

**Revista de
Ciência & Tecnologia**



Vol. 13. N. 2. 2013

ISSN 1519-8022

REVISTA DE CIÊNCIA & TECNOLOGIA

A revista 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, no 2
(Dezembro 2013). Nova Iguaçu - Rio de Janeiro: Gráfica Universitária, 2013.**

Semestral: ISSN 1519-8022

REVISTA DE CIÊNCIA & TECNOLOGIA

A revista da UNIG

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Foco e políticas gerais

A Revista de Ciência & Tecnologia é o periódico oficial da Universidade Iguazu (UNIG), tendo 8 anos de existência e com uma periodicidade de publicação semestral e gratuita. A Revista esforça-se para publicar estudos de alto padrão científico e que tenham o objetivo de divulgar as produções nas áreas das ciências biológicas, da saúde e tecnológica.

A Revista de Ciência & Tecnologia publica artigos originais, notas de pesquisa, revisões, relatos de caso, cartas ao editor e resenhas de livro, tanto em artigos temáticos como em temas livres. Este periódico foi avaliado como **Qualis B3 interdisciplinar**, porém acreditamos que é possível melhorar ainda mais este indicador e, portanto, é importante consignar que a revista publicará ao menos 80% de artigos originais em cada número.

Fonte de indexação

Google scholar

Preparação dos manuscritos

Tipos

A Revista de Ciência & Tecnologia da UNIG publica manuscritos dos seguintes tipos:

- *Editorial*: comentários analíticos realizados a partir de observações científicas feitas por pesquisadores convidados pelos editores. Os documentos deverão ter o máximo de 900 palavras e até cinco referências. A contagem das palavras não deverá contabilizar a página de metadados, resumos, referencias.
- *Artigos originais*: resultados de pesquisa com no máximo 15 páginas e 5 ilustrações (tabelas, figuras, etc). A estrutura destes artigos prevê as seções: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusões. Outros formatos

poderão ser assumidos conforme o desenho metodológico do manuscrito e mediante avaliação dos editores.

- *Notas de pesquisa*: resultados preliminares de pesquisa original e que possam ser apresentados de maneira sucinta, devendo ter no máximo 1700 palavras e três ilustrações. A contagem das palavras não deverá contabilizar a página de metadados, resumos, referências. A estrutura dos manuscritos deverá seguir as orientações dos artigos originais.
- *Revisões*: devem seguir a técnica de revisão sistemática de literatura ou metanálise, contendo no máximo 15 páginas e 5 ilustrações. As orientações sobre a estrutura deverão ser as mesmas dos artigos originais.
- *Relatos de caso*: devem ter no máximo 1500 palavras e 15 referências, apresentando uma sequência cronológica, aprofundada e concisa dos dados clínicos do(s) paciente(s). Os relatos devem conter uma detalhada revisão de literatura e a discussão comparada com experiências similares de âmbito nacional e internacional.
- *Cartas ao editor*: as cartas deverão ter no máximo 500 palavras e deverão conter comentários analíticos sobre manuscritos publicados recentemente (até 1 ano) neste periódico.
- *Ensaio*: formulação reflexiva e aprofundada sobre determinado construto, analisando-o sob diferentes pontos de vista teóricos. Deve conter no máximo de 10 páginas, incluindo os metadados, resumos e referências.

Originalidade, autoria, conflitos de interesse e suporte financeiro

A Revista de Ciência & Tecnologia somente considera em sua avaliação manuscritos que não estejam em avaliação e nem tenham sido publicados por nenhum outro periódico. Entende também que todos os autores deverão ter contribuído na concepção do percurso metodológico, na análise e interpretação dos dados, na elaboração do texto, na revisão do conteúdo intelectual e na aprovação do texto final. Os autores também deverão declarar na página inicial do manuscrito se há conflitos de interesse e as fontes de financiamento, caso haja.

Aspectos éticos

Na seção intitulada “Métodos” os autores deverão indicar a aprovação (contendo o código numérico do CAAE) e o nome do comitê de ética da instituição que analisou o estudo. Além disso, no caso dos estudos envolvendo seres humanos, os autores deverão indicar a utilização de termos de consentimento livre e esclarecido. No caso de estudos envolvendo experimentação com animais, as normas específicas serão seguidas. Os ensaios clínicos deverão ser registrados em bases públicas e atender toda a legislação vigente na ocasião de realização do trabalho.

Estrutura geral manuscrito

- *Formatação geral do trabalho:* a formatação do trabalho deverá ser elaborada no editor de textos Ms. Word com a seguinte configuração de página: margens de 2 cm em todos os lados; fonte Times New Roman, tamanho 12 com espaçamento entrelinhas de 1,5 pt.
- *Primeira página:* deverá conter o título em português e inglês, sendo o primeiro formatado em negrito. Abaixo dos títulos, o nome dos autores deverá ser descrito lado a lado, sem abreviaturas, em posição centralizada, tendo uma numeração progressiva e sobrescrita ao lado do nome de cada autor. Abaixo dos nomes e seguindo a numeração indicada anteriormente, deverá ser descrito um abaixo do outro a titulação, o cargo ocupado e a afiliação institucional. Ao lado da descrição do autor responsável pela correspondência deverá conter o e-mail e o endereço de contato, bem como a inscrição “(Autor de Correspondência)”.
- *Segunda e terceira página:* deverá conter o resumo e o abstract com no máximo 250 palavras, seguindo a estrutura: objetivo(s), métodos, resultados e conclusões. Abaixo dos resumos deverão ser indicados de 3 a 5 descritores cadastrados nos “Descritores em Ciências da Saúde”, disponível em: <http://decs.bvs.br/>
- Nas demais páginas: deverão ter as seções previstas para cada tipo de artigo.
- *Agradecimentos:* eventualmente, após as conclusões, poderão ser redigidos os agradecimentos, desde que não exceda 3 linhas.
- *Referências:* devem seguir o estilo Vancouver (disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). As referências deverão ser numeradas de forma progressiva de acordo com a ordem em que

forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as referências no texto por números arábicos e sobrescritos, sem adoção de parênteses ou colchetes. Quando tratar-se de citação sequencial separe os números por traço (ex: 1-5); quando intercalados, use vírgula (ex: 1,5,7). Abaixo seguem alguns exemplos:

Livros na íntegra

Estrutura: Último nome do autor com a primeira letra maiúscula seguido das iniciais em letras maiúsculas. Título do trabalho. edição a. ed. Local:editora; ano da publicação. número de páginas do livro p.

Exemplo: Foucault M. Microfísica do poder. 10a. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1992. 110p.

Capítulo de livro

Estrutura: Último nome do autor do capítulo com a primeira letra maiúscula seguido das iniciais em letras maiúsculas. Título do capítulo. In: Último nome do autor do organizador do livro com a primeira letra maiúscula seguido das iniciais em letras maiúsculas. Título do livro com a primeira letra em maiúscula. edição a. Local:editora; ano da publicação. p. número das páginas em que o capítulo foi publicado.

Exemplo: Garcia TR. Diagnósticos de enfermagem: como caminhamos na pesquisa. In: Guedes MVC, Araújo TL. O uso do diagnóstico na prática da enfermagem. 2a. ed. Brasília: ABEn; 1997. p. 70-6.

Artigos

Estrutura: Último nome do autor com a primeira letra maiúscula seguido das iniciais em letras maiúsculas. Título do trabalho. Revista publicada. Ano da publicação. volume(número): páginas da publicação do artigo.

Exemplo: Oliveira M, Pinto I, Coimbra V. Prática e significado da prevenção do câncer de colo uterino e a saúde da família. Rev enferm UERJ. 2007;15(4):580-3.

Artigos da internet

Estrutura: Último nome do autor com a primeira letra maiúscula seguido das iniciais em letras maiúsculas. Título do trabalho. Revista publicada [internet]

Ano da publicação, período da publicação [data da consulta]; volume(número): páginas da publicação do artigo. Disponível em URL: endereço do site.

Exemplo: Ximenez Neto F, Cunha I. Integralidade na assistência à mulher na prevenção do câncer cervico uterino: um estudo de caso. Texto & contexto enferm [periódico na internet]. 2006 [acesso em 2009 abr 15];15(3):427-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a06.pdf>

Páginas da internet (sites confiáveis)

Estrutura: Último nome do autor com a primeira letra maiúscula seguido das iniciais em letras maiúsculas. Título do trabalho. Local da publicação: nome do site; ano da publicação. [citado em: data da consulta]. Disponível em URL: endereço do site.

Exemplo: Instituto Nacional do Câncer (INCA). Câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 1996. [citado em: 18 ago 2005]. Disponível em URL: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=326

Submissão do manuscrito

Os artigos devem ser submetidos exclusivamente por meio do e-mail revistacienciasetecnologia@unig.br, com cópia para revistadecienciaetecnologia@gmail.com. No corpo do e-mail os autores deverão redigir uma carta de apresentação, conforme discriminado abaixo.

Carta de apresentação

“Prezados editores – Prof. Marco Antônio Azizi e Prof. Ricardo de Mattos Russo Rafael,

Os autores abaixo discriminados submetem para vossa apreciação o manuscrito intitulado “_____”. Acredita-se que o trabalho em tela deva ser publicado neste relevante periódico pelos seguintes motivos:

_____.

Declara-se, que face a aprovação do manuscrito para publicação, os autores transferem todos os direitos autorais para a Revista de Ciência & Tecnologia (UNIG). Os autores

também atestam que o arquivo encaminhado trata de um trabalho original e que está sendo avaliado exclusivamente por este periódico.

Atenciosamente,

(Autores)”

Após a submissão

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.

EXPEDIENTE

Chanceler

Dr. Fábio Raunheitti – *in memoriam*

Presidente da Mantenedora

Dr. Hélio Joaquim de Souza

Reitor

Prof. André Nascimento Monteiro

Pró-Reitor Administrativo

Dr. José Carlos de Melo

Coordenação de Pós-Graduação e Pesquisa

Prof. Tarcila Fonseca Huguenin

Diretor Geral do Campus V - Itaperuna

Prof. Roger Leite Soares

Secretária Geral

Adilene Costa das Neves



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

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

Ixofauna de serpentes capturadas e/ou criadas em cativeiro no Estado do Rio de Janeiro _____ 11

Santiago-Mello MA, Nicolau Maués Serra-Freire

Correlação entre infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) e neoplasia cérvico-uterina em mulheres da cidade de Luanda, Angola _____ 25

Mariquinhas António Domingos, Antonio Neres Norberg, José Tadeu Madeira de Oliveira, Fabiano Guerra Sanches, Maria Izabel Miorin de Moraes, Nicolau Maués Serra-Freire

Gestantes peregrinas: um olhar sobre a violência intrafamiliar _____ 38

Ricardo de Mattos Russo Rafael, Julie Borges da Silva, Aparecida Simião, Caroline Moraes Soares, Roseleia Pereira Martins Maia, Sandra Maria Oliveira Caixeiro Brandão

Mulheres em situação de violências: considerações a luz do uso abusivo de álcool na gestação _____ 51

Maria das Graças Campos Mendonça Rosa, Mônica Leite Venturini, Viviane Doria dos Santos, Caroline Moraes Soares, Caroline Rodrigues de Oliveira, Ricardo de Mattos Russo Rafael

Acolhimento profissional para gestantes em um Centro de Testagem Anônima para HIV/AIDS _____ 62

Juliana Garcia da Silva, Rosimere Alves de Lima, Ingrid Mesquita de Souza Pinto, Viviane Cordeiro dos Santos

Gestantes peregrinas: uma análise dos fatores associados ao acesso à assistência ao parto no município de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil _____ 79

Nathália Cristine Coelho de Almeida, Rafaela Barroso Rodrigues, Priscila dos Santos Dutra, Tamyres Rodrigues da Silva, Ricardo de Mattos Russo Rafael

ENSAIO

O toque na prática do enfermeiro em home care _____ 91

Camila Santos de Oliveira

**IXOFAUNA DE SERPENTES CAPTURADAS E/OU CRIADAS EM
CATIVEIRO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

IXODIDAE FAUNA PARASITE OF SNACKS CAPTURED AND/OR CREATED IN
CAPTIVITY IN THE STATE RIO DE JANEIRO, BRAZIL

Santiago-Mello MA¹, Nicolau Maués Serra-Freire²

1. Médico Veterinário, Tenente do Exército Brasileiro no Instituto de Biologia do Exército.
2. Professor dos Cursos de Enfermagem e Medicina da Universidade Iguazu (UNIG), Professor no Curso de Farmácia da Uniabeu, Pesquisador Titular – Laboratório de Referência Nacional em Vetores das Riquetsioses, LIRN/Fiocruz-RJ, Bolsista de Produtividade Científica do CNPq. E-mail: nmsf@ioc.fiocruz.br (Autor de Correspondência)

Conflitos de interesse: não há

Fontes de financiamento: não há

RESUMO

Durante 2006 e 2007 foi investigada a relação parasitária entre carrapatos e serpentes criadas e/ou capturadas no estado do Rio de Janeiro envolvendo as atividades do Instituto de Biologia do Exército – IBEx, do Instituto Vital Brasil – IVB, e ao Centro de Recuperação e Reabilitação da Fauna, Curso de Medicina Veterinária, da Universidade Estácio de Sá (UNESA), na recepção, triagem, recuperação, reabilitação e criação das mesmas. Foram investigadas 18 (dezoito) serpentes: na família Viperidae, quatro jararacussus (*Bothrops jararacussu* Lacerda, 1884) e sete jararacas (*Bothropoides jararaca* Wied-Neuwied, 1824); na Boidae, seis jibóias (*Boa constrictor* Linnaeus, 1758), e família Colubridae uma cobra cipó (*Phylodrias olfersii* Lichtenstein, 1823). Foram identificados espécimes machos e fêmea de *Amblyomma dissimile*, e fêmeas de *Amblyomma rotundatum*, e só nos estádios de gonandro, partenóginas e teleóginas.

Descritores: Ixodidae; Carrapato duro; Cobras; Ofidário.

ABSTRACT

During 2006 and 2007 the parasitic relation between mites and serpents bred and/or captured in the state of Rio de Janeiro was investigated involving the activities of the Institute of Biology of the Army - IBEx, of the Vital Brazil Institute - IVB, and to the Center of Recovery and Whitewashing of the Fauna, Course of Veterinary Medicine, the University Estácio de Sá (UNESA), in the reception, selection, recovery, whitewashing and creation of the same ones. 18 (eighteen) serpents had been investigated: in the Viperidae family, four jararacussus (*Bothrops jararacussu* Lacerda, 1884) and seven jararacas (*Bothropoides jararaca* Wied-Neuwied, 1824); in the Boidae, six jibóias (*Boa constrictor* Linnaeus, 1758), and Colubridae family a snake liana (*Phylodrias olfersii* Lichtenstein, 1823).

Descriptors: Mites, Ticks, Snakes, create of snakes.

INTRODUÇÃO

Estima-se que haja cerca de 2940 espécies de serpentes no mundo, em 465 gêneros de 20 famílias. Na família Colubridae esta o maior número de espécies, seguida por Elapidae, Viperidae e Typhlopidae.¹⁻⁴ Para o Brasil, as estimativas são de nove famílias, 75 gêneros e 321 espécies.^{1,2}

Ixodida são ectoparasitos hematófagos obrigatórios conhecidos como carrapatos. Algumas espécies utilizam vários hospedeiros, inclusive, serpentes e o humano⁵⁻⁷, e podem desenvolver habilidade em transmitir organismos patogênicos.⁷⁻⁹ Em Veterinária, carrapatos são os artrópodes de maior importância por produzirem danos diretos e indiretos de vários tipos^{7,10}, ficando atrás dos culicídeos na transmissão de bioagentes causadores de patologias^{5,11}.

Os carrapatos do gênero *Amblyomma* encontram-se amplamente distribuídos pelo mundo¹², porém conservam uma distribuição essencialmente tropical e subtropical, sendo válidas cerca de 122 espécies⁶. No Brasil, das 54 espécies de carrapatos assinaladas¹³, 32 pertencem ao gênero *Amblyomma*, mas Brum e Costa (2003)¹⁴ afirmam serem 33 espécies. Embora todas as espécies de carrapatos notificados no Brasil tenham sido descritos na fase adulta, as larvas vem sendo objeto de publicações pelo Laboratório de Referência Nacional em Vetores das Riquetsioses –

LIRN/FIOCRUZ¹⁵⁻²² tendo descrito caracteres e atributos que permitem identificar cinco espécies do gênero *Amblyomma* no estágio de larva, incluindo *A. rotundatum*^{17,21}, mas as ninfas ainda são pouco conhecidas, sendo registrado o estudo do gnatossoma de ninfas de *A. rotundatum*, por Nascimento & Serra-Freire (1998)²¹. Assim, o registro de hospedeiros para estágios imaturos da maioria das espécies no gênero *Amblyomma* do Brasil ainda são escassos⁵. Segundo Robinson (1926)²³ e Cunha *et al.* (2003)²⁴, o gênero é comumente encontrado parasitando répteis e em especial, serpentes, e algumas espécies caracterizam-se pela ampla especificidade parasitária¹², sendo as mais freqüentemente encontradas, *A. rotundatum* e *A. dissimile*²³ como *A. rotundatum* em serpentes, *Bothrops moojeni* e *Boa constrictor*⁵, *Bothrops alternatus*¹⁴ e *Bothrops leucurus*²⁵.

Diferenças bem marcantes entre *A. rotundatum* (Figs. 1a-f, 2a-d) e *A. dissimile* (figs. 3a-j, 4a-c, 5a-b), são ressaltadas incluindo o dimorfismo sexual em *A. dissimile* enquanto em *A. rotundatum* só há fêmea; os dois espinhos rombos curtos, e robustos nas coxas I a IV em *A. rotundatum*, e agudos em *A. dissimile*⁷. O ciclo vital das duas espécies é típico de carrapato polixévico, realizando ecdises fora dos hospedeiros, com partenogênese em *A. rotundatum*²⁶, embora Keirans & Oliver (1993)²⁷ tenham descrito um provável macho

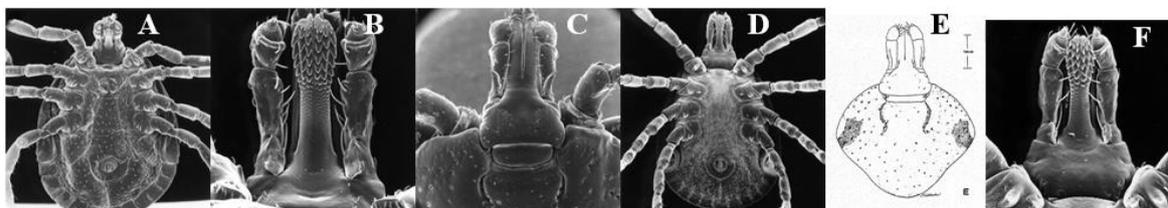


Figura 1. *Amblyomma rotundatum*, A) Macho, vista ventral; B) Hipostômio e palpos de macho; C) Sulco cervical no escudo, e gnatossoma do macho; D) Ninfa, vista ventral; E) Escudo e gnatossoma da ninfa; F) Hipostômio, palpos e coxas I da ninfa. Fonte: (BARNARD & DURDEN, 2000; Discover life - National Tick Collection, Smithsonian Institute, Disponível em http://pick5.pick.uga.edu/mp/20p?see=I_NTC/0001 Acesso em 12/08/11).⁹

O parasitismo em serpentes é um problema relativamente comum, sendo ectoparasitoses as principais causas indutoras de alterações patológicas observadas em répteis levados à clínica veterinária e também dos principais problemas em criatórios e instituições que lidam com estes animais⁴, representando também, risco para os seres humanos Serra-Freire (2010)²⁸, e Botelho *et al.* (2002)²⁹. Dentre as espécies descritas

infestando seres humanos esta *A. rotundatum*²⁴, sendo mais sério se as condições dos recintos forem inadequadas, associadas usualmente com a indiferença à higiene³⁰. Esse autor³⁰ diz que há pelo menos sete gêneros de carrapatos que parasitam répteis (*Amblyomma*, *Aponomma*, *Argas*, *Hyalomma*, *Haemophysalis*, *Ixodes* e *Ornithodoros*), sendo este último o mais comum.

A. rotundatum é parasita de animais ectotérmicos^{12,14,31,32}, e no Brasil tem registros para os estados do Pará, Amapá, Pernambuco, Rio de Janeiro, São Paulo, Mato Grosso, Santa Catarina e Rio Grande do Sul¹⁴, em répteis e anfíbios como, sapos, cobras, jabutis, jacarés-coroa e iguanas^{12,14,23,24,26,33-38}. Já houve registro desse carrapato, parasitando seres humanos^{11,24,39}, e outros mamíferos^{36,40} como tamanduá (*Tamandua tetradactyla*)⁴¹. Embora seja considerado um parasito de pequeno impacto econômico nos animais domésticos de produção, é considerado de grande importância para zoológicos, biotérios, centros de extração de veneno e produção de soro antiofídico, assim como na investigação de doenças de ciclo silvestre e na medicina de répteis e anfíbios, área da Clínica Veterinária em grande expansão³¹. Cunha *et al.* (2003)²⁴, em trabalho realizado pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE e o LIRN, no Parque Dois Irmãos de Recife/ PE, verificaram que o parasitismo por *A. rotundatum* na fase adulta foi dominante (59,53%) em 225 boídeos participantes do estudo, sendo 216 jibóias (*Boa constrictor*), seis salamantas (*Epicrates cenchria*) e três suaçubóias (*Corallus hortulanus*), porém, foi observado também o parasitismo por ninfas (34,35%) e larvas (6,12%).

Pontes *et al.* (2007)⁴², em estudo sobre o parasitismo de uma taxocenose de serpentes, realizado na Serra do Mendanha, zona oeste da região metropolitana do Rio de Janeiro, com 191 serpentes, de 24 espécies capturadas em diferentes horários (manhã, tarde e noite), em diferentes tipos de habitats, e por encontros ocasionais, detectou que 25% estavam parasitadas por carrapato. As espécies de hospedeiros eram: *Bothrops jararaca*, *Bothrops jararacussu*, *Chironius fuscus*, *Chironius laevicollis*, *Spilotes pullatus* e *Xenodon newwiedii*; destas, 7,3% das serpentes capturadas estavam parasitadas só por uma espécie: *A. rotundatum* que é extremamente patogênico.

Brumpt (1924) *apud* Goulart (2004)⁴ e Barbosa *et al.* (2002)³¹ relacionam incidência de óbitos em hospedeiros parasitados pelo *A. rotundatum* à elevada inoculação de toxinas por este parasita. Nos pontos de fixação destes carrapatos podem ser observadas lesões subcutâneas e necroses em tecido muscular causadas pela saliva

tóxica (GOULART, 2004)⁴. Embora *A. dissimile* seja considerado um carrapato de pouca importância econômica, têm sido relatado severas lesões em hospedeiros com infestações maciças.



Figura 2: Fêmea ingurgitada de *Amblyomma dissimile* que se despreendeu naturalmente de uma *Bothrops jararaca*, oriunda do município de Mendes/ RJ, recebida pelo Serpentário do Instituto Vital Brazil, em 15/08/07; teleógina coletada e cedida por Aníbal Rafael Melgarejo.

A. dissimile ocorre na Flórida, México, Antilhas, Panamá, Colômbia, Venezuela, Argentina e vários estados brasileiros.⁴³ Os hospedeiros naturais são répteis e anfíbios^{7,43}, porém, existem relatos do parasitismo de *A. dissimile* em mamíferos, como bovinos e roedores, sendo estes: *Hydrochaeris hydrochaeris* da Guiana Francesa⁴⁴, e Argentina⁴⁵, e em *Proechimys semispinosus* da Venezuela⁴⁶ e *Peromyscus gossypinus* na Flórida, USA⁴⁷. No Brasil, foi citado por Aragão (1936)²⁶ parasitando iguana e jibóia, nos estados do Pará, Pernambuco e Mato Grosso; em *Rhinoclemmys punctularia*¹¹ e *Caiman crocodilus crocodilus*⁴⁰, na Amazônia; em *Eunectes murinus*, *Crotalus durissus*, *B. jararaca* e *B. constrictor* no Rio de Janeiro. No Zoológico de Sorocaba/ SP, foi a espécie de maior frequência, com 95,04% dos espécimes coletados, parasitando *B. constrictor amarali*, *E. notaeus*, *P. reticulatus*, *Trachemys* sp., *K. scorpoides* e *I. iguana*.¹¹

Goulart (2004)⁴ e Pontes *et al.* (2007)⁴², consideram que os carrapatos de serpentes parecem estar associados apenas às espécies de hábitos terrestres e arbóreos. Nas serpentes de hábitos fossórios, criptozóicos, aquáticos e semi-aquáticos, não foram encontrados carrapatos, porém, Walter e Proctor (1999)⁴⁸, relataram a presença de *Amblyomma nitidum* parasitando serpente marinha do gênero *Laticauda*. A maioria das serpentes marinhas passa suas vidas submersas, mas as do gênero *Laticauda* passa o dia fora da água e somente caça, subaquaticamente à noite.

Esse artigo objetiva registrar o parasitismo de serpentes mantidas em cativeiro, salientando o cuidado no manejo de espécimes que cheguem da natureza para integrar o acervo vivo de ofidário.

MÉTODOS

Foram usados carrapatos removidos de serpentes do acervo vivo do serpentário do Instituto de Biologia do Exército - IBEx, do plantel, das recém-chegadas por captura ou transferência, e as mantidas em quarentena; de serpentes recém-chegadas ao serpentário do Instituto Vital Brasil – IVB, e ao Centro de Recuperação e Reabilitação da Fauna, Curso de Medicina Veterinária, da Universidade Estácio de Sá, entre janeiro/2006 e dezembro/2007. Os carrapatos foram removidos com movimentos de rotação em torno do eixo longitudinal do idiossoma, quando fixados no hospedeiro, ou coletados após o seu desprendimento natural.

