

**Revista de
Ciência & Tecnologia**



Vol. 14. N 1. 2014
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 Iguaçu, v.14, n 1
(Junho 2014). Nova Iguaçu - Rio de Janeiro: Gráfica Universitária, 2014.**

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 Iguaçu (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 mais artigos originais em cada número, devendo os autores observarem estas recomendações.

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

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

Metodologia de trabalho em um Centro de Testagem Anônima para gestantes.....11

Jéssika Silva Pinheiro de Araújo, Ariana Ferreira de Souza, Vanessa da Silva Oliveira, Viviane Cordeiro dos Santos

Rastreamento do câncer do colo do útero: delineando o perfil de utilização no Sistema Único de Saúde no município de Paracambi (RJ)..... 24

Carolina Milagre de Paula Andrade, Julyara Reis de Mendonça Marendaz¹, Roseleia Pereira Martins Maia, Ana Carla Alves Cruz, Caroline Moares Soares, Ricardo de Mattos Russo Rafael

A Síndrome de Burnout e suas relações com a saúde dos profissionais de emergência pré-hospitalar da Baixada Fluminense (RJ).....38

Andressa Moraes, Luciene Tulia, Caroline Moraes Soares, Ana Carla Alves Cruz, Roseleia Pereira Martins Maia, Ricardo de Mattos Russo Rafael

Método Mãe Canguru: um benefício para os recém-nascidos prematuros ou de baixo peso no cuidado de enfermagem..... 53

Tatiane Fernandes de Araujo, Camila de Oliveira Santos

ATUALIZAÇÃO

Suturas cranianas: relação entre os aspectos anatômicos e a idade cronológica.....68

Marco Antonio Alves Azizi, Daniel Pereira Barbosa, Elizabeth Zaroni Megale, Paula Leite Frisoni, Guilherme Gomes Azizi, Alexandre Gomes Azizi

REVISÃO

Anemia Falciforme: epidemiologia e fisiopatologia da vasclusão.....77

Gilda Maria Sales Barbosa, Bianca Gili A Moreira, Katya Alves de Sousa

Efeitos da braquiterapia no tratamento da usuária com câncer cérvico-uterino: estratégias do enfermeiro.....90

Michelle Pereira de Oliveira Troca, Pâmela Moraes da Silva, Rosimery Vogas Frinhani Leite, Sandra Maria Oliveira Caixeiro-Brandão

Dificuldades ao diagnóstico de enfermagem da gestante portadora de doença hipertensiva específica da gestação: um estudo bibliográfico..... 107

Márcia de Paula, Rosilene da Conceição Augusto da Silva, Sidnei Oliveira Lemes, Sandra Maria Oliveira Caixeiro Brandão

ARTIGO ORIGINAL

**METODOLOGIA DE TRABALHO EM UM CENTRO DE TESTAGEM
ANÔNIMA PARA GESTANTES**

**WORK METHODOLOGY IN A CENTER OF PREGNANCY TESTING
ANONYMOUS**

Jéssika Silva Pinheiro de Araújo¹, Ariana Ferreira de Souza¹, Vanessa da Silva
Oliveira¹, Viviane Cordeiro dos Santos²

1. Enfermeira. Graduada em Enfermagem da Universidade Iguazu (UNIG).
2. Enfermeira. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública (UERJ). Servidora do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu. E-mail: vivianecordeirosantos@hotmail.com (**Autor de Correspondência**)

Conflitos de interesse: não há

Fontes de financiamento: não há

RESUMO

Objetivo: descrever a metodologia de trabalho dos profissionais de em um Centro de Testagem Anônima no que se refere ao aconselhamento pré-teste para HIV em gestantes. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Para a coleta de dados foram entrevistados os sujeitos baseando-se no emprego de um roteiro semiestruturado. Após a compreensão das especificidades do campo de estudo, utilizou-se a análise temática para tratamento dos dados. **Resultados:** A partir análise do material colhido e com base nos manuais do Ministério da Saúde e autores que discutem o aconselhamento em HIV/AIDS para gestantes no cenário do CTA, construíram-se duas categorias: Abordagem ao usuário ao chegar no CTA e, tecnologias do cuidado utilizadas em ações de prevenção contínua. Percebe-se que o fato das gestantes não ter muito conhecimento a cerca da temática HIV/AIDS se torna uma problemática, uma vez que sem ter a noção do risco, juntamente com a falta de informação, passam a estarem mais vulneráveis ao HIV. **Conclusões:** o aconselhamento é uma ferramenta importante

e, durante o aconselhamento a gestante que chega ao CTA. Devem-se levar em consideração todas as informações por ela passadas, que são de extrema relevância para a assistência de pré-natal. E ainda, verifica-se a importância de tratar essa gestante não só enquanto mãe, mas também enquanto mulher.

Descritores: Gestantes, Aconselhamento, HIV.

ABSTRACT

Objective: To describe the methodology of work of professionals in a Center of anonymous testing in relation to the pre-test counseling for HIV in pregnant women.

Methods: This was a descriptive qualitative research. For data collection the subjects were interviewed based on the use of a semi-structured script. After understanding the specific field of study, we used thematic analysis to data processing. **Results:** From the analysis of the material collected and manuals based on the Ministry of Health and authors discussing counseling on HIV / AIDS in pregnant women at the CTA scenery, built themselves two categories: Approach the user to get on CTA and technologies care used in actions for continuous prevention. One realizes the fact that pregnant women do not have much knowledge about the HIV / AIDS issue becomes a problem, since without the notion of risk, together with the lack of information, shall be most vulnerable to HIV. **Conclusions:** Counseling is an important tool and for counseling the pregnant woman who comes to the CTA. You should take into account all information for her past, which are very important for prenatal care. And yet, there is the importance of treating this woman who was not only as a mother but also as a woman.

Descriptors: Pregnant women, counseling, HIV

INTRODUÇÃO

Este estudo trata da importância do aconselhamento pré-teste em gestantes que realizam testagem de sorologia para vírus da imunodeficiência adquirida (HIV). Foram notificados no Brasil em 2010, 5.666 casos de HIV em gestantes, com taxa de detecção de 2,0 casos por 1.000 nascidos vivos. Em 2010, a única região com uma taxa de detecção de HIV em gestantes superior à média nacional foi a Região Sul com 4,8 casos por 1.000 nascidos vivos.¹

Com relação à infecção em gestantes, no Estudo Sentinela Parturiente de 2004, observou-se uma prevalência de HIV de 0,41% que corresponde a um total estimado de cerca de 12.456 gestantes HIV positivo para esse ano. Comparando o dado estimado com o dado notificado em 2004 (6.137 gestantes HIV positivo), estima-se que a vigilância de HIV em gestantes alcançou 49,3% dos casos esperados. Considerando o total de casos de HIV notificados em gestantes em 2010 (5.666), pode-se estimar que persiste uma brecha importante, de aproximadamente 50%, na cobertura da testagem do HIV nessa população.¹

O Plano de Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, lançado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2007 e convencionado com municípios e estados, tem como objetivo oferecer melhor qualidade de atenção à saúde da gestante soropositiva, e recomenda a utilização de medicações antirretrovirais do período da gravidez até o trabalho de parto, propondo às gestantes a realização do parto cesárea em mulheres com carga viral desconhecida ou elevada. A queda na incidência de casos de AIDS em crianças menores de 5 anos confirma a eficácia da política de redução da transmissão vertical do HIV. Comparando-se dados dos anos de 1999 e 2009 a redução chegou a 44%.¹

Além do plano de redução, o MS também lançou em 2004, o Manual de Aconselhamento DST/AIDS, outra estratégia que tem como objetivo auxiliar e dar suporte a essa gestante portadora do vírus HIV oferecendo melhor qualidade de vida e melhor atenção à saúde. O aconselhamento em DST/AIDS conta com uma equipe especializada e é instalado nos centros de saúde onde existem os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).

O aconselhamento é uma ferramenta utilizada pela equipe de saúde que tem como finalidade estabelecer um diálogo e nortear a gestante que realiza a testagem e pode ter a desagradável notícia de ser portadora do vírus HIV. É baseado na confiança que essa gestante deposita no profissional, visando sempre proporcionar condições para que ela própria avalie seus riscos, tome suas decisões e encontre a melhor forma possível de conviver e enfrentar aos problemas relacionados ao HIV, caso o resultado seja positivo.²

Essa orientação vai além de um encontro entre duas pessoas, pode ser feita em grupos e em qualquer momento, é onde são expostas questões educativas a cerca da temática e reforçada a importância da prevenção DST/AIDS.²

Neste sentido, o papel da equipe multidisciplinar é ouvir as preocupações existentes em torno do quadro apresentado, estimular sempre a autoestima, deixando claro que as dificuldades podem ser superadas e apoiar emocionalmente, auxiliando na tomada de decisões almejando sempre uma melhor qualidade de vida dessa gestante. Os profissionais de saúde têm um papel muito importante nessa situação, visto que, no caso do resultado positivo, as gestantes são surpreendidas com uma informação que pode causar uma série de sentimentos negativos, tais como angústia e tristeza, devido ao impacto que a notícia acarreta.²

É necessária uma abordagem cuidadosa para que essas mães aprendam a lidar com esses sentimentos e aceitem isso, por mais que seja difícil, pensando não só na sua saúde, mas também no bem-estar do bebê, buscando seguir todas as orientações dadas pelo profissional que faz seu acompanhamento no pré-natal.

O motivo da escolha do tema é analisar a importância do aconselhamento pré-teste em gestantes, deixando claro para as mesmas que o processo é completamente sigiloso e de extrema importância para uma gravidez saudável, que algumas vezes o resultado pode não ser definitivo, necessitando assim de uma nova coleta para uma nova análise do material, e reforçando sempre a necessidade de se conhecer o estado sorológico da gestante, para que em casos de resultado positivo, possa ser iniciado o tratamento de prevenção de transmissão vertical o quanto antes.

Diante do exposto delimita-se como objetivo deste estudo: descrever a metodologia de trabalho dos profissionais de em um CTA no que se refere ao aconselhamento pré teste para HIV em gestantes.

Deve ser evidenciada a contribuição da pesquisa para as mulheres gestantes que são submetidas à testagem de sorologia para HIV, para que as mesmas entendam a importância da realização do teste. Os medos, sentimentos e aflições que surgem com a execução do teste devem ser aprimorados no aconselhamento, proporcionando assim, um estado de conforto para essa gestante que aguarda o resultado da avaliação.

O estudo traz, como contribuição científica, resultados que definem e ajudam na abordagem e atendimento pelos profissionais de saúde, mostrando a forma de como se deve agir nesse tipo de situação, sabendo como proceder de forma correta com as diversas reações, sentimentos e dúvidas que as gestantes podem apresentar no momento do resultado.

MÉTODOS

O estudo trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, que tem como característica a investigação de dados que não podem ser expressos em números. Esse tipo de pesquisa não busca resultados em forma de estatísticas, gráficos ou quantidade, busca significados, valores, atitudes, crenças e motivos, procurando compreender a realidade vivida pelo ser humano na sociedade, atuando de forma investigativa e buscando resultados em torno do que está sendo pesquisado. Podemos definir pesquisa descritiva o tipo de pesquisa onde o pesquisador colhe as informações, descreve os dados coletados, porém não interfere nos resultados obtidos.³

A pesquisa de campo pode ser definida como um elo de aproximação entre o pesquisador e o tema escolhido, é uma forma de investigar o objeto de estudo. Ela permite que o assunto abordado na pesquisa seja vivenciado com mais realidade, criando assim um desejo maior de conhecimento e aprofundamento daquilo que está sendo estudado.³

O cenário de pesquisa foi um centro municipal de saúde localizado num município da Região Metropolitana I. Em 1997, pela Lei complementar nº006, este município foi dividido administrativamente em 9 URGs (Unidades Regionais de Governo), e cada uma delas são divididas em bairros. A URG do cenário em questão é a URG I – Centro, que encontra-se em uma área total de 40,0877 km² e é composta por 15 bairros.⁴

A unidade de saúde selecionada é referência em diagnósticos e prevenção de DST/AIDS através dos serviços do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). No CTA são realizados testes de HIV, sífilis, hepatite B e C gratuitamente e de acordo com os padrões exigidos pelo MS e com produtos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O atendimento é sigiloso e oferece aos usuários um acompanhamento da equipe de saúde, que orientam sobre o resultado do exame, seja ele positivo ou negativo.⁵

Para a coleta de dados foram entrevistados os sujeitos baseando-se no emprego de um roteiro semiestruturado, onde foram gravadas em aparelhos de MP4 e celular, posteriormente transcritos na íntegra os respectivos relatos. No roteiro semiestruturado elaborou-se quatro questões a cerca da temática, tendo a possibilidade de ampliar o

campo do questionamento, que emergem à medida que o sujeito expressa suas informações.⁶

Obedecendo aos preceitos éticos os sujeitos que participaram deste estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e o mesmo foi submetido ao comitê de ética local.

Foram entrevistados ao total quatro sujeitos da equipe de saúde, que denominamos E1, E2, E3, E4 de acordo com a ordem com que as entrevistas foram realizadas. Ao chegar no cenário em questão, falamos com o enfermeiro responsável a respeito da pesquisa e explicamos como seria feito o estudo, pedindo autorização para que os dados pudessem ser colhidos. O mesmo concordou em participar e autorizou que fossem feitas as entrevistas.

Após a compreensão das especificidades do campo de estudo, utilizou-se a análise temática, a qual consiste em encontrar os temas existentes que compõem uma comunicação, cuja existência no estudo signifique alguma coisa para o objeto analítico escolhido.⁷

RESULTADOS & DISCUSSÃO

Apresentam-se os resultados da pesquisa, a partir análise do material colhido e a seguir discutiram-se as informações com base nos manuais do ministério da saúde e em referências e autores que discutem o aconselhamento em HIV/AIDS e o cenário do CTA.

Abordagem ao usuário ao chegar no CTA

Nesta categoria discorre-se sobre os motivos que levam as gestantes a realização do teste anti-HIV durante o pré-natal. E ainda, a forma que as gestantes são recebidas no CTA, explorando a abordagem feita pela equipe multidisciplinar de saúde, buscando conhecer a metodologia utilizada por esses profissionais.

Assim, destaca-se o seguinte relato:

“Bom, o pré-teste nada mais é do que a gente é colher dados do cliente né, perguntar a ele se ele já fez alguma vez o exame do HIV, na caso da gestante o bom é fazer no 3º mês de gestação e no sétimo mês porque ela pode estar em janela imunológica, ela pode dar uma falso negativo no 3º mês e de repente vir a positivar no sétimo, então

o pré –teste é importante pra que a gente possa saber se é parceiro único se ela fez alguma vez o exame, é , se ela fez alguma transfusão sanguínea , é, mais o que ? Se ela usa alguma droga injetável, quantos parceiros ela tem , enfim, então é importante a gente colher o dado pra saber o futuro da saúde dessa criança que vai vir ao mundo.”(E3)

Constata-se que dados colhidos na anamnese são de extrema importância para conhecer melhor a gestante e reconhecer se há comportamento de risco. Observa-se também a necessidade de abordagem sobre as formas de transmissão e a janela imunológica.

Podemos definir anamnese como um conjunto de procedimentos que nos dão informações a respeito da gestante que está sendo entrevistada, é através dela que verificamos a história pregressa dessa paciente. Podemos ter informações como: idade, cor, profissão, sendo ainda importantes o estado civil e a procedência. É importante o conhecimento de doenças pregressas, gestações anteriores, atividade sexual, e ainda se a gestante é usuária de drogas ou não.⁶

Além dos dados colhidos de história pregressa, há também informações atuais que são importantes para que o acompanhamento dessa gestante seja de qualidade, tais como: idade gestacional, provável data do parto, verificar se a gestação é de risco, observar se a gestação é desejada e fazer uma avaliação do estado psicológico dessa gestante.⁶

Todas as informações colhidas são de alta relevância, além dos exames solicitados no pré-natal, que têm como objetivo identificar precocemente algum problema que possa vir prejudicar a saúde do bebê. Havendo algum risco direto à saúde do bebê, logo são feitas intervenções para que esse risco deixe de existir. Em caso de diagnóstico de HIV positivo, é necessário que seja iniciado um tratamento, o quanto antes, a fim de evitar a transmissão vertical.

E também, é destacado nesta primeira abordagem os riscos da transmissão vertical, da necessidade de testes confirmatórios e da exposição sexual que a mulher tem durante a gestação e após a gestante na fase de amamentação. Verificamos também a preocupação de alguns profissionais com o fato de ser mulher e ser gestante. Corroborando com estes fatos, seleciona-se o trecho a seguir:

“... É, na hora que a gente, é, faz uma entrevista, no aconselhamento, a gente foca muito a questão assim do bebê, do neném, e a gente acaba esquecendo dela enquanto mulher né, é uma pessoa de risco também. Então, o que acontece? Como ela vem por uma questão do pedido médico, tem gestante que não faz a mínima ideia que o resultado pode ser positivo. Então, aí eu procuro ver essa parte também, que ela é mulher né, e ela tá aqui num local direcionando pra tá fazendo o exame em demanda espontânea, só que no caso específico dela é que ela tá gestante, mas nem por isso eu vou deixar de falar tudo isso... a questão da prevenção, que é importante, sempre perguntar se o esposo já fez, é uma oportunidade pra ela tá fazendo... né?” (E4)

Para muitas mulheres, a maternidade é a realização de um sonho, reflete expectativas sociais e culturais, ou até mesmo indicam uma nova fase de sua vida. Porém, além do sonho de ser mãe, outros tipos de responsabilidades são atribuídas a essa mulher que agora tem outra vida se desenvolvendo dentro de si.⁷

A fase da gravidez é importante para o setor de vigilância em HIV, tanto pelo risco que se expõe ao ter relações com homens infectados pelo HIV, ou se no caso de usuária de drogas, compartilhar seringas e agulhas, como pelo fato de poder transmitir o vírus verticalmente ao bebê, caso seja portadora. Por isso, a necessidade do acompanhamento pré-natal correto e a utilização e preservativos, mesmo durante a gravidez e após, evitando assim que no decorrer da gestação essa mulher se infecte com o vírus HIV.⁸

Portanto, durante a gravidez é essencial que a gestante pense, não só nela enquanto mulher, mas também enquanto mãe, que esteja sempre atenta aos riscos que se expõe através das relações sexuais sem preservativos, ou compartilhando agulhas e seringas, pensando sempre na saúde do bebê e se protegendo a fim de não contrair nenhuma doença que possa afetar a saúde dessa criança.

É de extrema importância uma abordagem adequada a essa gestante que chega no CTA. Deve-se lembrar que o teste é completamente sigiloso e confidencial, orientar sempre, esclarecendo os possíveis resultados, falar sobre a questão da prevenção e reforçar a necessidade da participação do parceiro sexual. Porém, percebemos no cenário trabalhado que como este teste é fornecido a partir de uma rotina sem no entanto, esclarecer sua gravidade, conforme registrado no fragmento abaixo:

“Elas vem como se estivessem fazendo um exame de sangue normal entendeu? É por isso que aí o nosso contato com ela acaba se

tornando um desafio né? Porque ela não tá nem aí pra questão do risco, ela veio porque o médico solicitou um exame como outro qualquer. É diferente aqui no aconselhamento, quando você vem porque quer fazer o exame, porque tem essa necessidade, porque tá preocupado, é um questão de descartar a possibilidade, e quando você tem um pedido, porque você vai fazer uma cirurgia, ou porque você está gestante, é diferente, entendeu ? (E4)

O aconselhamento pré-teste realizado no CTA é uma ferramenta utilizada para esclarecer às gestantes algumas informações relacionadas ao teste anti-HIV, como por exemplo, como funciona o sistema de testagem, como pode ser o impacto em caso de resultado positivo, a infecção, a transmissão e até mesmo a prevenção e a diferença entre HIV e AIDS. Neste contexto, o aconselhador deve estabelecer um diálogo com essa gestante, buscando saber a realidade da mesma, levando em consideração seu nível de compreensão, nível social e conhecimentos existentes em torno da infecção. É essencial que sejam dadas informações claras e objetivas sobre as ferramentas utilizadas para a sua proteção e de seu bebê.⁹

O fato das gestantes não terem muito conhecimento a cerca da temática HIV/AIDS se torna uma problemática, uma vez que sem ter a noção do risco, juntamente com a falta de informação, passam a estar mais vulneráveis ao HIV. O pré-natal é uma ótima chance dessas gestantes realizarem o teste, que talvez nunca tenha sido ofertado ou por vergonha nunca tenha sido realizado, e também é um excelente momento de esclarecer suas dúvidas.⁹

Tecnologias do cuidado utilizadas em ações de prevenção contínua.

Nesta categoria destacam-se as tecnologias utilizadas na prevenção contínua das gestantes atendidas no CTA. Uma forma de estimular a mãe da necessidade de ações preventivas, até mesmo após o parto, é fazer com que ela entenda que além de se expor aos riscos de infecção do HIV, também expõe seu bebê. Desse modo, observa-se o trecho:

“Eu sempre falo, que no caso de apresentar o resultado negativo, só vocês podem amamentar mais ninguém, entendeu? Hoje em dia, só a gestante pode dar o leite materno, se ela já fez o teste, deu negativo ela pode mais ninguém. Sempre falo a questão também da prevenção, da camisinha que é importante, saber a sorologia do parceiro e tá

fazendo a prevenção direitinha e os dois conversarem e entrar num acordo...”(E4)

De acordo com fragmento acima, constata-se o cuidado direcionado a ações preventivas e ainda o cuidado com a linguagem utilizada a fim de promover o autocuidado. Percebe-se também, a preocupação dos profissionais relacionando a importância da amamentação exclusiva da mãe.

Pode-se afirmar que o aleitamento materno é de extrema importância para o crescimento e evolução de recém nascido, assim como traz benefícios também para a parturiente. Segundo o Ministério da Saúde o aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses de vida, após esse período é liberado o consumo de outros tipos de alimentos, porém mesmo assim o aleitamento pode ser prolongado até os dois anos, lembrando que deve ser entendida e considerada a opção materna de amamentar. São inúmeros os benefícios concedidos por esse simples gesto de amamentar, dentre eles destacamos o estreitamento do vínculo entre mãe e filho, diminuição do risco de icterícia, proteção contra infecções, diminuição do desencadeamento de doenças alérgicas, entre outros.¹⁰

Entretanto deve-se considerar o resultado do teste anti-HIV, que sendo este negativo, possibilita a amamentação livre e em demanda espontânea, reforçando sempre os benefícios trazidos ao binômio. Em contrapartida, sendo o resultado positivo a abordagem é feita de uma forma diferente, como elas são impossibilitadas de amamentar seus filhos, o governo garante à mesma fornecimento gratuito de leite pelo menos até os seis meses de vida do bebê. Mesmo com essa restrição é terminantemente contraindicado o aleitamento feito por outra nutriz, a alimentação mista, e o uso de leite humano com pasteurização domiciliar.¹⁰

E ainda, observou-se o cuidado em discutir com as usuárias o fato da transmissão poder ocorrer após o nascimento do bebê, através da exposição sexual materna e desta forma, transmitindo para o bebê. Assim, consideram-se os seguintes relatos:

“Então ela enquanto gestante e ele também tá gestante, então ele acaba, às vezes se sentindo comovido em tá fazendo o exame naquele momento, aí a gente fala em também ele fazer, e fazer a prevenção direitinho, não só enquanto o bebê tá ali na barriga, mas depois, às vezes né, depois que o bebê nasce, acaba ela, despreocupando com aquela questão de: Ah, você já está aí fora então, aí ela volta a ter a

sexualidade dela né, então, mas atentar que o leite materno também transmite. Então, além da prevenção, que ela tem que tá, é, vai ter uma prevenção que ela vai ter que fazer a vida toda porque o bebê também vai sempre precisar dela, então, dentro da barriga ou fora né, dar mamar...” (E1)

‘É no caso ela tá gestante, então nada mais lógico que ela teve relação sexual sem preservativo, concorda? Daí, por isso que eu falei que é importante fazer o teste com 3 meses de gestação e no sétimo mês pra que a gente possa a ter a certeza que essa criança vai nascer negativo e daí pra frente a gente avisa que ela vai tá numa época de resguardo e a gente sabe que ela não vai ter relação sexual por conta do resguardo mas quando acabar o resguardo pra que ela possa, é, usar o preservativo...” (E3)

É fundamental que no aconselhamento seja intensificada a orientação a respeito da prevenção continuada dessa puérpera a fim de evitar exposição ao risco da mesma. Deve-se explicar que o fato do resultado ter sido negativo, não a exime de adquirir o vírus caso seja novamente exposta a ele, portanto o direcionamento dado à essa mulher deve ser em torno da prevenção reforçando sempre o uso de preservativos em todas as relações sexuais, seja ela com parceiro fixo ou eventual. Caso essa puérpera seja usuária de drogas injetáveis, deve-se ressaltar a exposição direta ao vírus devido ao compartilhamento de agulhas e a perda do senso da realidade, o que faz com essa puérpera realize práticas sexuais sob efeito dessas drogas, expondo-se potencialmente ao vírus HIV e a outras DSTs.¹¹

Deste modo, é essencial que essa gestante seja orientada sobre a prevenção mesmo após o parto, uma vez que ela pode contrair o vírus enquanto está amamentando, e conseqüentemente, se for infectada pelo HIV sem saber, pode transmitir verticalmente ao seu bebê. Logo a saúde do bebê depende diretamente da mãe, o que muitas vezes se torna uma vantagem para que a mesma venha se prevenir de forma correta pensando sempre na saúde e no bem-estar do seu filho.

CONCLUSÃO

Com isso, constata-se que o aconselhamento é suma ferramenta importante e, durante o pré-teste é necessário a anamnese cuidadosa da gestante que chega no CTA.

Deve-se levar em consideração todas as informações por ela passadas, que são de extrema relevância para a assistência de pré-natal.

Verifica-se também que foi ressaltada a importância de tratar essa gestante não só enquanto mãe, mas também enquanto mulher, dando atenção a todos seus medos e aflições ali presentes no momento. Outro achado foi a falta de informações que essas gestantes demonstram acerca do HIV e da Aids, o que torna um fato desfavorável, pois a mesma chega ao CTA para realizar o teste sem ter a real consciência de que o resultado pode ser positivo, dificultando a avaliação dos riscos que essa mulher se expõe.

E ainda, percebe-se o fato da importância de se saber a sorologia durante a gestação, para que possa ser iniciado o tratamento adequado para gestante evitando assim a transmissão vertical do HIV, além da questão da amamentação, que só pode ser iniciada após o resultado negativo.

Destaca-se a questão da prevenção continuada, o que explicitou a importância das ações de prevenção pós-parto, reforçando informações para que a mesma não seja infectada com o vírus durante o período de amamentação.

Os objetivos presentes no estudo foram alcançados, porém pesquisas futuras sobre o cotidiano deste trabalho se faz necessário para esclarecer melhor a maneira como os profissionais atuam no CTA abordando e permanecendo no campo de estudo mais tempo para compreensão do fenômeno.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico AIDS-DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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.

3. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.
4. Plano diretor. Prefeitura de Nova Iguaçu. Disponível em <http://www.novaiguacu.rj.gov.br/bairros.php> acessado em 28/09/2012.
6. Nery TA, Tocantins FR. O enfermeiro e a consulta pré-natal: o significado da ação de assistir a gestante. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2006 jan/mar; 14(1):87-92.
7. Moura EL, Kimura AF, Praça NS. Ser gestante soropositivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana: uma leitura à luz do Interacionismo Simbólico. Acta Paul Enferm 2010;23(2):206-11.
8. Cardoso AJC, Griep RH, Carvalho HB, Barros A, Silva SB, Remien RH. Infecção pelo HIV entre gestantes atendidas nos centros de testagem e aconselhamento em AIDS. Rev Saúde Pública 2007;41(2):101-8.
9. Feitosa JA, Coriolano MWL, Alencar EM, Lima LS. Aconselhamento do pré-teste anti-HIV no pré-natal: percepções da gestante. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 out/dez; 18(4):559-64.
10. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de Alto Risco: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
11. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

ORIGINAL

**RASTREIO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: DELINEANDO O PERFIL
DE UTILIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
PARACAMBI (RJ)**

**SCREENING OF CERVICAL CANCER: THE PROFILE DESIGN FOR USE ONLY
IN HEALTH SYSTEM IN THE CITY OF PARACAMBI (RJ)**

Carolina Milagre de Paula Andrade¹, Julyara Reis de Mendonça Marendaz¹, Roseleia²
Pereira Martins Maia, Ana Carla Alves Cruz³, Caroline Moares Soares⁴, Ricardo de
Mattos Russo Rafael⁵

1. Enfermeira. Graduada na Universidade Iguazu – UNIG.
2. Enfermeira. Enfermeira. Especialista em UTI do Adulto e do Idoso (UFRJ). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Iguazu (UNIG)
3. Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva (UFF). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Iguazu (UNIG).
4. Enfermeira. Enfermeira. Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (FIOCRUZ). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Iguazu (UNIG).
5. Enfermeiro. Doutorando em Ciências (FCM/UERJ). Mestre em Saúde da Família. Professor do Curso de Graduação em Enfermagem e de Medicina da UNIG. E-mail: prof.ricardomattos@gmail.com (**Autor de Correspondência**)

Conflitos de interesse: não há

Fontes de financiamento: não há

RESUMO

Objetivo: determinar o perfil de utilização dos serviços primários de rastreamento do câncer do colo do útero, em mulheres de 20 a 59 anos, no município de Paracambi (RJ).

Método: Estudo transversal realizado com uma amostra de 155 mulheres usuárias de

um serviço de Saúde da Família do município de Paracambi (RJ). Foram calculadas as prevalências referentes ao perfil de utilização do exame colpocitológico, bem como estimados os respectivos Intervalos de Confiança (95%). **Resultados:** tendo predomínio nas mulheres de 20 a 39 anos (63.8%), mulheres brancas (39.3%; IC 95%: 31.5/47.1) e parda (38.0%; IC 95%: 30.3/45.7), com tempo de estudo até 8 anos (57.2%), com companheiros fixos (86.4; IC 95%: 81.0/91.8) e classe econômica C (56.7%; IC 95%: 48.8/64.6). **Conclusões:** com os dados aqui apresentados observamos que as mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família possuem maior facilidade de acesso na utilização dos serviços de rastreio e detecção precoce do câncer do colo do útero e na utilização do SUS.

Descritores: neoplasias do colo do útero; esfregaço vaginal; sistema único de saúde.

ABSTRACT

Objective: To determine the pattern of utilization of primary care screening of cervical cancer in women 20-59 years old, in the municipality of Paracambi (RJ). **Method:** Cross-sectional study with a sample of 155 women attending a service of Family Health municipality Paracambi (RJ). Regarding the prevalence of use of the Pap smear profile as well as their estimated confidence intervals (95%) were calculated. **Results:** taking predominance in women 20-39 years (63.8%), white women (39.3%, CI 95%: 31.5/47.1) and mixed (38.0%, CI 95%: 30.3/45.7), with study time to 8 years (57.2%), with fixed partners (86.4, 95% CI: 81.0/91.8) and economy class C (56.7%, CI 95%: 48.8/64.6). **Conclusions:** With the data presented here, we observe that women enrolled in the Family Health Strategy have easier access in service use of screening and early detection of cervical cancer and the use of SUS.

Descriptors: uterine cervical neoplasms; vaginal smears; unified health system;

INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero, também chamado de cervical, demora anos para se desenvolver. Existe uma fase do câncer de colo de útero, chamada de pré-clínica (sem sintomas), em que a detecção de lesões precursoras pode ser feita através do exame preventivo (Papanicolaou). Conforme a doença evolui, aparecem sintomas como sangramento vaginal, corrimento e dor. Esse tipo de câncer se inicia com uma lesão, que

na maioria dos casos pode ser curável. Trata-se de neoplasias intra-epiteliais cervicais (NIC) que se dividem em I, II e III. Com o seu tratamento muitas dessas lesões podem regredir espontaneamente, porém a uma probabilidade muito maior de progressão.¹

A infecção persistente por HPV (Papiloma Vírus Humano) do tipo 16 faz com que 5% das mulheres desenvolvam NIC III ou lesão mais grave em três anos e 20% de risco de desenvolver em dez anos. Quando a infecção persistente for por outro tipo de HPV oncogênico, esse risco reduz pela metade. O NIC I, não é considerado uma lesão precursora, pois ela tem uma menor probabilidade de progressão e uma maior de regressão ou persistência. A infecção pelo HPV, é a principal alteração que pode levar a esse tipo de câncer. Ficando apenas atrás do câncer de mama, ele é o segundo tumor mais frequente e a quarta causa de morte no país na população feminina. A cada ano temos em média 4.800 vítimas fatais e 18.430 novos casos.²

A partir das técnicas de rastreamento, que são realizadas através do exame de Papanicolaou, é feito o diagnóstico precoce das lesões de colo uterino, antes que elas se tornem invasivas. Esse exame é o mais efetivo e eficiente a ser aplicado nos programas de rastreamento, essa técnica é usada a mais de 40 anos. Ele consiste na coleta de material citológico do colo do útero, onde é coletada uma amostra da ectocérvice e uma amostra da endocérvice.²

Para realização do mesmo, 48 horas antes do exame, a mulher não deve ter relações sexuais, não fazer uso de duchas íntimas, medicamentos vaginais, anticoncepcionais locais e não estar menstruada, pois a presença de sangue pode alterar o resultado do exame. Em 2000, foi aprovado pela Câmara dos Deputados e enviada ao Congresso Nacional o Projeto da um dia para o Papanicolaou, que dá o direito uma vez por ano, a mulher trabalhadora da empresa pública ou privada, realizar o exame de Papanicolaou.³

Em 1988, foi realizada pelo Ministério da saúde, uma Reunião de Consenso, e foi estabelecido que no Brasil a prioridade do exame cito patológico nas mulheres, seria de 25 a 60 anos e uma vez por ano, e após dois exames consecutivos anuais, com o resultado negativo, seria realizado apenas a cada três anos. Deve ser levado em consideração nas mulheres que realizam o exame de preventivo, os fatores de risco, a frequência da realização do exame e o resultado dos exames anteriores.⁴

Nesta perspectiva, a Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta-se como um importante dispositivo para a disseminação das técnicas de rastreio deste câncer, pela possibilidade de captação das usuárias diretamente no núcleo familiar. A APS possui uma dinâmica de trabalho através de equipes multiprofissionais com um território e população adscrita, o que pode facilitar a captação precoce das mulheres e, por sua vez, a detecção mais eficaz deste câncer⁵

Todavia, tem-se observado que inúmeras barreiras podem dificultar o acesso destas mulheres às técnicas de rastreio do câncer, mesmo com as ações da APS, haja vista que o exame de rastreio ainda não costuma ser realizado com regularidade. As barreiras que dificultam a realização, em geral, são mediadas pelas crenças em saúde, dadas pela maneira como as mulheres se portam frente a seus problemas, a saber: a percepção da vulnerabilidade e da gravidade da doença, bem como dos benefícios e das barreiras associadas ao exame. Entende-se que o conhecimento que as mulheres possuem sobre a doença e o exame, bem como a atitude em relação a doença também podem auxiliar na realização dos testes de detecção.⁶

Desta forma, tem-se como questão norteadora do estudo: Qual é o perfil de utilização dos serviços primários de rastreio do câncer do colo do útero? Nesta perspectiva, o objeto deste artigo trata da utilização dos serviços primários de rastreio da doença; e o objetivo: determinar o perfil de utilização dos serviços primários de rastreio do câncer do colo do útero, em mulheres de 20 a 59 anos, no município de Paracambi (RJ).

Desta forma, pela possibilidade de investigação de um cenário inexplorado em relação a temática, bem como pelas razões clínicas e epidemiológicas do câncer de colo uterino, pela necessidade de operacionalização da prevenção e do tratamento, pela identificação da relação entre prática do rastreio oncológico de cérvix uterina e a utilização do Sistema Único de Saúde (SUS) e por servir de suporte para futuras pesquisas na área, justifica-se a realização deste trabalho.

MÉTODOS

Na medida em que se pretende analisar o conhecimento e as práticas relacionadas à prevenção secundária do câncer do colo do útero, optou-se por um estudo observacional, do tipo transversal, a partir de entrevistas face-a-face com uma amostra

de mulheres que frequentam uma determinada unidade de saúde do município de Paracambi.

O município de Paracambi foi eleito como cenário do estudo por ser um território de 179,374 km² e uma população de 47.074 habitantes. O município está situado entre a Baixada Fluminense e a Serra do Mar do Estado do Rio de Janeiro. Ele possui quatro unidades básicas de saúde, oito unidades cadastradas no programa de saúde da família (PSF) e um Hospital Municipal, onde tem-se o atendimento de emergência e a realização da maioria dos exames. Em todas as unidades básicas e nos PSFs são realizados os exames de papanicolau, sempre coletados por enfermeiras. São realizados em cada posto em média 20 exames por semana, onde em 2009 tiveram um total de 3119 exames realizados. Desta forma, elegeu-se uma unidade de saúde da família, na região central do município, tendo em vista os seguintes critérios: tempo de implantação, volume de atendimento e práticas regulares de educação em saúde.

A Unidade de Saúde da Família eleita para a pesquisa possui uma média de 2500 mulheres entre 20 e 59 anos cadastradas. O tamanho amostral foi constituído por 151 sujeitos, de acordo com os seguintes critérios de seleção: a) ser mulher na faixa etária entre 20 e 59 anos; b) acessar a unidade de saúde no período do estudo; c) desejar participar do estudo. Este cálculo foi realizado com auxílio do programa *Epiinfo 3.5.1.*, considerando uma taxa de erro de 5% e assumindo uma prevalência do evento de 40%.

As entrevistas foram realizadas pelos próprios autores do trabalho, após a realização de um estudo piloto, na mesma região da pesquisa, porém em outra unidade de saúde da família. A aplicação dos instrumentos ocorreu no período de outubro a novembro de 2011. A abordagem dos sujeitos ocorreu na sala de espera dos atendimentos médicos e de enfermagem durante o período selecionado para a entrevista.

O instrumento de coleta foi composto por módulos com itens da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, dos critérios de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, do “Questionário Individual Tipo A” utilizado no Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Agravos Não-Transmissíveis, e do instrumento intitulado “Conhecimento, atitudes e prática de pacientes frente aos métodos de rastreamento de câncer de mama”.

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. O teste exato de *Fisher* foi utilizado para avaliar a significância estatística das associações de variáveis, considerando significantes o p-valor menor que 0,05 e limítrofe entre 0,05 e 0,1.

Visando atender a Resolução 196/96, que versa sobre pesquisas em Seres Humanos, o presente projeto foi submetido e aprovado (CAAE 1947.0.000.308-11) pelo Comitê de Ética de um Programa de Pesquisa no qual o professor responsável pelo projeto também está vinculado. Em todas as entrevistas foram utilizados os 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 as características sócio-demográficas de uma amostra de 155 mulheres. Observa-se que a faixa etária estudada encontra-se distribuída homogeneamente em três dos quatro estratos selecionados, tendo predomínio nas mulheres de 20 a 39 anos (63.8%). Percebe-se o predomínio de mulheres brancas (39.3%; IC 95%: 31.5/47.1) e parda (38.0%; IC 95%: 30.3/45.7), com tempo de estudo até 8 anos (57.2%), com companheiros fixos (86.4; IC 95%: 81.0/91.8) e classe econômica C (56.7%; IC 95%: 48.8/64.6).

Tabela 1. Características sócio-demográficas de uma amostra de mulheres que freqüentam uma unidade de saúde da família do município de Paracambi (RJ), 2011 (n=155)

Variáveis	Frequência (IC 95%)
Faixa etária	
De 20 a 29 anos	32.2 (24.8/39.6)
De 30 a 39 anos	31.6 (24.2/39.0)
De 40 a 49 anos	24.51 (17.6/31.3)
De 50 a 59 anos	11.6 (6.5/16.7)
Etnia	
Branca	39.3 (31.5/47.1)
Preta	11.6 (6.5/16.7)
Parda	38.0 (30.3/45.7)
Amarela / Indígena	10.9 (5.9/15.9)
Tempo de Estudo	
Nenhuma	1.2 (0/3.0)

Até 4 anos	12.2 (7.0/17.4)
De 5 a 8 anos	43.8 (35.9/51.7)
De 9 a 11 anos	14.8 (9.1/20.4)
Mais de 11 anos	27.7 (20.6/34.8)
Estado civil	
Sem companheiro	13.5 (8.1/18.9)
Com companheiro	86.4 (81.0/91.8)
Classe econômica	
A	1.2 (0/3.0)
B	30.3 (23.0/37.6)
C	56.7 (48.8/64.6)
D	10.3 (5.4/15.1)
E	1.2 (0/3.0)

A Tabela 2 apresenta o histórico e as práticas de prevenção secundária da colpocitologia oncótica. Observa-se que 9.0% (IC95%: 4.4/13.5) das mulheres apresentaram histórico de câncer do colo uterino em familiares. Quanto à realização do exame, 98.0% (IC95%: 98.0/100.0) das mulheres o realizaram ao menos uma vez na vida, tendo o espaço intervalar entre os procedimentos de menos de 1 ano (56.1%; IC95%: 48.2/64.0). Grande parte destas mulheres utilizou o Sistema Único de Saúde (70.3%; IC95%: 63.0/77.5) para sua realização e obtenção de informações sobre a prevenção da doença. Os principais canais de informação sobre a doença e o exame foram as unidades de saúde/escolas e os amigos e parentes.

Tabela 2. Histórico e práticas relacionadas a realização da colpocitologia oncótica uma amostra de mulheres que freqüentam uma unidade de saúde da família do município de Paracambi (RJ), 2011 (n=155)

Variáveis	Frequência (IC 95%)
CCU na família	9.0 (4.4/13.5)
Histórico de colpocitologia oncótica na vida	98.0 (95.8/100.0)
Último exame colpocitológico	
Menos de 1 ano	56.1 (48.2/64.0)
Entre 1 e 3 anos	36.7 (29.0/44.4)
De 3 a 5 anos	7.0 (3.0/11.1)
Quantidade de exames no último ano	
1 exame	74.8 (67.9/81.7)
2 ou mais exames	25.1 (18.2/32.0)
Utilização do SUS no último exame	70.3 (63.0/77.5)
Principais meios de informação sobre o exame	
Amigos e parentes	29.0 (21.8/36.2)
Unidades de Saúde e Escolas	50.3 (42.3/58.2)
Outros meios	20.6 (14.2/27.0)

A Tabela 3 apresenta o perfil de utilização do SUS para realização do exame colpocitológico. Observou-se significância estatística nas seguintes associações: faixa etária ($p=0.010$), tempo de estudo ($p=0.016$), situação conjugal ($p=0.075$) e classe econômica ($p=0.092$). Já na Tabela 4, pode-se observar a associação dos canais de informação sobre o exame por subgrupos estudados. As variáveis situação conjugal e utilização do SUS foram estatisticamente significantes para as associações ($p=0,50$; e $p=0.005$).

Tabela 3. Perfil de utilização do Sistema Único de Saúde para a realização do exame de colpocitologia oncótica em uma amostra de mulheres que frequentam uma unidade de saúde da família do município de Paracambi (RJ), 2011 (n=155)		
Características sócio-demográficas	Utilização do Sistema Único de Saúde	
	Não	Sim
Faixa etária		
De 20 a 29 anos	46.00	54.00
De 30 a 39 anos	28.57	71.43
De 40 a 49 anos	18.42	81.58
De 50 a 59 anos	11.11	88.89
Valor p	0.010	
Etnia		
Branca	27.87	72.13
Preta/Parda	31.17	68.83
Amarela / Indígena	29.41	70.59
Valor p	0.936	
Tempo de estudo		
Nenhum	50.00	50.00
Até 4 anos	10.53	89.47
De 5 a 8 anos	30.88	69.12
De 9 a 11 anos	13.04	89.96
Mais de 11 anos	44.19	55.81
Valor p	0.016	
Situação conjugal		
Sem companheiro	14.29	85.71
Com companheiro	32.09	67.91
Valor p	0.075	
Classe econômica		
A/B	40.82	59.18
C	26.14	73.86
D/E	29.68	83.33
Valor p	0.092	

Tabela 4. Associação dos canais de informação sobre o exame de colpocitologia oncológica e variáveis sócio-econômicas de uma amostra de mulheres que freqüentam uma unidade de saúde da família do município de Paracambi (RJ), 2011 (n=155)

Variáveis sócio-demográficas	Canal de informações		
	Amigos e parentes	Unidade de saúde e escola	Outros
Faixa etária			
De 20 a 29 anos	42.00	40.00	18.00
De 30 a 39 anos	26.53	51.02	22.45
De 40 a 49 anos	18.42	63.16	18.42
De 50 a 59 anos	22.22	50.00	27.78
Valor p		0.267	
Etnia			
Branca	39.34	39.34	21.31
Preta/Parda	25.7	54.55	19.48
Amarela / Indígena	5.88	70.59	23.53
Valor p		0.050	
Tempo de estudo			
Nenhum	-	50.00	50.00
Até 4 anos	26.32	47.37	26.32
De 5 a 8 anos	30.88	54.41	14.71
De 9 a 11 anos	17.39	60.87	21.74
Mais de 11 anos	34.88	39.53	25.58
Valor p		0.483	
Situação conjugal			
Sem companheiro	23.81	47.62	28.57
Com companheiro	29.85	50.75	19.40
Valor p		0.643	
Classe econômica			
A/B	36.73	36.73	26.53
C	27.27	55.68	17.05
D/E	16.67	61.11	22.22
Valor p		0.177	
Utilização do SUS			
Não	41.30	30.43	28.26
Sim	23.85	58.32	20.65
Valor p		0.005	

DISCUSSÃO

Muitos autores vêm se referindo a utilização da cobertura da colpocitologia oncológica como um importante indicador de qualidade da Atenção Primária à Saúde, uma vez que sua disseminação na população feminina com idade entre 25 e 60 anos deve ser ampla e sistemática. A realização do exame está indicada a cada três anos, após dois resultados negativos e subsequentes para o câncer, com um espaço intervalar de um ano, nesta faixa etária.⁷⁻⁹

Embora o Brasil ainda encontre grandes dificuldades para reduzir a incidência e a mortalidade desta neoplasia, espaços criados pela Estratégia de Saúde da Família parecem fortalecer as ações de combate a este agravo. Assim como no município de Paracambi, outros estudos tem demonstrado que a cobertura do exame vem sendo ampliada, como nos estudos realizados em Nova Iguaçu(RJ)^{5,6,10}, Patos de Minas(MG)¹¹ e Amparo (SP)¹² cuja proporção de mulheres que tiveram acesso a esta prática foi superior a 80%.

Outro ponto que deve ser analisado com maior cautela é a quantidade de exames por ano e o intervalo entre os procedimentos, pois como não existe contra indicação de repetidas coletas de amostras cervicais em espaços inferiores há um ano e, com isso, muitas mulheres (cerca de 80% da amostra estudada) vêm realizando o exame fora do período recomendado. Este achado também foi observado em estudos realizados em Nova Iguaçu(RJ)^{5,6} e em outras realidades, como Uberaba(MG)¹³ e Pernambuco(BA)¹⁴.

Acredita-se, porém, que outras mulheres, as que não são contempladas pelos serviços de saúde da família, poderiam estar usufruindo do procedimento caso fosse permitido o acesso. De fato esta recomendação iria de forma contrária as normativas da Política Nacional de Atenção Básica⁴ que prevê a adscrição de um território. Todavia, acredita-se que uma medida compensatória para a cobertura da Atenção Primária aquém ao esperado parece ser imperativa. No Brasil, existe uma grande variância na cobertura da Estratégia de Saúde da Família, com 41,1 % na região Nordeste e 6,8 % da região Centro-Oeste.

Evidenciou-se que a população mais velha utiliza mais o SUS para o exame colpocitológico. Os programas de envelhecimento sadio e outras práticas de inclusão são de grande importância para a população, principalmente para as mulheres a partir de 40 anos, onde no final da década de 90 a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar o conceito de envelhecimento ativo, onde esse conceito busca incluir os cuidados com a saúde do idoso e outros fatores que alteram o envelhecimento, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida a medida que as pessoas ficam mais velhas, favorecendo a prática de atividade física, a prevenção de situações de violência domiciliar, o acesso a alimentos saudáveis e a redução do consumo ao tabaco.¹⁵ O processo de envelhecimento implica em alterações nos mecanismos de produção de energia no organismo, que tornam o idoso mais vulnerável ao surgimento do câncer. O risco do idoso desenvolver uma neoplasia maligna é cerca de 11 vezes maior do que

uma pessoa com idade inferior.¹⁶ Porém, na unidade onde foi realizado a atual pesquisa, ainda não existe nenhum tipo de programa voltado para população idosa.

A situação conjugal de casada ou amasiada também foi apontada como um aspecto relacionado a realização do exame colpocitológico no SUS, contrariando alguns achados que demonstram que as mulheres que não possuem um parceiro fixo geralmente buscam mais o exame.⁵ O estudo também evidenciou que mulheres não-brancas utilizaram mais os canais de informação dos serviços públicos de saúde. Uma possível explicação para este fenômeno se deve a maior concentração das usuárias do SUS serem de cor preta/parda.

Conforme esperado, observou-se uma relação quase que linear em relação às classes econômicas e a utilização do SUS. Evidenciou-se que quanto menor a classe social, maior a utilização do serviço pelo SUS. Este fenômeno também foi observado por outros autores, quando investigaram os seguintes constructos: hipertensão arterial¹⁷, pré-natal¹⁸ e HIV¹⁹.

Dentre as possíveis explicações para esta ocorrência é o entendimento das equipes de Saúde da Família sobre o princípio da equidade. Obviamente, os estratos sociais devem ser favorecidos na implantação dos serviços e na massificação das ações de saúde, desde que os demais estratos não sejam excluídos do envolvimento das estratégias de saúde.²⁰ Acredita-se que a necessidade da consolidação e ampliação da Atenção Primária por meio da Estratégia de Saúde da Família esteja mais do que comprovada, porém ainda reside uma imagem social de que a Estratégia é uma “medicina pobre para pobre”. Entende-se que a mudança deste perfil requeira atitudes de envolvimento das demais camadas sociais com vistas a uma maior participação social, como no caso do Movimento Sanitário, na década de 70; que envolveu todas as classes sociais para as reivindicações sobre o sistema de saúde.

Nesta perspectiva o câncer de colo de útero se configura como um importante problema de saúde pública, principalmente com a crescente exposição aos fatores de risco e da modificação de hábitos de vida da população.

CONCLUSÃO

Mesmo com as limitações inerentes a pesquisas transversais, este estudo possibilitou a traçar hipóteses explicativas de um constructo amplamente discutido em

um cenário ainda carente de pesquisas e publicações. Uma vez que os dados encontrados neste trabalho apresentaram similaridades com outros cenários já investigados, acredita-se que estes achados possam ser generalizados para outros territórios que possuam semelhanças contextuais as do município pesquisado.

O estudo permitiu identificar que as mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família possuem maior facilidade de acesso na utilização dos serviços de rastreio e detecção precoce do câncer do colo do útero. A idade, a escolaridade, a situação conjugal e classe econômica das usuárias também parecem mediar o processo sistemático de rastreio, bem como sua realização no SUS. Os veículos de comunicação utilizados para obtenção de informações sobre esta neoplasia também parecem sofrer influências destes estratos, uma vez que as escolas e as unidades públicas de saúde são preteridas para esta prática por mulheres pretas e pardas.

Acredita-se, portanto, que a Estratégia de Saúde da Família vem cumprindo seu papel de formação de vínculo com a comunidade, bem como de disseminação de práticas preventivas e promotoras de saúde. Todavia, o retrato realizado demonstrou a necessidade de envolvimento dos demais estratos sociais, a fim de garantir o princípio da equidade de acesso e ganhar mais espaços de discussão e de confiança na sociedade como um todo, visando a consolidação das práticas do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Câncer de colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 1996. [citado em: 23 de setembro de 2011]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao
2. Ayres ARG, Silva GA. Prevalência de infecção do colo do útero pelo HPV no Brasil: revisão sistemática. Rev saúde pública. 2010;44(5):963-74.
3. Pinho AA, França IJ. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. Rev brasileira de saúde materno infantil. 2003[acesso em 23 de setembro de 2011]; 3(1):95-112. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n1/a12v03n1.pdf>

4. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e mama. Brasília: 2006. [citado em 23 de setembro de 2011]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad13.pdf
5. Rafael RMR, Moura ATMS. Barreiras na realização da colpocitologia oncótica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da saúde da família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. de Saúde Pública. 2010; 26(5):1045-1050.
6. Rafael RMR, Costa FS, Oliveira AR, Nascimento RMS. Conhecimento e práticas de usuários sobre o exame de papanicolau na estratégia de saúde da família. Revista de Enfermagem UFPE On Line. 2011; 5(1): 75-82.
7. Mendonça VG, Guimarães MJB, Filho JLL, Mendonça CG, Martins DBG, Crovella S, Alencar LCA, et al. Infecção cervical por papilomavirus humano: genotipagem viral e fatores de risco para lesão intraepitelial de alto grau e câncer de colo do útero. Rev Brasileira de Ginecologia e Obstetria. 2010; 32(10):476-485.
8. Ushimura NS, Nakano K, Nakano LCG, Ushimura TT. Qualidade e desempenho das colpocitologias na prevenção de câncer de colo do uterino. Rev Assoc Med Bras. 2009; 55(5):569-74.
9. Fernandes JV, Rodrigues SHL, Costa YGAS, Silva LCM, Brito AML, Azevedo JWV, et al. Conhecimentos, atitudes e práticas do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. Revista de saúde pública. 2009; 43(5):851-858.
10. Martins LFL, Thuler LCS, Valente JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. Caderno de saúde pública. 2005;27(8):485-92.
11. Queiroz AMA, Cano AMT, Zaia JE. O papiloma vírus humano(HPV) em mulheres atendidas pelo SUS, da cidade de Patos de Minas-MG. RBAC. 2007; 39(2): 151-157.
12. Vale DBAP, Moraes SS, Pimenta AL, Zeferino LC. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no município de Amparo, São Paulo, Brasil. Caderno de saúde pública. 2010; 26(2): 383-390.

