maior a classe, menor a percepção de susceptibilidade e gravidade da doença. Já as classes econômicas mais baixas, classes D e E, apresentaram maiores barreiras impeditivas ao acesso e menor percepção dos benefícios do exame.

Tabela 1. Média dos resultados obtidos nas escalas do CHBMS nos diferentes subgrupos de mulheres residentes na área de cobertura da ESF de Nova Iguaçu, 2009.

Características	Susceptibilidad e		Gravidade		Benefícios		Barreiras	
	N	M	N	M	n	M	N	M
Idade	281		281		280		280	
De 20 a 29 anos		10,56		21,58		16,22		20,91
De 30 a 39 anos		10,57		21,43		16,37		20,64
De 40 a 49 anos		10,81		20,95		15,89		20,70
De 50 a 59 anos		9,68		20,25		15,85		23,16
Raça / Cor	281		281		280		280	
Branca		9,73		20,73		16,32		19,89
Preta		10,59		22,26		16,25		22,80
Parda		10,83		20,81		15,95		21,05
Amarela/Indígena		14,50		22,50		14,00		25,50
Escolaridade	281		281		280		280	
Nenhuma		10,20		21,13		15,86		23,60
De 1ª a 4ª série		10,49		21,76		15,99		22,27
De 5ª a 8ª série		10,45		21,67		16,12		20,80
Ensino médio		10,62		19,86		16,41		19,79
Ensino universitário		9,00		19,00		15,80		16,40
Situação conjugal	281		281		280		280	
Casada/União Cons.		10,25		21,13		16,27		20,57
Solteira		10,95		20,98		15,95		22,51
Desquitada/Viúva		10,75		21,64		15,67		21,94
Classe econômica	281		281		280		280	
B		8,63		19,47		16,84		17,31
C		10,37		21,09		16,23		20,75
D		10,84		21,42		15,81		22,42
E		13,80		25,60		15,50		28,50

A **Tabela 2** demonstra a associação entre as médias obtidas nas escalas do CHBMS e a utilização dos serviços de prevenção do câncer do colo do útero. As mulheres que já realizaram o exame ao menos 1 vez na vida, as que realizaram duas colpocitologias nos últimos 12 meses e as que buscam a prática colpocitológica como rotina para o rastreamento, possuem maior percepção da doença com relação à sua gravidade. Quanto à escala de benefícios, observou-se média menor quando as mulheres nunca realizaram o exame, as que não o realizaram no último ano e as que buscaram a realização da colpocitologia mediante a um problema pré-existente.

Já com relação às barreiras ao acesso à colpocitologia, as diferenças entre as médias demonstraram-se mais expressivas nos casos nos quais as mulheres nunca realizaram a colpocitologia oncológica, nas que não realizaram o exame no último ano e nos casos de procura por outras práticas preventivas com intervalo superior a um ano. Também pôde observar-se relação entre os fatores motivacionais de realização da prática preventiva e da percepção das barreiras. As mulheres que não buscaram o exame como rotina perceberam maior dificuldade de realização do rastreamento do câncer do colo uterino do que as demais.

Tabela 2. Média dos resultados obtidos nas escalas do CHBMS nos diferentes subgrupos de mulheres residentes na área de cobertura da ESF de Nova Iguaçu, 2009.

Características	Susceptibilidade		Gravidade		Benefícios		Barreiras	
	N	M	n	M	N	M	n	M
Já realizaram o exame	28		28		28		28	
	1		1		0		0	
Sim		11,76		21,07		16,21		20,87
Não		10,47		23,07		14,25		27,91
Fr do exame nos últimos 12 meses	28		28		28		28	
	1		1		0		0	
Nenhum		10,56		21,62		15,82		23,73
1 exame		10,49		21,03		16,23		20,04
2 exames		10,96		20,48		16,48		19,06
Intervalo de tempo do último exame	25		25		25		25	
	7		7		7		7	
Menos de 1 ano		10,42		20,94		16,27		19,88
De 1 a 3 anos		10,56		22,13		16,22		23,15
Mais de 3 anos		10,53		19,46		16,30		20,30
Motivo da busca pelo exame	28		28		28		28	
	1		1		0		0	
Rotina		10,47		20,95		16,19		20,82
Problemas pré-existentes		10,47		22,03		15,87		22,54

DISCUSSÃO

Este estudo possibilitou um novo olhar sobre o comportamento das mulheres frente à realização dos exames de rastreamento das lesões precursoras do câncer do colo uterino. Entende-se que mesmo com o acesso facilitado disponível nas Unidades de Saúde da Família, algumas mulheres não realizam o exame com a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde. [12] O Modelo de Crenças pode ser um bom método explicativo para estas dificuldades.

O MCS, proposto por Rosenstock em meados da década de 60, buscava explicações quanto ao comportamento humano no processo saúde, pressupondo que para o indivíduo aderir a métodos preventivos a certa patologia, ele necessita acreditar estar susceptível àquela doença e que sua ocorrência deverá ter algum nível de seriedade em algum âmbito de sua vida. O modelo ainda diz que o indivíduo precisa acreditar que tais ações preventivas e mudanças de hábito serão capazes de diminuir

a susceptibilidade e seriedade da patologia. [13]

Basicamente, o Modelo de Crenças é composto por quatro variáveis: susceptibilidade, gravidade, benefícios e barreiras percebidas. Susceptibilidade diz respeito a uma percepção que varia de acordo com cada indivíduo: a possibilidade de contrair uma patologia. Gravidade é a percepção do indivíduo relativa ao grau de severidade de uma patologia esta pode desencadear graves consequências. A percepção de benefícios refere-se a crença do indivíduo de que uma patologia pode ser prevenida com uma ação, seja ela um exame ou uma mudança de hábitos de vida. Já a percepção de barreiras refere-se aos obstáculos (gastos financeiros, dificuldade de acesso, medo, entre outros) impeditivos a prática das ações anteriormente referidas.[8,13]

A percepção da susceptibilidade ou vulnerabilidade em relação ao câncer é apontada como um importante fator mediador entre a necessidade e a prática do exame de

rastreio. [14] Todavia, mulheres mais velhas, brancas, com maior escolaridade e classe socioeconômica se veem com menor potencial para o desenvolvimento da doença. Logo, como em etapas iniciais o CCU não apresenta sintomas, estas mulheres acabam não suspeitando da doença e vão procurar o serviço de saúde somente quando apresentam alguma queixa. Isso pode acarretar em uma descoberta tardia da neoplasia, onde as chances para um tratamento menos invasivo e um melhor prognóstico são bastante reduzidas.

Ainda em relação a susceptibilidade, outro aspecto se mostrou relevante, como no estudo de Moisés Goldbaum et al[15], que é o fato da não realização do exame colpocitológico ser significativamente mais frequente em mulheres com idade mais avançada, negras/pardas e de baixa escolaridade e renda familiar. Aspecto este que pode ter sua causalidade explicada através do fato de mulheres com estas mesmas características terem menor percepção de susceptibilidade da doença e apresentarem mais barreiras impeditivas a prevenção que as demais, o que foi exposto no presente estudo.

O fato de a mulher ter a consciência de que o CCU pode lhe trazer consequências graves, ou até mesmo o óbito quando descoberto em estágios avançados, é de extrema relevância quanto a adesão ao exame colpocitológico. Mulheres que já realizaram o exame ao menos 1 vez na vida, as que realizaram duas colpocitologias nos últimos 12 meses e as que buscam a prática colpocitológica como rotina para o rastreio, apresentaram maior percepção dessa gravidade. Diferentemente do que pôde-se observar em estudo realizado no município de Campinas, no estado de São Paulo, onde o motivo mais referido para a não realização do exame preventivo pelos sujeitos da pesquisa, foi o fato da mulher não achar necessário realizá-lo.[15]

Verificou-se que mulheres entre 50 e 59 anos, pardas, amarelas e negras, com baixa escolaridade e pertencentes às classes D e E estão mais dispostas a essas barreiras, o que condiz com estudo realizado no município de Nova Iguaçu [7], onde o medo em relação ao

exame, e, relação ao profissional e a vergonha proveniente da exposição do corpo são as principais barreiras referidas pelos sujeitos do estudo.