A identificação dos ectoparasitos foi realizada na Fiocruz, com o auxílio de microscópios estereoscópicos. A identificação foi feita com auxílio das chaves de Aragão & Fonseca (1961)³⁴, Serra-Freire & Mello (2006)⁷, e Guimarães et al. (2001)¹³.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram coletados carrapatos em 18 serpentes de quatro espécies, em três gêneros diferentes em três famílias. Quatro jararacussus (*Bothrops jararacussu* Lacerda, 1884) e sete jararacas (*Bothropoides jararaca* Wied-Neuwied, 1824), ambas da família Viperidae, seis jibóias (*Boa constrictor* Linnaeus, 1758), família Boidae e uma cobra cipó (*Phylodrias olfersii* Lichtenstein, 1823), família Colubridae, só tendo sido encontrado carrapatos das espécies *A. rotundatum* e *A. dissimile*.

Em ofídios, a tarefa de busca de ectoparasitas pode ser difícil, por serem animais que não exigem uma rotina de manejo direto dos animais tão freqüente, e que podem ocorrer em intervalos de tempo maiores que três dias. No caso de serpentes peçonhentas, o contato direto é evitado com o uso dos EPIs (ganchos e pinças de manejo e contenção) e conseqüentemente, a percepção pode ser prejudicada. O encontro de carrapatos pode ser de menos difícil devido ao tamanho e proporções que os parasitos podem alcançar¹⁰. Isso pode explicar porque em algumas situações de manejo, serpentes com baixa carga de parasitas, podem ter esse parasitismo não percebido e serem introduzidos em criações. Há também o fato de determinadas espécies serem resistentes aos produtos carrapaticidas comumente utilizados ou usados de forma

inadequada; esses fatores quando somados, mesmo em criatórios que possuem e fazem quarentena, podem determinar a disseminação dos carrapatos na criação.

Em serpentes que chegaram à quarentena nos anos investigados: três *B. constrictor* (Fig. 3), entre janeiro e outubro/2006, todas parasitadas por *A. rotundatum*, e uma *B. jararacussu* (Fig. 4), recebida em 22/09/06, parasitada por *A. dissimile*, as quatro sem procedência definida no estado; uma *B. constrictor*, recebida em 23/01/07, capturada na Reserva do Grajaú/RJ, parasitada por *A. rotundatum*; uma *B. jararacussu*, recebida em 10/10/07, capturada na Ilha do Governador/RJ, parasitada por *A. rotundatum*; uma *Phylodrias olfersii* (Fig. 5), recebida em 30/10/07, capturada no bairro de Irajá/RJ, parasitada por *A. rotundatum* e uma *Bothropoides jararaca* (Fig. 6). O levantamento da ixodofauna das serpentes nos dois anos de investigação mostrou que duas espécies de Ixodidae são freqüentes, *A. rotundatum*, prevalência de 38,89% (Fig. 5), e *A. dissimile*, prevalência de 16,67% (Fig. 2, 7), se identificando com os resultados de Robinson (1926)²³, Aragão (1936)²⁶, BASTIANETTO *et al.* (2002)³², Cunha *et al.* (2003)²⁴, Serra-Freire & Mello (2006)⁷, e PONTES *et al.*, (2007)⁴².

No período do estudo, não foi identificado ectoparasitismo na sala de criação das *C. durissus*, todos os casos identificados aconteceram com outras espécies de serpentes na quarentena, ou na recepção, sinalizando eficiência do manejo no criatório.



Figura 3. Jibóia (*Boa constrictor*) livre de ectoparasitos, cativa no serpentário do IBEX, alojada no pátio de criação (recinto ao ar livre). Benfica, Rio de Janeiro/ RJ, 2007



Figura 4. Jararacussu (*Bothrops jararacussu*) sobre cama de papelão livre de ectoparasitos, cativa no serpentário do IBEX, alojada no pátio de criação. Benfica, Rio de Janeiro/ RJ, 2007.



Figura 5. *Amblyomma rotundatum* fêmeas fixadas sob as escamas de uma Cobra Cipó (*Phylodrias olfersii*), recebida no Serpentário do Instituto de Biologia do Exército, Setor de Quarentena, em 30/10/07, oriunda do bairro de Irajá/ RJ.



Figura 6. Jararaca (*Bothropoides jararaca*) sobre cama de papelão, esconderijo para *Amblyomma rotundatum*, cativa no serpentário do IBEX, Benfica, Rio de Janeiro/ RJ, 2007.



Figura 7. *Amblyomma dissimile*: **A.** Fragmento de pele de *Bothrops jararacussu* com carrapato fêmea ainda fixado. Material recebido formolizado em 30/06/07, coletado e cedido por Jefferson Pires do Centro de Recuperação e Reabilitação da Fauna da Universidade Estácio de Sá (UNESA). **B.** Em Jibóia (*Boa constrictor*) fixados sob escamas no corpo, e na mucosa oral. Material recebido formolizado em 28/06/07,



coletado e cedido por Jefferson Pires do Centro de Recuperação e Reabilitação da Fauna da Universidade Estácio de Sá (UNESA). Fotos: Michel Valim e Marcelo Santiago.

REFERÊNCIAS

1. Jim J, Sakate M. Biologia das serpentes. *In*: BARRAVIERA, B. (coordenador); Venenos Animais: uma visão integrada; 1a. ed.; Rio de Janeiro: Ed. de Publicações Científicas; 1994. Parte 2, cap. 9.
2. Franco FL. Origem e diversidade das serpentes. *In*: CARDOSO, J.L.C.; FRANÇA, F.O.S.; WEN, F.H.; MÁLAQUE, C.M.S.; HADDAD-Jr, V. Animais Peçonhentos do Brasil: biologia, clínica e terapêutica dos acidentes; 1a. ed.; Ed. Sarvier; 2003. Parte 1, cap. 3.
3. Melgarejo AR. Serpentes peçonhentas do Brasil. *In*: CARDOSO, J.L.C.; FRANÇA, F.O.S.; WEN, F.H.; MÁLAQUE, C.M.S.; HADDAD-Jr, V. Animais Peçonhentos do Brasil: biologia, clínica e terapêutica dos acidentes; 1a. ed.; Ed. Sarvier; 2003. Parte 1, cap. 4.
4. Goulart CES. Herpetologia, Herpetocultura e Medicina de Répteis; 1a. ed.; Ed. L.F. Livros; 2004. 236p.
5. Labruna MB, Paula CD, Lima TF, Sana DA. Ticks (Acari: Ixodidae) on wild animals from the Porto-Primavera Hydroelectric Power Station Area, Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*; 2002; 97(8):1133-36.
6. Martinez FA, Ledesma S, Maza Y. Presencia del Genero *Amblyomma* en Mamíferos Y Reptiles Silvestres, Corrientes, Argentina. *Communication Cientificas y Tecnologica*, 2004. Resumen: V-058, acessada em 2008. Disponível em <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2004/4-Veterinaria/V-058.pdf>
7. Serra-Freire NM, Mello RP. Entomologia Médica e Veterinária. Rio de Janeiro, Ed. L.F. Livros Ltda; 2006. 235p.

8. Guglielmone AA, Nava S. Las garrapatas argentinas del género *Amblyomma* (Acari: Ixodidae): distribución y hospedadores. *Revista de Investigación Agropecuaria*. 2006;35:135-55.
9. Barnard SM, Durden LA. *A Veterinary Guide to the Parasites of Reptiles – Arthropods (Excluding Mites)*, Krieger Publishing Company; 2000.
10. Flechtmann CHW. *Ácaros de Importância Médico Veterinária*, 3a. ed., S. Paulo, Ed. Nobel; 1985 192p.
11. Teixeira RHF, Amorim M, Gazeta GS, Serra-Freire NM. Ixodofauna de répteis cativos no Zoológico de Sorocaba, São Paulo, Brasil. *Entomologia y Vectores*. 2003;10(3):319-29.
12. Santos ADA, Nieri-Bastos FA, Onófrio VC, Barros-Battesti DM. Biología de *Amblyomma rotundatum* KOCH, 1844 (Acari: Ixodidae) sob condições de laboratório, utilizando como hospedeiro *Oxyrhopus guibei* Hoge & Romano, 1977. Goiás, XIX Cong. Bras. Parasitol. *Revista de Patologia Tropical*. 2005; 34 (supl. esp.).
13. Guimarães JH, Tucci EC, Barros-Battesti DM. *Ectoparasitos de Importância Veterinária*. Ed. Plêiade/Fapesp; 2001.
14. Brum JGW, Costa PRP. Confirmação da ocorrência de *Amblyomma rotundatum* Koch, 1844 (Acari: Ixodidae) no Rio Grande do Sul. *Arquivos do Instituto Biológico de São Paulo*. 2003; 70(1):105-6.
15. Amorim M, Serra-Freire NM. Descrição morfológica do estágio de larva de carrapato (Acari: Ixodidae). 4. *Amblyomma dissimile* Koch, 1844. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi*. 1994; 10:273-88.
16. Amorim M, Serra-Freire NM. *Amblyomma nodosum* Neumann, 1899: descrição morfológica do estágio de larva. *Revista Brasileira de Parasitologia Veterinária*. 1994;3(2):131-42.
17. Amorim M, Serra-Freire NM. Descrição morfológica do estágio de larva de carrapato (Acari: Ixodidae). I. *Amblyomma rotundatum* Koch, 1844. *Parasitologia al Día*. 1995;19: 9-19.

18. Amorim M, Serra-Freire NM. Morphological description of the tick larval stage (Acari: Ixodidae). 3. *Amblyomma varium* Koch, 1844. *Entomologia y Vectores*. 1996;3(1):67-81.
19. Famadas K, Lemos ERS, Coura JR, Serra-Freire NM. *Amblyomma cooperi* (Acari: Ixodidae) parasitando humano em área de foco de febre maculosa, São Paulo, Brasil. *Acta Parasitológica Portuguesa*. 1997; 4(supll. 1):p.154.
20. Amorim M, Gazêta GS, Guerim L, Serra-Freire NM. Morphological description of tick larval stage (Acari: Ixodidae). 5. *Anocentor nitens* (Neumann, 1897). *Revista Brasileira de Parasitologia Veterinária*. 1997;6(2): 143-56.
21. Nascimento ESS, Serra-Freire NM. Estudos do gnathosoma de ninfas de *Amblyomma rotundatum* Koch, 1844 (Acari: Ixodidae) por microscopia óptica. *Entomologia y Vectores*. 1998;5(6):231-40
22. Amorim M, Serra-Freire NM. Chave dicotômica para identificação de larvas de algumas espécies do gênero *Amblyomma* Koch, 1844 (Acari: Ixodidae). *Entomologia y Vectores*. 1999; 6(1):75-90.
23. Robinson LE. Ticks. A monograph of the Ixodoidea: Part IV - The genus *Amblyomma*. (The first part of volume II), University Press, Cambridge, 302p., 1926.
24. Cunha MCAL, Farias AMI, Brito FLC, Serra-Freire NM. Intensidade de parasitismo de *Amblyomma rotundatum* Koch, 1844 (Acari: Ixodidae) em Serpentes da Família Boidae capturadas no Parque Dois Irmãos, Recife, Pernambuco, Brasil. *Entomologia y Vectores*. 2003;10(1):21-29.
25. Arzua M, Onofrio VC, Barros-Battesti DM. Catalogue of the Tick Collection (Acari, Ixodida) of the Museu de História Natural Capão da Imbuia, Curitiba, Paraná, Brazil. *Revista Brasileira de Zoolologia*. 2005; 22(3): 623-32.
26. Aragão HB. Ixodidas brasileiros e de alguns países limitrophes. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 1936;31:1-843.
27. Keirans JE, Oliver Jr JH. First description of the male and redescription of the immature stages of *Amblyomma rotundatum* (Acari: Ixodidae), a recently discovered tick in thje U.S.A. *Journal of Parasitology*.1993; 79:860-5.

28. Serra-Freire NM. Occurrence of ticks (Acari: Ixodidae) on human hosts, in three municipalities in the State of Pará, Brazil. *Brazilian Journal Veterinary Parasitology*. 2010;19:1-8.
29. Botelho MCN, Leite LMRM, Neto IPB, Silva LAM, Campelo MLCB, Aguiar MCA et al. *Amblyomma dissimile* Koch, 1844 (Acari: Ixodidae) em mamíferos silvestres no estado de Pernambuco, Brasil. *Entomologia y Vectores*. 2002; 10(3): 319-29.
30. Frye FL(2007). Condições patológicas relacionadas ao ambiente de cativeiro; Parasitologia não hemática clínica aplicada de répteis. *In: VILANI, R. G. D'O. C. (ed.); Grupo FOWLER – Avanço na Medicina de Animais Selvagens – Medicina de Répteis; III Jornada Grupo FOWLER, Encontro Nacional de Medicina de Répteis, Curitiba: Associação Paranaense de Medicina de Animais Selvagens.*
31. Barbosa VM, Oliveira PR, Bastianetto E, Rodrigues DS, Leite RC. (2002). Períodos parasitários do *Amblyomma rotundatum* Koch, 1844 (Acari: Ixodidae) em ofídios brasileiros. III Semana do Conhecimento - Resumos da XI Semana de Iniciação Científica - Ciências Biológicas e Agrárias, UFMG. Disponível em <http://www.ufmg.br/prpq/xisic/sic2002/resumos/1w2w87.html>
32. Bastianetto E, Leite RC, Barbosa VB, Rodrigues DS, Oliveira PR (2002). Índice de conversão do peso vivo de fêmeas de *Amblyomma rotundatum* Koch, 1844 (Acari: Ixodidae) em ovos e larvas. III Semana do Conhecimento - Resumos da XI Semana de Iniciação Científica - Ciências Biológicas e Agrárias, UFMG. Disponível em <http://www.ufmg.br/prpq/xisic/sic2002/resumos/1w2w101.html>
33. Pinto C. Zooparasitos de Interesse Médico e Veterinário. Ed. Melhoramento; 1945 325p.
34. Aragão HB, Fonseca F. Notas de Ixodologia. VIII. Lista e chave para os representantes da fauna ixodológica brasileira. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 1961; 59:115-29.
35. Amorim M, Gazêta GS, Cristalli RS, Serra-Freire NM. (1996). Biologia de *Amblyomma rotundatum* Koch, 1844 (Acari: Ixodidae) sob condições de laboratório: Dinâmica da infestação de fêmeas não alimentadas em *Crotallus*

- durissus* (L.). Revista Universidade Rural Série Ciências da Vida. 1996; 18(1-2):35-39.
36. Guerra RMSC, Silva ALA, Serra-Freire NM. *Amblyomma rotundatum* Koch, 1844 (Acari: Ixodidae) in *Kinosternon scorpiodes* L. (Chelonia: Kinosternidae) in Maranhão State, Brazil. Entomologia y Vectores. 2000; 7(3): 335-8.
37. Durden LA, Knapp CR. Ticks parasitizing reptiles in the Bahamas. Medical Veterinary Entomology. 2005; 19(3) 326-8.
38. Dantas-Torres F, Oliveira-Filho EF, Souza BOF, Sá FB. First record of *Amblyomma rotundatum* Koch, 1844 (Acari: Ixodidae) parasitizing *Crotalus durissus cascavella* (Wagler, 1824) (Squamata: Viperidae) in the state of Pernambuco, Brazil. Arquivos do Instituto Biológico de São Paulo. 2005;72(3):389-90.
39. Serra-Freire NM, Peralta ASL, Teixeira RHF, Gazêta GS, Amorim M. *Amblyomma rotundatum* parasitando *Homo sapiens* no Parque Zoobotânico do MPEG, e em Itaboraí. Arquivos da Sociedade de Zoológicos do Brasil. 1995;16:20.
40. Serra-Freire NM, Peralta ASL. Primeiro registro do parasitismo de *Caiman crocodilus crocodilus* por *Amblyomma dissimile* no Brasil. Revista Brasileira de Parasitologia Veterinária. 1993;2(2):105-8.
41. Amorim M, Teixeira RHF, Gazêta GS, Serra-Freire NM. Ixodofauna em Xenarthra (Edentata) no Brasil: análise do acervo da Coleção Ixodológica do Instituto Oswaldo Cruz/ Fiocruz. Goiás, XIX Congresso Brasileiro de Parasitologia. Rev. Pat. Trop. 2005;34(supl. esp.):32 2005. Disponível em http://www.parasitologia.org.br/congresso2005/revista/EEC_Entomo_Ecto.htm#115_
42. Pontes JAL, Gazêta GS, Rocha CFD, Vrcibradic D, Pontes RC, Kisling RW, et al. Carrapatos ectoparasitas de uma taxocenose de serpentes da Serra do Mendanha, Rio de Janeiro, RJ, com registro de novos hospedeiros. III Congresso Brasileiro de Herpetologia, Belém, PA, In CD-ROM, 2007.
43. Freitas LHT, Faccini JLH, Daemon E, Prata MCA, Barros-Battesti DM. Experimental infestation with the immatures of *Amblyomma dissimile* Koch,

- 1844 (Acari: Ixodidae) on *Tropidurus torquatus* (Lacertilia: Iguanidae) and *Oryctolagus cuniculus*. Arquivos Brasileiros de Medicina Veterinária e Zootecnia. 2004;56(1):126-9.
44. Floch H, Fauran P. Ixodidés de la Guyane et dès Antilles Francaises. Archives de Institute Pasteur Guyane Française. 1958;446(19):1-94.
45. Guglielmone AA, Viñabal AE. Claves morfológicas dicotomicas e infonnacion ecológica para la identificacion de las garrapatas dei gênero *Amblyomma* Koch, 1844 de la Argentina. Revista de Investigation Agropecuaria.1994;25(1):39-47.
46. Jones EK, Clifford CM, Keirans JE, Kohls GM. The ticks of Venezuela (Acarina: Ixodidoidea) with a key to the species of *Amblyomma* in the Westem Hemisphere. Brigham Young University Science Bulletin (Biologica Series). 1972;17(4):1- 40.
47. Durden LA, Klompen JS, Keirans JE. Parasitic arthropods of sympatric opossums, cotton rats, and cotton mice from Meritt Island Journal of Parasitology.1993;79:283-6.
48. Walter DE, Proctor HC. Mites – Ecology, evolution and behaviour; Hong Kong: CABI Publishing, Everest Printing; 1999. Cap. 7, cap. 10.

ARTIGO ORIGINAL

CORRELAÇÃO ENTRE INFECÇÃO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) E NEOPLASIA CÉRVICO-UTERINA EM MULHERES DA CIDADE DE LUANDA, ANGOLA

CORRELATION BETWEEN HUMAN PAPILLOMAVIRUS (HPV) INFECTION AND CERVICAL-UTERINE NEOPLASIA IN WOMEN OF THE LUANDA CITY, ANGOLA

Mariquinhas António Domingos¹, Antonio Neres Norberg², José Tadeu Madeira de Oliveira³, Fabiano Guerra Sanches⁴, Maria Izabel Miorin de Moraes⁵, Nicolau Maués Serra-Freire⁶

1. Enfermeira do Hospital Geral Especializado Augusto Ngangula, Luanda, Angola. Mestre em Doenças Parasitárias.
2. Docente da Faculdade de Medicina Souza Marques – FTESM e Centro Universitário UNIABEU, RJ. Coordenador e docente dos cursos de Mestrado e Doutorado em Doenças Parasitárias da Universidad Autónoma de Asunción – UAA, Paraguay. Doutor em Doenças Parasitárias. E-mail: norberg@uol.com.br (**Autor de Correspondência**)
3. Docente da Universidade Iguazu – UNIG, Centro Universitário UNIABEU e Departamento de Estudos e Pesquisas Médicas e de Reabilitação do Instituto Benjamin Constant, RJ. Mestre em Doenças Parasitárias.
4. Docente da Universidade Iguazu – UNIG. Oficial médico do corpo efetivo do Exército Brasileiro. Doutor em Doenças Parasitárias.
5. Docente da Universidade Iguazu – UNIG, Centro Universitário UNIABEU. Médica do Instituto Nacional do Câncer – José Alencar – INCA. Doutora em Ciências.
6. Docente da Universidade Iguazu – UNIG, Centro Universitário UNIABEU. Docente dos cursos de Mestrado e Doutorado em Doenças Parasitárias da Universidad Autónoma de Asunción – UAA, Paraguay. Pesquisador titular do Instituto Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Bolsista de produção científica do CNPq. Doutor em Doenças Parasitárias.

Conflitos de interesse: não há

Fontes de financiamento: não há

RESUMO

O objetivo deste trabalho com delineamento transversal prospectivo, e amostragem de conveniência, foi avaliar a correlação entre infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) e neoplasia cérvico uterina em mulheres atendidas no Hospital Geral Especializado Augusto Ngangula, na cidade de Luanda, Angola. Esta unidade é referência para prevenção de câncer de colo uterino, e atende à demanda das localidades vizinhas à capital. **Material e Métodos:** como critérios para inclusão foram exigidos que as pacientes estivessem com idades entre 20 e 60 anos, tivessem procurado espontaneamente pelo exame citológico sem estar gestante. Com escova (*citobrush*) coletou-se o material da cérvix uterina de 76 mulheres e foram preparados esfregaços celulares em lâminas de vidro, fixadas com metanol, e encaminhadas para o laboratório onde foram realizados os exames citológicos do material corado pela técnica de Papanicolaou. O laudo foi emitido de acordo com a classificação de Bethesda (1988) para esfregaços cervicais, e com ele foi calculada a frequência de anormalidades citológicas. **Resultados e conclusões:** todas as citologias das 76 mulheres foram positivas para HPV (CP = 100%), e foram diagnosticados 11 casos de neoplasias cérvico-uterinas (CP = 14,47%). A faixa etária de dominância para os casos de câncer foi a de 25 e 29 anos, com seis dos 11 casos (CD = 54,55%). Concluiu-se que há necessidade de se incentivar as mulheres à realizar exames de rastreio do câncer cérvico-uterino para que as positivas sejam tratadas precocemente e possam evitar os problemas que poderão ocorrer nas fases mais avançadas da doença.

Descritores: HPV, papilomavíroses, neoplasias, cérvix-uterina.

ABSTRACT

The objective of this work with prospective transversal delineation, and sampling of convenience, was to evaluate the correlation between infection for Human Papillomavirus (HPV) and cervical cancer in women taken care of in the General Hospital Specialized August Ngangula, in the city of Luanda, Angola. This unit is

reference for prevention of uterine cervix cancer, and takes care of to the demand of the neighboring localities to the capital. **Material and Methods:** as criterion for inclusion they had been demanded that the patients were with ages between 20 and 60 years, had looked for spontaneously for the cytological examination without being pregnant. With brush (citobrush) the material of the uterine cervical of 76 women was collected and had been prepared smear cellular in glass blades, was fixed with methanol and was directed for the laboratory where the cytological examinations of the material stained for the technique of Papanicolaou had been carried through. The finding was emitted in accordance with the classification of Bethesda (1988) for cervical smear and calculated its frequency of cytological abnormal. **Results and conclusions:** all the cytology of the 76 women had been positive for HPV (PC = 100%), and they had been diagnosed 11 women with cervical cancer (PC = 14.47%). The age band with bigger incidence was between 25 and 29 years, with six amongst the 11 diagnosed with cancer (DC = 54,55%). One concluded that it has necessity of stimulating the women to carrying through examinations of tracing of the cervical cancer so that they are treated precociously and they can prevent the problems that will be able to occur in the phases most advanced of the illness.

Descriptors: HPV, papillomaviriosis, neoplasm, cervical cancer.

INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis acompanham a humanidade desde épocas remotas. Acompanhando a evolução da espécie humana, as doenças sexuais vêm acometendo pessoas de todas as classes sociais, sexos e religiões. Na época da Grécia antiga, foram denominadas doenças venéreas, como referência à Vênus, considerada a deusa do amor.^{1,2}

A infecção causada pelo Papilomavírus Humano (HPV) é a virose mais comum de transmissão sexual. O câncer cérvico-uterino, induzido por sorotipos desse vírus, é considerado um importante problema de saúde pública devido à sua alta incidência e elevadas taxas de mortalidade. Na maioria dos casos, evolui lentamente e a sua prevenção consiste em identificar o mais precocemente possível as lesões atípicas no epitélio do colo uterino e por meio de exames como a inspeção visual, cervicografia e colposcopia, e da pesquisa de alterações celulares pelos métodos de Papanicolaou e de

histopatologia, além de métodos de biologia molecular que identificam a presença de DNA viral nos tecidos.³⁻⁵

O câncer de colo uterino é o terceiro câncer de maior prevalência entre mulheres. Dados estatísticos referentes aos países com menor índice de desenvolvimento relativo mostram que 80% dos novos casos ocorrem nessas localidades.^{6,7}

As infecções causadas pelo HPV também são consideradas como condiloma acuminado, ou verrugas genitais. Constituem uma das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) descritas pela primeira vez no ano 25 d.C., e atualmente é uma das doenças mais diagnosticadas nos laboratórios de ginecologia. Estima-se que 24 milhões de norte-americanos estejam infectados com HPV e até 1 milhão de novas infecções ocorram a cada ano. O HPV é um vírus de DNA de filamento duplo, tem acima de 40 sorotipos já identificados, cinco dos quais são responsáveis pela formação de verrugas genitais, e oito considerados como potencialmente oncogênicos. Os HPVs do tipo 6 e do tipo 11 são os responsáveis pela maioria das doenças anogenitais.^{1,8}

As verrugas genitais nas mulheres são vistas com mais frequência na parte posterior do intróito, porém, as lesões também ocorrem nas nádegas, na vulva, na vagina, no ânus e na cérvix. Geralmente as lesões são pequenas, medem entre 2 e 3 mm de diâmetro por 10 a 15 mm de altura, consistências macias com crescimentos papilares, e ocorrem isoladas ou agrupadas na região genital e anorretal. As lesões antigas podem apresentar semelhança a uma couve-flor. Nas áreas úmidas, como no intróito vaginal, as lesões podem ter projeções múltiplas, finas e semelhantes a dedos. As lesões vaginais são geralmente múltiplas, formam pápulas achatadas, com 1 a 4 mm de diâmetro e, com mais frequência, na cérvix. As verrugas geralmente têm a cor da pele, ou ligeiramente mais escura nas mulheres brancas, pretas nas afrodescendentes, e amarronzadas nas asiáticas. O condiloma acuminado é geralmente indolor, mas pode tornar-se desconfortável principalmente quando em grande número.⁸

O exame de Papanicolaou consiste no estudo de células descamadas esfoliadas da parte externa (ectocérvice) e interna (endocérvice) do colo do útero, sendo atualmente o recurso mais utilizado para o diagnóstico das anormalidades por ser indolor, de baixo custo, eficaz e pode ser realizado em qualquer lugar por qualquer profissional de saúde treinado. Seu objetivo é o diagnóstico para reduzir a mortalidade por este câncer, suas repercussões físicas, psíquicas e sociais nas mulheres.³

Considerando a grande importância do câncer do útero e suas repercussões, justifica-se a relevância da avaliação dos fatores de risco de mulheres que realizam exames de prevenção do câncer do colo uterino, e corroboramos as afirmações de Bezerra *et. al.* (2005)³. A expectativa é que, diante da exposição de dados consistentes, possam ser propostas sugestões para subsidiar intervenções dos profissionais de saúde na comunidade a fim de serem reduzidas as formas de risco encontradas, e reconhecer o perfil epidemiológico das comunidades para melhor promoção, proteção e recuperação da saúde. Esta deverá ser essa uma forma de contribuir com a melhora da qualidade de vida daquela população, enfatizando que a erradicação do câncer do colo uterino depende de ações básicas de prevenção e controle dos fatores predisponentes, de políticas de proteção à saúde da mulher e de uma melhora educacional da população.