13. Valente CA, Andrade V, Soares MBO, Silva SR. Conhecimento de mulheres sobre o exame de papanicolaou. Revista da escola de enfermagem da USP. 2009; 43(2):1193-1198.
14. Albuquerque KM, Frias PG, Andrade CLTA, Aquino EML, Menezes G, Szwarcwald CL. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não realização: um olhar sobre o programa de prevenção de cancer do colo do útero em Pernambuco, Brasil. Caderno de saude publica. 2009; 25(2): 301-309.
15. Ministerio da saúde. Envelhecimento e saude da pessoa idosa. Brasilia: 2006. [citado em 28 de setembro de 2011] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf
16. Yancik R, Ries LAG. Aging and cancer in America. Hematol Oncol Clin North Am, 2000;14(1):17-23.
17. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensao arterial em idosos: prevalencia, fatores associados e práticas de controle no Municipio de Campinas, São Paulo, Brasil. Caderno de Saude publica. 2006; 22(2): 285-294.
18. Chalen E, Mitsuhiro SS, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescencia: perfil socio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. Caderno de saude publica. 2007; 23(1): 177-186.
19. Brunello MEF, Neto FC, Arcêncio RA, Andrade RLP, Magnabosco GT, Villa TCS. Áreas de vulnerabilidades para co-infecção HIV-aids/TB em Ribeirao Preto, SP. Revista de saude publica. 2011; 45(3): 556-563.
20. Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS – Boletim do Instituto de Saúde(Impresso). 2010; 12(2): 109-114.

ORIGINAL

**A SÍNDROME DE BURNOUT E SUAS RELAÇÕES COM A SAÚDE DOS
PROFISSIONAIS DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR DA BAIXADA
FLUMINENSE (RJ)**

BURNOUT SYNDROME AND ITS RELATIONSHIP WITHHEAL PROFESSIONAL
PRE-HOSPITAL EMERGENCY THE BAIXADA FLUMINENSE (RJ)

Andressa Moraes¹, Luciene Tulia¹, Caroline Moraes Soares², Ana Carla Alves Cruz³,
Roseleia Pereira Martins Maia⁴, Ricardo de Mattos Russo Rafael⁵

1. Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Iguaçu (UNIG).
2. Enfermeira. Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (FIOCRUZ). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Iguaçu (UNIG).
3. Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva (UFF). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Iguaçu (UNIG).
4. Enfermeira. Especialista em UTI do Adulto e do Idoso (UFRJ). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Iguaçu (UNIG)
5. Enfermeiro. Doutorando em Ciências (FCM/UERJ). Mestre em Saúde da Família. Professor do Curso de Graduação em Enfermagem e de Medicina da UNIG. E-mail: prof.ricardomattos@gmail.com (**Autor de Correspondência**)

Conflitos de interesse: não há

Fontes de financiamento: não há

RESUMO

Objetivo: estimar a prevalência das dimensões da Síndrome de Burnout em profissionais atuantes na área de resgate e emergência pré-hospitalar na Baixada Fluminense, bem as possíveis relações com o perfil de saúde e hábitos de vida desta população. **Métodos:** estudo transversal realizado em 6 unidades de emergência pré-

hospitalar da Baixada Fluminense, perfazendo o quantitativo total de 50 profissionais. Para determinação da prevalência e suas associações, foi utilizado um questionário autoaplicável. **Resultados:** Observou-se uma prevalência de 34.0% de afastamentos dos serviços por motivos de saúde no ano anterior da entrevista. Além disso, 28.0% (IC95%: 15.1/40.8) e 58,0% (IC95%: 43.8/72.1) da amostra demonstraram, respectivamente, alto grau de cansaço emocional e despersonalização. **Conclusões:** Devido a elevada prevalência de desgastes relacionados a Síndrome, acredita-se que o emprego de estratégias de redução de estresse no ambiente de trabalho e nos intervalos de descanso sejam imperativos para a melhoria dos condicionantes de saúde deste grupo populacional.

Descritores: Esgotamento profissional, Saúde do Trabalhador, Sistema Médico de Emergência.

ABSTRACT

Objective: To estimate the dimensions of the Burnout Syndrome in professionals working in the area of pre-hospital rescue and emergency in the Baixada Fluminense, as well as its possible relationship with the health profile and lifestyle of this population. **Method:** Cross-sectional study in 6 units of pre-hospital emergency of the Baixada Fluminense, making the total amount of 50 professionals. For quantitative determination of prevalence and its associations, a self-administered questionnaire was used. **Results:** There was a prevalence of 34.0 % of work leaves for health reasons in the preceding year of the interview. In addition, 28.0% (95% CI:01/15/40) and 58.0% (95% CI: 43.8/72.1) of the sample showed, respectively, a high degree of emotional exhaustion and depersonalization. **Conclusion:** Due to high prevalence of fatigue related to the Syndrome, it is believed that the use of strategies to reduce stress at work and during rest intervals are imperative for the improvement of health conditions of this populational group.

Descriptors: Professional Burnout, Occupational Health and Medical Emergency System.

INTRODUÇÃO

O termo Burnout é utilizado para referir-se ao desgaste profissional que sofrem os profissionais da área humana, devido a condições de trabalho, que têm fortes demandas sociais. Acredita-se que fatores pessoais, familiares e organizacionais estão implícitos em seu surgimento, ou ainda a dedicação exagerada na busca em ser o melhor profissional. Esta síndrome está relacionada à reunião de três componentes independentes que são: exaustão emocional, despersonalização e falta de envolvimento no trabalho ¹

Embora ainda se trate de um fenômeno pouco pesquisado em nosso meio e, conseqüentemente, pouco divulgado entre os profissionais de enfermagem, no Brasil não existem dados estatísticos específicos sobre a incidência da síndrome de Burnout. Esses profissionais, porém, alguns estudos referem acreditar que estes dados não diferem dos obtidos em pesquisas realizadas nos Estados Unidos e Canadá, onde se identificou que pelo menos 11% das reclamações sobre doenças correspondem ao estresse profissional ¹

Sabe-se que 15% dos profissionais de saúde que buscam auxílio, em caráter depressivo, apresentam também diagnósticos compatíveis com a Síndrome do Esgotamento Profissional ou Burnout. Por ser confundida com outras doenças ou situações de ansiedade não patológica, a síndrome acaba tornando-se de difícil diagnóstico ²

A Síndrome de Burnout apresenta alguns sintomas semelhantes aos quadros depressivos, tais como os distúrbios do sono, a perda de energia e a fadiga, a perda de interesse nas atividades diárias, a diminuição da auto-estima e da autoconfiança, e o desapontamento e a tristeza, conquanto também existam diferenças marcantes entre os dois quadros clínicos ³

A síndrome é caracterizada pelas dimensões de exaustão mental e emocional, despersonalização e sucesso pessoal reduzido, relacionado com uma avaliação negativa das competências individuais no trabalho.³ A sobrecarga de trabalho sofrida pelo profissional de saúde implica diretamente nos cuidados prestados aos pacientes, além disso, fazendo com que estes indivíduos não consigam desempenhar suas atividades com qualidade, o que não justifica, mas explica a ocorrência de graves erros durante a prestação da assistência ⁴.

Nos serviços de atendimento pré-hospitalares os cuidados são vistos de forma mais complexa exigindo que o profissional tome decisões rápidas levando a um maior estresse pelo nível de responsabilidade provocado pela situação vivida. Isso acontece porque cada profissional possui experiência única e é interpretada e representada de diversas formas de acordo com os variados tipos de fatores estressores⁵. Os profissionais que atuam em unidades pré-hospitalares vivem momentos de grande tensão, medo e ansiedade o que pode influenciar negativamente em suas vidas levando ao cansaço físico e mental pelas situações aos quais são expostos diariamente⁶.

Desta forma, tem-se como questão norteadora: Qual a prevalência da Síndrome de Burnout e suas influências na saúde dos profissionais da área de resgate e emergência pré-hospitalar? Neste contexto, o estudo prevê como objeto: a relação da Síndrome de Burnout com a saúde destes profissionais; e como objetivos: estimar a prevalência das dimensões da Síndrome de Burnout em profissionais atuantes na área de resgate e emergência pré-hospitalar na Baixada Fluminense, RJ; e 2) Discutir as possíveis relações com o perfil de saúde e hábitos de vida desta população.

Os aspectos motivadores para a realização desta pesquisa estão pautados na observação em campo prático de atuação profissional e estudos, uma vez que acredita-se que este grupo está mais vulnerável ao estresse, quando comparado as demais áreas. Desta forma, o trabalho prevê como contribuições a reflexão da situação de exposição de riscos para estes profissionais, bem como a geração de dados que podem subsidiar a formulação de estratégias preventivas específicas para o agravo e balizar novas pesquisas que contemplem este constructo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal originário do projeto intitulado “Síndrome de Burnout: um inventário realizado em profissionais de saúde da área pré-hospitalar”. Prevendo uma amostra que exprimisse a realidade da Baixada Fluminense, optou-se pela técnica censitária abarcando todas as unidades desta rede de atendimentos. Neste contexto, o cenário da pesquisa foi composto por seis unidades distribuídas nos municípios de Nova Iguaçu, Belford Roxo, Nilópolis, São João de Meriti e Duque de Caxias. Como atribuições principais destas áreas de trabalho estão as prestações de

serviços por meio de viaturas de socorro de emergência reguladas por uma equipe de médicos apoiadores.

O tamanho amostral foi previsto inicialmente para cobrir no mínimo 70% do universo (N=58), perfazendo o quantitativo mínimo de 41 profissionais. Os critérios delineados como inclusão dos sujeitos do estudo foram: a) Ser profissional com lotação funcional na região da Baixada Fluminense; e b) Aceitar participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os sujeitos que não entregaram os instrumentos de pesquisa após duas tentativas de recolhimento.

Após um estudo piloto em área próxima da região do estudo, procede-se a coleta de dados no período de outubro e novembro de 2011, por meio de questionários autoaplicáveis. Primeiramente, foi realizado contato com vários profissionais da região para que pudessem servir de mediadores do processo, garantindo a sensibilização inicial dos sujeitos elegíveis para a pesquisa. Feito isto, procedeu-se a entrega dos formulários para todos os sujeitos, agendando uma data limite para depósito em urna. Destaca-se que as urnas foram posicionadas em locais de fácil acesso e que garantissem o anonimato no momento do depósito.

O instrumento de coleta foi composto por um questionário estruturado e multidimensional. O primeiro módulo foi criado a partir de 6 itens presentes na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios e pelos Critérios de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)⁷. Os dois módulos seguintes foram compostos por 40 itens que tiveram por objetivo caracterizar o perfil de saúde e de trabalho dos sujeitos. E, por fim, o último módulo se deu por meio do instrumento *Maslach Burnout Inventory* (MIB), adaptado transculturalmente, por Tamayo⁽⁸⁾, para sua aplicação no Brasil. Este módulo contém 22 itens que abordam as três dimensões da Síndrome, a saber: cansaço emocional (9 itens), despersonalização (5 itens) e realização pessoal (8 itens). Destaca-se que os resultados deste estudo só tratam das questões que possuem relação com o objeto proposto na introdução.

A modelagem estatística dos dados se deu com auxílio do software Stata SE 10, após a construção e limpeza do banco no software Excel 2010. Os Intervalos de Confiança 95% foram estimados para todas as prevalências, sendo calculado via método binomial exato. Em todas as associações de variáveis foram calculados o respectivo p-valor, aplicando-se o Teste Exato de Fisher.

Visando atender as resoluções e instrumentos legais que dispõem sobre a eticidade de pesquisas com seres humanos, o projeto que deu origem a este estudo foi submetido e aprovado (CAAE 1974.0.000.308-11) a um Comitê de Ética em Pesquisa de uma Universidade a qual o pesquisador responsável (RMRR) também está vinculado. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido acompanharam todos os questionários autoaplicáveis, bem como antes do início da coleta de dados, os sujeitos elegíveis foram orientados quanto à garantia de anonimato, autonomia e liberdade no que diz respeito à participação do trabalho, bem como os objetivos e contribuições esperadas pelo projeto. Destaca-se ainda que os autores não possuem nenhum tipo de conflito de interesse relacionado aos dados e demais desdobramentos que possam ser gerados por esta pesquisa.

RESULTADOS

A amostra estudada foi composta por 50 profissionais envolvidos com resgate e emergência pré-hospitalar, tendo 8 perdas devido a mais de duas tentativas de recebimento do instrumento. O perfil sociodemográfico do grupo apresentou maior concentração na faixa etária até de 20 a 39 anos (72%), sendo a maior parte do sexo masculino (68%), de cor branca (48%), casados (60%), com ensino médio concluído (82%) e pertencentes as classes econômicas C e D (68%). A distribuição das ocupações nestas unidades foi de 32% como condutores de ambulância, 20% com médicos e 62% com socorristas. Analisando a formação dos 24 socorristas, observou-se que 87.5% eram Técnicos de Enfermagem e 12,5% profissionais Enfermeiros.

No que tange ao perfil de saúde, foi observado que 48% (IC95%: 33.6/62.3) dos entrevistados utilizam a assistência pública prioritariamente, seguidos de 42% (IC95%: 27.8/56.1) da amostra que complementam esta assistência com seguros ou planos de saúde. A Tabela 1 demonstra o perfil de saúde e hábitos de vida da população investigada. Chama-se atenção para a ocorrência de afastamentos por motivos de saúde no último ano (34.0%; IC95%: 20.4/47.5).

Tabela 1. Perfil de saúde e hábitos de vida em profissionais da área de emergência pré-hospitalar da Baixada Fluminense (RJ), 2011 (n=50)

Variáveis	Prevalência (%)
-----------	-----------------

Problema de saúde	
Não	80.0 (68.5/91.4)
Sim	20.0 (8.5/31.4)
Tratamento médico	
Não	86.0 (76.0/95.8)
Sim	14.0 (4.0/23.9)
Uso de medicamento	
Não	80.0 (68.5/91.4)
Sim	20.0 (8.5/31.4)
Afastamento nos últimos 12 meses	
Não	66.0 (52.4/79.5)
Sim	34.0 (20.4/47.5)
Fuma	
Não	87.7 (78.2/97.2)
Sim	12.2 (2.7/21.7)
Atividade física	
Não	38.0 (24.0/51.9)
Sim	62.0 (48.0/75.9)
Fr. da atividade	
≤ 2 vezes na semana	46.0 (31.6/60.3)
> 3 vezes na semana	54.0 (39.6/68.3)

Entre os nove profissionais que relataram problemas de saúde observou-se 5 grupos de queixas/doenças. Conforme demonstrado no **Gráfico 1** a Hipertensão Arterial Sistêmica apresentou-se como a queixa mais prevalente (45.4%), seguida da asma e da Síndrome do Pânico (18.2%) e do Diabetes Mellitus e queixas de lombalgias (9.2%). Já entre as principais patologias que geraram licenciamento nos últimos 12 meses, constam doenças infecciosas, como meningites e pneumonias, e a Síndrome do Pânico.

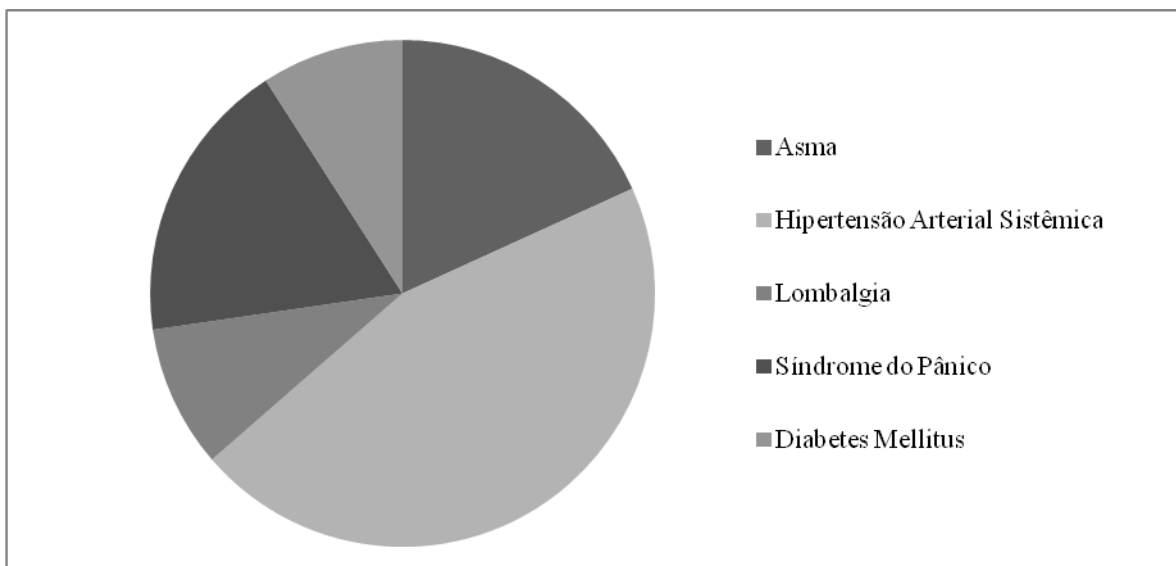


Gráfico 1. Prevalência das principais doenças e manifestações clínicas sentidas por 11 profissionais da área de emergência pré-hospitalar da Baixada Fluminense (RJ), 2011.

A **Tabela 2** demonstra a prevalência a prevalência obtida nas três dimensões de investigação da Síndrome de Burnout. Observa-se que amostra apresentou índices elevados de cansaço emocional (28.0%; IC95%: 15.1/40.8) e de despersonalização (58.0%; IC95%: 43.8/72.1). Em contrapartida, apenas 2.0 % (IC95%: 0/6.0) apresentou sinais de comprometimento da realização pessoal com o trabalho prestado.

Tabela 2. Prevalências das dimensões da Síndrome de Burnout em profissionais da área de emergência pré-hospitalar da Baixada Fluminense (RJ), 2011 (n=50)

Variáveis	Prevalências (%)
Cansaço emocional	
Alto	28.0 (15.1/40.8)
Médio	42.0 (27.8/56.1)
Baixo	30.0 (16.8/43.1)
Despersonalização	
Alto	58.0 (43.8/72.1)
Médio	30.0 (16.8/43.1)
Baixo	12.0 (26.7/21.3)
Realização pessoal	
Alta	98.0 (93.8/100.0)
Média	2.0 (0/6.0)

As associações entre as dimensões da Síndrome e as variáveis de problemas de saúde e hábitos de vida são apresentadas, respectivamente, pelas **Tabelas 3 e 4**. As dimensões cansaço emocional e despersonalização demonstraram relação estatisticamente significativa com a variável “afastamento nos últimos 12 meses” ($p\text{-valor} < 0,01$), bem como os problemas de saúde e uso de medicamentos apresentaram correlações importantes com a Síndrome ($p\text{-valor} < 0,01$). Observa-se que a prática de atividades físicas regulares também apresenta como significativa, demonstrando que em face de sua presença a prevalência de cansaço emocional reduz em grau e prevalência ($p\text{-valor} < 0,05$).

Tabela 3. Associação das dimensões da Síndrome de Burnout e das variáveis relacionadas a problemas de saúde em profissionais da área de emergência pré-hospitalar da Baixada Fluminense (RJ), 2011 (n=50)

Variáveis	Cansaço Emocional (%)			Despersonalização (%)			Realização Pessoal (%)	
	Alto	Médio	Baixo	Alto	Médio	Baixo	Alto	Médio
Problema de saúde								
Não	57.1	81.0	100.0	75.9	80.0	100.0	79.6	100.0
Sim	42.9	19.0	-	24.1	20.0	-	20.4	-
<i>p-valor</i>	< 0.01			0.532			0.800	
Tratamento médico								
Não	71.4	90.5	83.3	82.8	86.7	100.0	85.7	100.0
Sim	28.6	9.5	6.7	17.2	13.3	-	14.3	-
<i>p-valor</i>	0.260			0.850			0.860	
Uso de medicamentos								

Não	71.4	81.0	86.7	79.3	80.0	83.3	79.6	100.0
Sim	28.6	19.0	13.3	20.7	20.0	16.7	20.4	-
<i>p-valor</i>	0.609			> 0,01			0.800	
Afastamento nos últimos 12 meses								
Não	64.3	66.7	66.7	65,5	66.7	66.7	65.3	100.0
Sim	35.7	33.3	33.3	34.5	33.3	33.3	34.7	-
<i>p-valor</i>	> 0.01			> 0.01			0.660	

Tabela 4. Associação das dimensões da Síndrome de Burnout e das variáveis selecionadas de hábitos de vida em profissionais da área de emergência pré-hospitalar da Baixada Fluminense (RJ), 2011 (n=50)

Variáveis	Cansaço Emocional (%)			Despersonalização (%)			Realização Pessoal (%)	
	Alto	Médio	Baixo	Alto	Médio	Baixo	Alto	Médio
Fuma								
Não	78.6	90.5	92.9	82.8	100.0	83.3	87.5	100.0
Sim	21.4	9.5	7.1	17.2	-	16.7	12.5	-
<i>p-valor</i>	0.549			0.228			0.878	
Atividade física								
Não	64.3	33.3	20.0	41.4	40.0	16.7	36.7	100.0
Sim	35.7	66.7	80.0	58.6	60.0	83.3	63.3	-
<i>p-valor</i>	0.044			0.640			0.380	
Fr. da atividade								
≤ 2 vezes na semana	64.3	47.6	26.7	51.7	46.7	16.7	44.9	100.0
> 3 vezes na semana	35.7	52.4	73.3	48.3	53.3	83.3	55.1	-
<i>p-valor</i>	0.134			0.305			0.460	

DISCUSSÃO

Muitos problemas de saúde são causados por estresse. Profissionais de serviços sociais e de saúde são os principais acometidos, devido a sua constante e excessiva jornada de trabalho ligada a pessoas e suas tensões emocionais. Os profissionais que lidam com alto índice de carga emocional, acabam por se envolver com as situações de seu cotidiano, ampliando a vulnerabilidade para o desenvolvimento de estresses patológicos. Este processo estressor acaba sendo deflagrado por situações de aborrecimento, estresse crônico, tédio, desânimo, desinteresse, fadiga, falta no trabalho, entre outros⁹.

Uma das principais causas do afastamento do trabalho são os transtornos mentais. Esses transtornos manifestam-se através de quatro classes sintomatológicas: física, psíquica, comportamental e defensiva¹⁰. O transtorno físico é aquele no qual o trabalhador constantemente apresenta fadiga, sono, dores musculares e falta de apetite. Já no transtorno psíquico, o profissional apresenta alterações da memória, falta de atenção, frustração e ansiedade¹¹.

Quando apresenta negligência no trabalho, incapacidade para se concentrar, irritabilidade ocasional ou instantânea, conflitos com os colegas, irregularidade em cumprir o horário de trabalho e longos descansos, tem-se o transtorno comportamental. No transtorno defensivo, os profissionais, em geral, manifestam onipotência, decadência da qualidade de trabalho, tendência ao isolamento e até cinismo¹¹.

Outro agravo de alta morbidade associada ao estresse é a Hipertensão Arterial Sistêmica. Quando o profissional depara-se com níveis elevados de estresse em seu cotidiano, trazendo as dificuldades da sua profissão para seu convívio social e emocional, desencadeia um descontrole físico e mental, alterando assim seu sistema nervoso central e, por consequência, afetando a homeostase endócrina e pressórica. Outro aspecto que merece reflexão é a dificuldade de acompanhamento/monitoramento de doenças nesta categoria profissional, uma vez que as longas jornadas de trabalho impedem o acesso aos serviços de saúde, desta vez como usuários¹².

Embora o estudo não tenha apontado para uma associação estatisticamente significativa, o tabagismo tem sido associado às fontes de estresse em inúmeros trabalhos. Profissionais de saúde têm utilizado a dependência do tabaco como um meio de extrapolar e expor sua carga de estresse. Quando se está em seu ambiente de trabalho

e depara-se em situações estressoras, acaba por usufruir deste recurso como válvula de escape pensando estar relaxando e esquecendo o estresse do cotidiano. Momentaneamente, o que leva a pessoa cada vez mais a estar dependente desta droga.

Sempre que nos deparamos com indivíduos com sintomas de transtorno, podemos, observar que nesta categoria o uso exagerado do tabaco tem trazido sérios danos à saúde. Hipertensão e danos mentais são dois exemplos que estão relacionados ao uso desta droga. À medida que seu uso fica cada vez mais frequentemente também se eleva o numero de casos de doenças cardiovasculares. Dados do M.S aponta o tabaco como o responsável por 45% das mortes por doenças coronarianas (infarto agudo do miocárdio). Já nos transtornos mentais, está droga age de forma devastadora levando a depressão, alcoolismo, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia entre outras doenças incapacitantes, de tratamento contínuo ou eventual.

O estudo demonstrou que cerca de 70% da amostra encontra-se em graus elevados de cansaço emocional, números próximos do encontrado em outros trabalhos sobre a Síndrome de Burnout. Cansaço emocional acontece quando o indivíduo apresenta em si mesmo a impressão de que não disponibiliza de disposição para oferecer aos outros. Suas consequências são sintomas variados como ansiedade, cansaço, irritabilidade, propensão a acidentes ansiedade, depressão, abuso no uso de álcool, cigarro ou drogas e doenças diversas.

Outro ponto preocupante observada foi à presença da despersonalização em níveis moderados e altos em quase 90% da amostra. Esta dimensão retrata os sintomas psicológicos e físicos adquirindo a despersonalização, onde o profissional age com atitudes frias e negativas, trabalhando em prol as pessoas que estão ligadas diretamente a elas no ambiente de trabalho com um tratamento depreciativo. Pode ser um colega, cliente ou um superior. O trabalhador passa a ter atitudes até mesmo irônicas e cínicas, chegando a tratar os indivíduos como objeto e de forma invencível.

Em contrapartida, observou-se em quase a totalidade dos sujeitos (98%) um elevado nível de satisfação e realização pessoal em decorrência do trabalho. A satisfação com o trabalho atua de forma preventiva aos danos ocasionados pelo estresse. Um profissional de saúde em condições saudáveis em seu ambiente ocupacional demonstra uma pessoa que reflete em sua atuação profissional. Uma instituição comprometida e empenhada com o trabalhador, focado em minimizar ou eliminar os agentes estressores envolvidos, buscando umas condições adequadas ao seu prestador

de serviço acaba contribuindo para o sucesso não só do prestador como da instituição envolvida. Também auto avaliação pelo individuo para buscar medidas que sejam preventivamente nos processos relativos a Síndrome de Burnout. Na esfera pessoal identificar os elementos e quais as estratégias deverá adotar em seu cotidiano, para elevar sua autoestima e descarregar o estresse acumulado. Uma desta estratégia com certeza é adquirir hábitos saudáveis e não prejudiciais a sua saúde¹³.

A atividade física tem sido demonstrada como uma importante estratégia de *coping*, o que pode auxiliar a explicar a realização pessoal deste grupo profissional. Grande parte dos sujeitos pratica corridas, caminhadas e musculações em decorrência da necessidade de preparo físico relacionado ao trabalho demonstraram em um estudo com professores que a frequência das atividades é diretamente proporcional a redução do cansaço emocional⁽²⁾. Desta forma, pensar em estratégias relacionadas promoção de práticas saudáveis durante e após o trabalho parecem imprescindíveis.

CONCLUSÃO

O grupo estudado apresentou níveis preocupantes de cansaço emocional e despersonalização, fatores estes que podem prejudicar tanto a saúde biopsicossocial dos profissionais, bem como gerar reflexos sobre a saúde da população sob seus cuidados. Sugere-se também que o esgotamento profissional possa estar relacionado a problemas de saúde presente no cotidiano das pessoas, tais como a Hipertensão Arterial e os Transtornos Mentais ligados a ansiedade.