Foi observado que mulheres com menor escolaridade e classe econômica são umas das mais afetadas por barreiras impeditivas a colpocitologia. Pode-se dizer que tais fatores estão diretamente relacionados à falta de conhecimento sobre os motivos pelos quais a colpocitologia deve ser feita, logo essas mulheres estarão sempre entre aquelas em que a média de realização do exame de Papanicolaou é menor, assim como o observado em estudos realizados em São Leopoldo (RS) e Rio Branco (AC).[16,17]

O aumento do número de mulheres chefes de família e à procura de independência financeira, faz com que essas mulheres busquem empregos e formação acadêmica, o que aumenta a mobilidade cotidiana das mesmas, que passam a sair diariamente, seja para estudar ou trabalhar. Tal mobilidade, ao que chamamos também de migração pendular, dificulta a ida dessas mulheres aos serviços de saúde, que no caso das UBS, funcionam em horários fixos nos dias úteis da semana e, por conseguinte, diminui a média de adesão a prevenção do CCU. [7,18]

4. Conclusão

Mesmo com as limitações provenientes de pesquisas transversais, este estudo possibilitou um novo olhar sobre o comportamento das mulheres frente a realização dos exames de rastreio das lesões precursoras do câncer do colo uterino. Entende-se que mesmo com o acesso facilitado disponível nas Unidades de Saúde da Família, algumas mulheres não realizam o exame com a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde. O Modelo de Crenças pode ser um bom método explicativo para estas dificuldades.

Percebeu-se que os aspectos sociodemográficos, principalmente idade, etnia, escolaridade e renda familiar, estão intimamente relacionados com a forma em que as mulheres percebem os benefícios e as barreiras relacionadas ao exame, bem como a

susceptibilidade e gravidade do câncer do colo uterino. Acredita-se, portanto, que as equipes de saúde, principalmente no campo da APS, devem levar em consideração estes conhecimentos para a formulação estratégias capazes de captar estas mulheres para o rastreamento precoce do câncer do colo uterino.

Sugere-se ainda que novos estudos, com análises causais e multi-municipais, sejam realizados para um melhor conhecimento deste constructo. Até lá, sugere-se que a generalização e a incorporação dos dados gerados neste estudo sejam utilizados com cautela, pois sua representação / interpretação em outros territórios deverá ser guiada pelas características populacionais e de acesso aos serviços de saúde.

Referências

- [1] Instituto Nacional do Câncer. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. – 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Inca; 2012.
- [2] Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem no controle do câncer. 3. ed. rev. atual. ampl. Rio de Janeiro: Inca; 2008.
- [3] Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. Brasília: INCA; 2011.
- [4] Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Brasília: INCA; 2011.
- [5] Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2011.
- [6] Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- [7] Rafael RMR, Moura ATMS. Barreiras na realização da colpocitologia oncótica: um inquérito domiciliar na área de abrangência de Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2010;26(5):1045-50.
- [8] Praça NS, Souza JO, Rodrigues DAL. Mulher no período pós-reprodutivo e HIV/AIDS: percepção e ações segundo o modelo de crenças em saúde. Texto & contexto enferm. 2010; 19(3):518-25.
- [9] Carvalho MCMP, Queiroz ABA. Lesões precursoras do câncer cervicouterino: evolução histórica e subsídios para consulta de enfermagem ginecológica. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2010;14(3):617-24
- [10] Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- [11] Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- [12] Oliveira MMHN, Silva AAM, Coimbra LC. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de papanicolaou em São Luís, Maranhão. Rev. Bras. Epidemiol. 2006; 9(3): 325-34
- [13] Moreira AKF, Santos ZMSA, Caetano JA. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. Physis. 2009;19(4):989-1006.
- [14] Pimentel AV, Panobianco MS, Almeida AM, et al. A percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero. Texto & contexto enferm. 2011 abr/jun; 20(2):255-62.
- [15] Goldbaum M, Garandina L, Barros MBA, et al. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006;22(11):2329-38.
- [16] Pinho AA, Junior IF, D'Oliveira AFPL, et al. Cobertura e motivos para realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de

São Paulo. Cad. Saúde Pública. 2003;19(Sup. 2):S303-13

[17] Muller DK, Luz AMH, Olinto MTA, et al. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008;24(11):2511-20

[18] Gorges MFSO, Dotto LMG, Koifman RJ, et al. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. Cad. Saúde pública. 2012; 28(6):1156-66.

Abstract

Objective: discuss the screening practice of precursor lesions of uterine cervical cancer starting from Health Belief Model. **Methods:**

a population-based cross-sectional study with a sample of 281 women with ages between 20 and 59, living in Family Health Program coverage area in Nova Iguaçu. Results: point to the preventive behavior, limited by Belief Model, in many populational subgroups belonging the sample. An statistical analysis was also done between the average obtained in the scores of collection instrument and the practices front the main aspect of screening. Conclusion: was realized that socio demographics aspects, mainly age, ethnic, scholarity and household income are intimately linked with the form witch the women realizes the benefits and the barriers related to the exam, as well the susceptibility and seriousness of uterine cervical cancer. Descriptors: uterine cervical neoplasms, family health, health services accessibility.

SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO POS OPERATORIO DE CIRURGIA CARDIACA

Marcelo Barbosa da Silva Junior¹ ; Monica Braga Forte¹ ;Noel Moraes de Souza¹
Sandra Caixeiro de Oliveira Brandão² ;Roberto Santos Oliveira³

1. Nurse Degree at Iguaçú University UNIG, RJ Brasil.

marcelinho.russo@hotmail.com; monicabraga@hotmail.com; noelmorais@hotmail.com.

2. RN. Master in Nursing Care. Professor at Iguaçú University. RJ Brasil. E-mail: caixeiro40@ig.com.br

3. RN. Full Professor at Iguaçú University UNIG, RJ Brasil. Email: rsoliver@hotmail.com

Endereço: Avenida Atlântica, nº 928/511 Copacabana Rio de Janeiro CEP 20010-000.

RESUMO

Estudo bibliográfico exploratório e descritivo que teve como objetivo investigar a sistematização da assistência de enfermagem prestada aos pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca, no que diz respeito aos diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association - NANDA, e sua relação com as intervenções de enfermagem segundo a taxonomia Nursing Interventions Classification – NIC, e a taxonomia Nursing Outcomes Classification - NOC. Realizado através de revisão de literatura na Biblioteca Virtual de Saúde – BVS; Identificado que a qualidade da assistência de enfermagem está diretamente relacionada com as intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações, e proporcionar a recuperação e retorno do paciente o mais breve às atividades do cotidiano; concluindo a enfermagem vem desenvolvendo uma metodologia própria de trabalho fundamentada em um processo sistematizado e planejado de cuidar; considerando que o método operacionaliza seu conhecimento e mostra o alcance da capacidade profissional da enfermagem.

Descritores: cirurgia torácica, diagnóstico de enfermagem, e cuidados de enfermagem.

INTRODUÇÃO

As cardiopatias apresentam-se como patologias consideradas de cunho crônico-degenerativas, com alta incidência no Brasil e no mundo, e acometem seres humanos em qualquer faixa etária⁽¹⁾. O tratamento das doenças isquêmicas cardíacas vem sofrendo avanços terapêuticos clínicos e cirúrgicos significativos. Dentre estes, a cirurgia de revascularização do miocárdio é uma das opções no tratamento cirúrgico e tem como objetivos: prolongar a vida, promover alívio da dor de angina e melhorar a qualidade de vida dos pacientes⁽²⁾.

Encontramos descritas na literatura três tipos de cirurgias: as corretoras (relacionadas aos defeitos do canal arterial, incluindo o do septo atrial e ventricular), as reconstrutoras (revascularização do miocárdio, plastia de valva aórtica, mitral ou tricúspide) e as substitutivas (trocas valvares e transplantes). Os tipos mais comuns são as reconstrutoras, sendo a revascularização do miocárdio, conhecida popularmente como “*ponte safena*”. Este procedimento trouxe como consequência um maior desenvolvimento e expansão dos cuidados de enfermagem ao paciente no período pós-operatório de cirurgia

cardíaca; tal cuidado requer um método, uma estratégia organizada para garantir a qualidade de assistência⁽³⁾.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE é um método organizado de prestar o cuidado ao paciente, é composto por etapas que devem ser previamente estabelecidas; tais como a coleta de dados, diagnósticos, planejamento, implementação da assistência e avaliação dos resultados obtidos; neste sentido a SAE pode e deve ser utilizada para organizar o padrão de assistência a este segmento de pacientes⁽⁴⁾⁽⁵⁾. O diagnóstico faz parte da (SAE), e requer raciocínio lógico, e preparo dos enfermeiros para desenvolver um julgamento clínico e avaliação das habilidades técnicas para a prestação segura do cuidado; fatores decisivos para a classificação dos diagnósticos de enfermagem segundo a North American Nursing Diagnosis Association - NANDA, estes são julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde reais ou potenciais, proporcionam as bases para as seleções dos cuidados e intervenções de enfermagem, a fim de alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável⁽⁵⁾.