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a correlação entre infecção Papilomavírus Humano (HPV) e o câncer do colo uterino em mulheres da cidade de Luanda, Angola.

MÉTODOS

O delineamento da investigação foi descritivo, transversal e prospectivo, com amostra de conveniência. Como local de amostragem foi selecionado o ambulatório de ginecologia e obstetrícia da maternidade Augusto Ngangula, situado no município de Sambizanga, na província de Luanda, Angola, e o período definido foi de janeiro/2010 a agosto/2010. Como critério para inclusão na amostra da pesquisa, foi exigido que as mulheres estivessem com idade entre 20 e 60 anos, tivessem procurado espontaneamente o ambulatório para o exame citológico sem estar gestante.

A amostra ficou formada por 76 mulheres voluntárias que compareceram ao ambulatório no período de vigência da amostragem para a investigação. A maternidade está localizada no Hospital Especializado de âmbito provincial com a missão de garantir atendimento humanizado e especializado à mulher por meio de serviços preventivos e curativos. A unidade de saúde conta com equipes multidisciplinares e programas de orientação de mulheres com a finalidade de diagnosticar e prevenir doenças sexualmente transmissíveis, realizar colposcopias como medida de diagnóstico, prevenção e tratamento de patologias ginecológicas.

Cada uma das mulheres da amostra passou a ser considerada como unidade amostral, nas quais, com o auxílio de uma escova apropriada (*citobrush*) foi coletado material da cérvix uterina, e preparado esfregaços celulares em lâminas de vidro para microscopia. O esfregaço foi fixado com metanol, e assim encaminhado para o laboratório de citopatologia, onde foram realizados os exames citológicos por médicos patologistas, após coloração pela técnica de Papanicolaou.

Os resultados dos laudos foram trabalhados por estatística descritiva, e cálculo de indicadores de saúde, como morbidade pelo coeficiente de ataque ($ca = c/n$) que é a relação entre o número de casos confirmados sobre o número de mulheres examinadas na amostra, multiplicado por 100; também foi calculado o risco relativo com base na razão entre os produtos cruzados para infecção pelo vírus, e a ocorrência de câncer ($OR = a/c \div b/d$), e o coeficiente de correlação entre estas duas condições $\{r = [\Sigma xy \cdot (\Sigma x \cdot \Sigma y)/n] \div \sqrt{[\Sigma x^2 - (\Sigma x)^2/n] \cdot \Sigma y^2 - (\Sigma y)^2/n}\}$, testada pelo teste “t” com nível de significância arbitrado em 10% em função do tamanho da amostra $[t = (r \cdot \sqrt{n - 2}) \div \sqrt{(1 - r^2)}]$, e a reta de regressão do fenômeno câncer de colo de útero em função da idade.

RESULTADOS

A amostra foi estratificada em oito classes de idade, considerando como intervalo de classe cinco anos (Tab. 1). Todas as 76 mulheres voluntárias que integraram a amostra estavam infectadas pelo vírus (HPV), conferindo um coeficiente de ataque de 100%.

Tabela 1. Resultado do levantamento sobre câncer do colo do útero em mulheres entre 20 e 60 anos de idade, atendidas no ambulatório de ginecologia e obstetrícia da maternidade Augusto Ngangula, município de Sambizanga, na província de Luanda, Angola, entre janeiro/2010 a agosto/2010, divididas em oito classes de idade, com indicativo do coeficiente de ataque (CA), e do coeficiente de dominância da faixa de idade.

Faixa etária (anos)	Mulheres examinadas		Mulheres com cancer		
	Nº	%	Nº	CA (%)	CD (%)
20 H 24	11	14,47	2	2,63	18,18
25 H 29	19	25,00	6	7,89	54,55
30 H 34	14	18,43	1	1,32	9,09

35 H 39	10	13,16	1	1,32	9,09
40 H 44	9	11,84	1	1,32	9,09
45 H 49	7	9,21	0	0	0
50 H 54	4	5,26	0	0	0
55 H 59	2	2,63	0	0	0
20 H 59	76	100,00	11	14,47	100,00

O risco relativo para as mulheres atendidas naquela maternidade desenvolverem câncer do colo do útero é 17 vezes maior (OR = 16,92) em função da infecção por HPV. A tendência do desenvolvimento de câncer é inversamente proporcional a classe de idade da mulher, e foi identificada pela reta de regressão ($y = 4,40 - 8,99x$), com correlação fraca ($r = 0,22$) entre a faixa de idade e o número de casos de câncer do colo do útero, mas significativa ($t_{\text{calculado}} > t_{\text{tab10\%}}$) com 90% de segurança ($p < 0,10$).

A faixa etária de 25 a 29 anos de idade foi a dominante quanto a incidência de casos de câncer do colo do útero, diferindo significativamente das outras ($p < 0,10$).

DISCUSSÃO

Nos últimos anos, foi registrada uma preocupante epidemia com a descoberta das lesões subclínicas causadas por HPV e a sua associação com a chamada "Revolução sexual" do final do século XX. Essas infecções virais vêm aumentando significativamente no mundo ocidental, sendo o condiloma do colo do útero, na atualidade, a causa mais frequente de alterações citológicas encontradas em exames citopatológicos preventivos. Estima-se que lesões causadas por HPV representem cerca de 50% das atipias cervicais observadas nos esfregaços cervicais.^{9,10}

Segundo Silva *et. al* (2004)¹¹ e Gonçalves *et. al* (2010)¹⁰, no Brasil, os dados estatísticos são escassos permitindo avaliar a magnitude da infecção pelo HPV, porém ratificam a tendência mundial do avanço da virose. O Ministério da Saúde do Brasil estima que aproximadamente 25% da população sexualmente ativa esteja infectada pelo HPV. Entretanto, algumas pesquisas estrangeiras sinalizam que este número pode chegar a 50% entre adolescentes e adultos jovens.

O câncer do colo uterino constitui na atualidade um dos mais importantes problemas de saúde pública em decorrência da crescente exposição aos fatores de risco, como também em consequência da modificação de hábitos de vida da população. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de colo uterino continuam elevadas, sendo considerado o segundo tipo de câncer mais frequente entre as mulheres. Em Maceió, capital do estado de Alagoas, a estimativa do número de casos de câncer do colo do útero para o ano de 2010 foi de 110 / 100.000 mulheres examinadas¹², na população da cidade com vida precária, quer dizer mulheres de baixo nível socioeconômico e cultural. Em 2009, a cidade de Maceió tinha população de 933.313 habitantes, com 495.977 mulheres, e dessas, 357.105 estavam com 15 a 69 anos de idade, e não se conhecia a verdadeira cobertura obtida com a citologia oncótica, a proporção de mulheres com exames colpocitológicos alterados, nem se receberam tratamento nos casos indicados, ou mesmo se houve seguimento adequado, condições relacionadas ao câncer cervical.

Esse panorama foi encontrado entre mulheres da cidade de Luanda, em Angola, com população aproximada de cinco milhões de habitantes. Grande parte dessa população vive em verdadeiros aglomerados urbanos, sofrendo reflexos de uma guerra civil que castigou o país por vários anos. A estrutura dos serviços de saúde pública deixa muito a desejar pela falta de equipamentos, medicamentos e profissionais de saúde capacitados para prestar uma assistência digna a qualquer ser humano. Assim, não há estatísticas confiáveis sobre a incidência de infecção pelo HPV e câncer do colo do útero na província de Luanda. Também informações não científicas de que o número de pessoas infectadas pelo HPV é bem elevado, e ainda não são conhecidos os tipos de HPVs mais incidentes. Neste trabalho o coeficiente de ataque calculado é de 14,47% (Tabela 1) compatível com indicador mundial de incidência, que é de 14%.

Confrontando os resultados encontrados agora em Luanda, os indicadores de saúde estão inferiores aos encontrados em Zâmbia (21,6%), também na África, e em outros países. Domfeh *et. al.* (2008)¹³ estudaram as infecções cervicais por papilomavírus em 75 mulheres da cidade de Accra em Ghana, com idade média de 33,3 anos, sendo que 90,7% possuíam escolaridade somente em nível primário, e 9,3% eram analfabetas; a maioria era casada, sendo 16,4% em casamento poligâmico, e 14,7% solteiras, divorciadas ou viúvas. Das 75 investigadas, 50 (66,7%) tiveram sua primeira relação sexual entre 14 e 18 anos de idade, 67 (89,3%) relataram que nunca usaram condom em suas relações sexuais, e somente oito (10,7%) relataram o uso do

preservativo. Carcinoma cervical associado à infecção por HPV foi verificada em 56% (42/75).

Na tentativa de conhecer níveis de infecções por papilomavírus humano no continente africano, Ng'andwe *et. al.* (2007)¹⁴ estudaram a distribuição do HPV em indivíduos HIV positivos e negativos em Zâmbia. Destacaram que os genótipos mais frequentes incidentes entre as 70 pacientes gambienses estudadas eram os HPVs tipos 16 e 18, com a mesma incidência de 21,6%. Verificaram que a taxa de incidência de genótipos de HPV de alto risco é variável entre os países africanos já estudados, e comentaram que a distribuição mundial do HPV 16 e 18 é aproximadamente de 14%; HPV 18 é responsável por 5% dos casos. Calculando o risco relativo para pacientes HIV positivas afirmaram que a chance de adquirir o papilomavírus humano é duas vezes maior que em indivíduos imunocompetentes. Concluíram que a taxa de HPVs oncogênicos (tipos 16 e 18) em Zâmbia é muito elevada quando comparada à incidência nos Estados Unidos da América. Portanto, a população feminina de Zâmbia tem grande possibilidade de se infectar com papilomavírus, e desenvolver câncer cérvico-uterino, especialmente pelo HPV 18, cuja incidência é superior aos 5% da população mundial.

Também na África, Didelot-Rousseau *et. al.* (2006)¹⁵ estudaram a incidência de HPVs na população feminina de Burkina-Faso. Examinaram por técnicas moleculares amostras cervicais obtidas de 379 mulheres e encontraram 360 (95%) de positividade para beta-globin DNA. Reportaram a prevalência de infecção cervical por HPV de 66,1% (238/360). O tipo mais prevalente de HPVs foi o HPV-52 (14,7%), HPV-35 (9,4%), HPV-58 (9,4%), HPV-51 (8,6%), HPV-16 (7,8%), HPV-31 (7,5%), HPV-53 (6,7%), HPV-18 (6,4%). Infecções múltiplas por HPV (tipos 2 e 7) foram identificadas em 126 casos (35%) mulheres. A pesquisa destacou que neste país as mulheres estão bem mais expostas ao vírus, e desenvolver câncer cérvico-uterino do que mulheres de outros países do mundo.

Também por técnicas moleculares Muelen *et. al.* (2006)¹⁶ pesquisaram a presença de HPV-DNA em 50 mulheres da Tanzânia, África, portadores de câncer cervical, e identificaram HPVs 16 e 18 em 38% e 32%, respectivamente. Examinaram também 359 amostras cervicais de pacientes não-portadoras de câncer cervical e encontraram 59% de positividade para HPV-DNA. O tipo específico detectado por Reação em Cadeira da Polimerase (PCR) mostrou que os tipos 16 e 18 ocorreram em 13,2% e 17,5% das pacientes estudadas. Entre as mulheres examinadas não portadoras

de câncer uterino, 12,8% destas eram portadoras de HIV, e com infecção associada ao *Trichomonas vaginalis*. Os autores ressaltaram que em pacientes portadores de HIV a infecção está altamente relacionada com a presença de HPV, especialmente pelos tipos 16 e 18, considerados altamente oncogênicos.

Em Ibadan, Nigéria, Thomas *et. al.* (2004)¹⁷ coletaram células cervicais de 932 mulheres sexualmente ativas, com idades superiores a 15 anos para investigar a prevalência e os fatores de risco para infecção pelo papilomavírus em mulheres. Utilizando técnicas moleculares identificaram 32 diferentes tipos de HPVs, com prevalência de 26,3%, e de 24,6% entre mulheres sem lesões cervicais. Os autores chamaram a atenção para a prevalência das infecções causadas por HPVs em todas as idades investigadas, e que a incidência de câncer cervical continua muito alta na população mundial, considerando que alguns tipos encontrados são indutores de câncer cérvico-uterino.

Parkin & Bray (2006)¹⁸ afirmaram que a incidência de câncer cervical invasivo na África subsaariana é uma das maiores do mundo, com estimativa de incidência de 31 casos por 100.000 mulheres, e em algumas regiões do leste africano, a taxa chega a 42,7%, na região sul a 38,2%, na África central 28%, e no oeste do continente de 29,3%. Na região norte da África é de 12,1%, e nos países europeus é 11,9%. A epidemiologia e a prevenção do papilomavírus humano e câncer cervical na região subsaariana da África foi estudada por Louie *et. al.* (2009)¹⁹ através da revisão da literatura, que ratificaram a taxa de incidência apontada por Parkin & Bray¹⁸, de 31 casos por 100.000 mulheres; com predominância para os tipos HPV 16 e 18. Estes autores disseram que nas áreas urbanas o câncer uterino alcança taxas variáveis entre 2 e 20,2%, enquanto nas áreas rurais está presente entre 0,4 e 14%. Parkin *et. al.* (2008)²⁰ estimaram que 70.722 novos casos de câncer cervical invasivo ocorrem anualmente na África subsaariana e representa a quarta parte de todas as formas de cânceres em mulheres naquele continente.

Tanto em Angola como em outros países do mundo, as infecções pelo papilomavírus humano e câncer cérvico-uterino são importante problema de saúde, com alto coeficiente de letalidade entre mulheres de várias idades. O exame citológico foi preconizado como medida de prevenção deste tipo de câncer, devendo ser realizado a partir do início da vida sexual. A promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades, e proporcionar condições que permitam à todas as pessoas realizar

completamente seu potencial de saúde, com ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis. Os profissionais e os grupos sociais, assim como as equipes de saúde, têm a responsabilidade de contribuir para a mediação entre diferentes interesses, em relação à saúde na sociedade.

As afirmações de Cesarin & Piccoli (2011)²¹ que consideraram os países da América Latina, África, outras regiões do mundo com distribuição de renda injusta, analfabetismo e o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e ambiente, são aqui corroboradas no que tange ao papel importante nas condições de vida e saúde da comunidade. É necessário estimular a população feminina a determinar suas metas de saúde e comportamentos, a aprender sobre saúde e doenças, como estratégias de intervenção e apoio com aconselhamentos e supervisão contínua na promoção da saúde da mulher com higiene pessoal, estratégias para detectar e prevenir doenças, em especial as Doenças Sexualmente Transmissíveis, tais como HPV, HIV e outras, como a correlação comprovada agora em Luanda, Angola. Merece atenção o grupo etário com maior representatividade foi de 25 a 29 anos de idade, e que todas as mulheres da amostra estudada eram portadoras do HPV.

REFERÊNCIAS

1. Coura JR. Dinâmica das Doenças Infecciosas e Parasitárias. Ed. Atheneu, Rio de Janeiro, 2005, pp. 1571-1582.
2. Veronesi R, Focaccia R. Tratado de Infectologia. Ed. Atheneu, Rio de Janeiro, 2009, pp. 457-463.
3. Bezerra SJS, Gonçalves PC, Franco ES, Pinheiro AKB. Perfil de mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para câncer de colo uterino. J Bras Doenças Sex Transm 2005; 17 (2): 143-148.
4. Brasileiro-Filho G. Bogliolo Patologia. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2006, pp. 180-189.
5. Murray PR, Rosenthal KS, Pfaller MA. Microbiologia Médica. Ed. Elsevier, Rio de Janeiro, 2010, pp. 250-254.

6. Rubin E, Gorstein F, Rubin R, Schwarting R, Strayer D. Patologia: Bases Clínicas patológicas da Medicina. Ed. Guanabara Koogn, Rio de Janeiro, 2006, pp. 428-430.
7. Trabulsi LR, Alterthum F. Microbiologia. Ed. Atheneu, Rio de Janeiro, 2010, pp. 88-90.
8. Lowdermilk DLS, Perry E, Barak PI. O cuidado de enfermagem maternal. Ed. Artmed, Porto Alegre, 2002, pp. 122-124.
9. Dores GB, Ribalta JCC, Martins NV, Fecchi J, Nono NF, Juliano J *et al.* Diagnóstico da infecção cervicovaginal por papilomavírus humano. Valor da colposcopia, citologia e da histologia como métodos diagnósticos. Paul Medical 1999; 109(3): 102-108.
10. Gonçalves S, Merísio AL, Merlin JC, Haas P. Mapeamento da incidência do papilomavírus humano (HPV) por município da rede pública do estado do Paraná, Brasil. RBAC 2010; 42(3): 197-200.
11. Silva EDC, Smamioto R, Campos SF, Haas P. Papilomavírus humano. J Bras Doenças Sex Transm 2004; 36(3): 137-142.
12. Costa RF, Barros SMO. Prevalência de lesões intraepiteliais em atípias de significado indeterminado em um serviço público de referência para neoplasias cervicais. Acta Paul Enferm 2011; 24(3): 400-406.
13. Domfeh AB, Wiredu EK, Adjei AA, Ayen-Kumi PFK, Adiku TK, Tettey Y *et al.* Cervical Human Papillomavirus infection in Accra, Ghana. J Ghana Med 2008; 42(2): 71-78.
14. Ng'andwe C, Lowe JJ, Richards PJ, Hause L, Wood C, Angeletti PC. The distribution of sexually-transmitted human papillomaviruses in HIV-positive and negative patients in Zambia, Africa. BMC Infect Dis 2007; 7:77.
15. Didelot-Rousseau MN, Nagot N, Costes-Martineau V, Vallès X, Quedraogo A, Konate I *et al.* Human papillomavirus genotype distribution and cervical squamous intraepithelial lesions among high-risk women with and without HIV-1 infection in Burkina-Faso. British J Cancer 2006; 95: 355-362.

16. Muellen JT, Eberhardt HC, Luande J, Mgaya HN, Chang-Claude J, Mtiro H *et al.* Human Papillomavirus (HPV) infection, and cervical cancer in Tanzania, East Africa. *Intern J Cancer* 2006; 51: 515-521.
17. Thomas JO, Herrero R, Amigbodum AA, Ojemakinde K, Ajayl IO, Fawole A *et al.* Prevalence of papillomavirus infection in women in Ibadan, Nigeria: a population-based study. *British J Cancer* 2004; 90: 638-645.
18. Parkin DM, Bray F. The burden of HPV-related cancers. *Vaccine* 2006; 24(3): 11-25.
19. Louie KS, Sanjose S, Mayaud P. Epidemiology and prevention of Human Papillomavirus and cervical cancer in sub-Saharan Africa: a comprehensive review. *Trop Med Int Health* 2009; 14(10): 1287-1302.
20. Parkin DM, Sitas F, Chirenje M, Stein L, Abratt R, Wabinga H. Cancer in indigenous Africans-burden, distribution and trends. *Lancet Oncology* 2008; 9: 685-692.
21. Cesarin MR, Piccoli JCE. Educação em saúde para a prevenção do câncer do colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo, RS. *Ciência Saúde Coletiva*, 2011; 16(9): 3925-3932.

**GESTANTES PEREGRINAS: UM OLHAR SOBRE A VIOLÊNCIA
INTRAFAMILIAR**

PREGNANT PILGRIM: A LOOK AT FAMILY VIOLENCE

Ricardo de Mattos Russo Rafael¹, Julie Borges da Silva², Aparecida Simião³, Caroline Moraes Soares⁴, Roseleia Pereira Martins Maia⁵, Sandra Maria Oliveira Caixeiro Brandão⁶

1. Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família (PMSF/UNESA). Doutorando em Ciências Médicas (PGCM/FCM/UERJ). Professor dos Cursos de Graduação em Enfermagem e de Medicina da Universidade Iguazu (UNIG). E-mail: prof.ricardomattos@gmail.com (Autor de Correspondência)
2. Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Iguazu (UNIG).
3. Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Iguazu (UNIG).
4. Enfermeira. Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (FIOCRUZ). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Iguazu (UNIG).
5. Enfermeira. Especialista em UTI do Adulto e do Idoso (UFRJ). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Iguazu (UNIG).
6. Enfermeira. Mestre em Enfermagem - Saúde da Mulher (UERJ). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Iguazu (UNIG).

Conflitos de interesse: não há

Fontes de financiamento: não há

RESUMO

Objetivo: Avaliar a violência física entre parceiros íntimos durante a gestação como fator de risco para a má qualidade da assistência durante o pré-natal pode influenciar para a peregrinação anteparto. **Métodos:** Trata de um estudo observacional, do tipo transversal, a partir de entrevistas com uma amostra de mulheres. Este estudo originou-se do projeto intitulado “Violência íntima contra a gestante: uma análise a partir do relato de puérperas atendidas em duas maternidades do município de Nova Iguaçu”. **Resultados:** Mesmo após o ajuste por variáveis socioeconômicas e sociodemográficas, reprodutivas e relativas aos hábitos de vida do casal, a violência física cometida por parceiros íntimos durante a gestação permaneceu associada à má qualidade da assistência pré-natal desencadeando para a peregrinação anteparto. Mulheres que relataram ter sido vítimas de abuso físico durante a gestação possuíam 19% vezes mais chance de sofrerem com a peregrinação anteparto. **Conclusão:** Os resultados apontam a necessidade do rastreamento e ocorrência de conflito familiar desde o início do pré-natal apontando sua saída e uma maior adesão as gestantes vitimizadas ao acompanhamento minimizando a frequência e a prevalência de casos de peregrinação anteparto.

Descritores: Violência contra a mulher; Alcoolismo; Cuidado pré-natal; Gravidez.

ABSTRACT

Objective: Assess physical violence between intimate partners during pregnancy as a risk factor for poor quality of care during the prenatal and the possible association for the pilgrimage antepartum.. **Methods:** This is an observational, transversal, from interviews with a sample of women. This study originated from a project entitled "Violence against intimate pregnancy: an analysis based on reports by mothers attended at two hospitals at Nova Iguaçu city. **Results:** Even after adjusting for socioeconomic and sociodemographic D, relating to reproductive and lifestyle of the couple, physical violence by intimate partners during pregnancy remained associated with poor quality of the prenatal care setting off for the pilgrimage antepartum. Women who reported having been physically abused during pregnancy had 19% times more likely to suffer with the pilgrimage antepartum. **Conclusion:** The results indicate the need for screening and occurrence of family conflict since the beginning of prenatal pointing its output and

greater adherence to the monitoring pregnant women victimized by minimizing the frequency and prevalence of cases of antepartum pilgrimage.

Descriptors: Violence against women; Alcoholism; Prenatal care, Pregnancy.

INTRODUÇÃO

Atualmente, muito se tem discutido sobre violências. Este termo é empregado para todo e qualquer comportamento que cause dano intencional ou intimidação moral a outrem, por ser vivo ou danoso a qualquer objeto. Tal comportamento pode invadir a autonomia, integridade física ou psicológica e até mesmo a vida do outro. Pode-se indicar como o uso excessivo de força.¹ Dentre os diversos tipos do fenômeno, destaca-se a violência íntima praticada contra mulheres, uma vez que suas consequências podem ter desdobramentos que vão desde a saúde deste grupo até os demais atores que compõem o núcleo familiar. Entende-se por parceiros íntimos o esposo (a), namorado(a) ou qualquer outro parceiro(a) que desenvolva relação íntimo afetiva.²

A violência íntima contra a mulher, na maioria das vezes é praticada no ambiente doméstico. A agressão íntima contra as mulheres praticadas por seus parceiros íntimos em todas as suas formas é um fenômeno que atinge mulheres de diferentes classes sociais, origens, regiões, estados civis, escolaridade, uso e álcool drogas ilícitas ou raças, falta de planejamento familiar e o desemprego.³ Uma das causas para a extrema submissão e aceitabilidade das agressões físicas e psíquicas, é a dependência econômica que as mesmas sofrem pelo seus parceiros íntimo. As mulheres com baixa escolaridade cultural em idade reprodutiva, sofrem com a dificuldade na inserção no mercado de trabalho devido a falta de perspectiva tornando-se economicamente vulnerável. Já nas classes econômicas mais favorecidas há certa resistência, pois além de se expor a sociedade, ainda podem sofrer com a impunidade por parte das autoridades e o preconceito da sociedade.⁴ No entanto diante do perfil dessas mulheres serão destacadas as mulheres na período gravídico-puerperal, pois nem mesmo nesse período, deixam de sofrer agressões por seus parceiros. Onde essas agressões implicarão de forma direta para que durante o tratamento do pré-natal seja ineficaz gerando sérias complicações durante a gestação.⁵

Os fatores psicossociais das gestantes analisados na investigação sobre os aspectos determinantes que inviabilizam o acesso ao pré-natal. Um ambiente familiar

agressivo torna-se obstáculo na procura do serviço de saúde durante o período gestacional. Além destes fatores, apontam a violência intrafamiliar, ou a violência íntima como a mola propulsora para a assistência ao pré-natal oferecido pelo serviço de saúde ser tardio e ineficaz.⁵ Acredita-se que esta dificuldade de acesso durante o pré-natal possa refletir em dificuldades também na assistência ao parto, colaborando para a peregrinação anteparto.