A investigação sobre a prática de exercícios e atividades físicas relacionada a redução do cansaço emocional, corrobora para a necessidade de ampliação de ações promotoras de saúde dentro do próprio trabalho, haja vista a dificuldade desta categoria profissional de acessar os serviços de saúde como usuários. Desta forma, devido ao diminuto tamanho amostral e método eleito neste estudo não foi possível a realização de inferências causais, recomendando-se, assim, outras pesquisas que contemplem metodologias diferenciadas e que debrucem o olhar sobre este grupo populacional.

REFERÊNCIAS

1. Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2005;13(2): 255-261.
2. Bezerra ACO, Silva EB, Boto PC, Rafael RMR. Síndrome de Burnout: perfil do estresse em professores atuantes em faculdades de ciências da saúde, Rio de Janeiro, 2011; 3(3): 2329-37
3. Pacheco JEP, Jesus SN. Burnout e coping em profissionais de saúde. *Revista Investigação em Enfermagem*. 2007;16: 32-42.
4. Carvalho CG, Magalhães SR. Síndrome de Burnout e suas consequências nos profissionais de enfermagem. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*. 2011; 9(1): 200-10.
5. Stumm EMF, Oliveski CC, Costa CFL, Kirchner RM, Silva LAA. Estressores e coping vivenciados por enfermeiros em um serviço de atendimento pré – hospitalar. *Cogitare Enfermagem*. 2008;13(1):33-43.
6. Nascimento KC, Erdmann AL, Campos JC, Rosa MC. Percepções acerca do estresse no trabalho de uma equipe de atendimento pré – hospitalar. *Revista Batana de Enfermagem*. 2007;21(2):9-17.
7. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: ABEP; 2003.
8. Tamayo MR. Relação entre a síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos. Dissertação de Mestrado não publicada – Universidade de Brasília, Brasília; 1997.
9. Carlotto MS, Câmara SG. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. *Revista Psico*. 2008;39(2):152-8.
10. Jodas DA, Haddad MCL. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto-socorro de hospital universitário. *Acta paulista de Enfermagem*. 2008;22(2):192-97.

11. Lima FD, Buunk AP, Araújo MBJ, Chaves JGM, Muniz DLO, Queiroz LB. Síndrome de Burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia – 2004,.Revista Brasileira de Educação Médica.2007;31(2): 137-146.
12. Malagris LEN, Brunini TMC, Moss MB, Silva PJA, Esposito BR, Ribeiro ACM. Evidências biológicas do treino de controle do stress em pacientes com hipertensão. Revista de Psicologia: Reflexão e crítica. 2009;22(1):60-68.
13. Fleury M. A informação como estratégia de prevenção da síndrome de Burnout[20Nov.2011]; 2010. disponível em: <http://www.artigos.com>

ORIGINAL

**MÉTODO MÃE-CANGURU: UM BENEFÍCIO PARA OS RECÉM-NASCIDOS
PREMATUROS OU DE BAIXO PESO NO CUIDADO DE ENFERMAGEM**

**KANGAROO MOTHER CARE: A BENEFIT FOR NEWBORN PREMATURE OR
LOW WEIGHT IN NURSING CARE**

Tatiane Fernandes de Araujo¹, Camila de Oliveira Santos²

1. Enfermeira graduada pelo curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário – UniAbeu
2. Enfermeira graduada pela universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO). Especialista em Home-Care pela UFF. Mestre em enfermagem pela EEAN/UFRJ. Licenciada em enfermagem pela faculdade Souza Marques. E-mail: camsantos1979@gmail.com. (**Autor de Correspondência**)

Conflitos de interesse: não há

Fontes de financiamento: não há

RESUMO

O presente estudo tem como objeto os benefícios do método mãe-canguru aos recém-nascidos prematuros ou de baixo peso, **objetivando** identificar e discutir esses benefícios, apontando a relevância da atuação do enfermeiro na realização. A **metodologia** utilizada foi revisão bibliográfica, abordagem qualitativa. Na **análise** de dados evidenciamos os benefícios do método, o enfermeiro na aplicação do método e a humanização no cuidado. **Concluimos** que há uma escassez de informações relacionada ao método e que o enfermeiro é o disseminador de seus benefícios.

Descritores: recém-nascidos, método mãe-canguru e humanização.

ABSTRACT

This paper studied the benefits of KMC for preterm infants or low birth weight, aiming to identify and discuss these benefits, indicating the relevance of the work of nurses in performing. The methodology used was a literature review, a qualitative approach. In data analysis evidenced the benefits of the method, the nurses in the application of the method and the humanization of care. We conclude that there is a dearth of information related to the method and that the nurse is the disseminator of its benefits.

Descriptors: newborns, Kangaroo Mother Care, humanization.

INTRODUÇÃO

O método mãe-canguru foi desenvolvido na Colômbia em 1979, e implantado no Brasil através da Norma de orientação para implantação do método mãe-canguru pela portaria nº 693/GM Em 5 de julho de 2000. Este nome foi dado pela posição que a mãe segura o recém nascido muito parecido com a posição dos marsupiais. O método consiste no contato pele a pele entre mãe e recém-nascido (RN) prematuro ou de baixo peso, visando, o contato precoce entre eles, o aumento do vínculo entre os familiares e a equipe de saúde, o controle térmico, a diminuição de tempo de internação e com consequência do risco de infecções.

Segundo a portaria nº 693/GM Em 5 de julho de 2000, a aplicação do método é desenvolvida em três etapas, a primeira iniciando-se dentro da unidade neonatal, a segunda, mãe e bebê são encaminhadas a uma enfermaria conjunta (alojamento mãe-canguru) e a terceira etapa ocorre após a alta nos ambulatórios de acompanhamento.

É importante ressaltar que o método mãe-canguru não substitui o tratamento convencional, e sim é utilizado para uma melhor adaptação do recém-nascido ao meio, porém é percebido que muitas unidades têm um número pequeno disponível de espaço e incubadoras onde o RN “deveria” permanecer até o peso ideal, o método pode ser utilizado substituindo as unidades neonatais intermediárias por enfermarias conjuntas mãe e bebê (alojamento mãe-canguru) onde não seria necessário o uso de incubadoras aquecidas, pois a mãe fica com seu bebê o máximo de tempo possível na posição canguru, levando para ele o calor necessário para manter a temperatura adequada, isso é claro quando há possível condição do recém-nascido sair de dentro da unidade neonatal sem maiores complicações.¹

Em minha vivência como auxiliar de enfermagem pude perceber como o método mãe-canguru influencia na melhora fisiológica do recém-nascido prematuro ou de baixo peso, bem como o aumento do vínculo materno pelo contato precoce, ajudando assim a mãe deste recém-nascido a ter uma melhor aceitação do estado momentâneo do seu bebê. Também constatei a importância do profissional enfermeiro junto à orientação desses familiares, são eles que motivam as mães a manterem um contato permanente com o seu bebê, pois elas demonstram medo em lidar com recém-nascidos que não apresentam um peso ideal aos padrões que elas delimitavam, ou seja, imaginavam para seu filho na hora do nascimento, e isso traz frustrações, fazendo com que haja até abandono dos recém-nascidos nessas unidades, podendo ser este somente no período da internação, e após a alta, mesmo que aparecendo com alguns dias já informados, a mãe retorna para buscar seu filho que ficou um grande período de tempo internado na unidade, sem que ela fosse visitá-lo, sem criar vínculos. Temos também os casos que as mães não visitam seus bebês no período de internação, e quando os mesmos recebem alta hospitalar as mães informam que não querem ficar com a criança, ou que irá “dar” para outra pessoa cuidar, sendo assim a assistente social encaminha esses bebês ao serviço social.

Hoje com minha vivência acadêmica, vejo a importância do profissional enfermeiro dentro do método mãe-canguru, agindo como principal disseminador de sua equipe para realização de procedimentos humanizados dentro da UTI neonatal, dando o cuidado necessário para o recém-nascido e apoio aos pais e sua família.

Neste sentido, lança-se como questão norteadora: quais os benefícios do método mãe-canguru para os recém-nascidos prematuros ou de baixo peso? Como objetivos este estudo prevê: 1. Identificar os benefícios do método mãe-canguru para os recém-nascidos prematuros ou de baixo peso; 2. Discutir os benefícios do método mãe-canguru para os recém-nascidos prematuros ou de baixo peso; 3. Mostrar a relevância da atuação do profissional enfermeiro na realização do método mãe-canguru e como orientador da mãe e de sua equipe.

MÉTODOS

O presente estudo é uma pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa. A pesquisa bibliográfica segundo Minayo² pode ser disciplinada, crítica e ampla.

Disciplinada, pois a escolha dos textos e autores deve seguir critérios pré-estabelecidos pelo autor, para que possa ser direcionada a pesquisa. Crítica, pois deve ser reflexiva, deve atentar com relação ao método proposto e os resultados encontrados no material de pesquisa de outros autores. Ampla, o pesquisador deve ter conhecimento sobre o problema apontado, sabendo selecionar os focos que devem ser mais desenvolvidos no objeto estudado.

Ainda segundo Minayo^{2:21}, a pesquisa com abordagem qualitativa “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”. Gil^{3:45} afirma que “A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais amplo do que aquela que poderia pesquisar o investigador”.

A escolha da metodologia visa sanar dúvidas sobre o tema citado, trazendo um melhor entendimento sobre o assunto, a fim de melhorar o atendimento nas unidades neonatais para o recém-nascido prematuro ou de baixo peso, para a sua mãe, e um melhor entendimento dos profissionais enfermeiros.

Foram utilizadas bases de dados como Scielo, textos oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde e publicações de autores que discutem o método mãe-canguru. A pesquisa foi realizada através de livros, artigos relacionados ao tema proposto e sites oficiais. O foco estudado foram os recém-nascidos prematuros e de baixo peso, seus familiares e os profissionais enfermeiros.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A gestação

O desenvolvimento normal do ser humano segundo Branden^{4:17} é controlado por um cronograma preciso. Há uma relação simultânea entre cada fase do desenvolvimento das etapas. A placenta é responsável pela relação entre mãe e feto durante esse período, proporcionando condições propícias para o bem estar fetal. Ainda conforme Branden⁴ “O período da gestação estende-se do momento da fertilização até o nascimento”. O período gestacional pode ser calculado por duas formas, baseada pela ovulação que daria uma duração gestacional de 38 semanas, ou pela última menstruação, com duração de cerca de 40 semanas de gestação.

A eminência de um bebê saudável, que não precise de cuidados especiais é uma interrogativa para a mãe e sua família, imagina-se sempre que o nascimento ocorra no tempo ideal de gestação. Nunca há prenúncias de um nascimento prematuro, antes da 38ª semana gestacional, ou de um recém-nascido pequeno para a idade gestacional (PIG), que necessite de cuidados especiais para ganho de peso.

A hora do parto é um momento de excitação para a mulher e sua família, não importando se essa mulher é primípara (dando à luz pela primeira vez), ou multípara, que já passou pelo nascimento de outro filho, a apreensão é sempre a mesma.⁴

O recém-nascido prematuro ou de baixo peso

Para Toma⁵ “A criação das incubadoras e das unidades de cuidado intensivo, possibilita, hoje a sobrevivência de recém-nascidos com pesos cada vez mais baixos”.

Quando o parto acontece na idade gestacional correta mais o recém-nascido é PIG causa uma sensação de ineficácia em relação à mãe que se sente culpada em não dar o peso ideal para seu filho, e com isso o medo do contato com esse recém-nascido que ainda precisa ganhar peso para sua saída efetiva do hospital, ou seja, a alta hospitalar.

“Recém-nascido pequeno para a idade gestacional é o peso ao nascimento igual ou abaixo de 10º percentil do gráfico de crescimento intra-uterino. O recém-nascido pode ser prematuro, a termo ou pós-maturo”.^{6:88}

Várias causas podem levar ao nascimento de um PIG, como problemas do feto, anormalidades cromossômicas e malformações; infecção intra-uterina, e problemas da mãe, diabetes melito avançado; mais que 35 anos de idade; uso de drogas e/ou fármacos; hipertensão gestacional; má nutrição; tabagismo. O recém-nascido pode correr risco como asfixia perinatal; hipoglicemia; hipocalcemia; síndromes de aspiração; perda de calor aumentada; dificuldades de amamentação; policitemia.⁸ A mãe é o instrumento utilizado para que seu filho se desenvolva eficazmente no período da gestação, por isso é importante um pré-natal bem acompanhado mesmo quando não haja riscos para a mãe nem para o bebê.

Segundo Branden^{4:129}, “... o problema do parto prematuro é um dos mais significativos da prática obstétrica moderna...”. O trabalho de parto prematuro também

não é um fato esperado, somente no caso de ocorrer alguma doença materna que exija a antecipação do parto, independente do peso do recém-nascido pode ocorrer entre a 20^a e a 37^a semana após a última menstruação. Gomes^{6:90} diz que “recém-nascidos prematuros com 24 a 37 semanas de idade gestacional têm melhor chance de sobrevida”.

As causas para um parto prematuro podem estar associadas a fatores de riscos maternos como, gravidez na adolescência; incompetência do colo uterino; hipertensão gestacional; níveis altos e inexplicados de alfa-feto-proteína no segundo trimestre de gestação; falta de cuidados pré-natais; gravidez múltipla; placenta prévia; ruptura prematura das membranas; parto prematuro anterior; abuso de drogas e/ou fármacos; anormalidades uterinas.⁶

Nos dois casos tanto para o recém-nascido PIG, quanto para o recém-nascido prematuro que não necessite de suporte ventilatório, um componente importante na assistência de enfermagem é a profilaxia da perda de calor, mantendo a termorregulação. Devem-se monitorizar os níveis de glicose, a hipoglicemia é comum por causa da baixa do glicogênio. Proteger o recém-nascido de infecções. Manter nutrição adequada. Estimular principalmente a família a interagir com o recém-nascido para promover a criação de vínculos emocionais.

O método mãe-canguru

O método mãe-canguru segundo Freitas⁷, foi criado em 1978, em Bogotá na Colômbia por Edgar Rey Sanabria, e desenvolvido a partir de 1979 no Instituto Materno-infantil em Bogotá pelos pediatras Héctor Martinez Gomes e Luiz Movarrete Péres. Com o intuito de acabar com a prática de colocar dois ou mais recém-nascidos em uma incubadora, evitando assim possíveis infecções e diminuição na mortalidade neonatal, e minimizar o abandono nas unidades neonatais causado pela separação mãe e bebê. Na Colômbia esse método se predomina no âmbito domiciliar.

O programa domiciliar de atenção ao recém-nascido prematuro ou de baixo peso era baseado nos princípios de dar alta precoce independente do peso do RN, quando clinicamente estável, incentivar a amamentação exclusiva de leite materno, realizar o contato pele a pele mãe e bebê, e colocar o RN na posição vertical. O fundo das nações unidas para a infância (UNICEF) apoiou a iniciativa e o princípio do método foi

disseminado em várias partes do mundo, internacionalmente conhecido como kangaroo Mother Care (KMC).^{8,9}

Encontros mundiais (*International Workshop on Kangaroo Mother Care*), que acontecem a cada dois anos desde 1996, realizam trocas de experiências sobre o panorama do KMC a partir de trabalhos publicados. Os encontros foram realizados primeiramente em Trieste, na Itália, e em seguida na Colômbia, Indonésia, África do Sul e no Brasil, no Rio de Janeiro. Em março de 1999, foi organizada, no Rio de Janeiro, uma Conferência Nacional sobre o método mãe-canguru, por iniciativa do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), onde foram enfatizadas experiências sobre a utilização do método em diversos estados brasileiros.⁹

Conforme do Ministério da Saúde¹ o método mãe-canguru, traz muitas vantagens para o bebê como, o aumento do vínculo mãe e filho, diminuindo assim o tempo de separação entre eles; estímulo ao aleitamento materno; aumento da confiança dos pais em relação ao cuidado com o bebê após a alta; melhora do controle térmico; diminuição do tempo de permanência dos RN's nas unidades neonatais; melhora na relação entre a família e a equipe de saúde; e promoção da diminuição dos casos de infecção hospitalar relacionados ao tempo de permanência nas unidades.

Método Mãe-canguru no Brasil

Segundo Freitas⁷ o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIPE), na cidade de Recife foi uma das primeiras instituições hospitalares a trabalhar com o método mãe canguru. A partir dessa iniciativa os hospitais brasileiros começaram a trabalhar o método, colocando os recém-nascidos em contato pele a pele com a mãe na posição canguru.

A norma de orientação para implementação do método mãe-canguru destinada a promover a atenção humanizada ao recém-nascido prematuro ou de baixo peso, lançada em dezembro de 1999, foi publicada através da portaria nº 693, de 5 de julho de 2000. Segundo Lamy⁹, foi assim que o Método mãe-canguru foi incluído no Brasil através da Política Governamental de Saúde Pública, como um procedimento nas unidades médico-assistenciais, integrantes ao Sistema Único de Saúde (SUS).

No país, mesmo aqueles profissionais que não utilizam, e que se restringem com relação ao método mãe-canguru, estão buscando compreender melhor a proposta

nacional que tem o intuito de substituição de incubadoras, diminuição de abandonos neonatais, diminuição do índice de infecções, e o aumento do vínculo mãe-bebê, utilizando o método mãe-canguru como uma alternativa para os recém-nascidos internados nas unidades neonatais.

A aplicação do método

A norma do Ministério da Saúde orienta que o método mãe-canguru deve ser inserido com procedimentos humanizados, estimulando o vínculo entre mãe e bebê, o aleitamento materno, o desenvolvimento do recém-nascido, a segurança, o manuseio e a implantação do relacionamento familiar. Dizendo ainda que a ascensão do método possa ser essencial para uma transformação institucional centrada na humanização da assistência e no princípio dos direitos de cidadania da família.¹

As unidades neonatais devem obedecer às normas padronizadas pelo Ministério da Saúde, permitindo o acesso aos pais, promovendo o estímulo tátil, realizando também a colocação de assentos removíveis para facilitar a colocação do recém-nascido em posição canguru dentro dessas unidades, até que possa ser transferido para uma unidade onde a mãe irá permanecer o maior tempo possível, sendo esse prazeroso e eficiente para a mãe e seu bebê.¹

O manual do Ministério da Saúde¹ considera o método mãe-canguru como um tipo de assistência neonatal que provoca o contato pele a pele entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, no menor tempo de espera possível, pelo tempo prazeroso e suficiente para ambos, permitindo uma maior participação dos pais no cuidado a seu recém-nascido e a inserção da família.

A aplicação do método está dividida em três etapas, sendo a primeira destinada à adequação dos pais em lidar com um recém-nascido prematuro ou de baixo peso que necessite de cuidados intensivos. Cabe a equipe multidisciplinar o papel de orientação dos pais e de sua família, em como lidar com esse processo dentro da UTI neonatal, estimular o livre acesso dos pais e o contato tátil, envolvendo-os também no processo de cuidado ao RN, em tudo que possa ser feito por eles, com a equipe sempre atenta quanto aos cuidados de assepsia. Nessa etapa quando o RN estiver clinicamente estável, é estimulado o contato pele a pele, colocando-o na posição canguru sobre o tórax de sua mãe ou seu pai. A segunda etapa ocorre após a estabilidade clínica do recém-nascido, com nutrição plena, um peso mínimo de 1.250g, e ganho de peso ponderal diário maior

que 15g, depois de alcançadas essas metas, deve-se colocar o RN em contato pele a pele com sua mãe dentro da enfermaria conjunta canguru, iniciando-se com o treinamento necessário para a mãe. A Norma do Ministério da Saúde¹ diz: “... que a enfermaria funcionará como um “estágio” de pré-alta hospitalar da mãe e do filho...”. Inicia-se então o vínculo imediato entre mãe e filho pelo contato. A terceira etapa procede-se na alta para o domicílio após a mãe se sentir segura com seu bebê, bem orientada quanto o cuidado após a alta, ter o compromisso de continuar com o método no seu domicílio até a criança atingir o peso de 2.000g, garantia do retorno à unidade de saúde para acompanhamento no ambulatório até que o bebê atinja 2.500g, o bebê ter o peso mínimo no dia da alta da enfermaria conjunta canguru de 1.500g com dieta por sucção, pelo seio materno ou fórmula, onde não haja necessidade de alimentação por sonda. Após o peso de 2.500g a mãe deve seguir as normas de acompanhamento de desenvolvimento do Ministério da Saúde, que se refere ao acompanhamento pela puericultura nas unidades básicas de saúde.¹

O enfermeiro no cuidado

O profissional enfermeiro destina-se a atender as necessidades de saúde das pessoas, quando ocorrem mudanças na especificidade das necessidades, o mesmo deve ocorrer com o proceder da saúde.¹⁰

O profissional enfermeiro no contexto da saúde institucional ou comunitária assume três papéis: de enfermeiro assistencialista, o de líder e o de pesquisador. Embora cada um deles traga responsabilidades específicas, os papéis se relacionam uns com os outros e são encontrados em todos os momentos dentro da enfermagem. O enfermeiro desempenhando seus papéis é destinado a atender as necessidades assistenciais e de cuidados à saúde dos pacientes que recebem o cuidado da enfermagem.¹⁰ Cabe ao profissional delimitar onde cada papel lhe é mais conveniente à aplicação, não esquecendo do princípio da ética.

Para Waldow^{11:129}, “A finalidade do cuidar na enfermagem é prioritariamente aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer”.

O enfermeiro tem a responsabilidade e o privilégio de ajudar e atender as necessidades e resolver os problemas da pessoa cuidada, não esquecendo que alguns

problemas não podem ser eliminados nem resolvidos, apenas amenizados com cuidados, mesmo que sejam paliativos.¹⁰

ANÁLISE DOS DADOS

Os benefícios do método mãe-canguru

Freitas⁷ foca que o método mãe-canguru permite a estimulação da respiração, segurança e equilíbrio do recém-nascido. Controlar os sinais vitais do recém-nascido é um fator importante dentro da assistência e do método mãe-canguru. Almeida¹² demonstra em seus resultados de pesquisa que os recém-nascidos submetidos ao método mãe-canguru revelaram um aumento em sua temperatura corporal e na saturação periférica de oxigênio, e diminuição na frequência respiratória.

Com a falta de incubadoras nas unidades neonatais, o método mãe-canguru elimina as chances de um aumento na infecção hospitalar, devido que a mãe fica com o seu bebê na posição canguru o máximo de tempo possível, até que ele tenha um peso ideal, substituindo assim o uso da incubadora aquecida. O método também traz benefícios acerca do vínculo materno precoce, estimulando o contato do bebê com os pais dentro da UTI neonatal, induzindo os pais a co-participarem do cuidado, e fazendo com que essa mãe se interne junto com seu filho no alojamento canguru, que segundo a norma do Ministério da Saúde¹ é uma enfermaria conjunta, uma enfermaria especial para a mãe ficar junto ao seu bebê até a alta hospitalar, diminuindo assim a incidência de abandonos de recém-nascidos nas unidades neonatais.

O enfermeiro na aplicação do método Mãe-canguru

Segundo Freitas⁷, na última década as discussões sobre humanização no parto e nascimento foram desencadeadas, contribuindo para a atuação de uma assistência direcionada não só para a patologia do recém-nascido e no aparato tecnológico, mas também pelo vínculo precoce entre mãe e bebê.

As mães são as primeiras no ato de cuidar do recém-nascido. Toda a equipe de saúde deve ser responsável pelo atendimento mãe e bebê, deverá ter o devido conhecimento sobre o método mãe canguru e ser treinada para a sua aplicação. A equipe

deve ser multiprofissional, sempre enfatizando a atenção humanizada dentro do comportamento profissional.¹

Dentre outros componentes da equipe multidisciplinar, o profissional enfermeiro é um disseminador de informações dentro da assistência. No método mãe canguru é ele que na primeira etapa da aplicação irá orientar a mãe a respeito do estímulo a amamentação, deve-se ressaltar que mesmo o bebê não tendo condições de sugar a mama materna, a mãe deve realizar a ordenha manual para que seu filho possa se alimentar de seu leite e não por fórmulas, mesmo que seja através da sonda ou copinho, trazendo benefícios imunológicos para o RN. Segundo Branden⁴, a não estimulação das mamas deixa as células alveolares achatadas fazendo com que se interrompa a produção de leite, o colostro é um líquido encorpado e amarelado rico em proteínas, sais minerais e imunoglobulinas, e é produzido nas primeiras horas após o parto. Por isso a importância da ordenha manual o mais precoce possível. Mantendo também a estimulação da saída do leite materno para que quando possível esse bebê possa se alimentar somente do seio materno.

Em algumas unidades neonatais, os profissionais enfermeiros induzem o mínimo manuseio para os recém-nascidos prematuros. O Ministério da Saúde¹ diz que “... mães e pais que, com suporte da equipe de saúde, deverão ter contato com o seu filho o mais precocemente e receber adequada orientação para participar do método...”. Por isso, o enfermeiro deve agir como orientador da sua equipe, dando a ela estímulo e orientação adequada para dar um suporte aos pais no momento necessário, sanando todas as possíveis dúvidas quanto ao estado geral do seu bebê, e a importância do método mãe-canguru para o bebê e a integralidade da família, iniciando-se este contato através de estímulo ao toque dentro da unidade neonatal.

A humanização no cuidado de enfermagem

Para Freitas⁷, a enfermagem pode ser facilitadora no processo de um comportamento humano afetivo para auxiliar no desenvolvimento do bebê e das atitudes maternas. São os profissionais enfermeiros que interagem diretamente com a mãe e bebê e podem perceber a importância do contato e a influência que exerce um sobre o outro.

Waldow^{11:55} diz que *“O cuidado humano, cumpre destacar, a despeito de algumas crenças equivocadas, não pode ser prescrito, não segue receitas. O cuidado humano é sentido, vivido, exercitado”*.

Manter um ambiente harmonioso e aconchegante tanto para o recém-nascido quanto para seus pais dentro da unidade neonatal também é um dever do profissional enfermeiro. Colocar o recém-nascido em “ninhos”, “coxins” ou “rolinhos” feitos com pequenos lençóis em formato oval dentro das incubadoras, pode proporcionar segurança, para eles.⁷ O profissional também pode pedir para os pais levarem cueiros do próprio bebê para cobrir o colchão da incubadora dando para eles um sentimento de individualidade do seu bebê, se sentindo mais confortáveis e integrados dentro do setor.

Toma⁵ enfoca que o profissional enfermeiro e a sua equipe, devem ter habilidade não só para orientar a prática da aplicação do método mãe-canguru nas unidades neonatais, mas também lidar com aspectos que podem influenciar no modo de cuidar da família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este levantamento bibliográfico, podemos constatar a importância do método mãe canguru nas unidades neonatais, embora visto que há uma escassez de informações com referências metodológicas sobre o método, as pesquisas desenvolvidas até o momento, estão promovendo o método mãe-canguru como um modelo de assistência humanizada na qualidade de vida dos recém-nascidos prematuros ou de baixo peso, atentando sempre para a minimização das possíveis infecções hospitalares proveniente ao período prolongado de internação, do aumento do vínculo mãe-bebê com a inserção da família e como consequência a diminuição dos abandonos desses bebês nas unidades neonatais, dando também ênfase no que se diz respeito à inserção do incentivo ao aleitamento materno.