A Lei 7.498 de 1986⁽⁷⁾, descreve a SAE como atividade privativa do enfermeiro que identifica as situações saúde/doença dos indivíduos através da utilização de um método, estratégia de trabalho científico que irá subsidiar ações de enfermagem contribuindo para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos. O processo de enfermagem é a maneira sistemática e dinâmica de prestar cuidado de enfermagem, promovendo um cuidado de baixo custo, além de impulsionar os enfermeiros a analisarem constantemente o que estão fazendo e a estudarem como poderiam fazê-lo

melhor. A SAE tem fundamentação legal na Resolução COFEN nº. 358 de 2009⁽⁸⁾, e permite ao enfermeiro gerenciar e desenvolver uma assistência de enfermagem organizada segura, dinâmica e competente.

Como visto, o processo de enfermagem tem sido uma possibilidade de resposta aos questionamentos referentes à qualidade do cuidado e ao desenvolvimento científico da profissão; tal fato tem provocado o interesse da categoria em constantes estudos e avaliações entre profissionais e estudantes de enfermagem sobre a temática.

Neste sentido, o interesse em desenvolver este estudo, é oriundo da vivência e experiência dos autores em trabalhar em terapia intensiva com cirurgia cardíaca, que ao prestar assistência direta à pacientes em pós-operatório imediato e mediato, observaram a necessidade de implementação de uma assistência adequada e sistematizada de enfermagem. Outro fator que justifica a escolha do tema surgiu durante a graduação, quando os professores apresentaram a importância dos diagnósticos de enfermagem; e a necessidade de entender e praticar a SAE.

Este estudo tem como objeto a sistematização da assistência de enfermagem e como objetivo investigar na literatura de enfermagem a sistematização da assistência no pós-operatório de cirurgia cardíaca, e identificar os diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia II da NANDA, de forma a contribuir para implementar a assistência, intervenções e resultados de enfermagem, segundo a taxonomia da NIC e NOC. Deste modo espera-se que este trabalho possa contribuir para a qualidade da assistência de enfermagem, para o ensino e pesquisa pelos argumentos e evidências que apresenta.

METODOLOGIA

Estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa, na modalidade bibliográfica. Descritivo por descrever as características de determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis; envolve a coleta de dados pela observação sistemática nos trabalhos encontrados; exploratória a fim de proporcionar maior familiaridade com o problema com vista a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Avalia as descrições das experiências práticas e exemplos que estimulem a compreensão do problema pesquisado. O aspecto qualitativo considera a relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, como vínculo indissociável entre o objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números; e portanto não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas; o ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave⁽⁹⁾.

A busca da literatura foi realizada a partir dos seguintes descritores: cirurgia torácica, diagnósticos de enfermagem e cuidados de enfermagem. Foram encontrados 34.733 trabalhos na busca com os descritores de forma individualizada, percebemos então a necessidade de filtrar a seleção; neste sentido foi realizada outra busca com conjugação dos descritores, com dois e com os três descritores; restaram 298 artigos; foi então realizada uma terceira filtragem onde foram excluídos: inicialmente aqueles em repetição, em seguida as monografias, teses e dissertações; foi delimitado o período de publicação dos artigos (2000-2010) e incluído somente os artigos disponíveis na íntegra na web. Do material encontrado (87 artigos), foi realizado uma pré-leitura para certificar-se da existência das informações e evidências necessárias,

passíveis de serem aproveitados na fundamentação deste estudo. Importante frisar que o selecionar não tinha como objetivo eliminar o dispensável, mas fixar-se no que realmente é de interesse do estudo; deste modo foram selecionados 9 artigos que apresentavam as melhores evidências para investigar a sistematização da assistência de enfermagem aplicada ao paciente em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca.

RESULTADOS

Foram encontrados como resultados a aplicação do Processo de enfermagem ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, com as descrições das seguintes etapas/fases⁽⁵⁾⁽¹⁰⁾.

A - Investigação (ou histórico de enfermagem)

Quando um paciente é admitido na unidade de terapia intensiva, nas primeiras 12 horas é necessário que seja realizada uma avaliação funcional de todos os sistemas, para determinar o estado do paciente e suas necessidades.

Os seguintes parâmetros são avaliados:

No âmbito neurológico, o nível de capacidade de resposta, tamanho da pupila e reação à luz; reflexos, simetria facial, movimentos dos membros e força de preensão da mão⁽⁵⁾⁽¹¹⁾.

No sistema cardíaco: frequência e ritmo e sons cardíacos, pressão arterial média (PAM), pressão venosa central (PVC), pressão da artéria pulmonar (PAP), pressão em cunha da artéria pulmonar (PWAP), pressão arterial esquerda, traçados de onda a partir dos equipos de pressão arterial invasivos, débitos ou índice cardíaco, resistência vasculares sistêmicas e pulmonar, saturação arterial de oxigênio (SvO₂), quando disponível. No aparelho

respiratório: movimentos torácicos, sons respiratórios, parâmetros do ventilador e gasometria arterial⁽¹¹⁾.

No sistema vascular periférico: pulsos periféricos; coloração da pele, leitos ungueais, mucosas, lábios e lobos das orelhas, temperatura cutânea, edema, condições dos curativos e linhas invasivas. Em relação à função renal: débito urinário, densidade específica e osmolaridade da urina podem ser avaliados e a Dor: natureza, tipo, localização, duração (a dor incisional deve ser diferenciada da dor anginosa); apreensão e resposta ao analgésico. A avaliação também inclui observar todo o equipamento utilizado nos procedimentos invasivos como, por exemplo, o tubo endotraqueal, ventilador mecânico, monitorização invasiva, monitor cardíaco, drogas vasoativas em bombas de infusão, drenos torácicos, mediastino e outros; o fio epicárdico para marcapasso e drenagem urinária. Deste modo o paciente é constantemente avaliado e monitorizado para as possíveis complicações, o enfermeiro quando bem capacitado tem condições de identificar os sinais e sintomas iniciais das complicações e instituir medidas para reverter sua progressão⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾.

B – Diagnóstico de enfermagem

Foram encontrados 15 diagnósticos de enfermagem, segundo a taxonomia II da NANDA, em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca; descrevemos a seguir os 10 diagnósticos mais evidentes:⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽¹²⁾

1. Débito cardíaco diminuído relacionado com a perda sanguínea e função miocárdica diminuída;
2. Risco para infecção por estar submetido a procedimentos invasivos; drenos, tubo oro traqueal-TOT, cateter vesical de demora-CVD e acesso venoso profundo (AVP).
3. Integridade da pele prejudicada relacionado a procedimentos invasivos,

presença de fixação e uso de fármaco vasoativo.

4. Ansiedade relacionada ao estado de saúde, preocupação ou medo do processo da morte.
5. Déficit no autocuidado para banho/higiene relacionado à imobilização devido à incisão cirúrgica (esternostomia e safenectomia), drenos, cateteres e monitorizações hemodinâmicas.
6. Ventilação espontânea prejudicada relacionada a agentes anestésicos evidenciada por necessidade de uso da ventilação mecânica;
7. Perfusão tissular renal ineficaz relacionada com o débito cardíaco diminuído, hemólise ou terapia com medicamentos vasopressor;
8. Dor aguda relacionada com o trauma cirúrgico e irritação pleural causada pelos drenos torácicos ou dissecação da artéria mamária interna;
9. Hipotermia relacionada a agentes anestésicos e exposição ao ambiente do centro cirúrgico evidenciado por T axilar de 35°C.;
10. Troca gasosa prejudicada relacionada com o trauma da cirurgia torácica extensa⁽⁶⁾⁽¹⁰⁾.

C - Planejamento e metas

O Planejamento da assistência é uma etapa subsequente ao diagnóstico; e contribui para o estabelecimento de prioridades para os problemas; o planejamento inicia-se pela priorização dos diagnósticos que foram estabelecidos; o enfermeiro e sua equipe analisam e determinam quais problemas ou necessidades do cliente são urgentes e precisam de atendimento imediato e aqueles cujo atendimento poderá ser realizado a médio ou em longo prazo. As principais metas para o paciente incluem a restauração do débito cardíaco, troca gasosa adequada, manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico, redução dos sintomas

das alterações de percepção sensorial, alívio da dor, manutenção da perfusão tissular adequada, temperatura corporal normal e do aprendizado das atividades de autocuidado e ausência de complicações⁽¹¹⁾.

D - Intervenções e resultados esperados

Foram identificados como principais intervenções para os resultados encontrados de acordo com a relação entre NANDA, NIC e NOC⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽¹³⁾.

1. Débito cardíaco diminuído:

Intervenções: monitorar o estado cardiovascular, auscultar os batimentos e o ritmo cardíaco, atentar para hipotensão, arritmias e perfusão de extremidades. Resultados esperados: o cliente apresentará o débito cardíaco otimizado em 12h.