O baixo número leitos obstétricos de baixo risco gera um alto fluxo de gestantes em busca de atendimento durante o trabalho de parto, ocasionando uma peregrinação anteparto. Por conta disso, as gestantes têm que percorrer longas distâncias em busca de uma maternidade à outra até conseguir atendimento, consequência de extrema gravidade visto que é no período próximo ao parto que ocorrem a maioria parte das mortes maternas.⁶

O sofrimento das gestantes durante a procura de leitos nas maternidades em trabalho de parto, a correlação da falta de tratamento durante o pré-natal, e a violência familiar. Durante diversas discussões a fim de analisar qual o papel dos de profissionais da saúde a respeito deste problema, e onde falham no que diz respeito a humanização e acolhimento à gestantes. Onde foi analisado uma grande demanda de gestantes peregrinas com buscas incansáveis de leitos em maternidades, por conta de um pré-natal ineficaz e falta de leito em maternidades locais, muitas das vezes tendo que se deslocar do seu município de origem para até mesmo outra cidade. Tendo por consequência a mortalidade materno-infantil.⁷

Neste sentido, o estudo tem por objetivo analisar a associação entre violência íntima contra a gestante e o fenômeno da peregrinação anteparto em duas maternidades da baixada fluminense. A investigação deste constructo foi motivada pela observação de que muitas mulheres vem experimentando relações íntimas violentas e, por sua vez, vem apresentando impactos sobre a saúde e qualidade de vida. Dentre estas consequências, tem-se observado dificuldades relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, como no caso do pré-natal⁽⁸⁾. Como contribuições esperadas tem-se a iluminação de mais uma face dos impactos gerados pelas violências, bem como a possibilidade de melhor discussão no âmbito da gestão e da assistência prestada a clientela durante a fase perinatal.

MÉTODOS

Trata de um estudo observacional, do tipo transversal, a partir de entrevistas com uma amostra de mulheres. Este estudo originou-se do projeto intitulado “Violência íntima contra a gestante: uma análise a partir do relato de puérperas atendidas em duas maternidades do município de Nova Iguaçu”.

Como cenário de pesquisa foram eleitas duas maternidades públicas do município de Nova Iguaçu. O quantitativo médio de partos nestas duas unidades perfaz o valor de 500/mês, dividindo-se entre assistência de baixo e alto risco. Cerca de 30% dos atendimentos realizados cobrem cerca de 10 municípios da região metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, especialmente os territórios adjacentes a Nova Iguaçu.

A população-fonte da pesquisa compreendeu as mulheres em período pós-parto imediato internadas nas duas unidades nos meses de abril e maio de 2011. Considerando um universo de 500 pacientes, estimou-se o tamanho amostral de 30% de cobertura, tendo em visto que trabalhos deste porte e sobre este constructo envolvem um grupo de difícil adesão. Como critérios de seleção das participantes determinou-se: 1) Estar internada no mês da coleta de dados; 2) Estar em período pós-parto imediato; 3) Ter parceiro íntimo durante a gestação; e 4) Aceitar participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas foram realizadas por 8 (oito) alunas do último período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Iguaçu, sob supervisão direta do pesquisador responsável. As entrevistadoras receberam um treinamento acerca da temática do estudo, envolvendo aspectos epidemiológicos do fenômeno em tela e suas repercussões para a saúde da mulher e da coletividade. Em seguida, foram trabalhadas as técnicas de entrevista, abordagem das respondentes e a aplicação dos instrumentos da pesquisa, dirimindo possíveis dúvidas sobre o questionário e visando sua aplicação homogênea.

A coleta foi realizada utilizando espaços privativos das duas maternidades, a fim de favorecer um ambiente favorável à realização das entrevistas. Nos casos que não foi possível atender a este critério, foi solicitado que a própria respondente elege-se um local para a coleta de dados.

As informações do estudo foram coletadas através de um questionário estruturado e multidimensional. Destaca-se que para a elaboração deste artigo foram

utilizados os módulos referentes a caracterização da amostra, sobre a caracterização das violências e informações sobre o fenômeno da peregrinação anteparto. Para a composição do primeiro módulo do instrumento foram utilizados itens do instrumento da “Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios” – PNAD e os critérios de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.

O segundo módulo foi composto por itens relacionados a peregrinação anteparto. Por fim, o último módulo do instrumento foi composto por itens da escala CTS 2 – *Revised Conflict Tactics Scales* – validado e adaptado transculturalmente. O instrumento se baseia na teoria do conflito e que emerge das relações íntimas ou intrafamiliares, permitindo a identificação e classificação da violência em psicológica (8 itens), física (12 itens), coerção sexual (7 itens) e lesão corporal (6 itens). Foi considerado caso positivo de violência quando relatado ao menos um dos itens avaliados em cada escala, considerando um recordatório do período gestacional.

Para a construção do banco de dados e digitação dos instrumentos foi utilizado o software *Excel 2010*. O tratamento, processamento e as análises estatísticas foram realizadas por meio dos softwares *Stata SE 10* e *EpiOpen*. Para aumentar a significância dados, os intervalos de confiança das prevalências foram estimados para todos os valores. O teste Qui-Quadrado foi utilizado para avaliar a significância entre as variáveis de interesse, considerando os resultados significativos quando o p-valor foi igual ou inferior a 0,05. Para avaliar a relação entre as violências e o fenômeno da peregrinação anteparto foram calculados os Odds Ratio.

Visando o respeito aos aspectos éticos que envolvem os estudos de campo, o projeto que deu origem a este artigo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Iguazu, sendo aprovado pelo CAAE 02018812.0.0000.5288. Conforme orienta a Resolução 196/96, o estudo utilizou termos de Consentimento Livre e Esclarecido a fim de informar sobre os objetivos do trabalho, bem como garantir o anonimato das respondentes.

RESULTADOS

O tamanho amostral utilizado neste estudo foi de 144 mulheres período pós-parto imediato, tendo um percentual de 7.2% de recusas. As características sociodemográficas da amostra apresentaram predomínio na faixa etária de 18 a 35 anos

(91.0%; IC95%: 86.2/95.7), de cor parda (48.6%; IC95: 40.3/56.8) e preta (31.9%; IC95%: 24.2/39.6), com tempo de estudo até 8 anos (68.5%; IC95%: 60.3/75.7), residindo com o companheiro no período gestacional (54.8%; IC95%: 46.6/63.0) e de classe econômica C (63.8%; IC95%: 55.9/71.8).

A peregrinação anteparto esteve presente em 19.0% (IC95%: 12.3/25.2) da amostra, apresentando uma proporção de 1:5 em relação ao universo do estudo. Quanto a prevalência da violência íntima contra a mulher, observou-se a presença de alguma forma em quase a totalidade das gestações, variando conforme sua tipologia. A maior prevalência foi observada na violência psicológica (84.3%; IC95%: 78.3/90.4), seguida de 39.7% (IC95%: 31.5/46.8) em sua forma física, de 31.2% (IC95%: 23.4/38.9) na forma sexual. A lesão corporal foi identificada em cerca de 18.0% da amostra (IC95%: 11.3/24.11).

Tabela 1. Resultados da análise do papel das violências na peregrinação anteparto. Nova Iguaçu, RJ, 2011.

Tipos de Violência	OR	IC	Valor p
Violência física			
Não	1		
Sim	1.38	0.6/3.3	0.228
Violência psicológica			
Não	1		
Sim	1.04	0.32/3.4	0.487
Violência sexual			
Não	1		
Sim	0.61	0.2/1.6	0.167
Violência física + psicológica			
Não	1		
Sim	0	-	0.406
Violência física + sexual			
Não	1		
Sim	1.92	0.74/5.0	0.096
Violência psicológica + sexual			
Não	1		
Sim	0.64	0.14/3.02	0.309
Múltiplas violências			
Não	1		
Sim	0.75	0.24/2.4	0.330

Tabela 2. Influência da tipologia das violências no fenômeno da peregrinação anteparto. Nova Iguaçu, RJ, 2011.

Tipologia das violências	OR	IC 95%	p-valor
Violência física grave			
Não	1		
Sim	1.6	0.6/4.4	0.158

Violência física menor			
Não	1		
Sim	1.2	0.5/2.8	0.361
Violência psicológica grave			
Não	1		
Sim	0.9	0.6/1.5	0.353
Violência psicológica menor			
Não	1		
Sim	23.25	7.2/74.3	<0.01
Violência sexual grave			
Não	1		
Sim	0	0/40.44	0.09
Violência sexual menor			
Não	1		
Sim	0.63	0.2/1.6	0.189

As Tabelas 1 e 2 demonstram os resultados da análise do papel das violências no fenômeno da peregrinação anteparto. Na Tabela 1 não foram observados valores estatisticamente significantes para esta relação. Já na Tabela 2 pode-se perceber que as mulheres vítimas de violência psicológica menor podem ter cerca de 20 vezes mais chances (IC95%: 7.2/74.3) de sofrer do fenômeno da peregrinação, quando comparado às mulheres não vitimadas.

A Tabela 3 apresenta a relação do perfil obstétrico com as três principais formas de violência contra a mulher. Pode-se observar valores estatisticamente significantes nas relações entre idade gestacional e violência sexual, complicações maternas e violências física e sexual, bem como entre complicações neonatais e os abusos psicológicos.

Tabela 3. Perfil obstétrico, por meio de variáveis selecionadas, das mulheres atendidas em período pós-parto em duas maternidades públicas do município de Nova Iguaçu (RJ), 2011.

Variáveis	Violência física	Violência psicológica	Violência Sexual
Número de gestações			
Primigesta	36.49	84.00	31.08
Secundigesta	50.00	82.86	35.29
Multigesta	37.04	89.29	25.93
Valor p	0.405	0.856	0.724
Histórico de aborto (n=32)			
Valor p	0.251	0.085	0.085
Número de partos			
Primípara	36.49	84.00	31.08

Secundípara	50.00	82.86	35.29
Múltipara	37.04	89.29	25.93
Valor p	0.405	0.856	0.724
Idade Gestacional			
< 37 semanas	44.44	85.71	11.11
De 37 a 42 semanas	38.00	84.31	38.00
> 42 semanas	44.44	77.78	11.11
Valor p	0.7894	0.840	0.009
Tipo de parto na gestação atual			
Vaginal	47.92	85.71	37.50
Cesáreo	34.86	86.67	27.59
Valor p	0.180	0.593	0.262
Complicações maternas			
Valor p	27.78	86.84	19.44
	0.065	0.448	0.057
Complicações neonatais			
Valor p	52.00	96.3	36.00
	0.124	0.049	0.364

DISCUSSÃO

Conforme observe observado, parte significativa da amostra foi exposta ao evento da peregrinação anteparto. Em estudos realizados no Rio de Janeiro e em São Luis do Maranhão a prevalência estimada para o fenômeno foi, respectivamente, de 33.5% e em média 50.0%; valores estes superiores ao encontrado no estudo.⁸⁻⁹ As diferenças de valores pode ser explicada pela forma de organização dos serviços de saúde e, por sua vez, pela captação precoce e referência das gestantes. No caso das maternidades estudadas, a porta de entrada se configura por meio de partos de alto risco e/ou referenciados das unidades de saúde, o que corrobora para a redução dos valores de peregrinação. Todavia, acredita-se que estes dados ainda estejam aquém as expectativas e recomendações previstas nas políticas de parto e nascimento.¹⁰

Acredita-se que estas mulheres estão mais susceptíveis as consequências e riscos associados a este evento. Entende-se que o período gravídico é um período em que essas mulheres precisam de atenção e cuidados a fim de diminuir a morbimortalidade materna durante o período gestacional e pós-gestacional. Dentre as principais consequências geradas pela peregrinação anteparto, aponta-se: o baixo peso ao nascer, o aumento no

número de partos cesáreos de emergência, desconfortos maternos e até o óbito da gestante e/ou do bebê.¹¹

Destas mulheres, observa-se que grande parte da amostra sofreu algum tipo de violência no período gestacional, principalmente do tipo psicológica. Destaca-se também para as lesões corporais como consequências destes atos abusivos. Todavia, as marcas deixadas pelo fenômeno podem extrapolar danos físicos, gerando consequências de difícil mensuração. O estudo sugere que as chances de exposição ao fenômeno da peregrinação estão aumentadas em mulheres que sofreram, durante a gravidez, algum tipo de abuso psicológico.

Atos específicos de abuso emocional por parceiro íntimo, segundo a Organização Mundial da Saúde¹², geralmente são praticados em forma de intimidação, ameaças e humilhações. Dentre os tipos de violências é a mais perpetrada e também que gera maior dificuldade de identificação. Em geral, leva a pessoa aos sentimentos de desvalorização e ansiedade extrema, favorecendo o adoecimento e reduzindo as chances de acesso, com continuidade, aos serviços de saúde. Alguns autores associam a violência psicológica durante a gravidez a eventos de abortamento induzido, diabetes gestacional e hipertensão gravídica, talvez pelo fato do desencadeamento de fatores estressores.¹³

Embora não tenha sido observada relações positivas na associação da peregrinação aos demais atos violentos, acredita-se que não se pode excluir esta possibilidade. Moraes, Arana e Reichenheim⁸, em um estudo realizado com 528 mulheres, apresentaram a violência como fator de risco à má qualidade no pré-natal. A possibilidade de atos violentos influenciarem na atenção prestada ao pré-natal pode estar diretamente ligada ao medo que essas mulheres sentem ao procurar o serviço de saúde. Infere-se, por sua vez, que a não realização regular do acompanhamento pré-natal seja um dos fatores condicionantes à peregrinação anteparto.⁵

Dentre as principais consequências dos tipos de violência, observadas no estudo, destacam-se as neonatais e maternas. Durante o atendimento ao pré-natal, é comum que as mulheres que vivenciam violência na gestação apresentem algumas condições: iniciam tardiamente o pré-natal; comparece em menor frequência às consultas de pré-natal; apresentam ganho de peso insuficiente durante a gestação; informam histórias pregressas ou mesmo atuais de processos de abortos espontâneos e, ou induzida, complicação clínica obstétrica, partos prematuros, baixo peso ao nascer, riscos de

infecções genitais e de trato urinário, havendo, inclusive, registro de casos de morte da gestante ou do concepto.¹⁴

Embora não seja consoante com alguns estudos já realizados, a presente pesquisa sugere que parte das mulheres vítimas de abuso podem estar expostas a prematuridade durante o período gestacional. As ocorrências das complicações durante o período gravídico podem gerar prematuridade entre outras complicações durante a gestação. A prematuridade pode estar relacionada não só com fatores internos, mas a fatores externos como a violência durante a gestação onde a gestante com o sistema psicológico abalado sofre diversas modificações ao longo do período onde a ansiedade, a insegurança, o estresse podem desencadear possivelmente em um processo patológico resultando na prematuridade gestacional.

CONCLUSÕES

Face ao ineditismo do estudo, foram encontradas dificuldades de comparação com outros trabalhos que analisassem as associações entre violência e peregrinação anteparto. Todavia, foi possível sugerir que a prática violência psicológica contra a gestante, perpetrada por parceiros íntimos, imputa maiores chances de exposição ao fenômeno da peregrinação anteparto.

Merece exposição que a opção metodológica dos autores, que trata de um estudo transversal com um tamanho amostral reduzido, limita a generalização dos dados obtidos. Aponta-se, desta forma, a necessidade de novas pesquisas que se baseiem neste constructo para que se possa refutar ou confirmar a hipótese de associação entre estes eventos.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde..La unidad de salud de la mujer de la OMS (WHD). Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario. Ginebra: OMS; 1998.
2. Moura LBA, Gandolfi, L, Vasconcelos AMN, Pratesi R. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. Rev Saúde Pública. 2009; 43(6):944-53.

3. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre a violência e saúde. Genebra: OMS; 2002.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. A infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
5. Albuquerque VN, Oliveira QM, Rafael RMR *et al.* Um olhar sobre a peregrinação anteparto: reflexões sobre o acesso ao pré-natal e parto. R. pesq.: cuid. fundam. Online. 2011;3(2):1935-46.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programática Estratégicas. Política Nacional de atenção Integral à Saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da saúde; 2004.
7. Okabe I, Fonseca RMGS. Violência contra a mulher: contribuições e limitações do sistema de informação. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(2):453-8.
8. Moraes CL, Arana FDN, Reichenheim ME. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. Rev Saúde Pública. 2010;44(4):667-76
9. Cunha SF, D'Eça Júnior A, Rio CTF, Pestana AL, Mochel EG, Paiva SS. Peregrinação no anteparto em São Luís – Maranhão. Cogitare enferm. 2010;15(3):441-447
10. Organización Mundial de La Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Ginebra: OMS; 2005.
11. Silva LL; Coelho EBS; Caponi SNC. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. Interface (Botucatu). 2007;11(21):93-103.
12. Caravantes L. Violência intrafamiliar en la reforma del sector salud. In: Costa A.M, Merchán-Hamann E, Tajer D. (Orgs.). Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2000.
13. Medina ABC. Violência intrafamiliar em mulheres grávidas: a identificação pela enfermeira obstétrica [dissertação]. Rio de Janeiro(RJ): Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.

14. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

ARTIGO ORIGINAL

**MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIAS: CONSIDERAÇÕES A LUZ
DO USO ABUSIVO DE ÁLCOOL NA GESTAÇÃO**

**WOMEN IN A SITUATION OF VIOLENCE: THE LIGHT OF THE
CONSIDERATIONS OF ALCOHOL ABUSE IN PREGNANCY**

Maria das Graças Campos Mendonça Rosa¹, Mônica Leite Venturini², Viviane Doria dos Santos³, Caroline Moraes Soares⁴, Caroline Rodrigues de Oliveira⁵, Ricardo de Mattos Russo Rafael⁶

1. Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Iguazu (UNIG).
2. Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Iguazu (UNIG).
3. Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Iguazu (UNIG).
4. Enfermeira. Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (FIOCRUZ). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Iguazu (UNIG).
5. Enfermeira pelo Centro Universitário UNIABEU. Especializanda em Cardiologia pela Universidade Gama Filho.
6. Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família (PMSF/UNESA). Doutorando em Ciências Médicas (PGCM/FCM/UERJ). Professor dos Cursos de Graduação em Enfermagem e de Medicina da Universidade Iguazu (UNIG). E-mail: prof.ricardomattos@gmail.com (**Autor de Correspondência**)

Conflitos de interesse: não há

Fontes de financiamento: não há

RESUMO

Objetivo: Discutir as relações da prevalência entre o uso abusivo de álcool na gestação. **Métodos:** Trata se de um estudo observacional, do tipo transversal em duas maternidades públicas no município de Nova Iguaçu RJ. Foi realizado um questionário estruturado e foram entrevistadas 144 puérperas internadas nestas maternidades durante os meses de abril e maio realizou se a coleta de dados caracterizando amostras do uso abusivo de álcool e informações sobre o pré-natal. **Resultados:** Foi observado que 86.9% das mulheres foi vitima de violência durante a gestação e 25.7 % fazia uso abusivo de álcool durante a gestação. **Conclusão:** O uso abusivo de álcool traz consequências e complicações maternas e até mesmo abortamento realizado principalmente por violência sexual sofrida pelo seu parceiro íntimo.

Descritores: Violência contra a mulher; Alcoolismo; Cuidado pré-natal; Gravidez.

ABSTRACT

Objective: Discuss the relationship between the prevalence of alcohol abuse during pregnancy. **Methods:** this is an observation of transversal in two public hospitals in the city of Nova Iguaçu RJ. We conducted a structured questionnaire and were interviewed 144 postpartum maternity hospital in these during the months of April and May conducted to collect data characterizing samples of alcohol abuse and information on prenatal care. **Results:** It was observed that 86.9% of women were victims of violence during pregnancy and 25.7% had alcohol abuse during pregnancy. **Conclusion:** The abuse of alcohol has consequences and maternal complications and even miscarriage caused mainly by sexual violence suffered by their intimate partners.

Descriptors: Violence against women; Alcoholism; Prenatal care, Pregnancy.

INTRODUÇÃO

O fenômeno das violências pode ser definido como a utilização de força ou de poder por um indivíduo visando o controle sobre outra pessoa. Dentre as principais formas perpetradas de violências estão os abusos físicos, psicológicos e sexuais, podendo ou não gerar lesões físicas, emocionais, econômicas ou morais. Devido a sua alta prevalência em alguns grupos populacionais, como por exemplo, o de mulheres,

crianças e idosos, vem sendo considerado com um importante problema de saúde pública.¹

No que tange a violência íntima, o espaço doméstico constitui-se como o principal cenário do abuso, podendo atingir mais de 50% das mulheres em todo o mundo.¹ O perfil sociodemográfico das vítimas pode variar muito de acordo com a região, a cultura estabelecida e, principalmente, a visão de gênero da sociedade. Mas, em geral, encontra-se um predomínio em mulheres de cor parda, solteiras, com idade entre 15 e 44 anos, com pouco tempo de estudo e baixa classe socioeconômica. Este perfil geralmente está relacionado ao processo submissão aos quais muitas mulheres estão condicionadas em relação aos seus parceiros. Neste sentido, frente aos conflitos do cotidiano, o gatilho disparador das violências pode ser acionado.²⁻⁴

Dentre os principais fatores de risco deste fenômeno, pode-se destacar a desigualdade e o isolamento social, o porte de armas de fogo e o uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas.¹ O uso de substâncias como álcool é apontado como um dos principais fatores desencadeantes deste processo, principalmente frente aos fatores desencadeantes dos gatilhos da violência.⁵

Todavia, o consumo de álcool pela mulher, principalmente em gestantes, também vem sendo alvo de interesse de pesquisas, uma vez que além de estar envolvido com o processo de violência, também pode gerar impactos relacionados a saúde materna e infantil.⁶ Os efeitos teratogênicos do álcool são amplamente comprovados pela literatura, mas sua prevalência durante o período pré-natal ainda se mantém elevada.⁷

Neste sentido, tem-se como questões norteadoras: quais são as relações do uso abusivo de álcool durante a gestação? E suas relações com as violências? Como objeto: a relação entre uso abusivo de álcool durante a gestação e com as violências; e como objetivos: discutir as relações da prevalência entre uso abusivo de álcool e gestação; e com fatores obstétricos selecionados.

Os aspectos que motivaram este estudo estiveram relacionados a observação das altas prevalências deste fenômeno e, paradoxalmente, o baixo quantitativo de ações públicas de saúde para a assistência e controle durante o período perinatal. Desta forma, espera-se como contribuições do estudo a geração de dados que possibilitem um melhor reconhecimento deste constructo, bem como subsidiar novas estratégias de atuação pela academia e pelos diversos serviços que integram o segmento político do setor saúde.

MÉTODOS

Trata de um estudo observacional, do tipo transversal, a partir de entrevistas com uma amostra de mulheres. É parte integrante do Projeto intitulado “Violência íntima contra a gestante: uma análise a partir do relato de puérperas atendidas em duas maternidades do município de Nova Iguaçu”.

Elegeram-se como cenários de pesquisa duas maternidades públicas do município de Nova Iguaçu. Estas unidades realizam uma média de 500 partos por mês, cobrindo grande parte da região metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, especialmente, os municípios da Baixada Fluminense.

A população-fonte do estudo compreendeu o conjunto de mulheres no período pós-parto internadas nestas maternidades. Considerando o universo de 500 partos e que este tipo de trabalho envolve um grupo de difícil adesão devido às questões inerentes ao período em que se encontram, estimou-se um tamanho amostral de 30% do universo, ou seja, 150 respondentes. Como critérios de seleção das participantes, determinou-se: estar internada em uma das maternidades do estudo, estar no período pós-parto e concordar em participar da pesquisa, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas foram realizadas por 3 (três) alunas do último período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Iguaçu, sob supervisão direta do pesquisador responsável. As entrevistadoras receberam um treinamento acerca da temática do estudo, envolvendo aspectos epidemiológicos do fenômeno em tela e suas repercussões para a saúde da mulher e da coletividade. Em seguida, foram trabalhadas as técnicas de entrevista, abordagem das respondentes e a aplicação dos instrumentos da pesquisa, dirimindo possíveis dúvidas sobre o questionário e visando sua aplicação homogênea.

A coleta de dados foi realizada nos meses de abril e maio, utilizando espaços privativos nas próprias enfermarias de pós-parto em que os sujeitos da pesquisa estiveram internados, exceto quando o ambiente não favoreceu a relação entrevistador-intervistado. Nestes casos, foi permitido ao sujeito sugerir outro local para a realização da entrevista.

Foi elaborado um esquema de supervisão de campo para contemplar apoio imediato às mulheres que necessitassem de atendimentos, fornecendo ainda telefones de apoio a vítimas de violência e, quando necessário, encaminhamentos a serviços especializados.