O método mãe canguru não foi criado para substituir os métodos tecnológicos de cuidado, e sim para aprimorar o atendimento aos recém-nascidos prematuros ou de baixo peso, dando a eles um cuidado humanizado através da inserção dos pais e familiares dentro das unidades neonatais. Segundo o Ministério da Saúde¹, o método mãe-canguru tem como objetivo, criar uma mudança de atitude por parte da equipe de saúde e da família, no que se refere ao manuseio do recém-nascido prematuro ou de

baixo peso com necessidades de hospitalização. O enfermeiro como parte dessa equipe e controlador dos benefícios que o método mãe-canguru traz, deve garantir ao bebê e sua família um atendimento digno e humanizado para que haja uma total estabilização do estado fisiológico e emocional, para o bebê e sua família, trazendo somente benefícios com a inserção do método mãe-canguru nas unidades neonatais.

Cabe ressaltar a importância do incentivo a novas pesquisas, publicações e troca de informações sobre o método mãe-canguru, para que haja uma disseminação da norma de atenção humanizada do recém-nascido, aprimorando cada dia mais o atendimento as necessidades básicas da pessoa atendida.

No decorrer da pesquisa, foi percebido que quando se fala do método mãe-canguru as pessoas aparentam não conhecer e não saber como aplicá-lo dentro das unidades neonatais, após serem esclarecidas sobre o assunto alguns percebem que mesmo sem aplicar o método estimulam os pais ao contato precoce com seu bebê, inserindo-os no cuidado. Minha visão como futura enfermeira mudou em relação ao cuidado humanizado, não se trata só de conforto para o RN, pois o método mãe-canguru é a comprovação dos benefícios fisiológicos que um simples tocar de mãos, ou um colo direto em contato com a pele da mãe ou do pai pode promover, trata-se também de transferência de sensibilidade, como esquecer a dor que um CPAP nasal e transferi-la para o conforto das mãos em contato com a pele.

O tato é um dos sentidos mais apurados do ser humano, a carícia pode trazer benefícios nunca relatados em nenhum estudo científico, o conforto de um colo, o aquecimento do contato pele a pele, o toque, é simplesmente sentido.

RECOMENDAÇÕES

O profissional enfermeiro tem um papel importante no cuidado dentro da unidade neonatal, seja no tratamento da patologia de base e nas diversas intercorrências que possam ocorrer no período de internação do recém-nascido, como na administração da co-participação do cuidado realizado pelos pais do RN dentro da unidade neonatal. O enfermeiro sempre deve encontrar-se presente e atento na interação da família com o bebê, identificando sempre como essa relação pode ser aprimorada, e passando as devidas informações sobre o benefício que o método mãe-canguru pode trazer para o RN e sua família.

O enfermeiro deve ser educador, para que através da orientação possa trazer informações aos familiares do recém-nascido que se encontra na unidade neonatal. Como, informar sobre o manuseio adequado, a importância do contato do recém-nascido e seus pais dentro da unidade neonatal, e a seriedade do método mãe-canguru visando a continuidade do método dentro do âmbito hospitalar e fora dele.

Por isso é relevante citar a importância da atualização do profissional enfermeiro, através da educação continuada e de atualizações frequentes, onde o próprio enfermeiro é disseminador do conhecimento para sua equipe, trazendo também a troca de experiências, para que ocorra uma melhor atuação no atendimento ao recém-nascido e sua família.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde, 6 de julho (2000). Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000.
2. Minayo MCS. (Org.) *et al.* Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 25 ed. revista e atualizada, Petrópolis, RJ: Vozes; 2007.
3. Gil AC. Como elaborar métodos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002.
4. Branden PS. Enfermagem materno-infantil. 2ª edição; Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2000.
5. Toma TS. Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. Cad. Saúde Pública.2003;19(supl.2):S233-S42.
6. Gomes IL *et al.* Enfermagem materno-neonatal: distúrbios, intervenções, procedimentos, exames complementares e recursos clínicos, Rio de Janeiro: Guannabara Koogan; 2007.
7. Freitas JP, Camargo CL. Discutindo o cuidado ao recém-nascido e sua família no método mãe-canguru. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. 2006; 16(2): 88-95.

8. Venâncio SI, Almeida H. Método mãe-canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e, impacto sobre aleitamento materno. Rio de Janeiro: J. Pediatria. 2004.
9. Lamy ZC, Gomes MASM, Gianini NOM, Hennig MAS. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira. Ciênc. Saúde coletiva. 2005;10(3):659-68.
10. Brunner & Suddart. Textbook of Medical-Surgical Nursing. 7 ed.. Editora Guanabara Koogan S.A; 1994.
11. Waldow VR. O cuidado humano: o resgate necessário. 3 ed. Porto Alegre: Sangra Luzzato, 2001.
12. Almeida CM, Almeida AFN, Foorti EMP. Efeitos do Método Mãe Canguru nos sinais vitais de recém-nascidos pré-termo de baixo peso. Rev. bras. fisioter. 2007;11(1):1-5

ATUALIZAÇÃO

**SUTURAS CRANIANAS: RELAÇÃO ENTRE OS ASPECTOS ANATÔMICOS
E A IDADE CRONOLÓGICA**

**CRANIAL SUTURES: RELATIONSHIP BETWEEN ANATOMICAL ASPECTS
AND CHRONOLOGICAL AGE**

Marco Antonio Alves Azizi¹, Daniel Pereira Barbosa², Elizabeth Zaroni Megale³, Paula Leite Frisoni⁴, Guilherme Gomes Azizi⁵, Alexandre Gomes Azizi⁶

1. Médico. Mestre em Morfologia. Professor responsável pela disciplina de Anatomia do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Iguazu (UNIG). E-mail: marcoazizi@oi.com.br. (**Autor de Correspondência**)
2. Acadêmico do 10º período do Curso de Graduação em Medicina UNIG
3. Acadêmico do 10º período do Curso de Graduação em Medicina UNIG
4. Acadêmico do 5º período do Curso de Graduação em Medicina UNIG
5. Acadêmico do 3º período do Curso de Graduação em Medicina FTESM
6. Acadêmico do 3º período do Curso de Graduação em Educação Física UNISUAM

Conflitos de interesse: não há

Fontes de financiamento: não há

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo atualizar o leitor com a discussão sobre os aspectos anatômicos do crânio, especialmente as suturas cranianas, e a idade cronológica. Inicialmente o artigo aborda questões históricas sobre assunto, passando pelas considerações anatômicas e finalizando com a classificação pelas suturas cranianas.

ABSTRACT

This article aims to update the reader with a discussion of the anatomy of the skull, especially the cranial sutures, and chronological age. Initially, the article discusses

historical questions about the subject, through the anatomical considerations and ending with the classification by the cranial sutures.

CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS

A Antropologia é uma ciência que estuda a evolução do homem, preocupando-se com sua origem e diferença dos grupos populacionais, sintetizando todos os conhecimentos relativos ao homem. Quando consideramos o esqueleto humano como objeto de estudo, tem-se a osteologia, definida como o estudo anatômico dos ossos, considerando-se a base da Anatomia descritiva, topográfica e comparada. O exame dos ossos e dentes fornece subsídios para investigação da espécie animal, sexo, idade, grupo étnico, estatura, biótipo e particularidades ¹⁻³.

Historicamente é sabido que o crânio foi a primeira peça do esqueleto a ser estudada sistematicamente com o objetivo de obter a estimativa da idade à morte, refletindo que este elemento teve sobre a mente dos primeiros investigadores da área da Antropologia⁴.

Hipócrates, Aristóteles e Galeno estavam já familiarizados com o fato de que alguns crânios humanos exibiam uma multiplicidade de suturas, enquanto outros estavam quase ou totalmente desprovidos delas. Uma das primeiras inferências acerca desta noção é feita por Celsus, no primeiro século depois de Cristo, ele declara que o encerramento das suturas é mais rápido em climas mais quentes⁵. Vesalius, em 1542, foi possivelmente o primeiro a perceber a verdadeira relação entre a idade e a sinostose das suturas cranianas⁶. Contudo a idéia de que as suturas obliteram durante a vida só aparece na literatura a partir do meio do século XVI, com Fallopius, aluno de Vesalius⁵.

Em 1875 Paul Broca cria e publica uma escala de 5 graus, para classificar o estado de obliteração das suturas, cujos graus 0 corresponde à sutura completamente encerrada e o grau 5 a sutura aberta, posteriormente serviu de base a um vasto número de estudos⁶. Dwight, em 1890, mostrou a possibilidade de usar as suturas cranianas para estimar a idade, contudo admitia que o momento e a ordem de encerramento são demasiado incertos e enganosos, e o seu uso deve ser extremamente cuidadoso⁷.

Em 1924 e 1925, Todd e Lyon, dois investigadores de referência neste domínio, referem que a variabilidade individual que intervém durante a união das suturas torna-as desaconselháveis como marcador de idade, no entanto podem ter valor indicativo

quando aplicadas em conjunto com outros métodos. Estes criaram ainda a primeira base de dados contemplativa de um padrão para a determinação do encerramento das suturas, assim como proporcionaram várias modificações para tentar melhorar a sua confiabilidade⁵.

McKern e Stewart, em 1957, afirmaram no seu estudo que a progressão do encerramento das suturas tem apenas uma relação geral com a idade, e que a rejeição sistemática de crânios que fogem ao padrão habitual leva a erros significativos⁶.

Ascadi & Nemeskeri, em 1970, selecionaram a sua amostra com base na simetria de obliteração craniana. Com os seus resultados admitiram também que todos os indicadores disponíveis deverão ser sistematicamente combinados para poder determinar a idade à morte⁸.

Meindl e Lovejoy, em 1985, conseguiram melhorar a precisão do cálculo do encerramento das suturas como indicador de idade e a sua utilidade quando associados a outros marcadores osteológicos da idade mais fidedignos. O seu trabalho veio revigorar este tema analisando as suturas anterolaterais conjuntamente com as suturas da abóbada craniana⁶.

Trabalhos realizados no início do século XXI Schmitt (2002), Sahni et al., (2004), entre outros, continuam discutindo o assunto. Atualmente os estudos baseados nas suturas permanecem ativos, a busca incansável por esta pedra filosofal e a crença num aperfeiçoamento de metodologias que contribuam para estimar uma idade à morte mais próxima da idade real continuam a desafiar novos estudos, pois na prática forense o crânio é sempre analisado e avaliado globalmente, nomeadamente as três suturas conjuntamente e cada uma delas em separado a nível endo e exocraniano, sendo extremamente interessante discernir o seu valor⁹.

CONSIDERAÇÕES ANATÔMICAS

Durante o desenvolvimento embrionário, a formação do crânio inicia-se a partir de uma massa cartilaginosa que envolve o encéfalo e os rudimentares olhos, nariz e ouvidos. Durante a gestação numerosos centros de ossificação vão-se desenvolvendo e propagando, e já no momento do nascimento têm adotado a forma primária dos ossos que compõem o crânio, rodeados ainda por uma membrana de cartilagem que vai facilitar o processo de nascimento, pois permitem uma notável flexibilidade e

compressão da cabeça. A par do crescimento do indivíduo, a cartilagem vai sendo gradualmente substituída por osso, permitindo que os ossos constituintes do crânio se encontrem e fiquem apenas separados por uma estreita membrana conectiva fibrosa, formando um tipo de articulação denominado por sinartrose. Com o avançar da idade as margens dos constituintes da abóbada craniana tornam-se irregulares, formando projeções e reentrâncias que encaixam com as suas adjacentes originando uma estrutura resistente. O culminar deste processo tem lugar no período da vida do indivíduo que compreende os estados adultos e idosos, efetuado sequencialmente, o encerramento da suturas cranianas, começando na superfície endocraniana e posteriormente na exocraniana até todos os ossos estarem fundidos e formarem um único osso sólido. Esta estrutura altamente especializada é constituída pela tabula interna, a superfície interior, e pela tabula externa, a superfície exterior, separadas por osso esponjoso vascularizado¹⁰.

As diferenças morfológicas que se observam nas várias suturas cranianas levaram à sua classificação quanto à forma, assim temos suturas denteadas como a sagital, coronal e lambdóide, suturas planas como a internasal e suturas escamosas cujo melhor exemplo é a temporoparietal¹.

Assim como os ossos do crânio, as suturas também são nomeadas. As suturas cranianas são as seguintes: sagital, que se encontra entre os ossos parietais; coronal, localizada entre os ossos frontal e os parietais; lambdóidea, que se encontra entre os ossos occipitais e parietais; internasal, localizada entre os ossos nasais; frontozigomática, encontrada entre ossos frontal e zigomáticos; frontomaxilar, que une os ossos frontal e as maxilas; escamosa, articulando os ossos temporais e os parietais; esfenofrontal, que permite a articulação entre os ossos frontal e esfenóide; occipitomastóidea, localizada entre os ossos occipital e temporais (próxima ao processo mastóide); esfenoescamosa, que fica entre os ossos esfenóide e temporais; temporozigomática, localizada entre os ossos temporais e zigomáticos; zigomaticomaxilar, articulando os ossos zigomáticos e maxilas; palatino mediana, unindo os dois ossos palatinos; intermaxilar, unindo as duas maxilas; palatinomaxilar, encontrada entre as maxilas e os palatinos¹¹.

O tecido conjuntivo fibroso existente nas suturas ossifica-se com o tempo. Todavia, a ossificação das diversas suturas não ocorre simultaneamente. A sutura metópica, localizada entre os ossos frontais, será a primeira a sofrer a fusão, por volta

dos seis anos de idade. A sutura escamosa também sofrerá fusão durante a infância. Já a fusão da sutura sagital deverá ocorrer entre o 20º e 30º ano de vida, enquanto a fusão da sutura coronal acontece entre o 30º e 40º ano de vida. Com relação à sutura lambdóidea, seu período de ossificação ocorre em média entre o 40º e 50º ano de vida. O processo de ossificação normalmente se inicia na parte interna da abóbada e prossegue ectocranialmente¹¹.

O crânio em recém-nascidos ainda encontra-se em fase de formação. Nele, são encontradas diversas regiões amolecidas, denominadas fontículos que, com o tempo, tornar-se-ão sólidos pelo processo de ossificação intramembranosa. Os fontículos cranianos são seis: os superiores (anterior e posterior) e os laterais (anterior e posterior, bilateralmente). Cada fontículo tem o seu período certo para ossificar, sendo que o fontículo posterior se fecha aproximadamente no 3º mês, os ântero-laterais fecham-se em cerca de 6 meses, os pôstero-laterais fecham-se próximo ao 18º mês, e o anterior se fechará até o 36º mês. O fontículo anterior é de grande importância pois, por ele pode ser retirado, por punção, o líquido cefalorraquidiano. O fontículo posterior servirá como referência avaliativa da posição do bebê durante o trabalho de parto. Nos fetos, assim como nos recém-nascidos, as suturas são membranáceas e as margens dos ossos da abóbada encontram-se afastadas. Esse fato permite que o formato da cabeça do bebê se modifique durante o nascimento, facilitando sua vinda à luz¹².

Seis ossos formam a abóbada do crânio: um occipital, um frontal, dois temporais e dois parietais, que já estão em seus lugares por volta do quinto mês de gestação. Os ossos cranianos são separados pelas suturas e fontanelas, que permitem a moldagem da cabeça ao canal de parto. Após o nascimento, o formato do crânio será determinado pelo rápido desenvolvimento cerebral, que atinge 50 % do tamanho adulto aos seis meses e 80 % aos dois anos de idade. Forças agem sobre o crescimento do esqueleto crânio-facial, sejam elas externas ou malformações no desenvolvimento das suturas cranianas¹¹⁻¹³. O crânio é a parte do esqueleto mais versátil que alberga várias funções especiais, aloja o encéfalo, protege os globos oculares e os nervos ópticos, acomoda o sistema auditivo, resguarda os órgãos do olfato conferindo-lhes a passagem de ar para os pulmões e ainda promove a entrada de alimentos e o processo mastigatório. Permite ainda exteriorizar expressões como rir, chorar e falar¹¹. O desenvolvimento da forma e tamanho do crânio é rápido até a fase da adolescência e mantém a sua forma durante a maior parte da idade adulta, contudo quando atinge o patamar sênior manifesta

degeneração, tal como o resto do esqueleto. As diferenças entre uma face jovem e uma face idosa são facilmente constatáveis, resultam dos processos que atuam na pele, no tônus muscular, na pigmentação, no cabelo ou podem ainda provir da forma da abóbada craniana e da mandíbula em muito devido à perda de dentes. No estudo craniométrico realizado na França, em 1975, baseado nas mudanças esqueléticas que ocorrem ao longo da vida, constatou-se que a posição do bregma, que indica a altura máxima da abóbada craniana é notavelmente mais baixa nos indivíduos idosos. Verificou-se através da posição do lambda e do násio, a abóbada tende a mover-se para baixo e para trás em relação à posição central do crânio com a coluna vertebral, sendo que a zona occipital não parece sofrer modificações significativas, tais modificações poderão estar relacionadas com a diminuição da quantidade de água presente no encéfalo e com a atrofia dos seus tecidos, assim como o decréscimo dos músculos que suportam a mandíbula que reduzem a pressão sobre a parte superior do crânio, levando a alguma remodelação, não obstante as causas estão longe de serem exatas. Outra conclusão das observações efetuadas revelou que a massa da abóbada craniana diminui com o avançar da idade em ambos os sexos¹⁴.

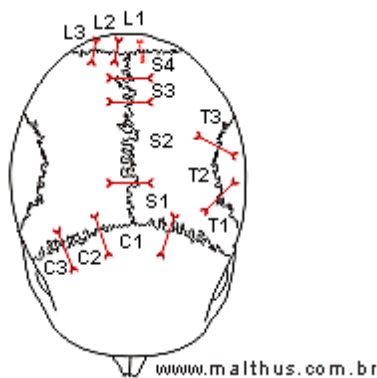
Duas situações paralelas ao avançar da idade devem ainda ser consideradas, a grande diminuição da espessura da abóbada craniana e/ou o aumento da espessura da mesma. A primeira reflete particularmente nos parietais e pode sustentar também o aparecimento de depressões simétricas que são consideradas indicativas de uma idade igual ou superior a 60 anos. Inversamente o aumento da espessura das paredes do crânio com a idade poderá estar relacionado com a atrofia do encéfalo e com o aumento da congestão dos vasos sanguíneos no interior da abóbada. Embora estas duas condições sejam casos excepcionais devem ser contempladas como referentes à idade sênior¹⁵.

CONSIDERAÇÕES

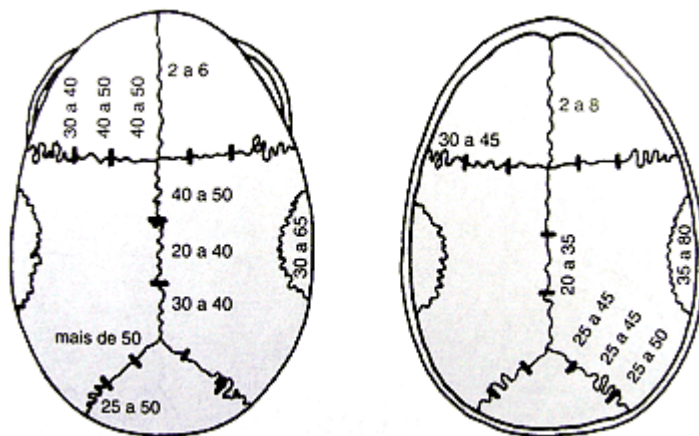
Costa, em 2002, demonstrou a avaliação das linhas demarcatórias interósseas do crânio fornece aos peritos elementos que, se adequadamente interpretados, poderão contribuir significativamente para a estimativa da idade de esqueletos humanos, desde que os dados sejam coletados de forma sistematizada; quando as suturas foram analisadas em toda sua extensão e conjuntamente, fortes indícios do efeito significativo do sexo foram observados, sendo possível caracterizar que as soldaduras se completam mais precocemente nos indivíduos do sexo feminino; dentre as suturas analisadas,

quando consideradas isoladamente, observou-se que a análise da sutura sagital, tanto no exocrânio quanto no endocrânio, mostrou resultados mais confiáveis, com maior coeficiente de determinação e menor variabilidade de dados em torno da média; em todas as suturas analisadas o apagamento das linhas demarcatórias interósseas ocorreu mais precocemente no endocrânio e nesta face do crânio o estudo mostrou resultados mais confiáveis¹⁶.

CLASSIFICAÇÃO DAS SUTURAS E ESTIMATIVAS



Recém-nascido, adulto e idoso (Fonte: Vanrell)



Esquerda: face externa, direita, vista interna. (Fonte: Vanrell)

Estimativa da idade em anos pelo fechamento das suturas cranianas

Sinostose	R. Martín	Tood y Lion	Vallois-Olivier
S1	40-50		20-60
S2	30-40	22-35	20-60
S3	20-30		20-45
S4	30-40		20-60
C1	40-50	24-38	25-70
C2	muito tarde	24-38	30-70
C3	30-40	26-41	25-55
L1	depois 50	26-42	25-70
L2	50	26-47	30-60
L3	muito tarde	26-50	60 ou mais
T	muito tarde	31-64	65 ou mais

Fonte: Revert Coma

PEÇAS ANATÔMICAS COMPARANDO AS SUTURAS



REFERÊNCIAS

1. Testuit L, Latarjet J. Tratado de anatomia humana: tomo I e II. São Paulo: Salvat, 1974.
2. Bérzin, F. Esqueleto cefálico – Sílabos nº1, 2. Ed. Piracicaba; Centro de Recursos para Aprendizagem, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, 1980.
3. Madeira MCM. Anatomia da face. 4. ed. São Paulo: Sarvier, 2003.
4. Cox M, Mays S. Human Osteology in archaeology and forensic science. Margaret Cox and Simon Mays (eds.) GMM. London. 2000.

5. Todd T; Lyon D. Suture closure: it's progress and age relationship. Part IV. American Journal of Physical Anthropology. 1925;8(2):149-168.
6. Masset C. Estimation de l'âge par les sutures crâniennes [dissertation]. Paris: University of Paris VII. 1982.
7. Brothwell, D. R. Digging up bones: the excavation, treatment and study of human skeletal remains. 3th edition. London, British Museum (Natural History), 1981.
8. Reichs K, Bass W. Forensic osteology: advances in the identification of human remains. 2th edition. U.S.A Charles C. Thomas Publisher, 1998.
9. Lourenço A.M.R. A fiabilidade do método de estimativa da idade à morte através das suturas. Dissertação de Mestrado de Medicina Legal e Ciências Forenses. Coimbra. 2010.
10. Rogers S. Charles .The aging skeleton: Aspects of human bone involution. C. Thomas Publisher. U.S.A, 1982.
11. Moore KL, Dalley AF, Agur AMR. Anatomia Orientada para a Clínica. Membro Inferior. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
12. Graaff V. Anatomia Humana. 6. ed. São Paulo: Manole, 2003.
13. Argenta LC, David LR, Wilson JA, Bell WO . An increase in infant deformity with supine sleeping position . J. Craniofac. Surg., 1996;7:5– 11.
14. KEATING, R.F. . Craniosynostosis – Diagnosis and Management in the New Millennium . Pediatrics, 1997;26:600-12.
15. ROCHA, L.C.M.; LANDEIRO, J.A . Cranioestenose - Revisão de 98 casos . J. Pediatr (Rio J.), 1981;51(4):363 – 68.
16. Costa. LRS. Estimativa da idade através da análise das suturas cranianas : contribuição para a antropologia forense. Tese de Doutorado. UNICAMP. 2002.

REVISÃO

**ANEMIA FALCIFORME: EPIDEMIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA DA
VASOCLUSÃO**

**SICKLE CELL DISEASE: EPIDEMIOLOGY AND PATOPHYSIOLOGY OF
VESSEL OCCLUSION**

Gilda Maria Sales Barbosa¹, Bianca Gili A Moreira², Katya Alves de Sousa²

1. Pesquisadora Colaboradora da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Professora titular do Curso de Graduação em Medicina (UNIG). E-mail: gildabar@ig.com.br. (**Autor de Correspondência**)
2. Acadêmica de Medicina da UNIG

Conflitos de interesse: não há

Fontes de financiamento: não há

RESUMO

A anemia falciforme é a forma mais comum de um grupo de hemoglobinopatias genéticas na qual a hemoglobina humana normal (HbA) é parcial ou completamente substituída por hemoglobina falciforme mutante (HbS). A causa da HbS é uma mutação puntiforme com uma única substituição de aminoácidos (ácido glutâmico por valina) na porção 6 da cadeia de beta-globina. Essa mutação leva a uma insolubilidade das moléculas de HbS que, quando desoxigenadas, acarreta uma polimerização das mesmas e consequentemente afoiçamento das hemácias, sendo caracterizada, portanto, por uma produção anormal de hemoglobina, anemia hemolítica e danos teciduais agudos e crônicos causados por fenômenos vaso-oclusivos pelas hemácias em foice. A anemia falciforme acarreta 300 mil crianças a cada ano, atualmente no Brasil, com base no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), nascem cerca de 3.500 crianças por ano com anemia falciforme ou 1/1000 nascidos vivos e 200 mil portadores do traço falciforme, distribuídos de forma heterogênea, sendo que Estados como Bahia e Rio de Janeiro lideram o ranking, tendo os mesmos as respectivas incidências 1: 650 e 1: 1200 para a doença falciforme. Apesar de todo conhecimento acerca dessa doença, o tratamento se baseia no controle das crises e na profilaxia mesmo com os inúmeros avanços na área da genética.

Descritores: anemia falciforme, epidemiologia e fisiopatologia.

ABSTRACT

Sickle cell anemia is the most common form of a group of genetic hemoglobin in which the normal human hemoglobin (HbA) is partially or completely replaced by mutant sickle hemoglobin (HbS). The cause of HbS has a point mutation with a single amino acid substitution (valine to glutamic acid) in the portion 6 of the beta -globin chain. This mutation leads to insolubility of HbS molecules when deoxygenated , causing polymerization of the same and hence sickling of red blood cells , thus being characterized by an abnormal hemoglobin production , hemolytic anemia, and acute and chronic tissue damage caused by vaso- occlusive phenomena by sickle erythrocytes . Sickle cell anemia causes 300,000 children each year , currently in Brazil , based on the National Neonatal Screening Program (PNTN) , born about 3500 children each year with sickle cell anemia or 1/1000 live births and 200 000 carriers of the sickle cell trait , heterogeneously distributed without than states such as Bahia and Rio de Janeiro lead the ranking , having the same respective incidences 1 : 650 and 1 : 1200 for sickle cell disease . Though all knowledge about the disease , treatment is based on seizure control and prophylaxis even with the many advances in genetics .

Descriptors: sickle cell disease, epidemiology and pathophysiology.