2. Risco para infecção:

Intervenções: realizar banho; supervisionar a pele durante o banho, os locais de acesso, a inserção dos drenos, feridas operatória, realizar curativos em esternostomia, safenectomia; cuidar da manipulação do cateter vesical e drenos; controlar nutrição. Resultados esperados: a cliente apresentará risco de infecção reduzido durante a permanência dos procedimentos invasivos (TOT, AVP, drenos torácicos, mediastino, PAM e CVD).

3. Integridade da pele prejudicada:

Intervenções: cuidar do local de incisão e lesões; proteger contra infecção; prevenir úlceras de pressão; supervisionar a pele. Resultados esperados: integridade tissular: pele e mucosas, cicatrização das feridas por primeira intenção.

4. Ansiedade: Intervenções: reduzir a ansiedade, mediante diálogos com o paciente, informações sobre o estado de

saúde. Resultados esperados: controle da ansiedade, enfrentamento⁽¹⁴⁾.

5. Déficit no autocuidado para banho/higiene:

Intervenções: dar banho no leito uma vez ao dia e sempre que detectar sujidades no corpo (após liberação do enfermeiro). Manter o cliente monitorizado durante o banho, realizar higiene oral três vezes ao dia. Resultados esperados: a cliente apresentará uma higienização corporal adequada após a realização dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem em até 12h⁽¹⁵⁾.

6. Ventilação espontânea prejudicada:

Intervenções: monitorizar a função respiratória, posicionar o paciente adequadamente, oferecer e/ou manter oxigenoterapia. Resultados esperados: ventilação espontânea adequada.

7. Perfusão tissular renal ineficaz:

medir o débito urinário na 1º hora, de 15/15 minutos a 2º h, medir de 30/30 minutos e a partir da 3º com intervalo de 1/1h. Resultados esperados: manutenção da perfusão renal adequada.

8. Dor aguda

Intervenções: registrar a natureza, tipo, localização e duração da dor e administrar analgésicos prescritos. Resultados esperados: reporta ausência da dor, controle da dor e dos sintomas, posiciona-se; participa das atividades de autocuidado

9. Hipotermia:

Intervenções: aquecer o paciente com manta térmica e retirá-la se a temperatura axilar for maior que 36°C, aferir a temperatura axilar de 1/1e comunicar ao enfermeiro se houver persistência menor que 35°C.

10. Troca gasosa prejudicada:

Intervenções: manter a ventilação

mecânica até que o paciente seja capaz de respirar de forma independente; auscultar o tórax para os sons respiratórios. Resultados esperados: gasometria arterial dentro do limite normal

DISCUSSÃO:

O pós-operatório é o período no qual se inicia a recuperação do paciente. Nele a assistência de enfermagem de qualidade está relacionada às intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações e proporcionar ao paciente o retorno breve as atividades do cotidiano⁽¹²⁾. A Enfermagem busca constantemente aprimorar seus conhecimentos desenvolvendo uma metodologia própria de trabalho, fundamentada em um processo sistematicamente planejado de cuidar⁽⁵⁾.

Para que a assistência de enfermagem de qualidade seja aplicada ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, é necessário que a Unidade Hospitalar viabilize a implantação da SAE, exigência legal em face de Resolução COFEN nº 358 de 2009⁽⁸⁾⁽¹⁵⁾.

É possível identificar que são muitos os fatores de ordem pessoal/profissional que prejudicam a implementação da SAE, com destaque, o preparo inadequado na graduação/despreparo do pessoal. Alguns autores confirmam que o aluno tem saído da graduação sem o amplo conhecimento necessário para colocar em pratica o método específico de sua especialidade, que qualifica sua atividade junto aos pacientes, transmitindo-lhes confiança e segurança⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾.

Em relação às facilidades e dificuldades apresentadas pelas instituições para a implantação da SAE, percebemos que a dependência principal recai sobre a equipe de enfermagem, que necessita de interesse, conhecimento da situação e

estabelecimento de metas passíveis de serem alcançadas. Alguns autores referem que implementar a SAE, pressupõe a existência e divulgação de uma filosofia e de objetivos compatíveis com método de trabalho. Além disso, o reconhecimento da real função da enfermagem pela instituição é fundamental para que a profissão seja reconhecida; sem contar que o processo de enfermagem constitui espaço fundamental para garantir tanto a implantação como a continuidade da SAE⁽¹⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na trajetória de construção do conhecimento, a enfermagem vem organizando uma sistemática racional de ações, de forma metódica para alcançar seus objetivos. Este método é instrumental conceitual e técnico focalizado como o *processo de enfermagem*. Acreditamos na importância do mesmo como fator de atualização, uso e produção do conhecimento, favorecendo a reflexão a investigação dos dados do paciente, o planejamento, execução e avaliação da assistência prestada. Isto deve ser adotado como um modo de vida profissional, já que o método operacionaliza o conhecimento e demonstra o alcance da atividade de enfermagem.

Este estudo mostrou que a sistematização da assistência de enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca é desenvolvida a partir da aplicação do processo de enfermagem contemplado todas as suas etapas (Coleta de dados, diagnósticos, planejamento, implementação e avaliação) como forma de garantia de qualidade da assistência prestada. Não se pode pensar em uma sistematização eficiente, sem que todas as fases do processo sejam realizadas, apesar de serem interdependentes; os problemas, as

necessidades identificadas; as condições diagnósticas, a prescrição, e o cuidado que possibilita a continuidade do trabalho, além dos registros da assistência de enfermagem prestada.

Conclui a partir dos resultados, que o direcionamento do cuidado com base na sistematização da assistência de enfermagem, além de subsidiar estudos similares, conduzem os profissionais na elaboração de um plano de cuidados individualizados, com conseqüente fortalecimento da atenção aos pacientes que se encontram no período de pós-operatório de cirurgia cardíaca, com significativa melhora da qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

1. Cruz I. Brazilian Research Initiatives for Cardiovascular Disease Prevention at the community- and practice-based level- literature review Online Brazilian Journal of Nursing [serial on the Internet]. 2010 April [Cited 2010 Jun 4]; 9(1):[about 16 p.]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676>.
2. Lima FET. Araújo TL. Prática do autocuidado essencial após a revascularização do miocárdio. Rev. Gaúcha Enferm [periódico na internet] 2007; 28(2): 232-32. disponível em <http://www.seer.ufrgs.br/index.php>
3. Galdeano LE. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. Rev. Latino-Am. Enferm 2003; mar-abr 11(2): 199-206.
4. Galdeno LE. Rossi LA. Pezzuto PM. Diagnósticos de enfermagem no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. Rev. Esc. Enferm USP. 2004; 38(3): 307-16.
5. Truppel CT, Meier MJ, Calixto RC, Peruzzo AS, Grozeta K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Bras. Enferm. Brasília 2009; mar-abril; 62(2): 221-7.
6. NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Definições e classificação (2001-2002). Tradução de Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre (RS): Artmed, 2002.
7. Brasil. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jun. Secção 1:1. Brasília (DF) 1986.
8. Brasil Ministério do Trabalho, Resolução COFEN nº 358 de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em ambientes públicos ou privados. DOU Brasília, DF 2009.
9. Cervo AL, Bervian PA, Silva R. Metodologia científica, 6º ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall. 2007.
10. Rocha LA. Maia TF. Silva LF: Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Rev. Bras. Enferm. 2006; mai-jun 59(3): 321-326.
11. Amante LN. Rossetto AP. Schneder DG. Sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. Rev. Esc. Enferm USP 2009; 43(1): 54-64.
12. Lourenci RB, Andrade M. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente submetido ao cateterismo cardíaco. Online Brazilian Journal of Nursing [serial on the Internet]. 2006 August [Cited 2010 Jun 4]; 5(2):[about 3 p.]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/329/73>.

13. Jonhson M. Bulechek GM. Dochterman JM. Maas SM. Diagnósticos, Intervenções e Resultados de enfermagem: ligações entre NANDA, NIC e NOC. Tradução de Ana Thorel. Porto Alegre (RS): Artmed, 2005.

14. Lima AFC. Kurcgant P. O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no hospital universitário da universidade de São Paulo. Rev. Esc. Enferm USP 2006; 40(1):111-6.

15. Maria AR. Mariana FS. Avaliação da realização e do registro da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. Rev. Bras. Enferm 2005 mai-jun; 58(3):325-9.

16. Herminda PM. Desvelando a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Rev. Bras. Enferm. 2004; nov-dez 57(6): 733-7.

process of care, whereas the method operationalizes his knowledge and shows the scope of professional nursing. Key words: thoracic surgery, nursing diagnosis, and nursing care.

