VOLUME 17

NÚMERO 4

ISSN: 2447-2131

João Pessoa, 2017

Temas em Saúde

Conselho científico

Dra. Ana Escoval
ENSP - Universidade Nova de Lisboa – Portugal

Dra. Ana Luiza Stiebler Vieira
ENSP - Rio de Janeiro – RJ

Dra. Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva
UFPB - João Pessoa – PB

Dra. Angela Arruda
UFRJ - Rio de Janeiro – RJ

Dra. Antonia Oliveira Silva
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. César Cavalcanti da Silva
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. David Lopes Neto
UFAM - Manaus – AM

Dra. Francisca Bezerra de Oliveira
UFCG - Cajazeiras – PB

Dra. Inácia Sátiro Xavier de França
UEPB - Campina Grande – PB

Dra. Inez Sampaio Nery
UFPI - Teresina – PI

Dra. Iolanda Beserra da Costa Santos
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. Jorge Correia Jesuino
ISCTE - Lisboa – Portugal

Dr. Jorge Luiz Silva Araújo Filho
FIP - Patos – PB

Dra. Josinete Vieira Pereira
FIP - Patos - PB

Dra. Lélia Maria Madeira
UFMG - Belo Horizonte - MG

Dr. Luciano Augusto de Araújo Ribeiro
FSM - Cajazeiras - PB

Dr. Luiz Fernando Rangel Tura
UFRJ - Rio de Janeiro - RJ

Dra. Malba Gean Rodrigues de Amorim
FIP - Patos - PB

Dra. Maria do Socorro Costa Feitosa Alves
UFRN - Natal - RN

Dr. Maria do Socorro Vieira Pereira
FIP - Patos - PB

Dra. Maria Eliete Batista Moura
UFPI - Teresina - PI

Dra. Maria Emília R. de Miranda Henriques
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Maria Iracema Tabosa da Silva
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Marta Miriam Lopes
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Raimunda Medeiros Germano
UFRN - Natal – RN

Dra. Sammia Anacleto de Albuquerque Pinheiro
FIP - Patos– PB

Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Solange Fátima Geraldo da Costa
UFPB - João Pessoa - PB

Editor-chefe

Dr. Carlos Bezerra de Lima

FAST - Nazaré da Mata - PE

Comissão editorial

Carlos B. de Lima Júnior

Ana Karla B. da Silva Lima

Contatos

www.temasemsaude.com

contato@temasemsaude.com

Temas em Saúde

Índice

(DE) FORMAÇÃO ECONÔMICO-SOCIAL: POR ONDE ANDOU E POR ONDE ANDA A ATENÇÃO PÚBLICA EM ODONTOLOGIA? 5

PARTO CESÁRIO E PARTO NORMAL: UMA ABORDAGEM ACERCA DE RISCOS E BENEF. 24

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA NEOPLASIA DE PRÓSTATA: UMA REVISÃO NA LITERATURA 36

ABORDAGEM SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA O CONTROLE DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO: UM ESTUDO DE REVISÃO 51

ÍNDICE DE PROTEINÚRIA EM IDOSOS COM DOENÇAS RENAIS CRÔNICAS 61

PREVENÇÃO AO SURGIMENTO DE NEFROPATIAS EM PACIENTES DIABÉTICOS 67

CARDIOVASCULAR RISK, FERRITIN AND INFLAMMATORY MARKERS IN HIV-SEROPOSITIVE PATIENTS WITH LIPODYSTROPHY 85

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS DE CURSOS DE BIOMEDICINA SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE 96

CONSIDERAÇÕES TEOLÓGICO-FILOSÓFICAS SOBRE O ABORTO 113

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL 131

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE ENSAIOS CLÍNICOS E PATENTES SOBRE TUBERCULOSE: UM ESTUDO QUANTITATIVO E QUALITATIVO SOBRE A EVOLUÇÃO EM DUAS DÉCADAS 143

PERCEPÇÃO DE MULHERES ACERCA DO EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO 179

QUALIDADE DA ÁGUA EM UMA PENITENCIÁRIA MASCULINA: ANÁLISE MICROBIOLÓGICA E FÍSICO-QUÍMICA 196

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ANÁLISE DOS DESAFIOS À REGULAÇÃO DE GESTANTES 205

HABILIDADES TÉCNICAS DOS ENFERMEIROS FRENTE ÀS EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS 215

TRAQUEOSTOMIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: VISÃO DO ENFERMEIRO 228

Temas em Saúde

VÍTIMA POLITRAUMATIZADA COM TRAUMA TORÁCICO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-HOSPITALAR 242

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ULTRAJE AOS DIREITOS SEXUAIS E REPROD. DA MULHER 264

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE) E SUAS IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: REVISÃO BIBLIOGRAFICA 283

EFEITO DA MELATONINA NA REDUÇÃO DO CRESCIMENTO DO CÂNCER DE MAMA 300

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

(DE) FORMAÇÃO ECONÔMICO-SOCIAL: POR ONDE ANDOU E POR ONDE ANDA A ATENÇÃO PÚBLICA EM ODONTOLOGIA?