INTRODUÇÃO

O primeiro relato de um caso de anemia falciforme foi em 1910 nos Estados Unidos, por James B. Herrick, em médico de Chicago que descreveu um indivíduo proveniente de Granada, uma síndrome composta de dor óssea, palpitações, dispnéia, anemia e icterícia. A análise do sangue desse paciente, através de fotomicrografia, identificou hemácias em forma de “foice crescente”.¹

Atualmente, sabe-se que a anemia falciforme (ou depreanocitose) é uma doença genética da hemoglobina, pertencente ao grupo das hemoglobinopatias estruturais. É considerada a doença hematológica hereditária mais comum da humanidade. Uma simples mutação no gene da cadeia B da hemoglobina determina a produção de uma cadeia defeituosa – a cadeia B^S. A letra S vem do inglês sikle, que significa afoçamento. A hemoglobina formada a partir dessas cadeias mutantes, denominada hemoglobina S (HbS), possui uma tendência a se polimerizar, quando está desaturada (desligada do oxigênio), despolimerizando-se quando na forma saturada. Os polímeros

de hemoglobina transformam a hemácia em um gel alongado e deformado, semelhante a uma foice.¹

As propriedades patológicas da HbS causam uma série de distúrbios eritrocitários. Algumas hemácias tornam-se mais densas e perdem a deformabilidade necessária à passagem pela microcirculação, enquanto outras ganham uma maior capacidade de se aderir ao endotélio vascular. Como resultado temos uma doença marcada por dois importantes componentes: destruição precoce das hemácias no sistema reticuloendotelial (hemólise) e oclusão aguda ou crônica da microvasculatura.²

O princípio da vasoclusão faz da anemia falciforme, não só uma simples causa de anemia hemolítica crônica, mas também uma doença multissistêmica marcada pela disfunção isquêmica orgânica, principal fator determinante da morbimortalidade dessa entidade nosológica.²

A modificação do fluxo sanguíneo no vaso obstruído pelas células falciformes agregadas e aderentes ao endotélio vascular promove a extensão dos eventos vaso oclusivos, quer seja próximo ou distante do foco de iniciação, a anemia falciforme, é caracterizada por episódios periódicos de eventos vasoclusivos, que ao longo do tempo causam lesões em vários órgãos do abdome, pequenos ossos da mão e pé, grandes ossos, coluna, articulações, vasos cerebrais, pulmões e baço, principalmente.²

Uma das características dessas doenças é a sua variabilidade clínica: enquanto alguns pacientes têm um quadro de grande gravidade e estão sujeitos a inúmeras complicações e frequentes hospitalizações, outros apresentam uma evolução mais benigna, em alguns casos, quase assintomática. Tanto fatores hereditários quanto adquiridos contribuem para esta variabilidade clínica.³

De modo geral, além da anemia crônica, as diferentes formas de doenças falciformes caracterizam-se por numerosas complicações que podem afetar quase todos os órgãos e sistemas, com expressiva morbidade, redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida.³

O objetivo deste estudo foi conhecer aspectos epidemiológicos e o mecanismo da fisiopatologia da vasoclusão na anemia falciforme, como também determinar os fatores desencadeantes das crises vaso-oclusivas; conhecer as alterações moleculares e celulares envolvidas na vasoclusão da anemia falciforme; apresentar aspectos epidemiológicos da doença e descrever ações de saúde voltadas para os pacientes no Estado do Rio de Janeiro.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, descritiva que fundamenta a fisiopatologia da vaso-oclusão na anemia falciforme bem como seus aspectos epidemiológicos. Para compor a discussão serão utilizados referenciais de periódicos de relevância na comunidade científica como CAPES, LILACS, MEDLINE, SCIELO, teses, além de livros e outras publicações relevantes que discorrem sobre o assunto. Por critério de acessibilidade foi selecionados artigos publicados em revistas indexadas, relacionados ao tema, para também auxiliar como suporte para as discussões relativas ao assunto trabalhado.

E para melhor discussão e organização, foi utilizada a análise de conteúdo como referencial metodológico.

A análise de conteúdo constitui-se em uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos. Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum.⁴

RESULTADOS

A anemia falciforme possui uma grande predileção pelos países da África Equatorial acompanhando o cinturão da Malária. Em alguns países africanos, como Benin, Nigéria, República Centro Africana, cerca de 45% da população possui o gene B^S. A maioria desses indivíduos são heterozigotos e não desenvolvem a doença – são portadores do traço falcêmico. A extensa migração de negros africanos para as Américas, Europa e Ásia, na época de escravos, trouxe o gene B^S para diversos países como o Brasil.¹

No Brasil, a anemia falciforme distribui-se heterogeneamente, sendo mais frequente onde a proporção de antepassados negros da população é maior (nordeste). A doença é predominante entre negros e pardos, também ocorrendo entre brancos.³

Segundo o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), do Ministério da Saúde, nascem no Brasil 3.500 crianças por ano com doença falciforme (DF) e 200.000 com traço falciforme, e estima-se que 7.200.000 pessoas sejam portadoras do traço falcêmico (HbAS) e entre 25.000 a 30.000 com doença falciforme (DF). O diagnóstico

neonatal da DF foi implantado no Brasil através da Portaria nº 822, do Ministério da Saúde, de 06/06/2001.⁵

Segundo dados do Ministério da Saúde a prevalência referente à doença em diferentes regiões brasileiras permite estimar a existência de mais de 2 milhões de portadores do gene da HbS, no Brasil, mais de 8.000 afetados com a forma homozigótica (HbSS). Estima-se o nascimento de 700 - 1.000 novos casos anuais de anemia falciforme no país. Portanto, se trata de um problema de saúde pública no Brasil.⁵

Os países da região das Américas (entre estes, o Brasil) atualmente apresentam grupos populacionais com grande quantidade de portadores do traço falciforme e com alta incidência de DF, sendo estes indicadores informações importantes para a estruturação de sistemas de saúde capacitados para melhorar a qualidade de vida e aumentar a longevidade das pessoas com esse tipo de herança.⁶

Conforme dados operacionais publicados pelo Ministério da Saúde em 2009, testes de triagem neonatal com identificação de pessoas com DF são feitos em 15 estados: Acre, Alagoas, Bahia, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina e São Paulo. Esses testes possibilitaram a determinação da incidência de nascidos vivos diagnosticados com DF, como também a incidência de indivíduos com o traço falciforme.⁶

Ainda segundo dados do Ministério da Saúde a incidência de Doença Falciforme se distribui da seguinte forma: Bahia 1:650, Rio de Janeiro 1:1.200, Pernambuco, Maranhão, Minas Gerais e Goiás 1:1.400, Espírito Santo 1:1.800, Rondônia 1:2.540, Acre 1:3.480 São Paulo 1:4.000, Mato Grosso do Sul 1:8.360, Rio Grande do Sul 1:11.000, Santa Catarina e Paraná 1:13.500.⁶

A Doença Falciforme é detectada através do Teste do Pezinho por meio de eletroforese. Tendo seu resultado positivo a criança é direcionada ao hemocentro de referência de sua localidade. A título de especificação no hemocentro do Estado do Rio de Janeiro (HEMORIO) são realizados atendimentos iniciais para posterior encaminhamento aos municípios de origem do paciente para continuidade do tratamento ambulatorial. Por exemplo, atualmente no município de Nova Iguaçu, pertencente ao Estado do Rio de Janeiro, são acompanhados atualmente 64 pacientes com doença falciforme, este município conta com uma população de 795.212 habitantes segundo dados do instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2010.⁷

No atendimento ambulatorial o doente falcêmico bem como sua família passam por diversas atividades ao longo do tratamento como: reuniões, dinâmicas, palestras, consultas periódicas em várias especialidades como: odontologia, fonoaudiologia, psicologia, cardiologia, oftalmologia, dentre outras especialidades necessárias ao seu tratamento e acompanhamento periódico. Além disso, são realizadas ações direcionadas ao paciente falcêmico e sua família afim de integrá-lo a sociedade.⁷

São realizadas periodicamente junto ao município de Nova Iguaçu capacitações aos profissionais de diversas áreas como: professores, orientadores educacionais, alunos e profissionais da área da saúde. A capacitação dos professores e orientadores educacionais tem como objetivo mostrar como lidar com o paciente falcêmico dentro de suas atividades curriculares, bem como suas limitações e identificar sinais relativos a sua saúde. Aos alunos da área de saúde a capacitação é mostrá-los como identificar o paciente falcêmico e prestar um atendimento humanizado em seus trabalhos.⁷

As taxas de mortalidade de pacientes com anemia falciforme vêm diminuindo significativamente ao longo das últimas décadas. Esse fato deve-se a implantação de programas para o diagnóstico precoce e consequente instituição de medidas profiláticas, já a partir do período neonatal. Como consequência, observamos hoje a mudança da mortalidade dessa moléstia em direção a fases mais tardias. Admite-se que a sobrevida mediana atual de pacientes com anemia falciforme gire em torno de 42 anos para homens e de 48 anos para mulheres. De acordo com esses mesmos dados, a probabilidade de sobrevida desses pacientes até os 40 anos gira em torno de 89% para homens e de 95% para as mulheres.⁶

A anemia falciforme é uma doença é autossômica recessiva e a transmissão genética segue o padrão mendeliano. Quando a pessoa recebe dos pais um gene A e outro S (anormal), torna-se portador do traço falciforme, sendo AS, um heterozigoto. Recebendo de ambos os pais um gene da hemoglobina anormal, o indivíduo será um homozigoto (SS), portador da anemia falciforme.⁸

A denominação anemia falciforme é reservada para a forma da doença que ocorre nesses homozigotos SS. Além disso, o gene da HbS pode combinar-se com outras anormalidades hereditárias das hemoglobinas, como hemoglobina C (HbC), hemoglobina D (HbD), beta-talassemia, entre outros, gerando combinações que também são sintomáticas, denominadas, respectivamente, hemoglobinopatia SC, hemoblobinopatia SD, S/beta-talassemia. No conjunto, todas essas formas sintomáticas

do gene da HbS, em homozigose ou em combinação, são conhecidas como doenças falciformes.³

As pessoas com hemoglobinopatia SC são duplos heterozigotos para o gene da HbS (cadeia B^s) e o gene da HbC (cadeia B^C). Possuem uma doença de gravidade intermediária entre a anemia falciforme (doença SS) e traço falcêmico (doença AS), pois a HbC estimula polimerização da HbS.³

Comparada à doença SS (que tem uma sobrevida média em torno de 42 anos atualmente), a hemoglobinopatia SC possui uma sobrevida média entre 60-68 anos. Os primeiros sintomas geralmente aparecem após os 10 anos de idade e a esplenomegalia está quase sempre presente, já que o fenômeno da autoesplenectomia é um evento raro.³

Os portadores do traço falcêmico são os indivíduos para o gene da HbS (doença AS). São pessoas totalmente assintomáticas que apresentam vida normal. As complicações são raras e sem muita morbidade. Podem ser desencadeadas pelas grandes altitudes. São elas: hematúria micro ou macroscópica, necrose de papila, aumento da incidência de pielonefrite bacteriana, isostenúria e infarto esplênico. Talvez o principal problema destes indivíduos seja em relação ao aconselhamento genético - se tiverem filhos com alguém que também tenha 'traço falcêmico', a chance de nascer um filho com anemia falciforme é de 25%.¹

Além da anemia crônica, as diferentes formas de doenças falciformes caracterizam-se por numerosas complicações que podem afetar quase todos os órgãos e sistemas, com expressiva morbidade, redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida. Além das manifestações de anemia crônica, o quadro é dominado por episódios de dores osteoarticulares, dores abdominais, infecções e enfartes pulmonares, retardo do crescimento e maturação sexual, acidente vascular cerebral e comprometimento crônico de múltiplos órgãos, sistemas ou aparelhos.³

As principais manifestações clínicas da anemia falciforme (doença SS) são decorrentes dos fenômenos vasoclusivos. De um lado estão os episódios isquêmicos agudos (crises vasoclusivas) e, de outro lado, instala-se de forma lenta e progressiva a disfunção orgânica, baseada na isquemia crônica e no acúmulo de múltiplos pequenos infartos.

De forma geral, alguns pacientes têm um quadro de grande gravidade e estão sujeitos a inúmeras complicações e freqüentes hospitalizações, outros apresentam uma evolução mais benigna, em alguns casos quase assintomática. Tanto fatores hereditários como adquiridos contribuem para esta variabilidade clínica. Entre os fatores adquiridos

mais importantes está o nível sócio-econômico, com as conseqüentes variações nas qualidades de alimentação, de prevenção de infecções e de assistência médica.³

Quando diagnosticadas precocemente e tratadas adequadamente com os meios disponíveis, o teste do pezinho, por exemplo, e com a participação da família, a morbidade e mortalidade podem ser reduzidas expressivamente. O aconselhamento genético em um contexto de educação pode contribuir para reduzir sua incidência.³

Dentre as medidas gerais, a prevenção de infecções é um aspecto fundamental da terapêutica e tem aumentado a sobrevida a anemia falciforme e suas variantes. Inclui a imunização para a hepatite B, anti-hemófilo (parte do calendário vacinal), para o meningococo e para o pneumococo. A primeira dose da vacina polivalente antipneumocócica (23 sorotipos) deve ser aplicada nas crianças falcêmicas aos 2 anos de idade, seguido por um reforço aos 3-5 aos. Antes dos 2 anos de idade, a vacina não tem benefício. A profilaxia com Penicilina V Oral a partir de 2 a 3 meses foi considerada a medida de maior impacto no manejo das crianças falcêmicas.¹

Dentro do tratamento há a hemotransfusão, exsanguineotransfusão e a hipertransfusão. Na transfusão de concentrado de hemácia tem como objetivo reduzir o percentual de hemácias com HbS para abaixo de 30%, substituindo-as por hemácias com HbA de doadores normais. Com isso, pode-se reduzir o fenômeno de afoiçamento e adesividade fundamentais para a gênese da vasocclusão e disfunção orgânica. É indicada na crise anêmica (aplásica, sequestro esplênico), crise álgica refratária, hematúria prolongada e em pré-operatório (manter Hb > 10g/dL).¹

O transplante de medula óssea tem sido eficaz somente em crianças que apresentam complicações severas, como acidentes vasculares cerebrais, síndrome torácica aguda recorrente e dor intratável.¹

DISCUSSÃO

A anemia falciforme é a doença hereditária monogênica mais comum no Brasil, acometendo principalmente negros e pardos, mas também atingindo brancos. A distribuição do gene HbS é bastante heterogênea no país, dependendo da composição racial regional da população. A prevalência de heterozigotos é maior no norte e nordeste (6-10%) e menor no sudeste e sul (2-3%). A anemia falciforme cursa com eventos infecciosos, hemolíticos e veno-oclusivos frequentes. As taxas de mortalidade de pacientes com anemia falciforme vêm diminuindo significativamente ao longo das últimas décadas. Esse fato deve-se a implantação de programas para o diagnóstico

precoce e consequente instituição de medidas profiláticas, já a partir do período neonatal.⁶

Como consequência, observamos hoje a mudança da mortalidade dessa moléstia em direção a fases mais tardias. Admite-se que a sobrevida mediana atual de pacientes com anemia falciforme gire em torno de 42 anos para homens e de 48 anos para mulheres. De acordo com esses mesmos dados, a probabilidade de sobrevida desses pacientes até os 40 anos gira em torno de 89% para homens e de 95% para as mulheres.⁶

A obstrução vascular, se deve ao envolvimento da célula falcizada com todas as suas alterações relacionadas com a peculiaridade anatômica dos vasos em que estejam circulando, dessa forma, as características vasculares associadas às deformações das células falcizadas, induzem mudanças profundas que alteram a fisiologia vasomotora bem como fatores humorais na região anatomicamente afetada, fatos que influenciam a tendência das células falciformes aderirem ao endotélio e provocar a oclusão vascular.⁹

É importante destacar que o processo vaso-adesivo, determinado pela agregação das células falciformes entre si, e de suas adesões ao endotélio vascular, incluem, a participação de plaquetas, leucócitos, fatores hemostáticos, a exposição da fosfatidilserina na superfície dos eritrócitos falciformes, os neutrófilos ativados pelas alterações que ocorrem na região em que se processa a fase de iniciação também se aderem ao endotélio e, além disso, se torna estruturalmente mais rígido e se unem também às células falciformes. Os monócitos também tem importante participação durante a oclusão vascular devido aos processos interativos com as células endoteliais da região, com intensa síntese de TNF (fator de necrose tumoral), IL-1 (interleucina-1) e TGF (fator de crescimento de células). Esse fenômeno interativo induz as células endoteliais a liberarem IL-1 e IL-6, além de GM-CSF (fator estimulador de granulócitos e macrófagos).¹⁰

A iniciação de um episódio de oclusão vascular também pode ocorrer como consequências de alterações que ocorrem no tônus vascular, possivelmente resultante de mudanças nas reações que controlam os mecanismos metabólicos e neuro-hormonais, potencialmente induzidos por infecção ou inflamação, que anulariam os ajustes hemodinâmicos compensatórios necessários para o fluxo das células falciformes.²

A modificação do fluxo sanguíneo no vaso obstruído pelas células falciformes agregadas e aderentes ao endotélio vascular promove a extensão dos eventos vaso-oclusivos, quer seja próximo ou distante do foco de iniciação, a anemia falciforme, é caracterizada por episódios periódicos de eventos vaso-oclusivos, que ao longo do tempo causam lesões em vários órgãos do abdome, pequenos ossos da mão e pé, grandes ossos, coluna, articulações, vasos cerebrais, pulmões e baço, principalmente.²

À medida que as moléculas de Hb S se tornam desoxigenadas dentro do eritrócito, ocorrem mudanças estruturais típicas de moléculas de hemoglobinas desoxigenadas, que no caso da Hb S tem consequências graves à sua individualidade molecular. Ao se tornarem desoxigenadas, as moléculas de Hb S expõem componentes carbonados da valina mutante que se interagem com componentes químicos da fenilalanina da posição 85 da globina beta, bem como com a leucina da posição 88 da mesma globina.¹¹

A polimerização da Hb S determina no glóbulo vermelho, mudanças em sua morfologia imediatamente, fazendo com que a célula adquira a forma alongada do tipo "lâmina de foice", culminando com o aparecimento de longos filamentos nas extremidades. A redução da deformabilidade dos eritrócitos falcêmicos, é uma das principais causas das consequências fisiopatológicas das doenças falciformes. Contribui para este fato, inicialmente, a formação dos polímeros de Hb S, seguida das alterações da membrana celular e do seu citoesqueleto, além dos produtos de degradação oxidativa da hemoglobina, caracterizadas pelos corpos de Heinz. Entre as principais consequências das lesões à membrana e ao citoesqueleto destaca-se a desidratação celular, seguida da ação macrofágica contra os eritrócitos que sofreram oxidação das suas membranas, fatos que alteram a composição estrutural da membrana do eritrócito falciforme.¹²

Embora esses fenômenos possam ser reversíveis com a reoxigenação, quando repetidos, as alterações funcionais exacerbam-se e a célula se torna irreversivelmente falcizada. A circulação venosa tem maior número de eritrócitos falciformes irreversíveis do que a arterial, porque o pré-requisito essencial seria o aumento da CHCM, causado pela desidratação celular e pela falência da atividade funcional da célula na circulação, estabilizando-se o esqueleto celular na forma anormal. A vasoconstrição da circulação capilar induz a estase e ao aumento do tempo de contato do eritrócito com áreas de

baixo teor de oxigênio. Também a desidratação do organismo favorece a desidratação celular e o aumento da concentração de Hb S, situação que se agrava nos homozigotos falcêmicos (Hb SS), uma vez que possuem de 4 a 44% de eritrócitos falciformes irreversíveis na circulação periférica.¹⁰

A circulação sanguínea de eritrócitos falciformes se destaca devido às desigualdades morfológicas dessas células. Essa desfiguração eritrocitária influi intensamente no fluxo sanguíneo da microcirculação pois, a irregularidade da superfície de contato da célula falciforme, permite reações químicas interativas entre os eritrócitos falcêmicos e as células endoteliais, fazendo-as aderirem ao endotélio vascular. As consequências da aderência é caracterizada pela vaso-oclusão, com redução do fluxo sanguíneo nos capilares venosos, causando a estase venosa e hipóxia. Na realidade essas lesões que acontecem na microcirculação de vários órgãos e tecidos, determinam um fenômeno cíclico que, iniciado pela falcização, esse mesmo processo é continuamente estimulado pelos seus próprios efeitos deletérios.¹⁰

A abrangência orgânica da vaso-oclusão depende de outras situações que naturalmente se somam, quais sejam, suscetibilidades a infecções bacterianas e virais que induzem o aumento de fibrinogênio e estimulam a aderência da célula falciforme ao endotélio, eventos que promovem vasoconstrição, e a própria hipóxia tecidual. É justamente a hipóxia tecidual que promove a continuidade da desoxigenação de moléculas de Hb S, agravando ainda mais uma condição circulatória já desfavorável e lesando os tecidos perfundidos por esses capilares. Ocasionalmente pode ocorrer oclusão total dos capilares com trombose, formação de fibrina com a participação das plaquetas ativadas pela assimetria anormal da estrutura da membrana do eritrócito falcêmico, e também ativação dos fatores de coagulação – propiciando a hipercoagulabilidade. Os tecidos mal perfundidos podem sofrer infartos com necrose e formação de fibrose, principalmente no baço, na medula óssea e placenta. Todos esses processos fisiopatológicos são causas importantes de lesões teciduais agudas – caracterizadas pelas crises de dores, e crônicas – situações determinantes do alto grau de morbidade e mortalidade notadamente na anemia falciforme.¹⁰

A gravidade da doença foi relacionada com a capacidade dos eritrócitos falciformes aderirem à camada superficial das células endoteliais. A adesividade dos eritrócitos falciformes permanece inalterada durante os episódios de dores agudas, exceto quando influenciada por qualquer mudança nas subpopulações de eritrócitos. É importante destacar que há uma formação diferenciada do endotélio de pessoas com

doenças falciformes em relação ao endotélio de pessoas com Hb AA, e certamente este fato é determinante para a adesividade das células falciformes.¹⁰

CONCLUSÃO

O conhecimento atualizado sobre os mecanismos inerentes da fisiopatologia da vaso-oclusão da anemia falciforme oferece de forma abrangente a dimensão da repercussão que apenas a troca de um único aminoácido na cadeia globínica, pode representar na vida dos portadores da anemia falciforme. Entendendo o processo é que será possível auxiliar a nível de informações obtidas por pesquisa científica sistemática, disponibilizada para os profissionais de saúde que estarão na ponta dos serviços de saúde decidindo o diagnóstico clínico com qualidade e como tal oferecer uma melhor qualidade de vida no que se refere ao controle de novas crises falcêmicas.

Conclui-se também que a reflexão do profissional médico e de outros profissionais de saúde envolvidos em uma equipe multidisciplinar sobre os fatores que determinam a frequência e a distribuição das doenças, também é crucial para o a qualidade no atendimento, já que o Brasil é um país extenso e cada região possui suas particularidades. É importante saber que avanços na ciência são crescentes acerca da anemia falciforme para que num futuro não muito distante, seja possível ao doente falcêmico ter uma vida livre da doença.

REFERÊNCIAS

1. Harison et al. Medicina Interna. Tradução: Ademar Valadares Fonseca...et al; revisão técnica: Almir Lourenço da Fonseca. 18. ed. Porto Alegre: editora AMGH, 2013.
2. Lee, G.R.; Bithell, F. J.; Athens, J. W.; Lukens, J. N. *Hematologia clínica*. 1. ed. São Paulo: Editora Manole, 1998.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Manual de diagnóstico e tratamento de doenças falciformes*. Brasília: ANVISA, 2002. 142p.
4. Moraes, R. Análise de conteúdo. *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.
5. Zago, M. A. Falcão, R.P., Pasquini, R. *Hematologia: fundamentos e prática*. 5. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de educação em saúde / Ministério da Saúde,

- Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
7. Hemocentro do Rio de Janeiro (HEMORIO). 2014
 8. Rapaport, S. *Introdução à hematologia*. São Paulo. 2. ed.1921.
 9. Zago, M. A. Falcão, R.P., Pasquini, R. *Hematologia: fundamentos e prática*. 5. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.
 10. Hoffbrand, A.V., MossS, P.A.H., E PettitIT, J.E. *Fundamentos em hematologia*. 5.ed. Cidade: Editora Artmed, 2008. 400p.
 11. Zago, M. A.; Pinto, A. C. S. Fisiopatologia das doenças falciformes: da mutação genética à insuficiência de múltiplos órgãos. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* São José do Rio Preto, v. 29, n. 3, p. 207-214, Set. 2007.
 12. Lehninger, A. L. *Princípios de bioquímica*. 3.ed. São Paulo: Editora Sarvier, 1995.

REVISÃO

**EFEITOS DA BRAQUITERAPIA NO TRATAMENTO DA USUÁRIA COM
CÂNCER CÉRVICO-UTERINO: ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO**

**BRACHYTHERAPY EFFECTS OF THE TREATMENT WITH USER CERVICAL
CANCER: STRATEGIES OF NURSES**

Michelle Pereira de Oliveira Troca¹, Pâmela Moraes da Silva¹, Rosimery Vogas
Frinhani Leite¹, Sandra Maria Oliveira Caixeiro-Brandão

1. Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Iguaçu (UNIG).
2. Enfermeira. Mestre em Enfermagem (Saúde da Mulher) pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da UNIG. E-mail: caixeiro40@ig.com.br. (**Autor de Correspondência**)

Conflitos de interesse: não há

Fontes de financiamento: não há

RESUMO

O Objetivo do presente estudo foi discutir a eficácia na diminuição dos efeitos colaterais da braquiterapia no tratamento do câncer do colo do útero e a assistência de enfermagem. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, usando-se de comparativa entre as teorias apresentadas, realizada através de revisão bibliográfica. Para a análise dos dados, apoiou-se em Pierre Curie com a seleção de publicações eletrônicas para a construção de um arcabouço teórico com a proposta de esclarecer e explicar o problema. As estratégias de enfermagem têm se tornado cada vez mais amplas e eficientes, as atenções destinadas aos pacientes oncológicos e a humanização nos atendimentos prestados estão sendo pontos importantes para a relação interpessoal. A braquiterapia, embora seja um tratamento relativamente novo, tem superado todas as expectativas para o câncer do colo do útero. Concluímos que a braquiterapia é um tratamento com sua eficácia comprovada e num constante processo de aperfeiçoamento para melhor atender essas mulheres, onde se fazem indispensáveis aos cuidados ativos da equipe de enfermagem.

Descritores: Braquiterapia; Enfermagem; Câncer do Colo do útero; Terapêutica.

ABSTRACT

The objective of this study was to discuss the efficacy in reducing the side effects of brachytherapy in the treatment of cervical cancer and the nursing care. It's a qualitative research, using the comparative between the theories presented, carried out through a bibliographic review. For the analysis of data, supported in Pierre Curie with the selection of the electronic publishing for the construction of a theoretical framework with the proposal to clarify and explain the problem. The strategies of nursing has become increasingly large and efficient, the attention to oncology patients and the humanization in the assistance rendered are an important points to the interpersonal relationship. The brachytherapy, although a new treatment, has surpassed all the expectations for the cervical cancer. We concluded that the brachytherapy is a treatment with its efficacy corroborated and in a constant process of upgrading to better assist these women, which are indispensable to active care of the nursing team.