ABSTRACT

Exploratory and descriptive bibliographical study aimed to investigate the systematization of nursing care provided to patients in the postoperative period of cardiac surgery, with regard to nursing diagnoses according to Taxonomy II of the North American Nursing Diagnosis Association - NANDA, and its relationship with the nursing interventions according to the taxonomy nursing Interventions Classification - NIC taxonomy and nursing Outcomes Classification - NOC. Conducted through literature review on Virtual Health Library - VHL; Identified that the quality of nursing care is directly related to interventions to prevent or treat complications, and provide the patient's recovery and return soon to the daily activities further conclude nursing has developed its own methodology of work based on a planned and systematic

FAUNA FLEBOTOMÍNICA EM DUAS ALDEIAS INDÍGENAS GUARANI DO MUNICÍPIO DE PARATI, RIO DE JANEIRO, BRASIL

Gilda Maria Sales Barbosa^{1,6}; Mauro Célio de Almeida Marzochi³,
Raimundo Wilson de Carvalho²; Rafaela dos Santos Alonso⁵;
Shênia Patricia Corrêa Novo⁴; Marcos Barbosa de Souza².

¹ Docente de graduação e Pós-graduação da Universidade Iguazu. Rio de Janeiro

⁶ Pós Doc do laboratório de bioquímica de proteína e peptídeos (LBPP) do IOC/Fiocruz- gilda@ioc.fiocruz.br

2- Departamento de Ciências Biológicas, Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ Rua Leopoldo Bulhões, 1480 sala 626, Manguinhos – Rio de Janeiro - RJ CEP 21.041-210; mabaza@ensp.fiocruz.br

3- Centro de Referencia Nacional de Leishmaniose Tegumentar Americana.

IPEC – Instituto de Pesquisa Evandro Chagas /IOC/FIOCRUZ.

4- Pós-graduação em Saúde Pública/ FIOCRUZ – Mestrado – Bolsista da FIOCRUZ

5- Pós-graduação em Saúde Pública – FIOCRUZ- Doutorado – Bolsista da CNPq

RESUMO

Avaliou-se a fauna flebotomínica em duas aldeias indígena Guarani, situadas no Município de Paraty, litoral sul do Estado do Rio de Janeiro, região endêmica para Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA). No estudo, realizado em um período de 12 meses consecutivos, foram capturados 7.688 flebotomos pertencentes a 15 espécies: *Nyssomyia intermedia*, *Nyssomyia whitmani*, *Pintomyia fischeri*, *Migonemyia migonei*, *Psychodopygus ayrosai*, *Evandromyia edwardsi*, *Psathyromyia lutziana*, *Micropygomyia quinquefer*, *Psathyromyia shannoni*, *Evandromyia costalimai*, *Trichopygomyia longispina*, *Micropygomyia oswaldoi*, *Psathyromyia pelli*, *Micropygomyia schreiberi*, *Psathyromyia williamsi*. A espécie *N. intermedia* foi a mais prevalente nas capturas realizadas nas duas aldeias. As maiores densidades das espécies de flebotomíneos foram obtidas nos meses de maio na aldeia Guarani Mbya e em julho na aldeia Tekoa Araponga. Quanto à frequência horária, foram observados maiores picos de atividades entre 17:20 h as 21 h na localidade de Tekoa Araponga.

Palavras Chaves: Flebotomíneos – Aldeias Indígenas Guaranis – Frequências Mensais e Horárias

Introdução

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) ocorre em praticamente todo o território brasileiro, sendo que nos últimos quinze anos vem apresentando uma grande expansão e dispersão pelo território nacional. Mais de 350 espécies de flebotomíneos são conhecidas nas Américas, mas somente 32 dessas espécies são capazes de transmitir a enfermidade para humanos¹.

A participação de algumas espécies de flebotomíneos no ciclo de transmissão da *Leishmania (Viannia) braziliensis*, na região sudeste do Brasil, tem sido estudada ao longo dos anos^{2,3,4,5}, levando a crer que três espécies apresentam importância epidemiológica na cadeia epidemiológica da LTA na região sudeste: *Nyssomyia intermedia*, *N. whitmani* e *Migonemia migonei*. Em áreas de colonização antiga do sudeste do Brasil, as espécies supracitadas apresentam densidades elevadas nos ambientes domiciliares e peridomiciliares^{6,7,8,9}. A LTA no Estado do Rio de Janeiro é endêmica com maior incidência nos Municípios do litoral sul¹⁰. Nesse Estado, o Município de Paraty detém a segunda maior incidência da doença, registrando 76 novos casos no ano de 2002. As regiões mais acometidas estão situadas sob as encostas da Serra do Mar parcialmente recoberta pela Mata Atlântica, onde se observa uma ocupação humana desordenada, associada ao desmatamento¹¹.

De acordo com a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), existem no Brasil atualmente cerca de 345 mil indígenas, o equivalente a 0,2% da população nacional, divididos em 215 sociedades. A população indígena do Estado do Rio de Janeiro pertence à etnia Guarani e apresenta-se distribuída em cinco aldeias divididas entre dois Municípios, Angra dos Reis (Aldeia Sapukai) e Paraty (Aldeias de Tekoa Araponga, Guarani

Mbya, Rio Pequeno e Mamanguá), cuja população é composta de aproximadamente 600 índios. São raros os estudos envolvendo a epidemiologia das leishmanioses em grupos indígenas, considerando-se que a maioria dos povos reside em áreas endêmicas¹², dentre estas o Município de Paraty. Deve-se ressaltar que o primeiro e único registro documentado de surto de LTA no Brasil foi realizado em uma aldeia do Alto Xingu entre os índios Waurá¹³. No Município de Paraty não há relato de casos entre os índios Guaranis, o que torna relevante o presente estudo envolvendo vetores de LTA, uma vez que as aldeias estão inseridas geograficamente em áreas endêmicas desta protozoonose.

Material e Métodos

Paraty é um Município localizado no extremo sul do Estado do Rio de Janeiro, ocupando uma área de 917 km². O clima é quente úmido, sem estação seca na base da serra e subtropical úmido nas regiões serranas. Por garantir uma boa parte da Mata Atlântica primária, preserva em seu habitat natural, várias espécies de animais silvestres e uma flora bem variada. A fundação de Paraty data do começo do século XVII e foi tombada como Patrimônio Histórico e Artístico Nacional em 1958.

O presente trabalho foi desenvolvido entre fevereiro de 1998 e julho de 2000 e sua realização foi autorizada pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), com a parceria de órgãos envolvidos com a população indígena: Núcleo de Estudo em Saúde de Populações Indígena (NESPI) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Coordenação da Saúde Indígena / Fundação Nacional de Saúde (COSAI/FNS) e Estratégia de Saúde Indígena Estadual / Fundação Nacional de Saúde (ESAI/FNS).

Inicialmente foi enviado para cada um deles o projeto definindo todas as etapas a serem trabalhadas, juntamente com reuniões objetivando maior detalhamento e esclarecimento sobre o mesmo com as lideranças indígenas (Cacique, Vice Cacique, Pajé). As reuniões informativas sobre o trabalho foram únicas para cada aldeia. Com isso, obteve-se permissão verbal das lideranças para a realização do mesmo. Este projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da FIOCRUZ e pela FUNAI com os respectivos números: Parecer:19/00 e Memo.n.687DES/DAS. Os inquéritos flebotômicos foram realizados mensalmente no período de fevereiro de 1998 a março de 1999 nas aldeias de Guarani Mbya (Paraty-Mirim) e Aldeia Tekoa Araponga (Patrimônio). A aldeia de Paraty-Mirim fica situada a 80 m sobre o nível do mar, apresentando na sua margem esquerda o rio Carapitanga que desemboca no litoral próximo. No perímetro da aldeia (79 hectares) evidencia-se a presença de Mata Atlântica bastante degradada, associada a cultivos agrícolas. A aldeia Tekoa Araponga fica situada em área de difícil acesso, acima de 470 m de altitude em relação ao nível do mar, nas encostas da Serra da Bocaina na localidade de Patrimônio. No seu entorno, um perímetro de 2.106 hectares está representado por áreas de agricultura de subsistência e Mata Atlântica preservada nos cumes mais elevados da montanha. Em ambas as aldeias, observou-se a presença de animais domésticos como cães, galináceos e aves silvestres (tucanos) soltos no peridomicílio e suínos em pocilgas. Foi utilizada uma semana de cada mês para os inquéritos entomológicos nas aldeias. Foram aplicadas metodologias de captura manual (Tubo Aspirador) e coletas com armadilhas luminosas modelo Falcão, 1981. As capturas manuais foram realizadas no horário de 18 as 22 h e as armadilhas luminosas

foram colocadas no Peridomicílio, no horário das 19 as 07 h. Os dados referentes às capturas foram registrados em fichas de campo onde foram anotados dados de temperatura (termômetro de máxima e mínima, Incotherm) e umidade relativa do ar (higrômetro Prazisions-Faden). As duas metodologias foram aplicadas nos peridomicílios e seus anexos (chiqueiro).