As informações do estudo foram coletadas através de um questionário estruturado e multidimensional. Destaca-se que para a elaboração deste artigo foram utilizados os módulos referentes a caracterização da amostra, uso abusivo de álcool e informações sobre o pré-natal. Para a composição do primeiro módulo do instrumento foram utilizados itens do instrumento da “Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios” – PNAD e os critérios de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.⁸

O segundo módulo foi composto pelo instrumento TWEAK – “T - Tolerance; W - Worry; E – Eye-opener; A – Amnesia/Blackout; K – Cut-down”. O referido instrumento possui 5 questões, embora os itens estejam mesclados com questões que amenizam o impacto das perguntas. Uma escala de 7 pontos é utilizada para análise do teste. Cada item é valorado com 1 ponto, exceto o item W (Worry) que possui peso se a preocupação com a bebida for positiva, assim como o item T (Tolerance) será contabilizado como peso 2 caso o respondente assuma que precisa de consumir 3 ou mais drinks para sentir-se “alto”.⁹

Por fim, o último módulo do instrumento foi composto por itens da escala CTS 2 – Revised Conflict Tactics Scales – validado e adaptado transculturalmente por Moraes e Reichenheim (2002).¹⁰ O instrumento se baseia na teoria do conflito e que emerge das relações íntimas ou intrafamiliares, permitindo a identificação e classificação da violência em psicológica (8 itens), física (12 itens), coerção sexual (7 itens) e lesão corporal (6 itens). Foi considerado caso positivo de violência quando relatado ao menos um dos itens avaliados em cada escala, considerando um recordatório do período gestacional.

Para a construção do banco de dados e digitação dos instrumentos foi utilizado o software Epidata 3.1. O tratamento, processamento e as análises estatísticas foram realizadas por meio do software Stata SE 10. Para aumentar a significância dados, os intervalos de confiança das prevalências foram estimados para todas as proporções. O teste exato Fisher foi utilizado para avaliar a significância entre as variáveis de

interesse, considerando os resultados significativos quando o p-valor foi igual ou inferior a 0,05 e limítrofes quando no intervalo entre 0,05 a 0,1.

Visando o respeito aos aspectos éticos que envolvem os estudos de campo, o projeto que deu origem a este artigo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Iguazu (CAAE 02018812.0.0000.5288). Conforme orienta a Resolução 196/96, o estudo utilizou termos de Consentimento Livre e Esclarecido a fim de informar sobre os objetivos do trabalho, bem como garantir o anonimato das respondentes.

RESULTADOS

O tamanho amostral utilizado neste estudo foi de 144 mulheres período pós-parto imediato, tendo um percentual de 7.2% de recusas. As características sociodemográficas da amostra apresentaram predomínio na faixa etária de 18 a 35 anos, de cor parda e preta, com tempo de estudo até 8 anos, residindo com o companheiro no período gestacional e de classe econômica C.

Observou-se que 86.9% (IC95%: 81.2/92.4) das mulheres foram vítimas de alguma forma de violência durante o período gestacional, onde 25.7% (IC 95%: 18.4/32.9) consumiam abusivamente o álcool. As Tabelas 1 e 2 demonstram os resultados da relação entre uso abusivo de álcool na gestação e a tipologia da violência. Destaca-se que a relação entre o uso do álcool e a perpetração de violência sexual demonstrou-se estatisticamente significativa (p-valor: 0.019).

Tabela 1. Relação entre o uso de álcool em gestantes vítimas de violências (n=144), 2012.

Tipologia da Violência	Álcool (%)	Valor-p
Violência física	25.00	0.472
Violência psicológica	26.23	0.480
Violência sexual	25.00	0.497

Tabela 2. Relação entre o uso de álcool em gestantes perpetradoras de violência (n=144), 2012.

Tipologia da Violência	Álcool (%)	Valor-p
Violência física	28.38	0.340
Violência psicológica	26.24	0.524
Violência sexual	47.62	0.019

Embora não tenha sido observado relação estatisticamente na Tabela 3, pode-se observar que cerca de 34.0% das mulheres que praticaram aborto utilizam abusivamente o álcool. Cerca de 30.0% das complicações maternas e neonatais também estiveram associadas ao uso da droga.

Tabela 3. Relação do uso abusivo de álcool por variáveis selecionadas do perfil obstétrico (n=144), 2012.

Variáveis	(%)	Valor-p
Número de gestações		
Primigesta	26.67	1.000
Secundigesta	25.71	
Multigesta	25.00	
Aborto	34.38	0.148
Número de partos		
Primípara	26.67	1.000
Secundípara	25.71	
Multípara	25.00	
Idade Gestacional		
< 37 semanas	35.71	0.431
37 – 42 semanas	23.53	
>42 semanas	22.22	
Tipo de parto		
Vaginal	22.45	0.312
Cesáreo	30.00	
Complicações maternas	28.95	0.370
Complicações neonatais	29.63	0.383

DISCUSSÃO

O estudo possibilitou trazer à tona a discussão sobre o uso abusivo de álcool durante a gestação, bem como suas relações com as violências íntimas. Mesmo frente a constructos de difícil abordagem pelas pessoas, não foram observadas recusas pelas respondentes. Acredita-se que forma de desenvolvimento do estudo e do ambiente das entrevistas possam ter colaborado ao bom desempenho da coleta de dados.

No que tange a prevalência das violências durante a gestação, foi observado que quase 90.0% das respondentes foram vítimas de alguma forma de abuso. Como pode ser observado em alguns estudos, estes valores podem variar de acordo com as formas de

organização social e os aspectos voltados a visão tradicional de gênero. Em dois estudos transversais de grande porte realizados em São Paulo, Zona da Mata em Pernambuco e no Distrito Federal, foram observadas prevalências variando em torno de 90.0%. Destaca-se que esta variabilidade também é influenciada pela tipologia da violência, sendo mais elevada na forma de abuso psicológico.^{11,12}

As diferentes formas de violências podem gerar impactos que vão além das saúde física da gestante e do feto. Fatores estes muitas vezes de difícil mensuração. Estiam-se que os impactos podem gerar consequências imediatas e, em outros casos, que podem durar toda a vida, inclusive para a saúde infantil. Quando estas gestantes sofrem com agressões físicas, deixam de ir as consultas de pré natal e sofrem graves consequências aumentando os riscos de complicações como hemorragias, deslocamento de placenta, podendo levar ao aborto espontâneo e risco de morte perinatal. Parto prematuro, bebês de baixo peso, deficiências neurosensoriais e distúrbio de aprendizado também são apontadas como possíveis consequências para casos de violência durante a gestação.^{13,14}

A prevalência do uso abusivo de álcool na gestação também pode ser considerada alta no estudo (25.7%; IC95%: 18.4/32.9). Em pesquisa do tipo transversal, realizada na cidade do Rio de Janeiro, foi identificada a prevalência de cerca de 21.0% de consumo abusivo por gestantes⁶, contra os 2.0% identificado em Pelotas (RS)¹⁵. Acredita-se que o consumo do álcool possa trazer malefícios que vão desde o baixo peso ao nascer¹⁵ até a Síndrome Alcoólica Fetal (SAF).^{16,17}

A SAF pode ser definida como uma doença provocada pelo consumo de álcool na gestação. O álcool quando ingerido por uma gestante passa pela corrente sanguínea através da artéria umbilical. O feto recebe todo álcool no seu organismo, acarretando uma série de manifestações, tais como: distúrbios neurológicos graves – como o retardo, agravos e agenesias cardíacas e renais. Retardo no crescimento intra-uterino, microcefalia, mal formação da face também são ocorrências comuns em casos de SAF.^{15,16}

O aborto também parece estar relacionado ao consumo abusivo de álcool na gestação, somando-se aos casos de vítimas de violências. O aborto espontâneo e o trabalho de parto prematuro são apenas algumas das complicações estimuladas pelo álcool. Acredita-se que mesmo em pequenas doses o álcool possa trazer consequências importantes durante a gravidez.¹⁶

Outro aspecto relacionado ao álcool é a sua relação com as várias formas de violência. Neste estudo, identificou-se apenas associação positiva com o tipo sexual de violência. Acredita-se que esta ocorrência tenha se dado pelo tamanho reduzido da amostra ou por vieses decorrentes do processo de coleta de dados. Porém, esta relação já encontra-se amplamente discutida na literatura. Alguns autores apontam que o consumo do álcool pelo parceiro pode aumentar em até 7 vezes mais chances a possibilidade da mulher ser vitimada por atos violentos.¹⁸

CONCLUSÃO

Mesmo com as limitações provenientes de estudos transversais e com constructos de difícil abordagem, o presente estudo possibilitou responder as indagações previstas na introdução. O uso abusivo de álcool esteve associado positivamente a complicações maternas, abortamento e as formas de violência, principalmente, do tipo sexual.

Desta forma, por se tratar de uma temática que possui raízes profundas na subjetividade dos sujeitos, recomenda-se a realização de novos trabalhos que contemplem outras abordagens, como por exemplo a qualitativa. Destaca-se que outras associações da violência também encontram-se em fase de teste e, por isso, este manuscrito não pretendeu esgotar o assunto; apenas encaminhar outros olhares sobre o tema.

REFERÊNCIAS

1. Krug GE, Dahlderg LL, Mercy JA, ZWI AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. OMS: Genebra; 2002.
2. Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. Rev. Saúde Pública 2006; 40(4): 604-10.
3. Bruschi A, Paula CS, Bordin IAS. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. Rev. Saúde Pública 2006; 40(2):256-64.
4. Henriques CV, Silva MA, Neto GHF, Gomes MLM. Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de

- violência atendidas em um Serviço de Apoio à Mulher, Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saude Mater. Infantil* 2006;6(1).
5. Zaleski M, Pinsky I, Laranjeira R, Ramisetty SM, Caetano R. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. *Rev. Saúde Pública* 2010; 44(1):53-9.
 6. Moraes CL, Reichenheim ME. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41(5): 695-703.
 7. Cassini C, Linden R. Exposição pré-natal ao etanol: toxicidade, biomarcadores e métodos de detecção. *Rev. psiquiatr clín.* 2011; 38(3):116-121.
 8. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critérios de Classificação Econômica Brasil. 2011. Disponível em: <www.abep.org> Acessado em: 27 de abril de 2011.
 9. Moraes, C.L., Viellas, E.F., Reichenheim, M.E. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE, and TWEAK in a Brazilian setting. *J Stud Alcohol. USA.*2005; 66(2):165-73.
 10. Moraes, CL, Reichenheim, ME. Cross-cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence within couples. *Cad. Saúde Pública*. 2002;18(3):783-96.
 11. Schraiber LB, Barros CRS, Castilho EA. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Rev. bras. epidemiol.* 2010;13(2):237-45.
 12. Moura LBA, Gandolfi L, Vasconcelos AMN, Pratesi R. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(6):944-53
 13. Audi CAF, Corrêa MAS, Santiago SM, Andrade MGG, Escamilla RP. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev. Saúde Pública* 2008;42(5):877-85.
 14. Moraes CL, Arana FDN, Reichenheim ME. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. *Rev. Saúde Pública* 2010; 44(4):667-76.

15. Silva I, Quevedo LA, Silva RA, Oliveira SS, Pinheiro RT. Associação entre uso de álcool durante a gestação e o peso ao nascer. Rev. Saúde Pública [serial on the internet], 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00348910201100050007&lng=en
16. Nascimento FA, Almeida MC, Souza JG, Lima JMB, Santos RS. A enfermeira pediatra cuidando de crianças/ adolescentes com Síndrome Alcoólica Fetal (SAF). Esc. Anna Nery. 2007; 11(4): 619-24.
17. Souza JG, Lima JMB, Santos RS. Alcoolismo feminino: subsídios para a prática profissional da enfermagem. Esc. Anna Nery. 2008; 12(4): 622-29.
18. Oliveira JB, Lima MCP, Simão MO, Cavariani MB, Tucci AM, Kerr-Corrêa F. Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(6):494–501.

ARTIGO ORIGINAL

**ACOLHIMENTO PROFISSIONAL PARA GESTANTES EM UM CENTRO DE
TESTAGEM ANÔNIMA PARA HIV/AIDS**

PROFESSIONAL SERVICE FOR PREGNANT WOMEN IN A TESTING CENTER
FOR ANONYMOUS HIV / AIDS

Juliana Garcia da Silva¹, Rosimere Alves de Lima², Ingrid Mesquita de Souza Pinto³,
Viviane Cordeiro dos Santos⁴

1. Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Iguazu (UNIG).
2. Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Iguazu (UNIG).
3. Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Iguazu (UNIG).
4. Enfermeira. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública (UERJ). Enfermeira do Ministério da Saúde. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu. Professora da Pós-Graduação Lato Sensu em Saúde da Mulher da Universidade Iguazu (UNIG). Email: vivianecordeirosantos@hotmail.com
(Autor de Correspondência)

Conflitos de interesse: não há

Fontes de financiamento: não há

RESUMO

Objetivo: discutir como ocorre a assistência dos profissionais no cenário de um CTA em HIV/AIDS para gestantes. Metodologia: trata-se de um estudo com abordagem qualitativa de caráter exploratório, estimulando os entrevistados a pensarem livremente sobre um tema, objeto ou conceito. O cenário do estudo localiza-se no Estado do Rio de Janeiro na região metropolitana I. Os sujeitos desse estudo são os profissionais de nível superior, que receberam treinamento pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde que atuam no aconselhamento para HIV em gestantes. O roteiro de entrevista semi estruturado foi composto por perguntas abertas. O método de análise de dados utilizado no estudo foi do tipo temático. Análise: construíram-se duas categorias

que são: A ambiência como tecnologia do cotidiano na assistência aos usuários no CTA e Prática profissional no CTA. Na primeira, percebe-se a importância da demanda ser recebida de forma adequada, acolhida e escutada, atendendo e reconhecendo seu problema, criando e fortalecendo vínculos e uma relação de confiança entre o cliente e o profissional, gerando assim a continuidade no processo de cuidado. E, na segunda buscou-se discutir as principais questões que interferem diretamente nas ações em saúde. Destacam-se desta forma, as problemáticas que delimitam os principais fatores que interferem nas ações em saúde no que tange o programa HIV/AIDS. Conclusão: a prática profissional realizada nos centros de testagem possui algumas limitações em seu conceito primordial que é a interação entre os profissionais e o usuário, no caso as gestantes.

Descritores: Prática profissional, CTA, Gestação.

ABSTRACT

Objective: discuss how occurs the Professional Assistance in the CTA scenario in pregnant women with HIV/AIDS. Methodology: it is about a study with qualitative approach of exploratory character that encourages interviewees to think freely about a theme, object or concept. The scenario study is located in the State of Rio de Janeiro on the metropolitan region I. Subjects of this study are high education professionals, who received training by Ministry of Health and State Department of Health and who work in the counseling for HIV in pregnant women. The semi-structured interview script was composed by open questions. The method of data analysis used in the study was the thematic type. Analysis: were constructed two categories which are: Ambience as daily technology in the assistance to CTA users and Professional practice in CTA. At first, realizes the importance of demand being received properly, welcomed and heard, meeting and recognizing its problem, creating and strengthening bonds and a trustworthy relationship between the client and the professional, thus generating the continuity in care process. And, at second was sought discuss the principal questions that interfere directly in the health actions. Stand out in this way, the issues that surround the main factors that affect the health actions regarding the HIV/AIDS program. Conclusion: the professional practice conducted in testing centers has some limitations in its primordial concept that is the interaction between the professional and the user, in this case pregnant women.

Descriptors: Professional practice, CTA, Pregnancy.

INTRODUÇÃO

Esse estudo trata da assistência profissional as gestantes em um Centro de Testagem Anônima (CTA) para o Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS). E as dificuldades que esses profissionais encontram durante a comunicação dos diagnósticos para a gestante e também do aconselhamento pós-teste realizado pela equipe multiprofissional de saúde a fim de diminuir a transmissão vertical do vírus.

É sabido que para comunicar o resultado da sorologia para o HIV necessita-se do aconselhamento. Entende-se como aconselhamento um processo de escuta ativa, de forma individualizada e centrada no paciente. É necessária a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, de modo a visar ao resgate dos recursos internos do paciente para que ele avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados às Doenças sexualmente transmissíveis (DST), HIV e Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).¹

Se falando das DST e HIV/AIDS, o aconselhamento conta com apoio emocional e educativo, ouvindo as preocupações do indivíduo, trata das trocas de informações sobre DST e HIV/AIDS, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento, além de propiciar a reflexão sobre valores, atitudes e condutas e incluir o planejamento de estratégias de redução dos riscos.¹

O teste anti-HIV é um dos critérios fundamentais para o acompanhamento pré-natal e deve ser sempre voluntário, havendo o consentimento da mulher e acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste.²

O descobrimento da soropositividade para o HIV pode gerar muitos sentimentos e conflitos, e associada à gestação pode trazer medos, culpa e problemas além de internos com as pessoas ao redor. É sabido que a maternidade tem significado condutor das relações familiares, amorosas e sexuais para as mulheres, e a AIDS traz muitas mudanças que interferem no ser mãe, já que existe uma série de cuidados e restrições para o parto e amamentação. A possibilidade de transmitir o HIV para o filho pode acarretar graves problemas, há relatos de choque, susto, medo, revolta, desespero, raiva

do companheiro, culpa, agonia, incredulidade, angustia, tristeza e até desejo de morrer.^{3,4}

Dados epidemiológicos apontam a disseminação do vírus, aproximadamente 84% dos casos de HIV em menores de 13 anos é decorrente da transmissão vertical.⁵ Atualmente a prevalência de infecção pelo vírus HIV constatou índices maiores entre a população jovem de 15 a 24 anos, principalmente entre jovens homossexuais.⁶

A transmissão vertical do vírus ocorre de mãe para filho e pode acontecer com maior possibilidade durante o trabalho de parto, pois nessa ocasião o sangue materno contaminado pode entrar em contato com o do feto. Também pode haver contaminação durante a gestação (intra-útero) especialmente se houver intercorrências, como infecção elevada quantidade de vírus HIV circulante no sangue materno, baixa imunidade, placenta prévia, insuficiência placentária e no parto propriamente dito e até mesmo durante a amamentação.⁷

A efetividade na prevenção da transmissão vertical está no aconselhamento, que acontece e se desenvolve a partir do estabelecimento de uma interação interpessoal entre o profissional de saúde e o cliente. O aconselhamento é um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa à avaliação de riscos e a tomadas de decisões para o enfrentamento do problema. O profissional deve avaliar as condições emocionais e psicológicas, utilizando linguagem simples e clara, esclarecer sobre o resultado do teste, informar sobre os meios de transmissão da doença, além das medidas de prevenção, abordando o cliente sem julgamentos e informando sobre o sigilo das informações compartilhadas, esclarecendo dúvidas e dando apoio emocional aos que precisarem. Desta forma, o profissional deve orientar, acolher e cuidar da cliente livrando-se de preconceitos.⁸⁻⁹

A motivação em desenvolver esse estudo se dá pela observação das dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde durante o pós-teste HIV positivo em gestantes, bem como no conhecimento da importância e efetividade que o aconselhamento pós-teste realizado pela equipe multiprofissional tem na prevenção e redução de riscos da transmissão vertical do vírus.

O profissional de saúde tem importante papel durante a gestação, colocando o seu conhecimento a serviço da mulher e de seu bebê, a fim de promover a saúde de ambos. A qualidade da relação construída entre os interlocutores profissional-gestante

durante o aconselhamento favorece a criação de vínculos e de confiança, facilitando a troca de informações, esclarecimento de dúvidas, identificação de barreiras que dificultam as práticas preventivas, promovendo assim a segurança da gestante em relação ao profissional e ao serviço, melhorando a procura, a adesão e a continuidade dessa cliente nos serviços de saúde.¹⁰

Frente a uma sorologia positiva para HIV em uma gestante, cabe a equipe multiprofissional de saúde prestar o apoio emocional necessário e iniciar o aconselhamento voltado especificamente para esta mulher, encaminhando-a ao pré-natal de alto risco, para que possa ser tratada adequadamente, informando-a sobre as possibilidades de tratamento e da manutenção de uma vida normal para ela e para o bebê que não necessariamente será acometido pelo vírus.⁸⁻⁹

Após o momento em que se faz a comunicação do diagnóstico positivo, a equipe deve estar atenta às manifestações emocionais dessa mulher e esclarecer a respeito dos remédios para controle da infecção e transmissão do vírus ao bebê. Essa mulher deve ser informada sobre a importância das medidas profiláticas para transmissão vertical.⁸⁻⁹

Dessa forma, o objeto de estudo se volta para a assistência profissional no cenário de um CTA para HIV/AIDS em relação às gestantes. E, nessa perspectiva, objetiva-se discutir como ocorre o acolhimento dos profissionais no cenário de um CTA em HIV/Aids para gestantes.

Em atenção a importância da atuação dos profissionais de saúde na prevenção frente a uma questão de saúde pública que é a AIDS, faz-se necessário a compreensão das práticas e métodos eficazes para prevenção da transmissão vertical que é a maior causa de casos de AIDS pediátrica. E ainda, a promoção da saúde da mulher portadora e seu recém-nascido, através do aconselhamento realizado pela equipe de saúde. Com este estudo, visamos contribuir para os profissionais de saúde formularem uma assistência voltada às necessidades desta mulher, sua família e comunidade, a partir da interação da equipe multiprofissional.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa de caráter exploratório, estimulando os entrevistados a pensarem livremente sobre um tema, objeto ou conceito. Esse tipo de abordagem mostra aspectos subjetivos e atinge motivações não

explícitas, ou mesmo conscientes, de maneira espontânea. É utilizada quando se busca percepções e entendimento sobre a natureza geral de uma questão, se aplicando a estudos de histórias, relações, representações, crenças, percepções e opiniões possibilitando a interpretação.¹¹

Os estudos exploratórios tratam de pesquisas destinadas por terem a finalidade a descoberta de práticas ou diretrizes que precisaram ser modificadas e obtenção de alternativas ao conhecimento científico existente. É o investimento para definir e delimitar o objetivo a ser desenvolvido, a metodologia e a teoria para escolher os instrumentos de trabalho.¹²

A pesquisa de campo procede à observação de fatos e fenômenos em seu contexto real, à coleta de dados, e a análise e interpretação desses dados, com base numa fundamentação teórica consistente, objetivando compreender e explicar o problema pesquisado além de explorar e descrever situações da realidade cujos limites não estão claramente definidos.¹¹

O cenário do estudo localiza-se no Estado do Rio de Janeiro na região metropolitana I. Este cenário de acordo com o plano diretor encontra-se dividido em nove unidades regionais de governo (URG). A URG selecionada se encontra na região central da cidade.¹³

Os sujeitos desse estudo são os profissionais de nível superior, preferencialmente da área da saúde que receberam treinamento pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde que atuam no aconselhamento para HIV em gestantes. Para a coleta de dados foram entrevistados os sujeitos baseando-se no emprego de um roteiro semiestruturado, contendo quatro perguntas abertas e fechadas. O material coletado foi gravado em aparelhos de MP4 e celular, posteriormente transcritos fidedignamente. Os participantes foram convidados por meio de abordagem verbal, preservando-se sua privacidade e fazendo as entrevistas em uma sala reservada do referido Centro Municipal de Saúde.

É sabido que para a referida técnica de coleta ser bem sucedida, precisa ser planejada, por visarem a obtenção de informações, aprofundando a interação entre os participantes, seja para gerar consenso ou para explicitar divergências. Seu objetivo principal é identificar sentimentos, percepções, atitudes e ideias dos participantes a respeito de determinado assunto.¹¹

O roteiro de entrevista semiestruturado foi composto por perguntas abertas e fechadas. Nessa modalidade de abordagem, o roteiro deve desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas, ou seja, difere apenas em grau da não estruturada, por que na verdade nenhuma interação se coloca de forma totalmente aberta ou totalmente fechada. Mas, neste caso, a semiestruturada obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador. Por ter um apoio claro na sequência das questões, a entrevista semiaberta facilita a abordagem e assegura sobre tudo aos investigadores menos experientes, que suas hipóteses ou seus pressupostos serão cobertos na conversa.¹¹

O estudo foi submetido à análise do comitê de ética e pesquisa do município de Nova Iguaçu, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Os sujeitos da pesquisa leram, concordaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), possibilitando a realização da mesma.¹¹

O método de análise de dados utilizado no estudo foi do tipo temático que está relacionado diretamente a um determinado assunto. Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado.¹¹

Realizamos a pré-análise, a qual consiste em escolher os documentos a serem analisados e na retomadas das hipóteses e dos objetivos da pesquisa. Após realizamos a exploração do material que consiste essencialmente numa operação classificatória que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso, o investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. E, por último realizamos o tratamento dos resultados e a interpretação dos mesmos.

RESULTADOS / DISCUSSÃO

Nesta seção abordaremos a discussão dos resultados obtidos através das entrevistas, as quais subsidiaram a construção de duas categorias que são: A ambiência como tecnologia do cotidiano na assistência aos usuários no CTA; Prática profissional no CTA.

A ambiência como tecnologia do cotidiano na assistência aos usuários no CTA

Neste eixo temático buscamos caracterizar o cotidiano e a forma de estruturação do serviço para atender a clientela referenciada ao CTA. Sabe-se que este tem como objetivos promover a melhoria do acesso da população ao diagnóstico do HIV, diminuir os riscos de transmissão, encaminhar os HIV positivos aos serviços de referência, orientar sobre a importância do diagnóstico dos parceiros sexuais, auxiliar o pré-natal na testagem anti HIV nas gestantes e realizar o aconselhamento com a intenção de fornecer informações sobre as medidas de prevenção, tratamento, reduzindo assim o impacto emocional frente aos diagnósticos.¹⁴ Buscamos caracterizar o cotidiano e a forma de estruturação do serviço para atender a clientela referenciada ao CTA

Quando falamos em ambiência em saúde, falamos do tratamento dado ao espaço físico, espaço social, profissional e de relações interpessoais, que funciona como facilitadora do processo de trabalho, proporcionando atenção acolhedora, resolutiva e humana, considerando as situações construídas, os grupos que as vivenciam, bem como seus valores culturais e suas relações sociais. Um espaço visando conforto, privacidade e a individualidade de cada sujeito envolvido no processo, valorizando elementos do ambiente que interagem tanto com os usuários, quanto com os profissionais é fundamental.¹⁵

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), ambiência é criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre pessoas.¹⁶

Assim, buscamos explorar a forma que a gestante chega ao serviço para melhor compreensão do fenômeno, conforme demonstrado nos trechos a seguir:

“Normalmente elas vem encaminhadas da ginecologista, gestante e pré-operatório normalmente são encaminhamentos médicos já por outros casos são demanda espontânea, chegam lá e procuram atendimento no nosso setor.” (E2)

“Aqui a gente atende a uma demanda espontânea, qualquer paciente que tenha se sentido numa atitude de risco, vulnerável a pegar o vírus ele vem aqui pro CTA, gestante vem quando ela não consegue fazer o exame HIV entre aqueles vários exames que é feito durante o pré-natal.” (E3).