Descriptors: Brachytherapy; Nursing; Cervical Cancer; Therapeutics

INTRODUÇÃO

A incidência de câncer do colo do útero chega a 500 mil casos novos por todo o mundo, esse é o segundo tipo de câncer mais comumente encontrado entre a população feminina, levando a óbito cerca de 230 mil mulheres por ano. No território brasileiro para 2010 são esperados 18.430, aproximadamente 18 casos a cada 100 mil mulheres. Após muitos estudos conclui-se que o maior fator de risco é a infecção por um dos 15 tipos de HPV. Podemos citar também como fatores de risco a ingestão insuficiente de nutrientes diários, tabagismo, variedade de parceiros sexuais, início precoce da atividade sexual, condição socioeconômica precária e uso prolongado de anti-concepcionais orais (fatores estes que poderão estar associados).¹

Este tipo de neoplasia se desenvolve assintomaticamente através de alterações celulares, sendo este quadro confirmatório quando apresenta NIC III, ocorrendo o carcinoma invasor, nesta fase poderão surgir sintomas como sangramento transvaginal, corrimento e dor pélvica. Quando a alteração celular encontrar-se no estágio de NIC II poderá ser indicado a conização mesmo que a colposcopia e/ ou biópsia apresente um resultado negativo para câncer, pois se trata de uma forma de prevenção para que tardiamente esta alteração celular não se transforme em câncer.²

A mortalidade pode ser diminuída em cerca de 80% quando se é feito o rastreamento adequado entre mulheres com idade de 25 a 65 anos através do exame de Papanicolaou e o tratamento apropriado das lesões iniciais com probabilidade de malignidade. Para alcançar um bom resultado do programa de rastreamento é fundamental que se tenha boa organização, integralidade e qualidade de assistência, inclusive orientações quanto ao preparo para as pacientes. Após o resultado de colpocitologia positiva a paciente deverá ser encaminhada para colposcopia, sendo este também positivo será necessária a confirmação através de biópsia. A paciente com biópsia positiva deverá ser encaminhada para triagem (Radioterapia/ quimioterapia/ conização), vale ressaltar que não existe um falso positivo para câncer.^{1,3,4}

Braquiterapia é uma forma de tratamento para este tipo de câncer, que faz uso de fontes radioativas em contato direto com o tumor, sendo indicado em aproximadamente 10% das pacientes que são submetidas à radioterapia. A braquiterapia nos dias atuais é bem diferente em relação aos últimos trinta anos, que proporcionava ao paciente algumas reações como internação, de aproximadamente 72h, ocasionando mal estar, queimaduras (eritemas) no local, com implantação de uma pinça contendo material radioativo (CESIO) que deve ficar em contato direto com o colo uterino.⁵

Atualmente os procedimentos mudam conforme a gravidade da lesão podendo ser implantado sementes radioativas com baixa frequência, proporcionando ao paciente a observação em ambiente hospitalar ou em sua residência. Para a realização deste procedimento é necessário uma equipe multiprofissional e disciplinar tais como: médico oncologista clínico, médico oncologista cirúrgico, físico médico, enfermeiro, psicólogo, tecnólogo em radiologia (radioterapia), técnico de enfermagem e por último pessoal de apoio.⁶

A consulta de enfermagem segue os padrões dando ênfase nas etapas do procedimento, esclarecendo qualquer dúvida que o paciente possa vir a ter sobre a duração do tratamento, as taxas de doses que serão utilizadas sendo estas altas ou baixas, os possíveis efeitos colaterais e apoio psicológico. Enfim, o enfermeiro poderá ser um agente facilitador para uma boa integração da equipe em relação ao paciente, resultando em um tratamento de ótima qualidade.

Desta forma, tem-se como problema norteador do estudo: Quais as implicações da braquiterapia no tratamento de Câncer de colo uterino? Nesta perspectiva, o objeto deste artigo trata dos efeitos da braquiterapia no tratamento de Câncer do colo do útero,

e seu objetivo é discutir a eficácia na diminuição dos efeitos colaterais da braquiterapia no tratamento de Câncer do colo do útero e a assistência de enfermagem.

Justifica-se a realização deste trabalho por reforçar a apresentação de um tratamento inovador e de sucesso devido as suas características terapêuticas, tendo em vista este ser um tratamento pouco divulgado. Tem-se como expectativa de contribuições, instruir e orientar tanto profissionais de saúde quanto a população feminina sobre a eficácia, segurança e os benefícios que este tipo de tratamento traz. Afim de proporcionar uma educação continuada com maior acesso a informação, atentando para os aspectos da prevenção e o aprimoramento profissional.

MÉTODOS

Apresentamos como pesquisa qualitativa busca incessante de natureza subjetiva do conhecimento não se baseando em dados estatísticos. Usando comparativa entre as teorias apresentadas não se afastando do objetivo principal proposto inicialmente. Porém o pesquisador tende a apresentar sua identidade de conceitos e conhecimentos no seu objeto de pesquisa, acreditando que assim concluirá um trabalho bem elaborado superando as dificuldades apresentadas no desenvolvimento da pesquisa.⁷

Visando atender ao objetivo proposto nesse estudo, buscamos através de revisão bibliográfica explicar o problema apontado. Baseando-se em documentos teóricos que foram publicados e divulgados em textos eletrônicos, procurando se informar e analisar o que já foi discutido em estudo sobre o assunto abordado. Fazendo parte de pesquisa experimental ou descritiva a partir do momento que é usado com o objetivo de colher maiores informações já existentes sobre o problema a qual se deseja obter solução ou resposta, tanto quanto em hipótese que se deseja esclarecimento.⁸

O cenário utilizado para este estudo foi a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Instituto Nacional do Câncer (INCA), buscando artigos científicos que abordassem o assunto, observando atentamente o objetivo da pesquisa.

Para análise dos dados, apoiou-se em Pierre Curie para a realização da técnica de análise de conteúdo. De acordo com Pierre Curie, está técnica foi elaborada no ano de 1901 onde se realizou a primeira braquiterapia. Este processo sofreu diversas modificações através de pesquisas aprimorando-se até chegar à técnica atualmente utilizada que é a braquiterapia intracavitária ou intraluminal, na qual é inserido um

aplicador na região acometida sendo usado geralmente em tumores ginecológicos com grande precisão.⁵

Foi realizada busca em 04 de Outubro de 2010 no horário de 17 às 22h, por descritores isolados na íntegra, sendo utilizado como critério de inclusão somente artigos em português.

Quadro 1 – Busca eletrônica por descritores isolados para realização de revisão bibliográfica.

DESCRITORES	BVS	SCIELO	INCA	Total
Braquiterapia	33	28	6	67
Enfermagem	5679	2605	40	8324
Neoplasias do colo do utero	274	14	54	342
Terapêutica	2102	1714	10	3826
Total	8088	4361	110	12559

Buscamos por descritores associados na íntegra, iniciada em 16/10/2010 com término em 01/11/2010, esta ocorreu em dias e horários alternativos com aproximadamente 4 a 5h de duração/dia, em razão das dificuldades encontradas como inúmeros artigos repetidos e na filtragem nos sites. Os artigos tinham que ser lidos um a um para selecionarmos por ano de publicação, pois estes não disponibilizavam auto-filtro para esta categoria. Foram utilizados como critério para inclusão artigos em português e publicados entre os anos de 2005 a 2010.

Quadro 2 – Busca eletrônica por descritores associados para realização de revisão bibliográfica.

DESCRITORES	BVS	SCIELO	INCA	Total
Braquiterapia and Enfermagem	1	1	0	2
Braquiterapia and Neoplasias do colo do utero	1	1	1	3
Braquiterapia and Terapêutica	1	1	0	2
Enfermagem and Neoplasias do colo do utero	15	5	1	21
Enfermagem and Terapêutica	80	48	0	128
Neoplasias do colo do utero and	5	1	1	7

Terapêutica				
Total	103	57	3	163

Após leitura minuciosa dos resumos encontrados, realizamos um refinamento selecionando 10 artigos, pois somente estes apresentavam relevância com o assunto abordado.

3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

3.1. Estratégias de enfermagem na orientação do paciente oncológico.

Realização da leitura de resumos encontrados e seleção dos artigos para construção de um arcabouço teórico, com o propósito de analisar e discutir os dados fundamentando o estudo sobre a assistência de enfermagem ao paciente oncológico.

Quadro 3 – Artigos voltados para estratégias de enfermagem.

AUTOR	TÍTULO	BASE DE DADOS	ANO	REVISTA
Anjos A et al ⁹	A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente.	BVS	2006	Rev. Latino-Am Enfermagem
Araujo C et al ¹⁰	O Papel da Enfermagem no Setor de Radioterapia: uma Contribuição para a Equipe Multidisciplinar.	INCA	2008	Rev. Brasileira de Cancerologia
Barranco E et al ¹¹	O Líder de Enfermagem em Unidades Oncológicas: Intervenções da Subjetividade na Organização de Espaços Saudáveis de Trabalho.	INCA	2010	Rev. Brasileira de Cancerologia
Fontes C et al ¹²	A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica.	BVS	2008	Acta Paulista de Enfermagem
Lopes M ¹³	Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação.	SCIELO	2005	Rev. da Escola de Enferm. USP

A humanização em enfermagem é fundamental para os pacientes oncológicos, principalmente quando todas as terapias medicamentosas chegam ao fim, restando apenas o carinho e o companheirismo da enfermagem, que vê aquela pessoa não como uma patologia e sim um ser humano cheio de medos, esperança de cura e frustrações. As atitudes da enfermagem são essenciais para melhorar a qualidade de vida dessas pacientes, uma vez que se encontram em estado tão debilitado. Ressaltamos a importância da consulta de enfermagem para um acompanhamento adequado, integral e de qualidade às pacientes que se encontram em tratamento de quimioterapia.^{9,12}

O cuidado de enfermagem prestado aos pacientes oncológicos ainda se apresenta em déficit, principalmente quando a equipe se depara com pacientes que sentem dores crônicas. Estes pacientes requerem muito apoio psicológico, porém quando a sistematização da assistência de enfermagem é bem implantada, os pacientes oncológicos tendem a ter um atendimento mais completo e digno por estes profissionais, que ao longo do tempo têm se mostrado cada vez mais interessados em se aperfeiçoar e desenvolver um trabalho humanizado.¹⁴

Apresentamos dois fatores de suma importância: a humanização dos serviços prestados e a educação continuada dos profissionais enfermeiros, para conseguirem dar continuidade a uma completa assistência de enfermagem. Todavia, quando esse trabalho é bem elaborado os resultados são satisfatórios, visto que a humanização tem se mostrado diferencial não somente para pacientes oncológicos mas para todos os pacientes que sofram por qualquer patologia, esta estabelece os laços de confiança entre o paciente e a equipe. Portanto, a valorização do estado emocional e a assistência ao paciente como um todo contribuem para a melhora na qualidade de vida dessas pacientes durante o tratamento quimioterápico.

Foi observado que a equipe de enfermagem desenvolve um papel de elevada estima no setor de radioterapia, onde os cuidados de enfermagem são essenciais. Isto se deu após a realização de um projeto onde se atualizava os conhecimentos da equipe com a elaboração de suas atividades. A assistência de enfermagem tornou-se referência pelo bom objetivo alcançado de solução dos problemas com relação às necessidades básicas desses pacientes. Essa pesquisa foi fundamental para melhorar a relação de confiança entre o paciente e a equipe de enfermagem.¹⁰

Nota-se também a importância da equipe de enfermagem com ênfase no enfermeiro no setor de radioterapia, tendo em vista que o paciente ali recebido já vem

de um desgastante processo de tratamento como quimioterapia e cirurgias, este na maioria das vezes encontra-se assustado com medo e vulnerável. A garantia de um acolhimento esclarecedor e humanista é fundamental para estes pacientes e cuidadores, o enfermeiro junto com a sua equipe deve esclarecer as dúvidas e prevenir ou tratar as complicações que possam vir a ocorrer durante o procedimento. Entre outras atribuições favorece o laço de confiança entre o paciente e a equipe.¹⁵

Podemos reafirmar que toda ação tem uma reação, visto que se a equipe de enfermagem tratar o paciente com indiferença estará contribuindo para diminuição da perspectiva de melhora do mesmo. O acolhimento estabelece um vínculo de confiança entre o paciente e a equipe, sendo um agente facilitador entre as relações humanas, garantindo ao paciente ser assistido como um todo, visando que este poderá se encontrar cheio de medos e dúvidas. A equipe de enfermagem faz parte de uma equipe multiprofissional, sendo a que tem mais contato direto com o paciente, cabendo a ela a função de amenizar os problemas através da orientação prestando uma assistência humanizada, com o propósito de se obter resultados acima do esperado ao final do tratamento.

A importância do olhar amplo do líder de enfermagem no cenário de atuação visa potencializar o trabalho da equipe de acordo com o seu perfil e cultivar um espaço agradável, com isso desenvolver o trabalho de forma harmoniosa, contribuindo para melhora da qualidade no atendimento prestado aos pacientes. Lembrando sempre que são pessoas cuidando de pessoas. Entretanto a implementação de um gerenciamento humanizado potencializa a eficiência e garante um atendimento de qualidade prestado pela equipe de enfermagem, já que o profissional participa de todo o processo de evolução do paciente.¹¹

A implantação da tecnologia nos serviços de saúde tem sido fundamental para a prevenção, o prognóstico, o tratamento e a cura, porém foi observado em estudo o despreparo de alguns profissionais de enfermagem em associar a tecnologia disponível com a humanização nos serviços prestados. O estudo apontou que estes se encontram habituados a uma rotina de serviços programados, apresentando dificuldades para o desenvolvimento das relações humanas, levando ao déficit o processo de cuidar. Este é um obstáculo a ser vencido pelos enfermeiros, com a finalidade de prestarem uma eficiente e completa assistência de enfermagem.¹⁶

Enfatizamos a importância de um bom gerenciamento de enfermagem para que o desenvolvimento das relações humanas entre profissional e paciente seja alcançado com

êxito. Podemos dizer que o processo inicia-se com o profissional enfermeiro, isso quando o mesmo consegue tornar o ambiente harmonioso, favorecendo-o para desempenhar seu trabalho com tranquilidade. Estudos apontam que um gerenciamento deficiente e a falta de um quadro de profissionais apropriado, tende a causar dificuldades em associar a tecnologia existente à garantia de uma assistência de enfermagem humanizada. Enfim observamos que uma boa assistência de enfermagem associada às tecnologias existentes seja usada em conjunto em prol do paciente, mas que para isso torna-se necessário um treinamento qualificado da equipe liderado pelo enfermeiro.

Estudos apontam que para a implementação do Processo de avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica de enfermagem, o profissional enfermeiro deverá permanecer presencialmente em todas as etapas do processo, prestando aos pacientes oncológicos todos os cuidados necessários, atentado sempre para o seu estado emocional. A correlação entre o enfermeiro e o paciente, uma vez que este se encontra em tratamento de quimioterapia em hospital dia é fundamental. Faz-se necessário que o profissional enfermeiro olhe para esse paciente com sentimento de empatia, sendo que esse tipo de conhecimento o profissional não irá adquirir nos livros de sua formação e sim com a interação no dia a dia, tornando os resultados dessa relação muito gratificante tanto para a equipe quanto para o paciente.¹³

O papel da enfermagem vai muito além dos procedimentos técnicos que requerem maior conhecimento científico do assunto, mas abrange também o meio de comunicação entre o profissional e o paciente. O paciente consegue expressar o que realmente sente levando em consideração suas crenças, culturas e valores de vida. Baseado nesses fatores importantes, o enfermeiro tende a desenvolver um excelente plano terapêutico simplesmente com o seu modo de agir e avaliar. Esse é o diferencial da enfermagem.¹⁷

O acolhimento ao paciente oncológico tende a ser programado necessitando de uma boa organização por parte dos profissionais de enfermagem, onde os mesmos possam dispensar de tempo suficiente para interação, considerando que cada paciente irá requerer maior ou menor tempo do profissional, afim de uma “avaliação diagnóstica” e “intervenção terapêutica eficaz”. A enfermagem deverá agir com atenção ao estado emocional do paciente e desenvolver uma assistência humanizada. Portanto torna-se indispensável uma boa atuação do enfermeiro líder frente à assistência ao paciente oncológico, uma vez que se trata de pacientes "crônicos", fator este que

dispensa de maior disponibilidade da equipe multiprofissional, com vista em manter um ambiente tranquilo e agradável favorecendo a prevenção de agravos.

3.2. Eficácia no tratamento da Braquiterapia e seus efeitos.

Seleção de artigos para análise e discussão, com a proposta de esclarecer e explicar o problema baseando-se em publicações interpretando e agrupando conhecimentos sobre a eficácia da braquiterapia e seus efeitos no tratamento de câncer do colo do útero.

Quadro 4 – Artigos voltados para braquiterapia.

AUTOR	TÍTULO	BASE DE DADOS	ANO	REVISTA
Chen M et al ¹⁸	Radioterapia adjuvante no tratamento do câncer de endométrio: experiência com a associação de radio-terapia externa e braquiterapia de alta taxa de dose	SCIELO	2005	Radiologia Brasileira
Ohnuma M et al ¹⁹	Qualidade de vida afetada pelas complicações do tratamento em mulheres com câncer do colo do útero localmente avançado.	BVS	2005	Nursing (São Paulo)
Oliveira A et al ²⁰	Braquiterapia intersticial para recidivas de câncer de colo uterino pós-radioterapia.	BVS	2005	Radiologia Brasileira
Oliveira J et al ²¹	Avaliação da dose no reto em pacientes submetidas a braquiterapia de alta taxa de dose para o tratamento do câncer do colo uterino.	INCA	2009	Radiologia Brasileira
Rosa M et al ²²	Vivências de mulheres submetidas à braquiterapia: compreensão existencial.	BVS	2008	Revista Eletr. Enf.

Se tratando da eficácia do uso da braquiterapia e as doses que são administradas no reto da paciente submetida a este tipo de tratamento, visando a utilização de sonda

retal com altas taxas de dose durante o procedimento, observa-se um bom prognóstico. A avaliação dos resultados alcançados com a braquiterapia no carcinoma do endométrio gera altas incidências de cura sendo no período inicial da patologia e baixo índice de recidivas nos casos intermediários, em ambos apresentando bons resultados.^{18, 21}

A eficácia da braquiterapia tem sido cada vez mais relatada e os investimentos para melhores formas de técnicas para aplicação como sondas, anéis de cilindros vaginal e aplicadores virtuais. Estas têm sido desenvolvidas e aplicadas ao longo do tratamento progredindo cada vez mais, devido às possibilidades que se tem de aplicações de altas doses de radiação direcionado ao alvo, permitindo que as células próximas não sejam atingidas por estas radiações acima dos seus limites de tolerância, com a finalidade de não causar danos a estas células sadias. Um dos benefícios que se deseja alcançar com esses investimentos tecnológicos é a diminuição dos efeitos colaterais como alopecia, náuseas e vômitos, indisposição, anorexia, diarreias, dores abdominais, ardor à micção, polaciúria, efeitos tardios ou seqüelas da radiação que são perenes, retites e cistites actínicas, colites ou fibrose do subcutâneo, que poderão ocorrer com menor frequência em mulheres que são submetidas a esse tipo de tratamento.²³

O uso da tecnologia vem trazendo inovações para o tratamento da braquiterapia, pois os dispositivos estão ficando cada vez menores e mais precisos, favorecendo a diminuição do incômodo causado durante a utilização dos aplicadores intracavitários. A utilização da braquiterapia é um processo importante para a eficácia do tratamento do câncer de colo uterino, possibilitando um aumento nas perspectivas de sobrevida e cura de pacientes submetidas ao tratamento. A vantagem que se tem com esse tipo de tratamento é a diminuição dos efeitos colaterais que em muitas das vezes impediam a paciente manter suas atividades diárias, melhorando os aspectos físicos e psicológicos, o que contribui para um excelente resultado ao término do tratamento.

Relatamos que quanto à qualidade de vida das mulheres submetidas ao tratamento de câncer do colo do útero, os procedimentos tendem a ser o menos agressivo possível com o intuito de não afetar a sua rotina diária. Porém, mesmo com os avanços tecnológicos e pesquisas avançadas os aspectos negativos atingem amplamente o seu cotidiano, tanto pela própria doença quanto pela rotina desgastante do tratamento, incluindo os seus efeitos colaterais. Principalmente quando essas mulheres passam por vários abalos emocionais causados por um mau prognóstico.¹⁹

Os aspectos psicossociais no que se diz respeito ao tratamento da braquiterapia voltando-se para as experiências em que algumas pacientes tiveram durante o

tratamento, demonstram que as diversidades físicas e psicológicas, tais como aquelas que são submetidas a vários tipos de tratamentos de câncer ginecológico podem apresentar disfunção sexual como, por exemplo, diminuição da libido e da lubrificação, entre outros. Uma vez iniciado o tratamento é dever da equipe multidisciplinar envolvida suprir todas as necessidades individuais de cada paciente, com intuito de diminuir a ansiedade e a insegurança em relação a esta nova fase de sua vida.²⁴

Podemos avaliar através de estudos que os efeitos colaterais da braquiterapia existem, mas que em alguns casos as proporções são menores. Porém essa variação dependerá dos aspectos físicos e psicológicos no qual essas mulheres irão se encontrar no momento, de como estava sua vida antes da doença e se tem o apoio da família e principalmente do seu companheiro. Através dessas observações os efeitos do tratamento da braquiterapia tendem a ser maiores do que realmente deveriam ser dependendo do seu estado emocional e de certa forma afetam o seu tratamento, o que poderá contribuir para um prognóstico ruim.

Conforme apontado em estudo para recidivas do câncer do colo uterino, após o tratamento com braquiterapia de alta taxa de dose (BATD) com uso de implantes intersticiais, a recidiva para esse tipo de neoplasia aumenta quando o grupo tratado encontra-se num estágio muito avançado da doença, mesmo usando-se altas taxas de dose. Esse número tende a aumentar quando as mulheres tratadas são as que foram submetidas a procedimentos antigos que não tinham a mesma qualidade e tecnologia das usadas atualmente, uma vez que estas apresentam efeitos tardios.²⁰

Sendo a braquiterapia de altas taxas de dose (BATD) um tratamento relativamente novo, esta vem apresentando recidivas basicamente baixas e os danos causados aos tecidos adjacentes vizinhos estão cada vez menores, devido a sua exatidão na implantação da tecnologia, sendo esta cada vez mais precisa. A perspectiva de sobrevida dessas pacientes vem aumentando gradativamente em função da sua baixa toxicidade as células sadias, atingindo precisamente as células tumorais.²⁵

Estimamos o diagnóstico precoce para câncer do colo do útero, pois quanto mais cedo iniciarem-se os tratamentos menores serão os riscos para recidivas da doença. Por tudo isso se observa que a braquiterapia tem superado várias expectativas, quando passou do uso de baixa taxa de dose para alta taxa de dose, apresentando resultados cada vez mais satisfatórios. Motivos estes que favorecem um alto índice de cura.

Foram observados alguns aspectos em mulheres com câncer do colo do útero e submetidas ao tratamento de braquiterapia antes e ao término do mesmo. Constatando

que antes de iniciar o tratamento essas mulheres se apresentavam apreensivas em relação ao procedimento, com medo de não alcançar o objetivo esperado e do desconhecido se tratando de uma nova experiência em suas vidas, ainda que orientadas sobre o tratamento e com esperança em mais uma tentativa de se obter a cura. Ao término do tratamento algumas se mostraram mais encorajadas e cheias de expectativas, enquanto outras só usaram o silêncio e gestos, sem muita iniciativa de comunicação.²²

Estudos revelam as consequências físicas e psicológicas que acometem as pacientes com câncer do colo do útero, na qual dentre todos os membros da equipe multiprofissional é a enfermagem quem desenvolve um importante papel ao prestar a assistência. Visando a redução dessas consequências a enfermagem atua esclarecendo dúvidas, dando um apoio emocional, entre outras atribuições. A realização de um processo de triagem é fundamental para que se possam identificar as maiores necessidades de intervenções médicas, poupando tempo e evitando assim o desgaste da paciente.²⁶

Nota-se a importância que a enfermagem tem frente ao tratamento de braquiterapia, pois essas mulheres chegam com um diagnóstico que para muitas é uma sentença de morte e para outras um longo tempo de sofrimento causado pelos efeitos do tratamento. Há efeitos colaterais na braquiterapia assim como em outros tratamentos, sendo que se tem o objetivo de causar o menor dano possível a saúde da paciente (é o chamado risco benefício). Enquanto que cabe a enfermagem assistir a essas pacientes atentamente, visando amenizar todas as reações que o tratamento possa lhe causar, tanto físicas quanto emocionais.

CONCLUSÃO

Podemos relatar que as estratégias de enfermagem têm desenvolvido um papel muito importante e de grande influência no tratamento a pacientes oncológicos. Visto que as estratégias têm se tornado cada vez mais amplas e eficientes, dentre elas podemos citar o bom acolhimento, o vasto esclarecimento de dúvidas e a educação continuada para melhor aperfeiçoamento desses profissionais. As atenções destinadas aos pacientes oncológicos e a humanização nos atendimentos prestados estão sendo pontos importantes para a relação interpessoal. Com isso a conquista de uma relação de confiança entre paciente e a equipe, assegurando-lhes um atendimento de qualidade na qual os resultados obtidos encontram-se cada vez mais acima dos níveis esperados. Esses pontos indicam que a equipe de enfermagem contribui muito para um bom

prognóstico desempenhando um papel diferencial e essencial na assistência a esses pacientes.

Com relação à braquiterapia conclui-se que embora este seja um tratamento relativamente novo tem superado todas as expectativas ao se tratar do câncer do colo do útero. As evidências se dão devido ao baixo índice de recidiva, baixa toxicidade as células sadias adjacentes, diminuição dos efeitos colaterais, não alterando tanto a rotina diária das pacientes durante o processo de tratamento, além de promover um alto índice de cura. Esses resultados foram obtidos através de incessantes pesquisas e investimentos que têm proporcionado a melhora na qualidade de vida de mulheres que sofrem com esse tipo de patologia.

Por tudo isso se pode concluir que a assistência de enfermagem ao tratamento de câncer do colo do útero unido aos avanços tecnológicos da braquiterapia tem apontado excelentes resultados e um menor tempo de sessões, o que possibilita ao paciente dar continuidade a sua rotina diária. Avaliamos então que é um tratamento com eficácia comprovada e num constante processo de aperfeiçoamento para melhor atender a essas mulheres, onde se fazem indispensáveis os cuidados ativos da equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher. Rio de Janeiro: INCA; 2010. [Citado em: 09 Abr 2010]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Tipos de Câncer – colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2010. [Citado em: 20 Out 2010]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uteropatologia
3. Canary PC, Almeida CE. A radioterapia do colo do útero no Brasil. Rev Bras Cancerol 1998; 44(2): 101-7.
4. Ferrigno R, Faria SLCO. Radioterapia exclusiva do tratamento do câncer de colo do útero estádios IIB e IIIB. Resultados do convênio Hospital Mário

- Gatti/Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Acta Oncol Bras 1995; 15(3): 130-35.
5. Novas tecnologias da Saúde. Radioterapia interna – Braquiterapia. Lisboa: Novas Tecnologias da Saúde; 2008. [Citado em: 10 Mai 2010]. Disponível em: <http://novastecnologiassaude.blogspot.com/search/label/Braquiterapia>.
 6. Aisen S, Nadalin W. Braquiterapia de alta taxa de dose no tratamento do câncer do colo uterino: resultados de controle local, sobrevida e complicações [tese]. São Paulo; Radiol Bras [online] 2004; 37(2): 100-100.
 7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a. ed. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 12.
 8. Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica. 5a. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2002. p. 65-6.
 9. Anjos ACY, Zago MMF. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. Rev Latino-Am. Enferm 2006; 14(1): 33-40.
 10. Araujo CRG, Rosas AMMTF. O Papel da Enfermagem no Setor de Radioterapia: uma Contribuição para a Equipe Multidisciplinar. Rev Bras Cancerol 2008; 54(3): 231-37.
 11. Barranco E, Moreira MC, Menezes MFB. O Líder de Enfermagem em Unidades Oncológicas: Intervenções da Subjetividade na Organização de Espaços Saudáveis de Trabalho. Rev Bras Cancerol 2010; 56(2): 213-18.
 12. Fontes CAS, Alvim NAT. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. Acta Paul Enferm 2008; 21(1): 77-83.