Com objetivo de estudar a frequência horária, foi realizada em agosto de 1998 uma captura de 12 horas consecutivas na aldeia de Araponga. Esta captura foi iniciada às 17 h e encerrada às 05 h da manhã seguinte.

Esse material foi encaminhado para o Laboratório de Vetores do Departamento de Ciências Biológicas (DCB), ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, onde foi clarificado, utilizando-se a seguinte metodologia: potassa a 10% (2 h); ácido acético 10% (20 min); água destilada (três passagem de 10 min) e lactofenol (24 h). Sendo montados posteriormente entre lâmina e lamínula, utilizando Berleze, para identificação taxonômica de acordo com a nomenclatura preconizada por Galati, 2003¹⁴.

Para o cálculo da correlação entre as medidas mesoclimáticas de temperatura e umidade relativa do ar, utilizou-se o software BioEstat 4.0¹⁵, considerando $p=0,05$ como significativo.

Resultados

No período de fevereiro de 1998 a março de 1999 foram coletados 7.688 flebotomos pertencentes a 15 espécies: *Nyssomyia intermedia* (Lutz & Neiva, 1912), *Nyssomyia whitmani* (Antunes & Coutinho, 1939), *Pintomyia fischeri* (Pinto, 1926), *Migonemyia migonei* (França, 1920), *Psychodopyigus ayrosai* (Barretto & Coutinho, 1940), *Evandromyia edwardsi* (Mangabeira, 1941), *Psathyromyia lutziana* (Costa Lima, 1932), *Micropygomyia quinquefer*

(Dyar, 1929), *Psathyromyia shannoni* (Dyar, 1929), *Evandromyia costalimai* (Mangabeira, 1942), *Trichopygomylongispina* (Mangabeira, 1942), *Micropygomyia oswaldoi* (Mangabeira, 1942), *Psathyromyia pelli* (Sherlock & Alencar, 1959) *Micropygomyia schreiberi* (Martins, Falcão & Silva, 1975), *Psathyromyia williansi* (Damasceno, Causey & Arouck, 1945) (Tabela 1).

Na Aldeia de Guarani Mbya foram capturadas 3.479 flebotomíneos pertencentes a nove espécies: *N. intermedia*, *M. migonei*, *P. fischeri*, *N. whitmani*, *M. schreiberi*, *M. quinquefer*, *M. oswaldoi*, *P. pelli* e *E. edwardsi*. Na aldeia Tekoa Araponga foram obtidos 4.209 exemplares pertencentes a nove espécies: *N. intermedia*, *M. migonei*, *P. fischeri*, *P. ayrosai*, *E. whiliansi*, *E. costalimai*, *P. shannoni*, *T. longispina* e *P. lutziana*. Em ambas as aldeias a espécie predominante foi *N. intermedia*, com 2.379 exemplares capturados em Guarani Mbya e 2.567 na aldeia Tekoa Araponga. *M. migonei* foi a segunda espécie mais freqüente na aldeia Guarani Mbya (57 espécimes), seguida pela *P. fischeri* (20 espécimes). O mesmo não ocorreu na aldeia Tekoa Araponga, onde a segunda espécie predominante foi *P. fischeri* (101 espécimes), seguida pela *M. migonei* (75 espécimes). Quanto à distribuição das espécies e tipos de captura na aldeia de Guarani Mbya, 19,2 % dos exemplares foram capturados nas armadilhas luminosas e 49,2% nas capturas manuais. Em relação às fêmeas, os resultados encontrados foram 9,9% nas armadilhas luminosas e 21,7% nas capturas manuais. Na aldeia Tekoa Araponga os achados em relação aos machos foram de 14,1% nas armadilhas luminosas e 44,2 % nas capturas manuais. Já nas fêmeas, os percentuais obtidos foram de 20,8% nas armadilhas luminosas e de 20,9% nas capturas manuais. (Figura 1).

Em relação à captura de 12 horas consecutivas realizadas na aldeia de

Tekoa Araponga, foi obtido um total de 2.816 flebotomíneos, pertencentes a três espécies: *N. intermedia*, *P. fischeri*, *M. migonei*. A espécie *N. intermedia* iniciou sua atividade às 17 h 20 min, quando foi coletado o primeiro exemplar do sexo masculino. O horário de maior pico de atividade flebotomínica na captura foi entre 17 h e 20 min e 21 horas, quando foram coletados 1.417 exemplares (Figura 2). *N. intermedia* compareceu em todos os horários de captura, bem como as espécies *P. fischeri* e *M. migonei*. A espécie *N. intermedia* apresentou maior pico de atividade entre 17 h e 20 min e 21 horas, enquanto a *P. fischeri* foi mais freqüente entre 19 às 23 horas e um exemplar às três horas. *M. migonei* apresentou maior atividade entre 21 e 23 horas e um exemplar às três horas. A umidade relativa do ar encontrada na aldeia de Paraty Mirim variou durante o período de um ano entre 72 e 95% e em Tekoa Araponga entre 76 e 97%. A temperatura oscilou entre 18 e 27°C em Paraty-Mirim e 19 e 25°C em Tekoa Araponga, nos horários de coleta. Através da Correlação de Spearman (rs) infere-se que as variações mesoclimáticas de temperatura e umidade relativa do ar não interferem na densidade de flebotomíneos de forma significativa. Em relação à temperatura, obteve-se correlação positiva não significativa (rs=0,21, p>0,05) e em relação à umidade relativa do ar, obteve-se correlação negativa e também não significativa (rs= -0,5, p>0,05). Com relação às freqüências mensais de flebotomíneos ocorreu na aldeia Guarani Mbya maior pico no mês de maio e a menor freqüência ocorreu no mês de setembro. Na aldeia de Tekoa Araponga a maior freqüência flebotomínica foi verificada em Julho e a menor em outubro (Figura 3). Deve-se ressaltar que nos meses de março e abril de 1998 não foram realizadas coletas nesta aldeia por motivos burocráticos relacionados à autorização.

Discussão

Atualmente, a LTA no Brasil, além de atingir todos os Estados, possui diferentes padrões epidemiológicos, caracterizando-se conforme a transmissão, como: silvestre florestal, em áreas de colonização recente; periflorestal, em áreas de transição; rural e urbana em áreas de colonização antiga^{16,17}.

Relatos de ocorrência de LTA em índios no Brasil são raros. Recentemente, tem sido relatados casos de leishmaniose visceral entre índios de Roraima¹⁸ e no Estado de Mato Grosso do Sul¹⁹. Estudos envolvendo vetores de leishmanioses em aldeias indígenas são ainda mais raros.

Guerra *et al.*(2004)¹⁸ coletaram *L. longipalpis* em aldeias indígenas Yanomamis com armadilhas luminosa do tipo CDC. No presente trabalho verificou-se a valência ecológica de *N. intermedia* em ambiente colonizado por índios Guarani nas localidades de Paraty-Mirim e Patrimônio, ambas situadas no Município de Paraty, Rio de Janeiro. A espécie *N. intermedia* prevaleceu nitidamente nos peridomicílios das duas aldeias, seguida pela *M. migonei* na aldeia Guarani Mbya. Outros autores também obtiveram resultados semelhantes com a *M. migonei* em outras localidades de Paraty como na Ilha do Araújo⁶. Entretanto, na aldeia de Tekoa Araponga a segunda espécie mais freqüente foi a *P. fischeri*, seguida posteriormente pela *M. migonei*. Este relato coincide com os resultados obtidos por que em áreas endêmicas de Paraty¹¹ verificaram o predomínio de *N. intermedia* (85,8%), seguida de *P. fischeri* (7,1%). Estes dados são contrastantes com os dados obtidos por Aguiar *et al* (1997)²¹ na Serra do Mar, Município de Itaguaí, Rio de Janeiro^{20,6}, ambos no Município de Paraty. O predomínio de *P. fischeri* na aldeia de Tekoa Araponga e em outras áreas de Paraty estaria condicionado ao

grau de adaptação desta espécie ao ambiente peridomiciliar.

Estudo envolvendo freqüência horária de *M. migonei* com isca canina demonstrou que a atividade desta espécie apresentava médias elevadas na Ilha Grande²². Nas duas aldeias trabalhadas foram efetuadas buscas ativas de flebotomos nas proximidades dos cães, entretanto não foi obtido êxito, vista que os animais não apresentavam locais fixos para abrigarem-se.