Os serviços que realizam aconselhamento em HIV/AIDS são estruturados basicamente com a presença dos profissionais de saúde devidamente treinados. Sendo a maior parte da população atendida nos CTA a de demanda espontânea, seguidas pelos encaminhamentos, onde se encontram as gestantes que são encaminhadas para a sorologia anti-HIV durante a rotina do pré-natal.

Segundo o Ministério da Saúde, em 92% dos CTA, a clientela atendida é formada principalmente pela demanda espontânea, em seguida estão os encaminhamentos da rede de atenção básica.¹⁴

A unidade de saúde e seus profissionais não são os únicos que definem as necessidades de saúde, o cliente com suas formas e gravidades diferentes também definem o que é uma necessidade de saúde para ele próprio, apresentando-se ao serviço de saúde como demanda espontânea. Dessa forma, se torna importante que essa demanda seja recebida de forma adequada, acolhida e escutada, atendendo e reconhecendo seu problema, criando e fortalecendo vínculos e uma relação de confiança entre o cliente e o profissional, gerando assim a continuidade no processo de cuidado, facilitando o acompanhamento ou quando se faz necessário o encaminhando para outros serviços.¹⁷

Segundo o Ministério da Saúde, na primeira consulta de pré-natal deve ser solicitada a sorologia anti-HIV. O teste deve ser oferecido obrigatoriamente a todas as gestantes, no primeiro e no terceiro trimestre independente de sua situação de risco para o vírus, com aconselhamento pré e pós- teste.²

O acolhimento é uma prática adotada pelos profissionais de saúde no resultado pré e pós-teste, é entendida também como uma prática preventiva, oferecendo condições indispensáveis na troca de conhecimentos e sentimentos, objetivando-se assim a quebra da cadeia de transmissões das infecções. Estes devem desenvolver conhecimento sobre o assunto e ter ética profissional, para na hora do resultado ter sensibilidade e deixar o indivíduo expressar seus sentimentos; devem evitar atitudes moralistas de juízo de valor durante a consulta. Os profissionais devem realizar o aconselhamento priorizando o contato da mulher com a unidade de saúde através de uma abordagem simples e preventiva. E também deve deixar claro para a gestante a importância do teste e seus benefícios tanto para ela quanto para o bebê.¹⁸

O profissional deve mostrar para a gestante a importância da realização do teste tanto para o resultado positivo, quanto para o negativo. Sendo este positivo deve-se reforçar a mulher que o fato de estar infectado pelo HIV, não significa estar com AIDS, que existem remédios para o controle da infecção reduzindo assim a transmissão vertical. E, se o resultado for negativo, não significa que ela não está infectada e/ou que esteja imune, significa que ela precisa se cuidar, orientar sobre o uso correto do preservativo, a quantidade de parceiros, e o uso injetável de drogas.

Podemos ainda destacar, o fato da baixa adesão ao pré-natal de algumas gestantes dificultando o processo de trabalho dos profissionais no CTA. E como tal realidade pode contribuir negativamente para essa mulher. Neste sentido, observe o fragmento a seguir:

“Então o CTA é muito importante, tem gestante que ela chega nos 7 meses e não fez e nem nunca fez o pré natal , ou então só foi em um, ou então falaram pra ela assim, porque pra fazer o teste de HIV você não precisa ta com o pedido médico e ela fala o eu não faço pré natal mais mi disseram que era pra fazer o teste de HIV e eu vim, entendeu?”(E3)

“O certo é você fazer o teste com 3 meses de gestação e com 7 meses repetir, então vamos colocar assim, hoje tem agendamento para 5 pessoas por exemplo mais ai chega uma paciente que ela já esta no oitavo mês de gestação, po eu não vou agendar esse paciente pra frente eu vou encaixar vou arrumar um jeitinho pra aquele dia mesmo, porque? a qualquer momento ela pode vim dar a luz entendeu?”(E4)

O pré-natal é muito importante para a saúde pública, pois consiste no acompanhamento da gestante, permitindo o aprendizado para a mulher e sua família e ainda detectando possíveis anormalidades com a mãe e a criança. Mesmo sendo de intensa importância, ainda existem muitos fatores que dificultam o acesso dessas gestantes ao serviço, acarretando assim na não realização ou realização tardia do teste HIV.¹⁹

Dentre os fatores que levam a gestante a não aderir ou a retardar sua entrada no serviço de pré-natal estão os fatores pessoais, culturais e sociais, como por exemplo, a falta de planejamento familiar e a não aceitação da gravidez, a descoberta tardia da gestação, as alterações fisiológicas próprias do período como náuseas, sonolência e tonteiras, os sentimentos de abandono e desamparo devido a falta da família e a

ausência do pai do bebê, dificuldades econômicas, ter muitos filhos e tradições familiares, de gerações que não aderiram ao pré-natal.¹⁹

Outros obstáculos para adesão da gestante são relacionados ao programa de pré-natal, como o aumento da burocracia para dar início a alta rotatividade dos profissionais, a escassez de recursos laboratoriais, ausência de entrosamento entre as unidades, a falta de acolhimento nas unidades de saúde, dificuldade para marcação de consultas, déficit na captação precoce das gestantes nas comunidades, mau humor dos profissionais, falta de diálogo e atenção pelo profissional dificultando a comunicação e a interação entre profissional e gestante.¹⁹

Sabe-se ainda da importância que o pré-natal tem sobre a saúde da gestante e de seu filho, mas atualmente ainda existem diversos obstáculos que impedem a procura e a adesão dessas mulheres ao programa. A assistência do pré-natal não só oferece diversas ações médicas como também educativas de promoção e prevenção visando uma gravidez saudável e de qualidade para a gestante, bebê e família. Quando a gestante não adere ao serviço, os profissionais não podem identificar os riscos aos quais ela e seu bebê está exposto, não podendo assim descobrir, tratar e/ou prevenir problemas, como no caso do HIV, que se a mulher não aderir ao pré-natal e não fizer os exames de rotina, não descobrirá se for portadora do vírus, não fará nenhum tratamento e não irá conseguir evitar a transmissão vertical.

Prática profissional no CTA

Este eixo temático mostra o contexto da prática dos profissionais no CTA. Para melhor compreensão desta prática devido à diversidade do cenário, buscou-se discutir as principais questões que interferem diretamente nas ações em saúde. Destacam-se desta forma, as problemáticas que delimitam os principais fatores que interferem nas ações em saúde no que tange o programa HIV/AIDS.

“(...) gente faz o pré aconselhamento, que é explicar a reação de como é o teste rápido para HIV, as condições, explica-se na hora se ela está preparada para isso, há todo um preparo com o paciente para o resultado positivo e também para o negativo.”(E1)

“Elas pegam e vão passar por uma entrevista, um aconselhamento em si, onde temos perguntas que são pré determinadas até para facilitar o atendimento delas com relação ao que é o CTA, como funciona e compreendendo, tendo uma orientação.”(E2)

Durante o pré teste a gestante deve se sentir confortável e segura diante de todas as informações prestadas pelo profissional sobre a infecção pelo HIV. Portanto, a prática do bom aconselhamento é de fundamental importância já que prepara a gestante para o teste propriamente dito e seus possíveis resultados.

De acordo com o Ministério da Saúde, o teste anti-HIV deve ser obrigatoriamente acompanhado pelo aconselhamento pré-teste, onde o profissional deverá avaliar os conhecimentos das gestantes sobre a infecção pelo vírus da aids, informando-a sobre o que ela não sabe, sobre os meios de transmissão, a diferença entre ser portador da infecção e desenvolver a síndrome, explicar o que é e como é feito o teste anti-HIV, explicar os possíveis resultados negativo, indeterminado e positivo, explica-la sobre os benefícios do diagnóstico precoce na gravidez tanto para a mulher quanto para o bebê, já que reduz as chances da transmissão vertical se realizada todas as precauções durante a gestação, parto e pós parto e garantir a confidencialidade do teste, estimulando a gestante a expressar seus sentimentos e dúvidas em relação as informações prestadas e ao teste a ser realizado.²

Como já falamos o aconselhamento não é dar conselhos, é um diálogo baseado em uma relação de confiança onde o profissional deve ouvir as dúvidas e as preocupações do usuário, facilitando sua compreensão e superação de dificuldades, além de oferecer orientações, apoio emocional e fornecendo ao cliente condições para que avalie seus próprios vícios a fim de encontrar e adotar medidas realistas de enfrentar as DST/HIV/AIDS. O aconselhamento é composto por três momentos, um educativo, de orientação, outro de apoio emocional e outro ainda de avaliação de riscos.¹

As orientações podem ser feitas individualmente ou em grupos, de forma coletiva, nas salas de espera e até em outras localidades como escolas, visitas domiciliares entre outros. Nesse momento, o profissional fornece informações sobre DST/HIV/AIDS, suas formas de transmissão, tratamento e prevenção e ainda esclarece dúvidas.¹

O apoio emocional acontece nas consultas pré e pós-teste, onde o usuário se encontra frágil e precisando de sensibilidade no acolhimento. Esse apoio emocional cria uma relação de confiança, passando segurança ao cliente para expor suas práticas de riscos e avaliar seus possíveis resultados para o teste anti-HIV.¹

Cabe ao profissional, durante o aconselhamento pré-teste avaliar os riscos do usuário, livre de preconceitos, conversando sobre seu estilo de vida, exposições, situações de risco para DST, uso de drogas, o ajudando a perceber suas possibilidades de exposição ao HIV. Nesse momento, inclui-se o planejamento de estratégias preventivas, para redução dos riscos, promoção da saúde e qualidade de vida. Essas informações devem ser revistas e trabalhadas novamente no pós-teste, adaptando o tratamento e/ou as práticas seguras e preventivas para reduzir riscos na realidade de cada usuário.¹ De acordo com os fragmentos a seguir:

“O negativo também é como eu falei você tem que explicar que se chama janela imunológica (...) você tem que explicar muito bem, tanto o teste dando negativo quanto positivo e ainda explicar que ela retorne ao médico dela para melhores explicações.”(E1).

“Então a pessoa teve o resultado positivo, tá esperando o neném, de qualquer forma um único resultado positivo não é considerado definitivo, então a gente faz pelo menos duas testagens no CTA e sendo positivo mesmo vai para um especialista. A dificuldade maior é a aceitação desses diagnósticos, porque muitas nem imaginam que isso pode acontecer e outras já até tem algumas suspeitas (...). mas normalmente é difícil de aceitar porque é um diagnóstico definitivo, elas ficam com medo do filho ter algum problema, ela não pode ter dúvida nenhuma, tom de voz tem que saber, palavras, o momento, deixar a pessoa chora, chora, chora e depois a gente entra com a conversa, as vezes ela não entendeu que aquele diagnóstico é um problema. Não tem um limite que a pessoa possa vim conversar conosco, ela vem, não é um atendimento psicológico, é uma orientação sobre o exame e suas consequências.”(E2)

“é complicado né, mas (...). Mas a gente tem que acolher, tem que orientar (...) quando a gente detecta nessa paciente que é soropositiva essa gestante, tenta encaminhar e orientar, não vai poder amamentar, quando a gente vê que é negativo a gente faz uma orientação também, entendeu?” (E3).

Toda entrega de diagnóstico anti-HIV, independente do resultado deve ser acompanhado de aconselhamento pós-teste individual por um profissional capacitado. Independente do resultado, o profissional deve orientar sobre a necessidade da realização de um novo teste, explicar sobre a janela imunológica, métodos de transmissão e prevenção, esclarecer dúvidas sobre o vírus e prestar apoio emocional.

Segundo o Ministério da Saúde, diante de um resultado negativo deve-se orientar a paciente de que isso não significa que ela não esteja infectada, pois ela pode ter sido infectada recentemente não produzindo anticorpos necessários para detectar o vírus, explicar sobre a janela imunológica, orientar sobre a importância da retestagem

entre 30 e 90 dias e a adoção de práticas seguras. Em gestantes é necessário discutir a importância do diagnóstico, o significado do resultado, os modos de transmissão e prevenção, lembrando que o diagnóstico negativo não significa imunidade e que deverá ser repetido a cada gestação.^{2,20}

Diante de um resultado indeterminado, os profissionais devem explicar que esse resultado pode significar um falso positivo ou um verdadeiro positivo com infecção recente, onde o organismo não produziu anticorpos suficientes para serem detectados no teste. O teste deve ser repetido em 30 dias, orientando o uso de métodos preventivos. O profissional deve explicar o significado do resultado, estimular a retestagem e oferecer apoio emocional.^{14,20}

Frente ao diagnóstico positivo, deve-se fornecer tempo necessário para a gestante absorver o diagnóstico e expressar seus sentimentos a respeito, prestar apoio emocional, esclarecer dúvidas, estar preparado para sentimentos comuns como raiva, depressão, medo, negação e culpa. Discutir o significado do resultado, explicar que estar infectado pelo vírus não significa estar com AIDS, que existem remédios para controlar a infecção e reduzir a possibilidade de transmissão vertical, a necessidade de manter práticas seguras para reduzir o risco de reinfecção e transmissão, orientar a respeito da comunicação do resultado ao parceiro e encaminhar a gestante a especialistas para que seja adequadamente tratada.^{2,14,20}

CONCLUSÕES

Percebe-se que o ambiente como tecnologia na assistência aos usuários no CTA, visa promover a melhoria da população frente ao resultado do teste, diminuindo os riscos de transmissões, orientando sobre a importância do diagnóstico e pré-natal entre outros, criando também espaços confortáveis e acolhedores respeitando sua privacidade.

E, em relação a prática profissional nos CTA, como ocorre o pré e pós-aconselhamento nos centro de testagem, destacando as ações do programa HIV/AIDS. Constata-se que a prática dos profissionais envolvidos emerge ações de autocuidado o qual os usuários se beneficiam.

Durante a confecção desse estudo, encontramos diferentes artigos e manuais de saúde relacionados à nossa temática, tendo assim um vasto referencial teórico em que se basear. Porém durante a permanência no campo de estudo encontramos dificuldades de

falar com alguns profissionais já que eram poucos e não possuíam disponibilidade de horário.

Diante das entrevistas, percebe-se que o aconselhamento não ocorre da forma descrita nos manuais e nos artigos, opondo-se as relações e ao vínculo entre pacientes e profissionais, que na maioria das vezes não ocorre. Abrange-se que o profissional durante o pós-teste, independente do resultado, transmite apenas as informações necessárias ao paciente, e quando o resultado é positivo, os encaminha para unidades de referência, não se sensibilizando com o resultado do teste, não abrindo espaço para questionamentos e não oferecendo apoio emocional necessário.

Conclui-se que a prática profissional realizada nos centros de testagem possui algumas limitações em seu conceito primordial que é a interação entre os profissionais e o usuário, no caso as gestantes. O pré-teste acontece de forma superficial não inteirando a gestante a importância do teste e seus possíveis resultados. E o pós-teste não fornece orientações suficientes a respeito dos diagnósticos, ou seja, adoção de práticas seguras e educativas com o intuito de prevenir a transmissão vertical.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR) Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para Atenção Básica, 2005, 30 p.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
3. Borges JMC, Pinto JA, Ricas J. Mães e crianças vivendo com HIV/AIDS: medo, angustias e silêncio levando a infância à invisibilidade. Estudos de Psicanálise. 2009 nov; 32: 71-80.
4. Roso A. Narrativas de sofrimento e vitória: transmissão vertical do HIV em Porto Alegre, Brasil. Pensamento Plural. 2009 jan-jun; 04: 155 – 180.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Boletim epidemiológico-AIDS e DST. Brasília: 2005.

6. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Aids e DST.
7. Neto LFS. A transmissão vertical do HIV. PUCSP. Disponível em: <http://www.pucsp.br/cipa/artigos/> Data: 07.12.2012 às 11h.
8. Penna LHG, Porto MS, Tavares RS, Correa LM, Moraes FRC, Pace FS e Dutra AS. Comunicação sigilosa de sorodiagnóstico positivo para HIV á gestante pela enfermeira obstétrica. Rempec. Abr 2010; 3(1): 2-21.
9. Silva O, Tavares LHL, Paz LC. As atuações do enfermeiro relacionadas ao teste rápido anti-HIV diagnóstico: uma reflexão de interesse da enfermagem e da saúde pública. Enfermagem em Foco. 2011. 2(supl): 58-62
10. Souza NR, Carmo TMD, Bernardes EH, Silva AT, Lima AP. Percepções das gestantes na realização do teste anti-hiv (elisa) em um centro de testagem e aconselhamento em DST/AIDS de uma cidade do estado de Minas Gerais. DST- J Brás Doenças Sex Transm. 2008; 20(1):24-31.
11. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: 10 ed. Editora Hucitec; 2007.
12. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica 4ª edição. São Paulo: Editora atlas; 2001;p.63-68.
13. Prefeitura de Nova Iguaçu. Plano Diretor da organização em bairros. Disponível em: <http://www.novaiгуacu.rj.gov.br/bairros.php>. data: 07.12.2012 as 11h.
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Contribuição dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e

- trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
 18. Araújo CLF, Lins S, Bastos VD. O teste rápido para HIV em maternidades: visão dos profissionais de saúde. DST- J Brás Doenças Sex Transm. 2009;21(2): 71-77.
 19. Darмонт MQR, Martins HS, Calvet GA, Deslandes SF, Menezes JA. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV + que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. Cad.Saúde Pública. 2010 set; 26(9): 1788-1796.
 20. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

ARTIGO ORIGINAL

**GESTANTES PEREGRINAS: UMA ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS
AO ACESSO À ASSISTÊNCIA AO PARTO NO MUNICÍPIO DE NOVA
IGUAÇU, RIO DE JANEIRO, BRASIL**

PREGNAT PILGRIMS: AN ANALISE OF ASSOCIATED FACTORS TO ACESS TO
PARTURITION CARE IN THE CITY OF NOVA IGUAÇU, RIO DE JANEIRO,
BRASIL

Nathália Cristine Coelho de Almeida¹, Rafaela Barroso Rodrigues², Priscila dos Santos
Dutra³, Tamyres Rodrigues da Silva⁴, Ricardo de Mattos Russo Rafael⁵

1. Graduada em Enfermagem pela Universidade Iguazu (UNIG).
2. Graduada em Enfermagem pela Universidade Iguazu (UNIG). E-mail: rafaellarosorodrigues@yahoo.com.br. (**Autora de Correspondência**)
3. Graduada em Enfermagem pela Universidade Iguazu (UNIG).
4. Graduada em Enfermagem pela Universidade Iguazu (UNIG).
5. Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família (PMSF/UNESA). Doutorando em Ciências Médicas (PGCM/FCM/UERJ). Professor dos Cursos de Graduação em Enfermagem e de Medicina da Universidade Iguazu (UNIG).

RESUMO

Objetivo: determinar os fatores associados a peregrinação anteparto no município de Nova Iguaçu (RJ). Método: estudo transversal realizado, com uma amostra de 144 mulheres em período pós-parto, realizado em duas maternidades públicas do município de Nova Iguaçu. Para determinação dos fatores utilizou-se um instrumento multidimensional contendo itens de caracterização sociodemográfica, do histórico gínco-obstétrico e da utilização dos serviços de pré-natal e parto. Resultados: Observou-se que cerca de 18.0% da amostra estudada esteve exposta a peregrinação. Entre os fatores que estiveram associados ao evento destacam-se a etnia e o tipo de parto (*p-valor*

0,05). Conclusões: Com todos os dados analisados, pode-se afirmar que se faz necessária a integração entre os níveis assistenciais de saúde, visto que este é diminuto ou até inexistente, além da realização de reformas estruturais nas maternidades, aumentando a quantidade de leitos obstétrico de baixo risco, visando à diminuição da peregrinação no anteparto.

Descritores: Acesso aos serviços de saúde, Parto, Cuidado pré-natal.

ABSTRACT

Objective: Appoint the associated factors the pilgrimage antepartum at the city of Nova Iguaçu. Method: Transverse study accomplished, with a pattern of 144 women during postpartum period, accomplished in two publics maternities from the city of Nova Iguaçu. Method: To determination of factors were used a multidimensional instrument containing intems of sociodemographic characterization, of historic ginco-obstetric and of the utilization of prenatal and parturition services. Results: Was observed that about 18% of the studied pattern was exposed to pilgrimage. Between the factors that were associateds to the event stand out the etnia and the kind of parturition. Conclusions: With all the analized informations, we can afirm that is necessary the integration between the health assists levels, since that is small or even absent, beyond the realization of structural reformas in the maternities, increasing the quantity of obstretic beds of low risc, looking for the decrease of the pilgrimage in the antepartum.

Descriptors: Access to health services, Parturition, Prenatal care.

INTRODUÇÃO

O pré-natal é caracterizado pelo acolhimento da mulher em seu período gravídico até o fim da sua gestação, resultando em um nascimento de uma criança saudável, bem como possui o objetivo de assegurar o bem estar materno e neonatal durante a fase pré-natal e pós-natal. O pré-natal tem como fundamentação a captação, detecção e acompanhamento de gestantes, para que o processo gestacional transcorra com tranquilidade e segurança. Esse acompanhamento pode ser classificado como pré-natal de risco habitual ou alto risco, conforme a complexidade da gestação.^{1,2}

O pré-natal de risco habitual é considerado quando não são detectadas possíveis ameaças à vida e a saúde da gestante e do bebê, já o alto risco tem como característica a presença de altas taxas de complicações à vida materna ou do feto, quando comparadas à média das demais gestações. As mulheres em gestação de alto risco devem necessariamente ser encaminhadas para o profissional médico, já as demais podem ser acompanhadas pelo enfermeiro.³

O primeiro contato com a gestante se dá pelo acolhimento, este pode ser entendido como o ato de incluir e aproximar a gestante dos serviços de saúde, como por exemplo, o pré-natal. O Ministério da Saúde determina através da portaria/ GM n. 569, de 01/06/2000, que toda a gestante deve ser acolhida com dignidade, respeito e com qualidade de assistência, devendo ser informada a maternidade na qual será atendida no momento do parto, sendo seu atendimento obrigatório, no caso da unidade de referência não ter leitos disponíveis, a unidade deve por obrigação garantir o transporte para outra unidade que possa abrigar tanto a parturiente, quanto ao recém-nato.⁴

Todavia, mesmo as recomendações ministeriais e os dispositivos legais que garantem o acesso à assistência durante o parto e o pós-parto, muitas mulheres ainda são expostas ao fenômeno da peregrinação anteparto. Este ato é definido pelo processo pelo qual as gestantes procuram por mais de uma unidade hospitalar, por um atendimento adequado no momento do parto. Este processo também pode ser entendido como o ato das mulheres em seu período gestacional percorrem grandes distâncias entre uma maternidade à outra, geralmente ocasionado pelo número reduzido de leitos obstétricos de baixo risco, podendo, esse longo processo de busca, gerar uma complicação materno-fetal.⁵

No Brasil o número no aumento de consultas de pré-natal por mulheres que realizam o parto no SUS vem aumentando, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,1 por parto em 2003, porém somente pequena parcela das gestantes inscritas no programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) consegue realizar o mínimo de ações realizadas por este programa, já durante o momento do parto, estudos apontam que considerável número de gestantes busca por mais de uma unidade hospitalar, sendo a falta de leitos, a principal causa da peregrinação. Pode-se ressaltar ainda que a minoria das gestantes conseguem ser acolhidas devidamente, sendo reduzido o número de mulheres transferidas de ambulância para outra unidade.^{2,5}

A jornada no momento do parto pode trazer vários riscos materno-fetais podemos citar a asfixia intra-uterina e intra-parto, o baixo peso ao nascer, as infecções respiratórias do RN, as infecções e até mesmo a morte materna e/ou fetal.^{6,7}

Desta forma, tem-se como problema norteador do estudo: qual o perfil das gestantes que estão expostas ao fenômeno da peregrinação anteparto no município de Nova Iguaçu? Nesta perspectiva, tem-se por objetivo: estimar os fatores associados a peregrinação anteparto no município de Nova Iguaçu (RJ).

Os aspectos motivadores relacionados a realização da investigação em tela se deu pela experiência na realização do pré-natal no município de Nova Iguaçu e, principalmente, pela observação da dificuldade de acesso a assistência ao parto das gestantes classificadas como de risco habitual. Espera-se como contribuições advindas desta pesquisa a geração de dados que possam subsidiar a reformulação das políticas de acesso locais, bem como a noção do perfil de exposição das gestantes ao evento.

MÉTODOS

Na medida em que se pretende analisar os fatores associados a peregrinação anteparto, optou-se por um estudo observacional, do tipo transversal, a partir de entrevistas face-a-face com uma amostra de puérperas de duas maternidades públicas do município de Nova Iguaçu e seus respectivos prontuários.

Os cenários deste estudo são as duas únicas maternidades públicas do município de Nova Iguaçu, localizadas na região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. As maternidades podem ser caracterizadas pela perfil de atendimento de pré-natais e parto de alto risco. A primeira maternidade é o centro de referência para o atendimento de gestantes em toda a baixada fluminense. Os departamentos de ginecologia/obstetrícia contam com uma equipe própria voltada a assistência integral a essas gestantes e seus bebês.

A estrutura dessas maternidades, quando somadas, conta com 350 leitos e uma capacidade para cerca 500 partos/mês. O sistema de apoio ao centro obstétrico conta com a presença de enfermarias de alojamentos conjuntos, centros de recuperação pós-anestésica, enfermarias de pré-parto, unidade de terapia intensiva adulto e neonatal e unidade intermediária, sendo capaz de dar suporte a maior parte das complicações materno-infantis relacionadas ao período perinatal.