13. Lopes MJ. Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. Rev Esc Enferm USP 2005; 39(2): 220-28.
14. Recco DC, Luiz CB, Pinto MH. O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo. Arq Ciênc Saúde 2005; 12(2): 85-90.
15. Araujo CRG, Rosas AMMTF. A consulta de enfermagem para clientes e seus cuidadores no setor de radioterapia de hospital universitário. Rev Enferm UERJ 2008; 16(3): 364-69.
16. Arone EM, Cunha ICKO. Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. Rev Bras Enferm 2007; 60(6): 721-23.
17. Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. Rev Bras Enferm 2008; 61(3): 312-18.
18. Chen MJ, Nishimoto IN, Novaes PERS, Pellizzon ACA, Ferrigno R, Fogaroli RC, et al. Radioterapia adjuvante no tratamento do câncer de endométrio: experiência com a associação de radio-terapia externa e braquiterapia de alta taxa de dose. Radiol Bras 2005; 38(6): 403-8.
19. Ohnuma MHPC, Brenna SMF. Qualidade de vida afetada pelas complicações do tratamento em mulheres com câncer do colo do útero localmente avançado. Nursing São Paulo 2005; 8(80): 23-9.
20. Oliveira ACZ, Esteves SCB, Feijó LFA, Tagawa EK, Cunha MO. Braquiterapia intersticial para recidivas de câncer de colo uterino pós-radioterapia. Radiol Bras 2005; 38(2): 117-20.

21. Oliveira JP, Rosa LAR, Batista DVS, Bardella LH, Carvalho AR. Avaliação da dose no reto em pacientes submetidas a braquiterapia de alta taxa de dose para o tratamento do câncer do colo uterino. Radiol Bras 2009; 42(2): 83-8.
22. Rosa MTS, Sales CA. Vivências de mulheres submetidas à braquiterapia: Compreensão existencial [tese]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; Rev Eletr Enf 2008; 10(4): 990-1003.
23. Guimarães RGR, Carvalho HA, Stuart SR, Rubo RA, Seraide RM. Avaliação dosimétrica de uma combinação de aplicadores para braquiterapia de tumores do colo uterino com acometimento da porção distal da vagina. Radiol Bras 2009; 42(4): 209-14.
24. Barros GC, Labate RC. Repercussões psicológicas relacionadas ao tratamento de braquiterapia em mulheres com câncer ginecológico: análise da produção 1987 a 2007. Rev Latino-Am Enferm 2008; 16(6): 1049-53.
25. Esteves SCB, Oliveira ACZ, Feijó LFA. Braquiterapia de alta taxa de dose no Brasil. Radiol Bras 2004; 37(5): 337-41.
26. Frigato S, Hoga LAK. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. Rev Bras Cancerol 2003; 49(4): 209-14.

**DIFICULDADES AO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DA GESTANTE
PORTADORA DE DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO:
UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO**

**DIFFICULTIES TO THE NURSING DIAGNOSIS OF THE PREGNANT WOMAN
WITH HYPERTENSIVE DISORDER OF PREGNANCY: A BIBLIOGRAPHICAL
STUDY**

Márcia de Paula¹, Rosilene da Conceição Augusto da Silva¹, Sidnei Oliveira Lemes¹,
Sandra Maria Oliveira Caixeiro Brandão²

1. Enfermeiro. Graduado em Enfermagem pela Universidade Iguaçu (UNIG).
2. Enfermeira. Mestre em Enfermagem (Saúde da Mulher) pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da UNIG. E-mail: caixeiro40@ig.com.br. (**Autor de Correspondência**)

Conflitos de interesse: não há

Fontes de financiamento: não há

RESUMO

Objetivo: identificar os diagnósticos de enfermagem na gestante com Doença Hipertensiva Específica da Gestação. **Métodos:** pesquisa qualitativa e revisão da literatura pertinente ao tema. **Resultados:** os autores abordados apontaram para a falta de material científico conclusivo sobre o diagnóstico de Doença Hipertensiva Específica da Gestação, contudo pode-se observar que a baixa idade e a falta de conhecimento da doença e do autocuidado da gestante são fatores importantes para o aumento da possibilidade das complicações. **Conclusão:** a Doença Hipertensiva Específica da Gestação tem, muitas vezes, suas manifestações clínicas associadas ao diagnóstico de outras doenças gestacionais, podendo, por isso, ser considerada subdiagnosticada.

Descritores: Enfermagem; Doença Hipertensiva Específica da Gestação; Assistência; Diagnóstico de Enfermagem

ABSTRACT

Objective: To identify the nursing diagnoses in the pregnant woman with Hypertensive Disorder Of Pregnancy. **Methods:** qualitative research and review of literature relevant

to the theme. **Results:** the authors pointed to the lack of scientific equipment deciding on the diagnosis of Hypertensive Disorder Of Pregnancy, but it may be observed that the low age and the lack of knowledge of the disease and care of the pregnant woman are important factors for increasing the possibility of complications. **Conclusion:** the Hypertensive Disorder Of Pregnancy has, often, its clinical manifestations associated with the diagnosis of other gestational diseases and, therefore, may be considered underdiagnosed.

Descriptors: Nursing; Hypertensive Disorder Of Pregnancy; Assistance; Nursing Diagnosis

INTRODUÇÃO

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação pode ser definida como uma manifestação clínica e laboratorial, resultante do aumento dos níveis pressóricos, maior ou igual a 140x90 mmHg, em uma gestante previamente normotensa a partir da 20ª semana de gestação¹, persistindo durante todo o período gestacional, regredindo após o parto e retornando em gestações subsequentes¹. Com a nossa vivência em campo de estágio observamos um crescente número de gestantes com o diagnóstico de Doença Hipertensiva Específica da Gestação, apresentando baixo conhecimento sobre o assunto devido a pouca orientação sobre a patologia. Essa questão motivou e norteou o desenvolvimento desse trabalho.

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação é uma das complicações mais comuns e de maior índice de morbimortalidade materna e perinatal, ocupando o primeiro lugar dentre as afecções próprias do ciclo grávido-puerperal. No Brasil, a representação social das gestantes sobre o processo gestacional como um fenômeno natural contribui para a falta de cuidado na gravidez, a não aderência e evasão do programa pré-natal, o que tem culminado na alta incidência de distúrbios gestacionais graves³. A hipertensão ocorre em torno de 12% a 22% das gestações, sendo responsável por 35% das mortes maternas no Brasil e 17,6% nos EUA⁴.

Classifica-se a Doença Hipertensiva Específica da Gestação em duas formas básicas: pré-eclampsia e eclampsia. A pré-eclampsia é o desenvolvimento da tríade proteinúria (principalmente albumina), hipertensão ou edema (não fisiológico da gravidez) entre a 20ª semana de gestação e o final da primeira semana pós-parto. Quanto à eclampsia, esta é definida como a presença de convulsões em mulheres com pré-eclampsia, podendo ser seguida ou não de coma⁵. A fisiopatologia da Doença

Hipertensiva Específica da Gestação se dá pela disfunção do endotélio vascular, pela acentuada vasoconstrição arteriolar, pela retração do volume plasmático e pela hemoconcentração, o que favorecem a ativação das plaquetas e a coagulação sanguínea, resultando em um estado de hipercoagulabilidade ainda mais acentuado do que na gravidez normal⁶. As complicações da Doença Hipertensiva Específica da Gestação afetam muitos sistemas orgânicos como os sistemas cardiovascular, renal, hematológico, neurológico, hepático e uteroplacentário, tais como: descolamento de placenta, prematuridade, retardo do crescimento intrauterino, morte materno-fetal, oligúria, crise hipertensiva, edema pulmonar, edema cerebral, trombocitopenia, hemorragia, acidente vascular cerebral, cegueira, intolerância fetal ao trabalho de parto e a síndrome de HELLP.⁷

Sendo assim, é imprescindível a participação do enfermeiro na implementação de um cuidado mais especializado, com o intuito de individualizar a assistência, visando à prevenção e à promoção da saúde dessas gestantes, minimizando as complicações decorrentes da doença hipertensiva específica da gravidez e reduzindo assim os elevados índices de morbimortalidade materna e perinatal. O diagnóstico de enfermagem tem como identificar as necessidades do ser humano, que precisa do atendimento, e determinar, por parte da enfermeira, o grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão.

De acordo com esses dados, podemos observar como a ausência da assistência e da orientação às gestantes aumentam as complicações. Sendo assim, de que forma a assistência de enfermagem pode contribuir na elaboração dos diagnósticos de Doença Hipertensiva Específica da Gestação? Quanto ao objetivo deste estudo, este tem por identificar os principais diagnósticos de enfermagem associados a Doença Hipertensiva Específica da Gestação quanto à contribuição deste estudo, esta procura contribuir com todos os profissionais da área de saúde, especialmente os enfermeiros, ora orientando, ora esclarecendo a assistência e o acompanhamento destas gestantes. Desta forma, eles poderão estar aptos a elucidar a paciente e seus familiares a lidar com esta doença, mostrando a importância do acompanhamento, trazendo também tranquilidade a esta gestante.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, onde se observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis), sem manipulá-los. Nessa revisão

bibliográfica se procurou explicar um problema a partir de referências teóricas. Esse tipo de estudo pode ser realizado independentemente ou como parte descritiva ou experimental, em contribuições culturais ou científicas do passado, existentes sobre determinado assunto, tema ou problema⁸.

A procura foi efetuada através da internet como ferramenta, utilizando assim do acervo da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, nas bases de dados da Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (LILACS) e no Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), tendo como descritores: enfermagem, Doença Hipertensiva Específica da Gestação, assistência e diagnóstico de enfermagem.

No Quadro 1 foram pesquisados em 06/10/2010 os descritores isolados em cada banco de dados correspondente, conforme se observa a seguir:

Quadro1 – Pesquisa por descritores isolados

DESCRITORES	BDENF	LILACS	SCIELO	TOTAL
Enfermagem	12.703	2.876	2.494	18.073
Doença Hipertensiva Específica da Gestação	10	47	9	66
Assistência	6.041	29.452	2.010	37.503
Diagnóstico de Enfermagem	10.250	1.237	134	11.621
TOTAL	29.004	33.612	4.647	67.263

Logo após este primeiro momento da pesquisa, foi elaborada a associação de dois descritores por vez em 06/10/2010. O Quadro 2 demonstra o resultado dos artigos encontrados em busca de associação por dois descritores.

Quadro 2 – Pesquisa por associação de dois descritores

DESCRITORES	BDENF	LILACS	SCIELO	TOTAL
Enfermagem e Doença Hipertensiva Específica da Gestação	0	43	3	46
Enfermagem e Assistência	0	964	1.514	2.478
Enfermagem e Diagnóstico de Enfermagem	4.018	534	134	4.686

Doença Hipertensiva Específica da Gestação e Assistência	115	0	5	120
Doença Hipertensiva Específica da Gestação e Diagnóstico de Enfermagem	0	0	0	0
Assistência e diagnóstico de Enfermagem	98	3	10	111
TOTAL	4.231	1.544	1.666	7.441

Com objetivo de refinar mais a pesquisa, foram associados então os quatros descritores selecionados. Nesta parte da pesquisa foram encontrados resultados positivos nas bases de dados pesquisadas. Para uma maior apreciação do tema exposto, selecionaram-se 6 artigos da associação dos quatro descritores, sendo essa pesquisa elaborada em 06/10/2010, conforme demonstrado no quadro 3.

Quadro 3 – Pesquisa por associação dos quatro descritores

DESCRITORES	BDENF	LILACS	SCIELO	TOTAL
Enfermagem e Doença Hipertensiva Específica da Gestação e Assistência e Diagnóstico de Enfermagem	2	3	1	6

Utilizamos como critério de inclusão artigos que estavam com tempo de publicação compreendido nos últimos 10 anos e artigos com o idioma em português.

Aonde encontramos no título e nos descritores artigos

Apresentação dos resultados, análise e discussão dos dados

Assistência de enfermagem voltada ao diagnóstico da usuária com Doença Hipertensiva Específica da Gestação

Os resultados foram agrupados nesta categoria que se iniciou pela associação dos quatro descritores, conforme exposto na metodologia. Nesta categoria foram discutidas as publicações voltadas à assistência de enfermagem à gestante, Conforme descrito no Quadro 4

Quadro 4

Autores	Títulos	Base de dados	Ano	Revista
Freitas M et al ⁰⁹	O Processo de Enfermagem sob a ótica de enfermeiras de uma maternidade.	SCIELO	2007	Rev. Bras. Enferm.
Gonçalves R et al ¹	Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital Público de São Paulo	BDENF	2005	Rev. Bras. Enferm.
Gouveia H et al ⁴	Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco.	SCIELO	2004	Rev. Latino-am. Enferm.
Lacava R et al ¹⁰	Diagnósticos de enfermagem na assistência às gestantes.	BDENF	2004	Acta Paul. Enferm.
Oliveira S et al ¹¹	Revisão de literatura em enfermagem sobre hipertensão arterial na gravidez	BDENF	2001	Rev. Esc. Enferm. USP
Pereira S et al ¹²	Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal.	LILACS	2005	Rev. Bras. Enferm.

Apresenta-se uma pesquisa com objetivo de conhecer o significado do processo de enfermagem para as enfermeiras obstétricas. Nesta pesquisa participaram 32 enfermeiras do setor obstétrico e ginecológico. Os autores utilizaram como instrumento de avaliação um questionário, onde foram identificados conceitos sobre o processo de enfermagem, sobre as práticas cotidianas com a utilização do processo e sobre os obstáculos para sua implementação. O resultado obtido foi que ocorrem inúmeros obstáculos que impossibilitam a implementação do cuidado, além da falta de interesse de alguns profissionais acerca do assunto. Outros fatores dificultadores da implementação do cuidado é a falta de tempo, do quantitativo de pacientes internadas, além da alta rotatividade das parturientes.⁹

A consulta de enfermagem é uma vitória conquistada à base de muita luta. Infelizmente os profissionais enfermeiros sempre têm que estar "provando sua capacidade" para continuar prestando as consultas. O que analisamos no artigo é a falta

da educação continuada para constantemente aperfeiçoar esses profissionais, objetivando proporcionar um atendimento adequado, seguro, planos terapêuticos, dinâmicas em grupo e palestras com a finalidade de esclarecer as dúvidas dessas gestantes, onde se faz necessário um ambiente com espaço físico suficiente para a realização dessas atividades.¹³

Podemos dizer na análise destes artigos que a teoria e a prática são muito distantes no que concerne ao cuidado das gestantes, visto que muitos são os fatores que impedem que o cuidado seja adotado em sua íntegra, trazendo assim uma qualidade de atendimento e a satisfação do enfermeiro em ver seu dever cumprido e seu conhecimento aplicado.

Visando uma pesquisa descritiva e exploratória, realizada de janeiro a julho de 2002, com o objetivo de conhecer a prevalência da Doença Hipertensiva Específica da Gestação e suas complicações, foram analisados retrospectivamente 604 prontuários de mulheres internadas, onde foram diagnosticados 3,64% (22 mulheres) de casos de Doença Hipertensiva Específica da Gestação. Dentro do grupo diagnosticado com Doença Hipertensiva Específica da Gestação, 45,45% eram adolescentes e 40,90% primigestas, sendo ainda observado que em 86,36% a patologia ocorreu após a 20ª semana de gestação. A complicação mais comum nestas pacientes foi de eclampsia, crise hipertensiva, óbito fetal intrauterino, óbito neonatal, sofrimento fetal crônico e a prematuridade. Portanto, quanto à assistência à saúde perinatal prestada às gestantes da área de abrangência da pesquisa e dada à magnitude do problema que a Doença Hipertensiva Específica da Gestação representa, muito há para ser feito na área da promoção da saúde materno-infantil.¹

Através da pesquisa de campo observou que as Doença Hipertensiva Específica da Gestação leves e graves têm aumentado e com as mesmas os riscos de agravos como a eclampsia, elevando assim o nível de mortes maternas, o que pode ser avaliado e prevenido com o diagnóstico precoce e a intervenção terapêutica imediata. O enfermeiro pode continuar prestando assistência de enfermagem a essa gestante, dando assim o suporte ao médico, visto que se trata de uma paciente de alto risco, que necessita de maior atenção por parte da equipe multiprofissional para que se obtenha uma gestação estável, um parto seguro e um puerpério livre de complicações, condições essas que podem ser conquistadas com a devida interação entre paciente e equipe.¹⁴

Observamos que a questão da Doença Hipertensiva Específica da Gestação tem sido subdiagnosticada e por este motivo tem causado diversos danos às gestantes. Para

isso, há a necessidade de uma maior preparação dos profissionais de enfermagem quanto ao diagnóstico de Doença Hipertensiva Específica da Gestação, de forma a amenizar as complicações e intercorrências tanto maternas quanto fetais. Estas complicações podem ser evitadas por um diagnóstico antecipado e através da explicação às gestantes que, em sua maioria, nem imaginam a gravidade deste problema. A educação deste grupo se mostra então de suma importância para que a gestação possa ser sem surpresas para a futura mãe e seu bebê.

Identificam-se em estudo o perfil demográfico, os diagnósticos clínicos e obstétricos, os diagnósticos de enfermagem e os problemas colaborativos mais comuns em gestantes de risco num hospital da cidade de São Paulo. A amostra foi constituída por 71 gestantes de risco internadas por motivo clínico e/ou obstétrico. O instrumento utilizado nesta pesquisa foi um formulário aplicado em uma única entrevista dentro das primeiras 24 h de internação da paciente.⁴

Nos resultados foram encontrados Doença Hipertensiva Específica da Gestação em nove gestantes (12,7%), 6 casos de hipertensão arterial (8,5%) e 1 caso foi especificado como hipertensão arterial sistêmica. Contudo, os autores optaram em agrupar todos os 15 casos em uma só categoria “Doença Hipertensiva Específica da Gestação/Hipertensão”. Os autores concluíram que valia salientar que entre as gestantes do grupo Doença Hipertensiva Específica da Gestação/Hipertensão, alguns problemas colaborativos estão relacionados a outros quadros clínicos e/ou obstétricos, considerando que, em alguns casos, as gestantes apresentavam mais de um diagnóstico médico.⁴

Baseado em estudos, verificamos que na teoria de OREM o processo do autocuidado orientado pela enfermagem nas pacientes de alto risco tem revelado resultados muito satisfatórios, pois ocorre a interação da paciente e a equipe de enfermagem, uma vez que essa gestante, quando devidamente informada, entende os riscos e se disponibiliza a seguir todas as orientações que lhe foram passada, contribuindo assim com o desenvolvimento mais seguro e com menores riscos de complicações durante e após a gestação. Faz-se indispensável a identificação dos planos terapêuticos do autocuidado desenvolvidos junto à paciente, que participa de todo processo, e a melhora do quadro, o que proporciona maior confiança no trabalho da enfermagem o qual tem se mostrado a cada dia mais eficiente.¹⁵

Podemos observar também a importância do diagnóstico de enfermagem, já que neste estudo pode ser observado que o mesmo complementava o diagnóstico médico,

levando mais uma vez a percepção de subdiagnóstico da Doença Hipertensiva Específica da Gestação e/ou quadro clínico associado a outras doenças do período gestacional.

Apresenta-se um artigo intitulado diagnóstico de enfermagem na assistência às gestantes com o objetivo de identificar os diagnósticos de enfermagem em gestantes assistidas por enfermeiras obstetras em um serviço de pré-natal localizado no Município de São Paulo. A amostra foi selecionada aleatoriamente, sendo constituída por 15 gestantes. Os principais diagnósticos encontrados durante a pesquisa foram: risco para infecção, risco para lesão fetal, risco para distúrbio no autoconceito, déficit de conhecimento e conforto alterado.¹⁰

Fundamentando-se no diagnóstico de enfermagem (NANDA), foi observado através de pesquisa feita com gestantes que um adequado diagnóstico precoce e a análise dos sintomas apresentados pela paciente são de suma importância para uma intervenção de enfermagem eficaz. Traça-se assim uma conduta de estratégia de enfermagem a qual melhor atenda essa gestante, diminuindo assim o risco de agravos tanto para ela quanto para o feto. O olhar amplo do enfermeiro é um facilitador para economizar tempo, iniciando rapidamente um plano terapêutico ou encaminhando logo no início, caso necessário para o acompanhamento médico.¹⁶

Pôde-se observar que dentro do diagnóstico de enfermagem apresentado neste artigo a Doença Hipertensiva Específica da Gestação não foi mencionada, talvez isso possa ter ocorrido devido ao tempo da pesquisa. Embora o artigo esteja com ano de 2004, o estudo foi elaborado no ano de 1998 e 1999, o que pode ser apontado que o diagnóstico da Doença Hipertensiva Específica da Gestação tem sido divulgado recentemente e que nos anos anteriores ele pode ter sido ignorado, subdiagnosticado ou ter seus sintomas confundidos com outras doenças da gestação.

Observou-se, por meio de revisão de literatura em enfermagem, a hipertensão arterial na gravidez. Foram analisadas 58 publicações nacionais e internacionais, sendo classificadas como do tipo exploratórias descritivas. Este estudo demonstrou que as publicações nacionais a respeito da hipertensão arterial na gravidez ainda são incipientes e enfatizaram que a quantidade de trabalhos publicados por profissionais de enfermagem é insatisfatória. Os autores tentam justificar, afirmando que os cursos de pós-graduação no Brasil são recentes e se concentram na região sudeste. Já nos EUA, estes cursos já são consolidados, firmando mais uma vez que isso pode ser constatado

pelo quantitativo de produção científica encontrada em língua inglesa, verificado nos periódicos norte-americanos.¹¹

Nesta análise foi observado que, embora Doença Hipertensiva Específica da Gestação e Hipertensão na gravidez sejam conceitualmente a mesma coisa, pode-se notar que o termo Doença Hipertensiva Específica da Gestação é mais uma vez ignorado pelos autores, podendo ser explicado pelo tempo de pesquisa do artigo, que se situa nos anos de 98 e 99. Desta forma, observa-se que o diagnóstico de Doença Hipertensiva Específica da Gestação ainda é pouco comum, apontando para a necessidade de trabalhos educativos às gestantes e preparação da equipe de enfermagem.

Apresenta-se uma pesquisa descritiva com o objetivo de analisar o perfil de diagnóstico de enfermagem identificado em gestantes de baixo risco. Foram analisadas 11 gestantes e na sequência foram identificados 25 diferentes diagnósticos de enfermagem. A Doença Hipertensiva Específica da Gestação foi localizada pelos autores através da avaliação do crescimento desproporcional da gestante, sendo enfatizado que o aumento de peso além do normal (6-16 Kg) é uma das suas principais causas, havendo a necessidade de avaliação cautelosa.¹²

Pode-se observar que o diagnóstico de Doença Hipertensiva Específica da Gestação é muito comum em gestantes, podendo estar associado a sintomas como edema, que pode acarretar ao feto diabetes, macrosomia, incidência dobrada de malformações congênitas, entre outros.

CONCLUSÃO

O diagnóstico de enfermagem se faz a cada dia mais necessário, devido à necessidade de observar as condições das gestantes que chegam todos os dias ao serviço de atendimento pré-natal sem ter nenhum acompanhamento de saúde e que, muitas vezes, só conseguem duas ou três consultas com o médico. São os enfermeiros que fazem o acolhimento deste grupo, iniciando o pré-natal com o intuito de diagnosticar doenças gestacionais como a Doença Hipertensiva Específica da Gestação ou até mesmo doenças que nem são do conhecimento da gestante. Os diagnósticos de enfermagem mais comuns durante a elaboração deste artigo foram: risco para infecção, risco para lesão fetal, risco para distúrbio no autoconceito, déficit de conhecimento e conforto alterado. Por isso, as gestantes merecem toda atenção necessária, pois são inúmeras as doenças que podem colocar em risco a vida da gestante e a do feto.

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação é uma doença ainda pouco conhecida da população e principalmente das gestantes. Seu diagnóstico precoce é de suma importância para que haja uma melhor assistência de enfermagem à gestante, trazendo assim uma melhor qualidade de vida e evitando as complicações e as intercorrências que são muito comuns neste grupo específico.

Pôde-se concluir que no que concerne ao diagnóstico de Doença Hipertensiva Específica da Gestação ainda há a necessidade de ser estudada mais profundamente com a finalidade de se identificar os reais fatores de sua etiologia, para que não seja subdiagnosticada ou ter suas manifestações clínicas associadas a outras doenças do período gestacional. Podendo com isso gerar contribuições para a promoção da saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

1. Gonçalves R, Fernandes RAQ, Sobral DH. Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo. Rev bras enferm. 2005 Jan/Fev; 58(1): 61-4.
2. Dusse LMS, Vieira LM, Carvalho MG. Revisão sobre alterações hemostáticas na doença hipertensiva específica da gravidez. J bras patol med lab. 2001; 37(4): 267-72.
3. Barbastefano PS, Vargens OMC. Prevenção da mortalidade materna: desafio para o enfermeiro. Rev bras enferm. 2009 Mar/Abr; 67(2): 278-82.
4. Gouveia HG, Lopes MHBM. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. Rev latinoam enferm. 2004 Mar/Abr; 12(2): 175-82.
5. Peixoto MV, Martinez MD, Valle NSB. Síndromes hipertensivas na gestação: estratégia e cuidado de Enfermagem.. Rev edu meio amb e saúde. 2008; 3(1): 208-22..
6. Torres JA, Santos I, Vargens OMC. Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sociopoético. Texto contexto enferm. 2008 Out-Dez; 17(4): 656-64.
7. Oliveira CA, Lins CP, Sá RAM, et al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. Rev bras saúde matern infant. 2006 Jan-Mar; 6(1): 93-8.
8. Minayo MCS. (org). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 1994.

9. Freitas MC, Queiroz TA, Sousa JAV. O Processo de Enfermagem sob a ótica de enfermeiras de uma maternidade. Rev. Bras. Enferm. 2007; 60(2): 207-12.
10. La Cava RMVB, Barros SMO. Diagnósticos de enfermagem na assistência às gestantes. Acta paul enferm. 2004 Jan-Mar; 17(1): 9-17.
11. Oliveira SMJV, Persinotto MOA. Revisão de literatura em enfermagem sobre hipertensão arterial na gravidez. Rev esc enferm USP. 2001 Set; 35(3): 214-22.
12. Pereira SVM, Bachion MM. Diagnósticos de enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. Rev bras enferm. 2005 Nov/Dez; 58(6): 659-64.
1. 13- Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciênc saúde coletiva. 2007 Mar/Abr; 12(2): 477-86.
13. Orra HA, Silva RHR, Muniz W. Estudo de síndromes hipertensivas e gestação no Hospital Universitário São Francisco - Unidade II. J bras med. 1994 Maio; 66(5): 177-88.
14. Farias MCAD, Nóbrega MML. Diagnósticos de enfermagem numa gestante de alto risco baseados na teoria do autocuidado de Orem: estudo de caso. Rev latinoam enferm. 2000 Dez; 8(6): 59-67.
15. Karan PM, Rosa RSL, Barbosa VBA, et al. Diagnóstico de enfermagem e intervenções a gestantes atendidas em uma Unidade de Saúde da Família. Nursing (São Paulo). 2008 Jan; 10(116): 36-44.