Na captura de 12 h consecutivas na aldeia Tekoa Araponga verificou-se a freqüência de flebotomos momentos antes do crepúsculo vespertino até o crepúsculo matutino. Estes dados demonstram o grau de exposição da população indígena e dos cães à hematofagia dos flebotomíneos nesta região, principalmente as espécies *N. intermedia* e *M. migonei*. O maior pico de atividade flebotomínica ocorreu entre 18 e 21 h, mantendo níveis equilibrados na madrugada. Araújo Filho, 1981²², obteve resultados semelhantes com *N. intermedia* e *M. migonei*, cujos picos de atividades foram verificados entre 17 e 21 h na Ilha Grande, Angra dos Reis.

Carvalho *et al*, 1995⁶ na Ilha do Araújo também constataram maiores freqüências flebotomínicas entre 19 e 21 h.

Quanto às variações mensais de flebotomos nas aldeias, notaram-se ligeiras diferenças entre as médias mensais. As maiores freqüências obtidas foram nos meses de maio e julho nas aldeias Guarani Mbya e Tekoa Araponga, respectivamente; enquanto que as menores freqüências foram obtidas respectivamente nos meses de setembro e outubro. Apenas nos meses de novembro, dezembro e janeiro as freqüências mantiveram-se próximas nas duas localidades. Araújo Filho, 1981²², na Ilha Grande obteve maiores freqüências nos meses de abril para *N. intermedia* e março para *M. migonei*. As menores freqüências foram verificadas

nos meses de Junho para *N. intermedia* e Julho para *M. migonei*.

As variações mesoclimáticas de temperatura e umidade relativa do ar, não influenciaram a densidade flebotomínica de forma significativa (temperatura, $r_s=0,21$, $p>0,05$ e umidade relativa do, $r_s= -0,5$, $p>0,05$). Levando-se em consideração que a temperatura local mostra uma diferenciação entre a área montanhosa e a planície e que nas regiões do alto da serra as temperaturas são mais amenas, alcançando nos meses mais frios médias inferiores a 18°C, e na planície costeira as temperaturas médias anuais estão em torno de 22°C⁶, atribuiu-se o resultado obtido na região às flutuações pluviométricas ocorridas na época. Consideramos que a espécie *N. intermedia*, pela sua ampla valência ecológica e pelo seu reconhecido potencial na transmissão da *Leishmania (Viannia) braziliensis* possa veicular esta protozoonose na região. Relata-se pela primeira vez a presença das espécies *Trichopygomyia longispina* e *Psathyromyia williamsi* na localidade de Paraty e no Estado do Rio de Janeiro.

Referências

¹Young DG, Duncan MA. Guide to the identification and geographic distribution of *Lutzomyia* sand

²Pessoa SB, Pestana BR. Infecção natural do *Phlebotomus migonei* por formas em leptomonas, provavelmente da *Leishmania braziliensis*. Acta Médica 1940; 5: 106-111.

³Forattini OP, Santos MR. Nota sobre infecção natural de *Phlebotomus intermedia* Lutz & Neiva, 1912, por formas em *Leptomonas*, em um foco de leishmaniose tegumentar americana. Arquivos Higiene e Saúde Pública 1952; 17: 172-174.

⁴Gomes AC, Rabello EX, Santos JLF, Galati EAB. Aspectos ecológicos da

leishmaniose tegumentar americana. 2 - Ecótopo artificial como abrigo de *Psychodophygyus intermedius* e observação sobre alimentação e reprodução sob influência de fatores de físicos naturais. Revista de Saúde Pública 1982; 16: 149-159.

⁵Rangel EF, Azevedo ACR, Andrade CA, Souza NA, Wermelinger ED. Studies on sandfly fauna (Diptera: Psychodidae) in a foci of cutaneous leishmaniasis in Mesquita, Rio de Janeiro state, Brasil. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz 1990; 85: 39-45.

⁶Carvalho RW, Freire SM, Souza MB. Sandfly fauna of Ilha do Araújo, Paraty municipality, Rio de Janeiro state. 1 - Species diversity and behavior. Parasitologia al Dia 1995; 19: 104-112.

⁷Souza MB, Pujol-Luz JR, Marzochi MCA, Carvalho RW, Ponte CS, Meira AM. Estudo da fauna flebotomínica em área de Leishmaniose Tegumentar Americana e Visceral, zona periurbana do bairro de Jacarepaguá, Rio de Janeiro. Revista Entomologia y Vectores 2000;17: 365-375.

⁸Souza MB, Marzochi MCA, Carvalho RW, Ribeiro PG, Ponte CS, Gaetano JM, Meira AM. Ausência de *Lutzomyia longipalpis* em algumas áreas de ocorrência de leishmaniose visceral no Município do Rio de Janeiro. Caderno de Saúde Pública 2003; 19: 1881-1885.

⁹Falqueto A. *Especificidade Alimentar de Flebotomíneos em duas Áreas Endêmicas de Leishmaniose Tegumentar no Estado do Espírito Santo* [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz; 1995. p. 84.

¹⁰Barbosa GMS, Marzochi MCA, Massard CL, Lima GPS, Confort

EM. Aspectos epidemiológicos da leishmaniose tegumentar americana em cães, no Município de Paraty, Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno Saúde Pública* 1999; 15: 641-6.

¹¹Carolina M da C, Flávio FBM, Sávio FB. A experiência do município de Paraty (Rio de Janeiro, Brasil) na prevenção e controle da leishmaniose tegumentar americana. *Parasitologia Latinoamericana* 2004; 59: 110 – 114.

¹²Coimbra Jr CEA, Santos RV, Valle ACF. Cutaneous Leishmaniasis in Tupí- Mondé Amerindians from the Brazilian Amazonia. *Acta Tropica* 1996; 61: 201-211.

¹³Carneri I, Nutels N, Miranda JN. Epidemia de leishmaniose tegumentar entre índios Wurá do Parque Nacional do Xingu (Estado de Mato Grosso, Brasil). *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo* 1963; 5: 271-272.

¹⁴Galati EAB. Morfologia e taxonomia. In: Rangel, EF, Lainson, R. organizadores. *Flebotomíneos do Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p. 23-53

¹⁵Ayres M, Ayres JrM, Ayres DL, Santos AS. *BioEstat 4.0. Aplicação Estatística nas Áreas das Ciências Biológica e Médica*, Ed. Sociedade Civil Mamirauá; 2002.

¹⁶Marzochi MCA, Marzochi KBF. Leishmanioses em áreas urbanas. *Revista da Sociedade de Medicina Tropical* 1997; 30: 163-163.

¹⁷Marzochi MCA, Schubach AO, Marzochi KBF. *Leishmaniose Tegumentar Americana*. In: Cimerman, B & Cimerman, S. *Parasitologia humana e*

seus fundamentos gerais. Cap. 9. São Paulo: Editora Atheneu; 1999. p. 375.

¹⁸Guerra JAO, Barros MLB, Fé NF, Guerra MVF, Castellon E, Paes MG, Sherlock IA. Leishmaniose visceral entre índios no Estado de Roraima, Brasil: aspectos clínicoepidemiológicos de casos observados no período de 1989 a 1993. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2004; 4: 305-311.

¹⁹Rodrigues AA. Paraty, três séculos de história. Rio de Janeiro: Prefeitura Municipal de Paraty, Secretaria de Turismo e Cultura. Rota Brasil Oeste [Online]. [WWW.URLhttp://www.brasiloeste.com.br/noticia/1451/morte-criancas-indigenas-dourados-ms](http://www.brasiloeste.com.br/noticia/1451/morte-criancas-indigenas-dourados-ms); 2008.

²⁰Aguiar GM, Medeiros WM, dos Santos TG, Klein AFL, Ferreira VA. Ecology of sand flies in a recent focus of cutaneous leishmaniasis in Paraty, litoral of Rio de Janeiro State (Diptera: Psychodidae: Phlebotominae). *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 1993; 88: 339-340.

²¹Aguiar GM, Medeiros WM, de Marco TS, Santos SC, Gambardella S. *Ecologia dos flebotomíneos da Serra do Mar, Itaguaí, Estado do Rio de Janeiro, Brasil. I- A fauna flebotomínica e prevalência pelo local e tipo de captura (Diptera, Psychodidae, Phlebotominae)*. *Caderno de Saúde Pública* 1997; 12: 195-206.