O tamanho amostral foi constituído por 144 mulheres em período pós-parto, correspondendo a cerca 60% dos atendimentos destas maternidades nos meses de outubro e novembro de 2011. A seleção dos atores da pesquisa se deu pelos seguintes critérios inclusão: a) Estar no período pós-parto; b) Internadas no período do estudo; c) Aceitar participar da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas por 4 (quatro) alunas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Iguazu, sob a supervisão do pesquisador responsável (RMRR). As entrevistadoras receberam um treinamento sobre a temática do estudo, as técnicas de entrevista e a abordagem das respondentes. Durante o desenvolvimento do curso, que totalizou uma carga horária de 40 horas, todas as entrevistadoras receberam uma pasta contendo os instrumentos da pesquisa e um manual de instruções sobre o questionário, intitulado de “Caderno dos Entrevistadores”.

Após o treinamento foi realizado um estudo piloto, em região próxima dos cenários de pesquisa, a fim de avaliar o processo, as técnicas e estratégias eleitas, o tempo de entrevista e a viabilidade do estudo. Visando a manutenção da privacidade dos sujeitos, as entrevistas foram realizadas em salas cedidas pelas equipes das próprias enfermarias de pós-parto/alojamento conjunto. Destaca-se que logo após as entrevistas, as entrevistadoras coletaram dados de cinco variáveis presentes no instrumento de pesquisa por meio do prontuário das pacientes e também sob sua autorização.

O instrumento de coleta foi composto por três módulos. O primeiro objetivou a caracterização da amostra, com questões utilizadas na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios e pelos critérios de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.

Já o segundo módulo, foi composto por questões referentes a prática de pré-natal, antecedentes obstétricos e familiares e história da gestação atual. O terceiro módulo foi composto por questões que abordaram a qualidade do parto e a peregrinação anteparto propriamente dita.

Para a realização da análise dos dados, foi criado um banco de dados informatizado no software *Excel 2007*, a fim de sistematizar os resultados das entrevistas. Posteriormente, foi realizada a limpeza, processamento e análise estatística destes dados com o auxílio do software *Stata 10 SE*. Uma análise descritiva foi utilizada para estimar as prevalências, com os respectivos Intervalos de Confiança (IC95%)

calculados pelo método binomial exato. Para a avaliação da significância estatística nas associações de variáveis utilizou-se o teste de Pearson, considerando os resultados significativos quando o *valor p* foi igual ou inferior a 0,5 e limítrofes quando no intervalo entre 0,05 e 0,1.

A fim de definir o território da pesquisa, foi estabelecido um primeiro contato informal com a Direção das maternidades do município, onde se obteve uma autorização verbal e foram dirimidas as dúvidas sobre o escopo da pesquisa. Visando atender a Resolução 196/96, que versa sobre pesquisas em Seres Humanos, o presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética. Em todas as entrevistas foram utilizados Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, objetivando o esclarecimento das dúvidas sobre o estudo, os respectivos objetivos e garantindo o anonimato das respondentes.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico da amostra estudada. Observa-se um predomínio na faixa etária de 18 a 24 anos (62.5%; IC95%: 54.5/70.5), de cor preta e parda (80.5%; IC95%: 74.0/87.9), com tempo de estudo até 8 anos (68.0%; IC95%: 60.34/75.7), com companheiro fixo (54.8%; IC95%: 46.6/63.0) e classe econômica C (63.8%; IC95%: 55.9/71.8), segundo os critérios da ABEP.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das mulheres atendidas em período pós-parto em duas maternidades públicas do município de Nova Iguaçu (RJ), 2011.

Variáveis	Proporção (%)
Faixa etária	
De 18 a 24 anos	62.5 (54.5/70.5)
De 25 a 34 anos	25.0 (17.8/32.1)
≥ 35 anos	12.5 (7.0/17.9)
Etnia/Cor	
Pardas	31.9 (24.2/39.6)
Pretas	48.6 (40.3/56.8)
Demais etnias/cores	19.4 (12.9/25.9)
Tempo de estudo	
Até 8 anos	68.0 (60.34/75.7)
> 8 anos	31.9 (24.2/49.6)
Situação conjugal	
Com companheiro fixo	54.8 (46.6/63.0)
Sem companheiro fixo	45.1 (36.9/53.3)

Classe econômica	
A/B	11.1 (5.9/16.3)
C	63.8 (55.9/71.8)
D/E	25.0 (17.8/32.1)

O perfil obstétrico da amostra pode ser observado na Tabela 2. Observa-se uma concentração de mulheres primigestas e primíparas (54.3%; IC95%: 45.9/62.7), sendo que 22.2% (IC95%: 15.3/29.0) as secundigestas ou multigestas apresentam história ao menos um aborto na vida. A idade gestacional no momento do parto foi predominantemente (73.3%; IC95%: 65.9/80.8) de 37 a 42 semanas, onde 62.0% (IC95%: 51.0/72.9) destas mulheres realizaram parto vaginal. Destaca-se que 26.3% (IC95%: 19.1/33.6) de todos os partos praticados no período da investigação evoluíram com complicações maternas e 18.7% (IC95%: 12.2/25.2) com complicações neonatais.

Tabela 2. Perfil obstétrico, por meio de variáveis selecionadas, das mulheres atendidas em período pós-parto em duas maternidades públicas do município de Nova Iguaçu (RJ), 2011.

Variáveis	Prevalência
Número de gestações	
Primigesta	54.3 (45.9/62.7)
Secundigesta	25.3 (18.0/32.7)
Multigesta	20.2 (13.4/27.0)
Histórico de aborto	22.2 (15.3/29.0)
Número de partos	
Primípara	54.3 (45.9/62.7)
Secundípara	25.3 (18.1/32.7)
Multípara	20.2 (13.4/27.0)
Idade Gestacional	
< 37 semanas	20.1 (13.3/26.8)
De 37 a 42 semanas	73.3 (65.9/80.8)
> 42 semanas	6.4 (2.3/10.6)
Tipo de parto na gestação atual	
Vaginal	62.0 (51.0/72.9)
Cesáreo	37.9 (27.0/48.9)
Complicações maternas	26.3 (19.1/33.6)
Complicações neonatais	18.7 (12.2/25.2)

A peregrinação anteparto esteve presente em 18.7% (IC95%: 12.2/25.2) das mulheres entrevistadas. A Tabela 3 apresenta as prevalências de características

relacionadas a este evento. Observa-se que apenas 47.1% (IC 95%: 38.8/55.4) das gestantes acessaram as maternidades por encaminhamento do prenatalista, sendo a proximidade com a residência o segundo aspecto motivador pela eleição das maternidades (23.2%; IC95%: 16.2/30.2). Entre as mulheres peregrinas, observa-se a busca por até 2 maternidades antes do parto (51.8%; IC95%: 31.7/71.9), onde 51.6% foi transportada por meio de carro privado, ônibus, trem e outros transportes públicos. O principal motivo que levou as mulheres a peregrinar foi a ausência de vagas nos demais hospitais da região (53.8%; IC95%: 33.3/74.3).

Tabela 3. Características gerais da peregrinação anteparto por meio do relato de mulheres atendidas em período pós-parto em duas maternidades públicas do município de Nova Iguaçu (RJ), 2011.

Variáveis	N	Prevalência
Motivação pela busca da maternidade	44	
Encaminhamento do prenatalista		47.1 (38.8/55.4)
Aconselhamento de amigos/parentes		9.8 (4.8/14.8)
Proximidade com a residência		23.2 (16.2/30.2)
Pela característica de acolhimento em casos de emergência		16.9 (10.6/23.1)
Outros		2.8 (0/5.5)
Número de maternidades que buscou antes do parto	7	
1 – 2 maternidades		51.8 (31.7/71.9)
Mais de 3 maternidades		48.1 (28.0/68.2)
Transporte entre as maternidades		
Carro privado		37.9 (19.1/56.7)
Ambulância		48.2 (28.9/67.6)
Transporte público		13.7 (4.4/27.1)
Motivo pela não internação nas demais maternidades	7	
Ausência de vagas / gestante fora de trabalho de parto		53.8 (33.3/74.3)
Ausência de suporte para gestação de alto risco/UTI neonatal		23.0 (5.7/40.3)
Outros		23.0 (5.7/40.3)

Quando associadas às variáveis referentes à peregrinação anteparto e as características sociodemográficas, observa-se relação estatisticamente significativa com a etnia. Neste caso, as mulheres de cor preta precisaram buscar mais maternidades para a realização do parto (*p*-valor 0.095). Quanto as características obstétricas, observou-se relação significativa com o tipo de parto, uma vez que as mulheres que necessitaram buscar um maior número de hospitais evoluíram ao parto cesáreo (*p*-valor 0.059).

DISCUSSÃO

Peregrinação anteparto é entendida como uma grande demanda de gestantes em busca de atendimento aos serviços públicos de saúde devido à carência de leitos disponíveis nas maternidades, levando assim as parturientes a buscar vagas em outras unidades no momento do parto⁸, para alguns autores, esse ato é considerado como uma jornada percorrida pelas gestantes na busca de atendimento hospitalar, ou seja, parturientes buscam vagas por mais de uma maternidade para dar à luz, onde tal fato prejudica e pode causar conseqüências severas à mãe e ao recém-nato.

Das 144 puérperas entrevistadas nessa pesquisa a prevalência encontrada foi de 18,7%. Já em estudo realizado no estado do Rio de Janeiro no ano de 1999 a 2001, com 6.652 puérperas o fato ocorreu com 33,5% delas⁵. Em outro estudo realizado no Estado de São Luís (Maranhão), os dados foram coletados em duas maternidades, encontrando-se uma prevalência estimada de 34,2%⁸. Acredita-se que as diferenças demográficas e socioeconômicas, bem como o tamanho amostral dos estudos também possam ter gerado diferenças. Neste contexto, a discussão destes resultados precisa ser interpretada a luz das limitações do estudo.

Observou-se que 51,8% das puérperas entrevistadas percorreram mais de uma maternidade e 48,1% em mais de 3 maternidades. Com relação ao transporte utilizado observou-se que 37,9% das gestantes utilizaram carro privado, 48,2% foram transferidas de ambulância, 13,7% utilizaram transporte público. No estudo realizado no Rio de Janeiro foi observado que a maioria das entrevistadas buscam seus próprios meios de se transportar, e apenas 19,8% foram transferidas de ambulância⁵. Em São Luís do Maranhão observou-se que 41,2% as mulheres da maternidade mais de um meio de transporte para esta busca⁸. As conseqüências da jornada de uma maternidade para outra leva a gestante a vários riscos materno fetais, como, a asfixia intrauterina e intraparto, infecções respiratórias do RN e até a morte materna e fetal.^{6,7}

O índice de parto cesáreo no presente estudo foi de 37,9% evidenciado pelas entrevistadas. No Maranhão, em uma das maternidades, o parto vaginal prevaleceu com 82,4%, e em outra, houve maior ocorrência de parto cesariana 57,4%⁸. De acordo com a política de humanização do pré-natal e parto, o parto normal deve ser incentivado pelos profissionais de saúde, já que este procedimento causa menos agressões que o

parto cesáreo. Porém, esse procedimento cirúrgico vem sendo indicado por fins lucrativos e muitas das vezes não é indicado por uma necessidade obstétrica, sem contar que a mãe prefere o parto cesariano por ser menos doloroso a ela. Muitas das vezes, o quadro clínico da gestante agrava com o ato da peregrinação e o que era um parto de baixo risco torna-se de alto risco, sendo necessário a cesariana.¹

O programa propõe uma ampla campanha de incentivo ao parto normal para que venha diminuir graves problemas oriundos do parto cesáreo para a saúde materno-infantil, visando também as necessidades da melhoria do acesso e atendimento das gestantes a um pré-natal de qualidade. Com isso, assegurar que o acesso a maternidade de referência para o momento do parto e manter o princípio de que toda a gestante tenha direito de ter assistência ao parto de forma humanizada¹.

Com a peregrinação das gestantes, muitas vezes acontecem fatalidades, como evidenciado nesta pesquisa, complicações maternas com índice de 26,3% e neonatais com 18,7%. A ocorrência de riscos em neonatos exige um suporte hospitalar mais adequado, evitando assim que aconteça outra peregrinação por falta de atendimento eficaz, falta de um sistema de comunicação e transporte inexistente ou ineficaz. Causando uma brecha no sistema onde fica incapaz de se atender a grande demanda de pacientes que realmente possuem alto risco obstétrico ou até mesmo baixo risco, gerando prejuízo à mãe e seu recém-nato devido à peregrinação^{5,8}.

Pesquisas apontam que as chances de mulheres negras sofrerem do evento são maiores que as de cor branca, visto que, elas sofrem mais preconceito e dificuldade social devido às vezes não conseguirem um emprego digno de sustendo de suas famílias. Muitas não conseguem terminar o primeiro ano do ensino fundamental onde dificulta ainda mais seu acesso as maternidades, essas mulheres se tornam leigas por não terem estudo e não saber dos seus direitos sobre saúde pública, onde poderia diminuir ainda mais o evento da peregrinação caso ela fosse melhor instruída.

Embora este estudo não tenha demonstrado relação estatisticamente significativa com outras variáveis sociodemográficas, a idade também tem sido relacionada em outros estudos com esta temática. Cunha, em um estudo realizado com 357 mulheres, demonstra que a população jovem, entre 16 a 30 anos e com ensino fundamental incompleto possui oito vezes mais chances de peregrinar do que outras mulheres, sem contar que essas mulheres não são casadas legalmente possuem renda menor que um salário mínimo.⁸

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou a discussão de alguns dos problemas associados às dificuldades de acesso a assistência ao parto por algumas mulheres. Em média, a cada 100 gestantes, 20 apresentam dificuldades em acessar as maternidades para a assistência ao parto, aumentando as chances de ocorrência de complicações maternas e neonatais e elevando os números relativos a parto cesáreo. Dentre os fatores que se demonstraram relação com o acesso ao parto, a falta de referência formal dos pré-natais para os respectivos hospitais pode ser apontada como sendo uma das principais barreiras. Mulheres de cor/etnia preta foram as mais afetadas pelo evento, denotando ainda a presença de desigualdades na assistência a saúde de determinados grupos populacionais.

Nesta perspectiva, a formação de redes entre as unidades de Atenção Primária com a assistência secundária e terciária parece imperativa para o início da formulação de propostas resolutivas do problema. A ampliação de leitos obstétricos de baixo risco também parece fundamental, uma vez que na tentativa de minimizar a peregrinação anteparto algumas maternidades de alto risco absorvem demandas não correspondem a sua complexidade.

Acredita-se ainda que mesmo com todas as dificuldades relacionadas a estudos transversais e com um tamanho amostral reduzido, os dados gerados neste estudo possa contribuir com reflexões para a programação da assistência perinatal de outros municípios com características similares as do cenário estudado. Todavia, aponta-se como necessário o desenvolvimento de novos trabalhos que se debruçam sobre este objeto e, principalmente, que investiguem caminhos e propostas para a melhoria do processo de referência e contra-referência para ocupação de leitos obstétricos.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada - Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

3. Ministério da Saúde. Assistência Pré-natal: Manual técnico. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
4. Albuquerque UN, Oliveira QM, Rafael RMR, Teixeira RFC. Um olhar sobre a peregrinação anteparto: Reflexões sobre o acesso ao pré-natal e ao parto. Rev. cuid.: Fundam. Online. 2011;3(2):1935-46.
5. Menezes D, Leite I, Schamm J, Leal M. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999-2001. Cad Saúde Pública. 2006;22(3):553-59.
6. Ministério da Saúde. Urgência e emergência materna: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
7. Barbastefano O.S., et al. O acesso à assistência ao parto para gestantes adolescentes nas maternidades da rede SUS – RJ. Rev. Gaúcha de Enfermagem. 2010; 31(4):708-14.
8. Cunha, S. F., et al. Peregrinação no anteparto em São Luís – Maranhão. Cogitare Enfermagem (UFPR). 2010;15(3):441-7.

O TOQUE NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO EM HOME CARE

THE TOUCH IN PRACTICE NURSE IN HOME CARE

Camila Santos Oliveira¹

1. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora da Fundação de Apoio à Escola Técnica (Faetec). Professora dos cursos de Graduação em Enfermagem e em Medicina da Universidade Iguazu (UNIG). E-mail: camsantos1979@gmail.com (**Autor de Correspondência**)

RESUMO

Sob a ótica de que o toque é a matriz dos sentidos, bem como um ato revelador da dimensão humana, que promove a troca de energia entre o cuidador e quem é cuidado; este ensaio tem por objetivo refletir sobre a resposta do toque de enfermagem no cliente no cuidado domiciliar. Para tanto, a autora propõe uma série de reflexões sobre o cuidado de enfermagem, o cenário de home care e, por fim, sobre o toque como ato terapêutico.

Descritores: toque terapêutico, serviços de cuidado domiciliar, cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

From the viewpoint that the touch is the mother of the senses, as well as a revealing act of the human dimension, which promotes the exchange of energy between the caregiver and who is careful, this essay aims to reflect on the response of touch in nursing client in home care. Therefore, the author proposes a series of reflections on nursing care, home care scenario and, finally, about touch as a therapeutic act.

Descriptors: therapeutic touch, home care services, nursing care.

INTRODUÇÃO

Na realização deste estudo, comecei a refletir sobre o ato/ ação observado em todos os momentos na prática de enfermagem e considerado como essência desta profissão. Este ato ao qual me refiro é o cuidado de enfermagem, um cuidado individualizado, que tanto pode ser quantificado quanto sentido ou vivido. Figueiredo et al,(1998)^{1:137}, dizem que “ o cuidado é o objeto da ação fundamental da prática de enfermagem e acreditamos que é ele que dá sustentação à profissão.”

Durante todo o tempo de aprender na graduação, cada vez mais o cuidado estava presente nas minhas ações acadêmicas, por um lado, e por outro, de forma espontânea, humanizada, se tornando um prazer para mim que estava aprendendo a cuidar e prestando cuidados, e percebia que era também para os clientes que recebiam os meus cuidados. A cada dia essa prática se tornava mais prazerosa, tal qual afirma Waldow^{2:14}:

“ ...a enfermagem é uma profissão cheia de beleza e plena de potencialidades. A prática de cuidar, à medida que passa de uma simples tarefa de cunho técnico à ação responsável pelo crescimento de quem é cuidado e de quem cuida, deixa de ser uma obrigação para ser um prazer....não existem regras a seguir, nem manuais de cuidar ou de ensinar a cuidar. O cuidado deve ser sentido, vivido. E para que o cuidado seja integrado no nosso dia-a-dia, é preciso absorvê-lo, permitir que ele faça parte de nós mesmas, transformá-lo em estilo de vida.”

Isto fortalece o estudo que estou propondo, pois percebendo minha atuação e a atuação dos profissionais de enfermagem como um todo, observei que em cada ato/ fato corriqueiro que acontece entre a equipe de enfermagem e seus clientes se encontrava o processo de cuidar, ou seja, o cuidado presente em todos os procedimentos, invasivos ou não. Daí pude notar a sua plena inserção nas atividades e atitudes de enfermagem, desde as ações mais simples até as mais complexas. Porém, este cuidado possui significados, produz vivências e experiências diferentes, dependendo da forma como ele é transmitido e recebido no corpo do outro.

Percebendo a minha atuação e a atuação dos profissionais de enfermagem como um todo, observei um ato/ fato bastante corriqueiro que acontece entre a equipe de enfermagem e seus clientes quando se encontravam no processo de cuidar, ou seja, o

toque presente em todos os procedimentos, invasivos ou não; daí pude notar que ele está inserido no cuidado de enfermagem, desde as ações mais simples até as mais complexas.

Considerando o toque como ação do cuidado de enfermagem, passei a perceber as respostas deste no corpo dos meus clientes. Atuando na Clínica Cirúrgica de um Hospital de Grande Porte, público, no município de Duque de Caxias, Baixada Fluminense, eu e outra acadêmica fomos incumbidas para realizar uma sondagem nasogástrica em sinfonagem em um paciente jovem internado. No momento da realização do procedimento, por eu já ter tido a oportunidade de fazê-lo, a outra acadêmica me pediu para que ela pudesse realizar tal procedimento, cabendo-me apenas acompanhá-la. Quando chegamos na enfermaria, ela disse ao cliente, “eu vou passar uma sondinha, tá?”. Este olhou para ela assustadíssimo (o corpo responde aos cuidados de enfermagem?), talvez porque não entendia o que ela faria nele. Ela segurou o pescoço deste cliente e foi introduzindo o cateter. Ele se engasgou, apresentou intensa sudorese e pele fria, acompanhado de lacrimejamento. Encontrando várias resistências, ela não conseguiu passar a sonda, até que ela a retirou. Neste momento, segurei a mão do cliente e ele imediatamente segurou a minha, expliquei-lhe como que seria a realização deste procedimento e o porquê da necessidade da sonda. Esperei ele se acalmar, que seus parâmetros respiratórios e cardíacos voltassem ao normal, inclusive enxuguei o suor da sua frente. Perguntou-me se eu poderia continuar segurando sua mão, o que respondi positivamente. A outra acadêmica foi introduzindo o cateter, e durante todo o processo fiquei segurando a mão dele, orientei-o como poderia ajudar no procedimento (p. ex., engolir quando solicitado) e fixei os meus olhos nos olhos dele. Deste forma, o cateter fluiu sem resistência.

Ao viver este relato, me interessei ainda mais sobre os efeitos do toque no corpo, bem como todos os sentidos somáticos e especiais. Compreendendo que este toque transcendeu ao sentido do tato, comecei a estudar a ocorrência desses mecanismos pela fisiologia numa tentativa de maior entendimento dos efeitos como formas de subsidiar essa prática. A afirmação a seguir respalda o que acabo de compreender:

“Os sentidos somáticos são os mecanismos nervosos que coletam informações sensoriais, a partir do corpo. Esses sentidos diferem dos sentidos especiais, que compreendem, especificamente, a visão, a audição, o olfato, a gustação e o equilíbrio.

Os sentidos somáticos podem ser classificados em três tipos fisiológicos: (1) os sentidos somáticos mecanoceptivos, incluindo as

sensações de tato e de posição que são estimuladas pelo deslocamento mecânico de algum tecido do corpo; (2) os sentidos termoceptivos, que detectam calor e frio; e (3) o sentido da dor, que é ativado por qualquer fator que lese os tecidos.

A sensação do tato geralmente resulta da estimulação de receptores táteis da pele ou de tecidos imediatamente abaixo da pele.”^{3:539}

Refletindo sobre essas questões durante a graduação, no curso de pós graduação em Home Care, penso que a reflexão sobre a existência do toque com todas as características embutidas seja pertinente a medida que adentramos a casa do cliente, e nesta casa tem uma abundância de hábitos, crenças, uma infinidade de sentimentos que inicialmente não conhecemos. O toque no cuidado domiciliar, não é um toque que somente o cliente é beneficiado, mais também as pessoas que vivem neste mesmo espaço e que estejam compartilhando deste momento da doença. E este toque precisa ser o toque do afeto, do carinho, da gentileza, o toque do cuidado humano. Precisamos nos lembrar sempre que esse toque é singular, é único, e para tanto é diferente de acordo com o cliente/família que está sendo cuidado/tocado. Uns gostam mais das experiências táteis, outros gostam menos; e isso também é algo que devemos respeitar, e mudar o nosso comportamento através da observação que temos daquele cliente/família.

O toque existe em todos momentos do cuidado de enfermagem a medida que sabemos que para a realização de qualquer procedimento ele está presente. Porém a reflexão que queremos gerar com este estudo é que quando cuidamos do cliente através dos procedimentos técnicos, precisa existir um cuidado que não está, e não pode está, desvinculado do cuidado instrumental que é o cuidado subjetivo, o cuidado que somente nós seres humanos podemos ofertar ao outro, o cuidado da afetividade, do encontro, da relação, do carinho, no qual o toque que estou discutindo está inserido.

Para isto busco apoio em Lacerda^{4:21} quando nos diz que:

“...o cuidado é a essência da prática de enfermagem, o centro, o âmago de nossa existência enquanto profissão e especificidade do saber e do fazer. Cuidado é muito mais que simples execução de tarefas, de técnicas, de procedimentos; é relacional, expressivo; é dispor-se; é empatia; é autenticidade; é um estar com o outro, e inúmeros sentimentos e atitudes a que a enfermeira se propõe a apresentar no momento do cuidado com o ser cuidado.”

Na prática cotidiana da equipe de enfermagem, os profissionais falam que o cuidado é a essência da enfermagem, tocam o cliente o tempo todo para a realização de qualquer procedimento, porém muitas vezes não percebem que estão tocando, não ouvem os clientes e não observam a existência ou não existência de respostas no corpo do cliente em consequência do ato de cuidar. A partir disso surge a problemática do estudo: As (os) Enfermeiras (os) tocam o cliente/família todo o tempo no processo de cuidado domiciliar e não refletem sobre as respostas desse toque no cliente/família, isto porque elas não foram preparadas para se preocuparem com estas respostas.

A pergunta que surge como questão de pesquisa é: Qual a importância do toque no cuidado domiciliar em busca da assistência humanizada para o cliente e família?

A família possui um papel primordial no cuidado domiciliar, assim como nos fala Lacerda^{4:25}, “o foco do cuidado domiciliar é o cliente, a família e suas respectivas inter-relações e o contexto da casa.”

É possível perceber que a base teórica deste estudo envolve, cuidado de enfermagem, corpo, toque e Cuidado Domiciliar (Home care). Portanto para melhor compreensão busquei defini-las.

Segundo Figueiredo et al^{1:144}:

“Cuidado de Enfermagem é ação incondicional do trabalho de enfermagem que envolve movimentos corporais: impulsos de amor, de ódio, de alegria, de tristeza, de esperança, de desespero, de energia e disponibilidade para agir, para tocar e sentir os odores do corpo, ouvindo e vendo tudo que envolve o cliente e a enfermagem. É ato libertador que representa a essência da realidade da enfermagem, porque é a própria ação humana...”