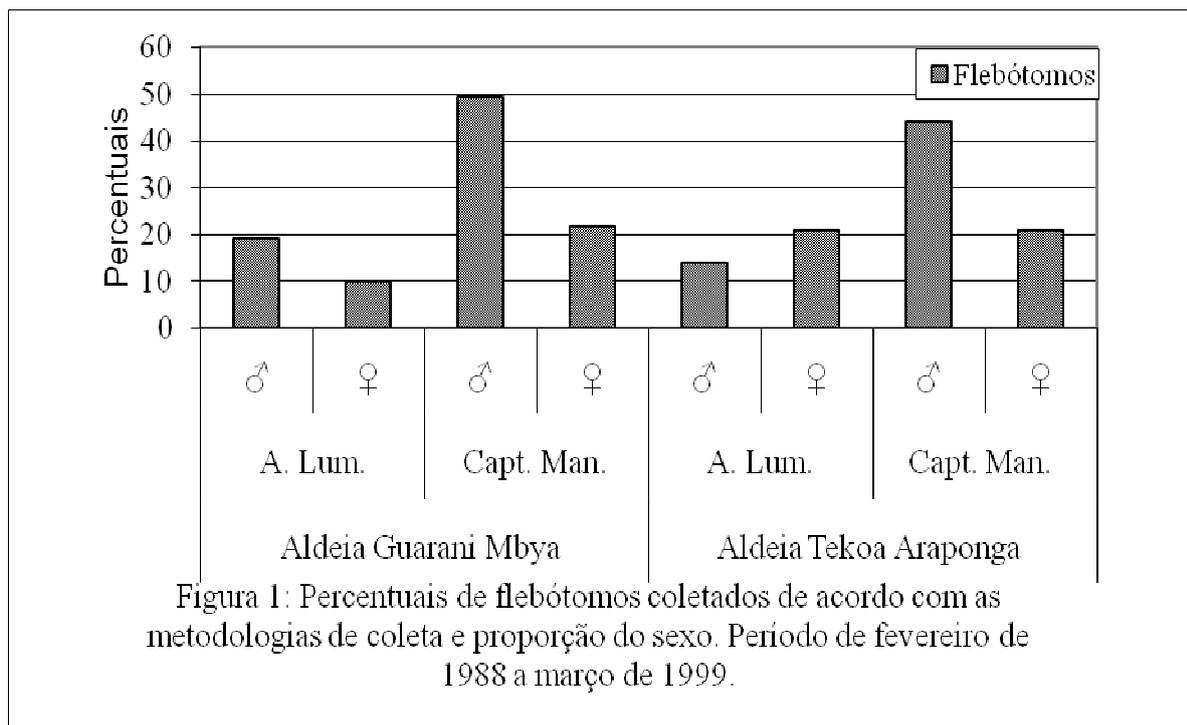
²²Araújo Filho NA, Sherlock IA, Coura JR. Leishmaniose Tegumentar Americana na Ilha Grande, Rio de Janeiro. VI. Observações sobre a frequência horária e variação mensal dos transmissores. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 1981; 4: 4-6.

ABSTRAT

Survey of the sandfly fauna in two aboriginal villages Guarani was become fulfilled, pertaining to the city of Paraty, Rio de Janeiro, Brazil, considered endemic region for American Cutaneous Leishmaniasis (ACL). This research had as objective to study the species of existing sand fly in these villages. It was captured 7.688 pertaining sandflies: *Nyssomyia intermedia*, *Nyssomyia whitmani*, *Pintomyia fischeri*, *Migonemyia migonei*, *Psychodopygus ayrosai*, *Evandromyia edwardsi*, *Psathyromyia lutziana*, *Micropygomyia quinquefe*, *Psathyromyia shannoni*, *Evandromyia costalimai*, *Trichopygomyia longispina*,

Micropygomyia oswaldoi, *Psathyromyia pelli*, *Micropygomyia schreiberi* and *Psathyromyia williansi*. The *N. intermedia* took advantage in the captures carried through in the two villages with densities significantes. As bigger sandflies frequencies had been gotten in the months of May in the village Guarani Mbya and July in the village Tekoa Araponga. How much the hour frequency the 21 had been observed bigger peaks of activities between 17:20 h in the locality of Tekoa Araponga.

Keys Words: Phebotomines - Guaranis Indians Villages - months and hours Frequencies.



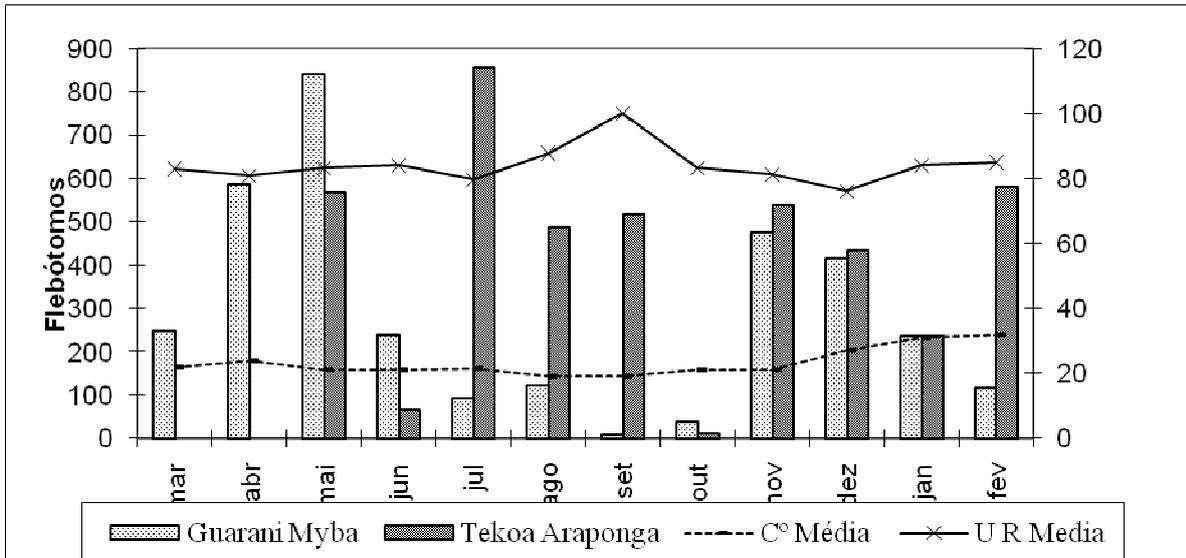


Figura 3: Frequências mensais de flebómos nas aldeias de Guarani Mbya e Tekoa Araponga associadas as médias das temperaturas e umidade relativa do ar. Período de fevereiro de 1988 a março de 1999.

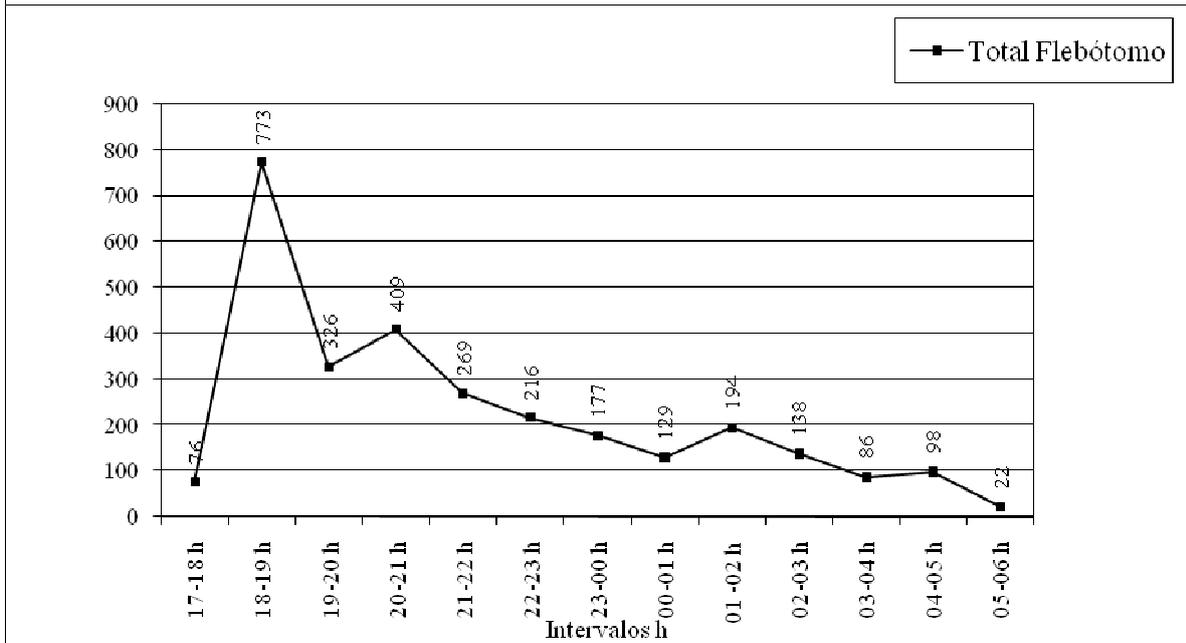


Figura 2 : Frequência horária de flebómos na Aldeia Tekoa Araponga, Paraty, RJ. Período Agosto de 1988.