Corpo é a unidade psicossomática e espiritual que fala e se expressa, onde cada célula repete a função criadora total do ser humano. O corpo revela-se em tom, cor, postura, proporções, movimentos, tensões e vitalidade, entendidas como expressões do interior de cada pessoa, que é energia em movimento, que é onda e partícula.

Toque é a matriz de todos os sentidos, que dá significado humano a pele; é o ato revolucionário que revela a dimensão da capacidade humana, estímulo que penetra na saudável tessitura dos contatos humanos, a própria existência humana, é a troca de energia entre quem cuida e quem é cuidado pela enfermagem.”

A reflexão sobre essas questões associada as minhas observações da prática da enfermagem, foram o ponto de partida para estabelecer como pressuposto e/ou hipótese: Há a necessidade da reflexão da (o) enfermeira (o) sobre a presença do toque em todas

as suas ações no processo do cuidar e a extensão deste na assistência domiciliar ao cliente/família.

A partir desta afirmativa hipotética, delimitamos o nosso objeto de estudo: O toque no cuidado de enfermagem na assistência domiciliar. Esse objeto poderá ser pesquisado através do seguinte objetivo: refletir sobre a resposta do toque de enfermagem no cliente no cuidado domiciliar.

Diante disso, o estudo exibe-se relevante, de forma que acreditamos que o cuidado exige um toque que não seja forjado; o cuidado de enfermagem deveria dar prazer e felicidade a quem toca e a quem é tocado. Nos apoiamos em Figueiredo et al^{1:155}, quando afirma que “acreditamos ainda que tocar para cuidar é encontrar o sentido das coisas e despertar o cliente de sua crise existencial para encontrar o sentido da existência”.

REFERENCIAL TEÓRICO: HOME CARE/ TOQUE / CUIDADO

Pretendo mostrar neste Referencial Teórico o conceito de Home Care e sua importância para a enfermagem, o verdadeiro significado do cuidado e do toque, e como o toque faz parte do cuidado, segundo a visão de algumas teóricas.

Home Care

Para entendermos o que seria o Home Care e de onde veio, penso que precisamos trilhar brevemente a trajetória do seu surgimento e para isto vou me apoiar no texto de Cotta, Suárez-Varela, González et al (2001)⁵ que nos dizem que a modalidade Home Care foi inaugurada em Nova York, Estados Unidos, como, uma extensão do hospital para o domicílio do paciente. Segundo encontramos na literatura, as razões para a criação da primeira unidade de hospitalização no domicílio no mundo eram descongestionar as enfermarias hospitalares e brindar os pacientes com um ambiente mais humano e favorável para a sua recuperação. A partir dos anos sessenta, no Canadá começaram a funcionar serviços de hospitalização no domicílio orientados a pacientes cirúrgicos que iam de alta precocemente. Nos hospitais de Montreal foi realizado, em 1987, uma experiência piloto que consistia na administração e controle de antibióticos por vias parenterais no domicílio de pacientes com problemas agudos. Na

Europa, o Hospital de Tenon em Paris, França, foi o primeiro a criar uma unidade de hospitalização domiciliária em 1951. No Reino Unido esta modalidade assistencial foi introduzida em 1965 com o nome de “Hospital Care at Home”. Na Alemanha e na Suécia começaram a aparecer durante os anos setenta, e na Itália, no começo dos anos oitenta.

Ainda de acordo com os autores supracitados^{5:41}, o conceito de Hospitalização Domiciliária seria:

“...uma alternativa assistencial do setor da saúde que consiste em um modelo organizativo capaz de dispensar um conjunto de atenções e cuidados médicos e de enfermagem, tanto em qualidade como em quantidade, para os pacientes em seu domicílio, quando não precisam mais da infraestrutura hospitalar, porém necessitam vigilância ativa e assistência completa”.

Um pouco mais da história do Home care... Corroborando com Cotta, Suárez-Varela, Cotta Filho et al (2002)⁶ que dizem que o início do Home Care foi no ano de 1947 nos Estados Unidos; em 1951 surgiu a primeira experiência na Europa, e na Espanha chegou em 1982.

Segundo os autores supracitados⁶, muitas pessoas tem destacado que, devido ao envelhecimento crescente da população e o conseqüente aumento da demanda assistencial e sanitária, o Home Care tem grandes perspectivas futuras e será uma opção cada vez mais utilizada, já que permite que o idoso permaneça em seu domicílio com a melhor qualidade de vida possível.

Lacerda (1999) in Lacerda (2000)^{4:20} nos dá o seguinte conceito de cuidado domiciliar:

“O Cuidado Domiciliar pode ser entendido como cuidado desenvolvido com o ser humano (cliente e familiares) no contexto de suas residências e, fazendo parte da assistência à saúde dos envolvidos. Compreende o acompanhamento, a conservação, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de clientes, de diferentes faixas etárias, em resposta as suas necessidades e de seus familiares, providenciando efetivo funcionamento do contexto domiciliar; ou para pessoas em fase terminal, proporcionando uma morte digna e serena junto de seus significantes.”

A enfermeira em qualquer lugar de sua atuação, assim como no cuidado domiciliar precisa ser sensível como nos afirma Lacerda^{4:78} em algumas de suas falas:

“Ter sensibilidade é uma atitude às interações que a enfermeira desenvolve com os clientes e familiares, na medida que percebe os outros (clientes e familiares) é influenciada na habilidade em manifestar esta qualidade profissional.... A enfermeira vai verbalizando, sentindo, vai agindo com calidez, pegando na mão, abraçando, vai dispondo-se, sendo também ser humano, ela mesma como gente, vai envolvendo-se com as pessoas cuidadas, mostrando assim que está tendo sensibilidade. Esta forma de cuidar é a verdadeira forma humana de cuidar, é o ideal moral da profissão da enfermeira, mas que se reveste de cuidado profissional porque a enfermeira ao fazer esse tipo de cuidado tem uma intenção e tem respeito ético com os seres cuidados.”

Observamos através de todas essas falas, o crescimento do Home Care ao longo dos tempos e a sua benévola perspectiva, com um futuro promissor. Porém precisamos buscar também para o Home Care uma assistência individualizada para o cliente e família nos portanto dos nossos sentimentos e os sentimentos do nosso cliente e família, compartilhando anseios e alegrias, medos e felicidades. E neste processo, como um álibi poderoso nós, como qualquer outro humano, que queira usar de sua característica humana, temos o toque, que é único e importante para qualquer pessoa saudável e doente.

O Cuidado de Enfermagem

Dentre as várias civilizações existentes no mundo, o cuidado sempre nos brindou com sua presença, apesar de talvez não ser reconhecido por este nome ou estar presente nas ações das pessoas e elas não o perceberem. Para isso busco fundamentação em Waldow^{2:51} quando relata que: “O cuidar sempre esteve presente na história humana. O cuidar como forma de viver, de se relacionar.” Como exemplo podemos citar as mulheres que sempre cuidaram da casa, do marido e dos filhos, provendo- os do que fosse necessário para o seu conforto e bem- estar; a prática do cuidar indistinto das práticas de curar, como as crenças relativas à natureza, aos espíritos, dentre outros. Descobriu- se que o cuidado sempre existiu, porém tornou-se mais marcante e visível depois de Cristo, como nos diz Waldow^{2:25}:

“O maior exemplo para o mundo é a vida de Jesus. Em sua curta trajetória, Jesus, filho de Deus e salvador do mundo, é um perfeito ser de cuidado humano, um restaurador (healer) de almas e de corpos. Parece claro, por meio dos vários registros na história que,

principalmente depois de Cristo, o cuidado humano torna-se mais visível.”

No decorrer da história, as pessoas (geralmente papel atribuído as mulheres) que prestavam cuidados aos outros foram denominadas de cuidadoras, estas eram as religiosas, prostitutas... que além de se dedicarem a oferecer atenção, afeto, restauração do corpo, da alma e da dignidade; mais tarde e ainda segundo Waldow^{2:51} “auxiliam no desenvolvimento de atividades, não só do conforto, mas daquelas que promovam o redução da dor e da incapacidade...”

“ A dicotomia no cuidado era representada pela presença de dois arquétipos: as religiosas (Irmãs de caridade) e as pessoas que foram levadas ao cuidado de enfermagem nos hospitais por não encontrarem melhores oportunidades.”(Miranda, 1996 apud Silva e Lourenço, 2002)^{7:81}

Com o surgimento da enfermagem como profissão, observam-se demonstrações de afetividade, paciência, carinho e respeito nas pessoas que realizam esta prática, e em outras, observa-se grosseria, indiferença, intolerância e, até, desrespeito e desconsideração. Apesar de alguns desses substantivos serem bons e outros ruins, eles passaram a ser enfatizados no cuidado, um cuidado humano da enfermagem. Quando eu digo humano, é porque é um cuidado da dedicação, do amor, do sentimento, de emoções, de ter prazer e se orgulhar de fazer parte dessa profissão; algo que somente os humanos possuem a capacidade de explorar. Um cuidado do toque, do ouvir, do cheirar, do sentir, enfim de todos os sentidos; que envolve ética, princípios e valores.

Além desses cuidados de caráter subjetivo, a enfermagem é exigida ter inteiro conhecimento dos procedimentos que fazem parte de sua prática, e saber fazer para que esse cuidado não seja danoso para os seus clientes, também deve estar atenta para a manutenção e/ou recuperação das necessidades humanas básicas. Mas isto não quer dizer que para a execução da prática tenha que se distanciar da emoção, do respeito, do sentimento, quando presta os cuidados. O cuidado é a essência da enfermagem.

Segundo Figueiredo e Machado (2001)^{8:197}:

“ O processo de cuidar requer intensa atividade mecânica ou gestual, da parte do prestador de cuidados e de quem os está recebendo, além de desencadear muita emoção e sentimentos de ambas as partes para uma intensa troca energética entre os corpos.”

“ Cuidar é uma arte e uma ciência que é percebida quando as enfermeiras demonstram atitudes, competências intelectuais e saber fazer.”^{8:204}

Complementando os conceitos sobre o cuidado de enfermagem, Watson in Figueiredo^{1:143} diz que:

“O cuidado sempre pertenceu à enfermagem e pode ser efetivamente demonstrado e praticado apenas de modo interpessoal; o cuidado resulta na satisfação de certas necessidades humanas e promove a saúde e o crescimento individual e familiar; o cuidado é a essência da enfermagem e conota sensibilidade entre a(o) enfermeira(o) e a pessoa que é cuidada.”

Como já abordei anteriormente, a enfermagem presta cuidados, sempre, para a manutenção e recuperação das necessidades humanas básicas, porque nessas necessidades estão inclusos elementos fundamentais do cuidado de enfermagem. Podemos perceber isto com a afirmação de Potter & Perry^{9:439}: “As necessidades humanas básicas são aspectos, tais como alimento, água, segurança e amor, necessários para a sobrevivência e a saúde.”

A partir de todo esse contexto, podemos notar que o processo de cuidar abrange uma relação de respeito, de afeto, recíproca entre quem cuida e quem é cuidado. Para esse conjunto, Waldow^{2:149} diz que:

“O processo de cuidar é a forma como se dá o cuidado. É um processo interativo, entre cuidadora e ser cuidado, em que a primeira tem um papel ativo, pois desenvolve ações e comportamentos de cuidar. O segundo, ser cuidado, tem um papel mais passivo e, em função de sua situação, pode contribuir no cuidado...”

Portanto, a enfermagem envolve dimensões fundamentais, concretas: como cuidar, planejar, fazer, observar, tocar (todos os sentidos), ouvir, se comunicar; e subjetivas: como imaginar, interpretar, intuir, emocionar, sensualizar. E por falar em sentidos, são sobre eles que vou proferir. Os sentidos são de suma importância para qualquer ser humano, eles estão presentes em todos os momentos de nossas vidas, sem eles não conseguimos nos comunicar, nos relacionar, nos sentir; enfim sem eles não temos chance de compreender o que está ocorrendo no mundo. Para isto, Ackerman^{10:15} afirma que: “Não existe maneira de compreender o mundo em antes detectá-lo por meio do sistema de radar de nossos sentidos”.

“A maioria das pessoas pensa na mente como localizada na cabeça, mas as últimas descobertas da fisiologia sugerem que a mente não se encontra exatamente no cérebro, mas percorre o corpo em caravanas de hormônios e enzimas, ocupadas em dar sentido às maravilhas que catalogamos como tato, paladar, olfato, audição e visão”^{10:19}

A partir deste momento, me deterei a falar de apenas um sentido, que é o fio condutor do meu manuscrito: O TOQUE/TATO.

O tato corresponde ao maior sentido de nosso corpo; talvez seja o mais importante deles; é ele que nos transmite todas as sensações externas fazendo com que se tornem internas; amamos e odiamos, nos comunicamos; sentimos e somos tocados através da nossa pele. A pele é a vestimenta natural do corpo, que cresce continuamente pela vida toda.

“ A pele, como uma roupagem contínua e flexível, envolve- nos por completo. É o mais antigo e sensível de nossos órgãos, nosso primeiro de comunicação, nosso mais eficiente protetor. O corpo todo é recoberto pela pele.....o tato é a origem de nossos olhos, ouvidos, nariz e boca.....a pele é o mais extenso dos órgão do sentido de nosso corpo e o sistema tátil é o primeiro sistema sensorial a tornar- se funcional em todas as espécies até o momento pesquisadas _ humana, animal e aves..... O sentido mais intimamente associado à pele, o tato, é o primeiro a desenvolver- se no embrião humano.”^{11:22}

Embora, geralmente as pessoas não portam grande consideração a pele, se importando com ela apenas quando descasca, transpira desagradável, fica coberta por espinhas, fica dormente; com o percorrer do tempo, normalmente quando a idade avança, passam a oferecer- lhe seu real valor, quando observam a qualidade da pele, sua elasticidade, cor, firmeza, dentre outros que vão se perdendo nesta idade; como ela realmente demonstra todo o nosso interior, como mudança de humor, vermelhidão nas bochechas quando ficamos envergonhados . A pele realmente é o espelho do que estamos sentindo em cada momento. A pele, para Montagu^{11:30} é:

“é o espelho do funcionamento do organismo: sua cor, textura, umidade, secura, e cada um de seus demais aspectos refletem nosso estado de ser psicológico e também fisiológico. Empalidecemos de medo e enrubecemos de vergonha. Nossa pele formiga de excitação e adormece diante de um choque; é espelho de nossas paixões e emoções”.

Em crianças, a privação do toque pode causar um desequilíbrio no organismo, distúrbio no desenvolvimento, e se estiver com alguma patologia pode levá-la a morte, visto que o contrário pode tirá-la e recuperá-la de uma enfermidade. A criança precisa e deve ser tocada, levada ao colo, acariciada, deve-se conversar carinhosamente com ela, olhar nos olhos. Esses tipos de toque transmitem tranquilidade e subsídio para que as crianças possam obter condições de sobreviver dentro dos parâmetros de saúde. A estimulação da pele no bebê pelo tato, o capacita de sair dentro de sua pele para o mundo exterior. Silva & B. Junior (1996) apud Figueiredo^{1:151} dizem que o toque é uma das formas mais importantes de comunicação humana: “além de transmitir sentimentos, pode contribuir para reduzir o medo e a ansiedade do outro, proporcionando bem-estar físico e psicológico.” É do sentido do tato que depende o bebê: lábios, contato corporal generalizado e depois pontas dos dedos e mão toda.

“A estimulação tátil parece ser uma experiência fundamentalmente necessária ao desenvolvimento comportamental saudável do indivíduo. A impossibilidade de receber estimulação tátil adequada nos primeiros anos de vida resulta numa impossibilidade crítica de estabelecer relações de contato com outras pessoas”.^{11:273}

Além disso, descobriu-se através de estudos do comportamento de mamíferos, macacos, símios e humanos que o toque é uma necessidade comportamental básica, na mesma proporção em que respirar é uma necessidade física básica, que o bebê dependente está destinado a crescer e a desenvolver-se socialmente por meio do contato e, por toda a sua vida, a manter contato com outros... quando a necessidade de tocar permanece insatisfeita, resultará um comportamento anormal.^{11:60}

As nossas mãos são consideradas o instrumento do tato, são as mais informativas de todos os nossos órgãos, com a exceção do nosso cérebro. Para uma melhor compreensão do significado do toque, O Oxford English Dictionary apud Montagu^{11:131} define que toque é derivada do francês e significa “a ação ou um ato de tocar (com a mão, dedo ou outra parte do corpo); exercício da faculdade de sentir um objeto material”. Tocar é definido como “a ação, ou um ato de sentir alguma coisa com a mão etc”. O termo operacional é sentir. Este mesmo dicionário define tato como o mais geral dos sentidos do corpo, difuso por todas as partes da pele, mas (no homem) desenvolvido especialmente nas pontas dos dedos e lábios. Ackerman^{10:107} define o tato como o sentido mais antigo e mais urgente.

Observamos o destaque do tato dentre os demais sentidos à medida que este é o único sentido que envolve o contato direto de quem toca e de quem é tocado, diferente da audição, visão e paladar, visto que estes se limitam às suas superfícies, como o palato e a cavidade nasal. O toque tem alguns fenômenos difíceis de explicar como por exemplo: algumas pessoas ao ouvirem música dizem que estão sentindo a música por todo o corpo, sentem dormência em algumas partes do corpo.

“...a pele pode captar uma interrupção de cerca de 10 milésimos de segundo numa pressão mecânica contínua ou numa campainha tátil. As discriminações visuais são de cerca de 25-35 milésimos de segundo. A pele capta localização de distâncias sobre sua superfície com muito mais eficiência do que o ouvido é capaz de localizar sons à distância..... a pele é capaz de ler mensagens rápidas e sofisticadas.”^{11:184}

Logo percebemos que podemos sentir o tato à distância, podemos ser tocados à distância. Esta mesma autora também nos diz que algumas pessoas podem ver com a pele, dando a seguinte explicação: Uma vez que a pele é derivada da mesma camada ectodérmica que os olhos, a nível embriológico, vários investigadores vêm defendendo a noção de que, nessas pessoas, a pele pode ter conservado algumas propriedades ópticas primitivas e que isso lhes permite ver com a pele. Quase todos os humanos conseguem ver a forma do objeto que tiver tocado. Na escuridão, o tato permite que encontremos o nosso caminho ou em circunstâncias em que não podemos usar totalmente os outros sentidos. O tato sem dúvida é uma verdadeira forma de comunicação, é uma língua em si. Por meio do tato comunicamos aquilo que não pode ser pronunciado, pois o tato é a voz da sensação, já que até mesmo as melhores palavras carecem da honestidade do tato; por isso entendemos que as sensações possuem uma qualidade tátil. É uma forma de comunicação não- verbal, porém muito expressiva, que sensibiliza e traduz sentimentos através da troca entre as pessoas. Daí a importância, quando ouvimos uns aos outros, de escutarmos as sensações assim como as palavras.

“ A inteligibilidade da linguagem não é nem mais nem menos que a ininteligibilidade da natureza que artificialmente é esclarecida. Mas a língua que fala o tato é a natureza, e esta dispensa artificios.”^{11:299}

O corpo humano é projetado física e mentalmente para reagir a qualquer estímulo externo e a Enfermagem, provedora de cuidados, profissão que envolve nos seus atos o tocar, o olhar, o cheirar, o falar como uma perfeita comunicação, estimula os

centros cerebrais e leva a uma resposta verbal, ou através de expressões corporais e faciais as sensações de conforto ou desconforto por parte dos clientes.

A enfermeira ao cuidar de seus clientes toca no corpo do cliente todo o tempo, seja para a realização de procedimentos invasivos ou não; mesmo esses atos sendo uma rotina, não podemos mecanizar esta ação, porque com boa vontade, valorizando as pequenas coisas, sensibilidade, sentimento podemos tornar a cada ato corriqueiro, um prazer. Tocando o cliente no cuidado de enfermagem traduz um gesto tão excelso porque é a enfermagem que cuida, que ajuda o cliente na sua manutenção e/ou recuperação de saúde, acompanha a sua melhora, piora, alta e até a morte, lhe oferece conforto, carinho, amor, esperança, diálogo, orientação. O toque está inserido no cuidado de enfermagem à medida que não existe cuidado sem toque, seja o cuidado mais simples e/ou o mais complexo.

Figueiredo et al (1998, p.153) apud Montagu¹¹ afirma que:

”tocar é estimular a matriz de todos os sentidos do corpo, a pele. Nós, enfermeiras (os), somos aqueles que mais tocamos, que mais invadimos os corpos dos clientes. Esse toque é tátil (quando colocamos nossa mão ou parte de nosso corpo em contato com o outro corpo); é auditivo (quando tocamos o cliente com o som de nossa voz); é visual (quando tocamos o cliente com nosso olhar); é odorífero (quando tocamos o cliente com o nosso cheiro corporal); é espiritual (quando tocamos o coração do cliente, quando transmitimos nossa energia amorosa, esperança, desejo de recuperação, força, compaixão. O amor está presente neste cuidado”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer de toda graduação em enfermagem, fui conhecendo a cada dia esta profissão, o que era designado a ela fazer e o que era característico deste fazer. Com o passar dos anos ingressei no cenário hospitalar cheia de medo, angústia, insegurança, porque acreditava não saber como abordar o cliente, como se aproximar dele. O tempo me fez mostrar como era tola, o que os clientes mais queriam era a tal aproximação de que eu tanto tinha medo. Aproximação esta que abrange tudo que um contato físico faz-nos sentir, uma aproximação para a realização de cuidados técnicos, uma aproximação para ouvir, para afagar, para tocar cariciosamente, para cuidar. Daí descobri a essência da enfermagem, que está em cada ato, em pequenas atitudes, em cada palavra; o cuidado de enfermagem; cuidado este que só essa profissão pode tomar posse, porque é ela que está com o cliente nas suas 24 horas quando se encontra hospitalizado; é ela que

chora com o cliente, que ri, que realiza procedimentos, que limpa, que ajuda, que conversa ,que cuida. A partir desta descoberta fascinante, realizei vários trabalhos científicos acerca da linha de pesquisa cuidado em enfermagem para que eu pudesse ouvir dos clientes, de toda a equipe de enfermagem sobre este cuidado que norteia a nossa prática. E agora no final da pós-graduação, a qual tive que fazer este trabalho, não poderia mudar de linha, esta linha que tanto me encanta, e como todos podem perceber falamos neste estudo de algo que faz parte do cuidado de enfermagem.

O toque, toque este que pode ser frio, que pode ser quente, que pode ser bom ou ruim. O objetivo deste estudo foi concretizado a medida que este se concentra em fazer uma reflexão sobre a importância do toque no cuidado domiciliar para o cliente e família.

Este estudo se torna relevante quando passamos a não lidar apenas do cliente patologia, do cliente disfunção, mas passamos a olhar o cliente integralmente, olhando para a técnica perfeita, bem como para a subjetividade do sujeito, lhe dando um cheiro, um carinho, um sorriso; enfim infiltrar o cuidado técnico com a subjetividade, com o afeto, com o toque. Fazer uma reflexão sobre o toque no cuidado domiciliar é importante a medida que podemos melhorar a qualidade da assistência de enfermagem em cima das pequenas coisas que também subsidiam a nossa prática; e tocar os clientes refletindo nas respostas que o nosso toque tem em seus corpos é primordial a medida que a enfermagem é cuidado e não existe cuidado sem toque.

Reconhecendo a enfermagem como uma profissão cuja essência é o cuidado, vejo que este tem expressões que se completam: o cuidado técnico que privilegia a realização de procedimentos, e o cuidado expressivo que privilegia a sensibilidade e o afeto. Entendo que a enfermagem alcança o auge do seu fazer quando une a técnica e sensibilidade na relação com o outro, no cuidado de enfermagem.

“... ser nosso papel como seres humanos buscarmos sempre aprender a amorosa gentileza. Aprender a aprender, aprender a amar e a ser gentil estão tão intimamente interconectados e tão profundamente entrelaçados, em especial com o sentido do toque, que seria muito benéfico à nossa reumanização se dedicássemos mais atenção à necessidade de experiências táteis, sentida por todos nós”.^{11:19}

REFERÊNCIAS

1. Figueiredo NMA, Machado WCA, Porto IS, Ferreira MA. A dama de Branco Transcendendo Para a Vida/ Morte Através do Toque. In: Marcas da

- Diversidade: Saberes e fazeres da Enfermagem Contemporânea. Porto Alegre: Artes médicas, 1998.
2. Waldow VR. Cuidado Humano. O Resgate Necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.
 3. Guyton, Hall. Tratado de Fisiologia Médica. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
 4. Lacerda MR. Tornando-Se Profissional No Contexto Domiciliar: Vivência Do Cuidado Da Enfermeira. 2000. 222P. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem)- Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina.
 5. Cotta RMM, Suarez-Varela MM, Llopis Gonzelez A et al. Home Hospitalization: Background, Current Situation, and Future Prospects. Rev. Panam. Salud Publica. 2001;10(1):45-55.
 6. Cotta RMM, Suarez-Varela MM, Cotta Filho JS et al. Home Hospitalization in Light of Demographic Changes And New Health Challenges. Rev. Panam Salud publica. 2002;11(4):253-61.
 7. Silva OC, Lourenço LHSC. A História da História de Enfermagem ou em Busca dos porquês das Coisas in Figueiredo NMA. Práticas de Enfermagem. Fundamentos, Conceitos, Situações e Exercícios. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2002.
 8. Figueiredo NMA, Machado WCA. Ecosofia e Autopoiese no Cuidado com o Corpo. In: Santos I, Figueiredo NMA, Duarte MJRS, Sobral VRS, Marinho AM. Enfermagem Fundamental. Realidade, Questões, Soluções. São Paulo: Atheneu, 2001.
 9. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de Enfermagem. Conceitos, Processo e Prática. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
 10. Ackerman D. Uma História Natural dos Sentidos. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1992.
 11. Montagu A. Tocar. O significado Humano da Pele. São Paulo: Summus, 1988.