SOCIO-ECONOMIC (DE)FORMATION: WHERE HAS IT GONE THROUGH AND WHERE IS THE PUBLIC ATTENTION IN DENTISTRY?

Thiago Bernardes Nunes[1]
Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima[2]

RESUMO - Este manuscrito analisa o modo como a transformação do real foi se impondo ao trabalho e gerando experiências na condição oral de produtores de bens em pedra, em Camboriú, SC, Brasil. Ergue-se uma pesquisa qualitativa, de abordagem compreensiva, do tipo história oral-oral e análise dialética. Deste percurso, brota a categoria analítica: "Não há consultórios sem pedras, mas há pedras sem consultórios". Argumenta-se que a transformação do real, neste contexto estudado, se deu por meio de relações de hegemonia e que a emergência de uma odontologia regulamentada, em face da formação econômico-social sobre a qual ela se edificou, não representou um valor democrático. Hegemonia que atravessa a atenção pública em saúde e o agir odontológico nacional, privilegiando grupos etários em detrimento à comunidade economicamente ativa. Práticas alternativas de cuidado irrompem da população estudada diante da ausênciaestatal.

Palavras-chave: Mudança social. Odontologia. História. Saúde coletiva. Lacunas da prática profissional.

ABSTRACT - This manuscript analyzes how the transformation of the reality had been imposed on the work, generating experiences in the oral condition of stone's good producers, Camboriú, SC, Brazil. A qualitative research is raised, in a oral-oral history

---

[1]Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade do Vale do Itajaí, UNIVALI. E-mail: thiago.nunes@msn.com
[2] Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, SC. Professora e pesquisadora, Universidade do Vale do Itajaí, UNIVALI, SC.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

type and dialectical analysis. From this path, the analytical category born: "There are no offices without stones, but there a e stones without offices". It is argued that the transformation of the reality has occurred through relations of hegemony and that the emergence of a regulated dentistry, in the face of the economic-social formation on which it was built, did not represent a democratic value. Hegemony that crosses the public attention in health and the dental action, privileging age groups to the detriment of the economically active community. Alternative practices of care erupt from the studied population in the face of state absence.

Keywords: Social change. Dentistry. History. Public health. Professional practice gaps.

INTRODUÇÃO

Formação econômico-social (FES) é a categoria cunhada pelo materialismo histórico para representar o processo histórico-material da sociedade. O substantivo formação denota que se trata de uma categoria dinâmica, em movimento, uma ação, um processo em construção. O econômico reflete a produção da materialidade, oriunda do modelo produtivo do modo de produção de bens de uma determinada sociedade e seus indivíduos constituintes, indicando que a formação da sociedade se dá, principalmente, em torno das relações de produção que determinado modo de produção carrega. O social, por sua vez, diz respeito à sociedade, nela contida a espécie humana (SERENI, 2013).

Esta categoria pode ser estudada a partir de dois eixos articuladores: o eixo de relação com a propriedade e o eixo da divisão social do trabalho (ROSA, 2015). No âmbito da formação econômico-social capitalista, o primeiro eixo dialoga com a propriedade privada. Sendo privada e não distribuída a todos os seus integrantes, esta relação se dá “entre proprietários e não-proprietários” e dirige-se para a produção de mercadorias, acarretando numa “estrutura social de classes sociais que comandará o processo global da formação econômico-social” (MOREIRA, 1982, p. 26). Assim, a estrutura de classes introduz ao sistema produtivo e da vida “contradições insuperáveis e antagonismos inelutáveis” (ROSA, 2015, p. 101) caso não sejam modificadas as relações com a propriedade (MARX e HOBSBAWM, 1972).

O segundo eixo articulador de uma FES é a sua divisão social do trabalho que, quanto mais especializada, mais pluraliza suas necessidades. Esta divisão é fruto das escolhas do processo civilizatório que, continuamente, opta por dividir as tarefas vitais,

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

no sentido de que cada ente humano se torne um especialista numa determinada tarefa (MARX, 2016). Do estudo deste eixo, pode-se extrair que o passar do tempo se encarrega de aprofundar as especialidades do trabalho, criando necessidades antes não sentidas. Perante e pelo desenvolvimento civilizatório dirigido pela formação econômico-social capitalista, profissões se foram, profissões se encontram em vias de extinção e profissões emergem das novas necessidades.

O estudo deste manuscrito objetiva analisar, em um município do sul do Brasil, o modo como a transformação do real foi se impondo ao trabalho e gerando experiências na condição oral dos produtores de bens e pedra, sem limitar as relações sociais apenas às de produção, mas destacando-as como vital para a reprodução da espécie. Para tanto, entrelaça-se histórico-concretamente duas atividades locais do rol da divisão social do trabalho: a de produtores de bens de pedras, que trabalham interagindo com pessoas e rochas, como os broqueiros, puxadores e calceteiros; e a de cirurgiões-dentistas, que trabalham interagindo com pessoas e seus sistemas estomatológicos. Esta interlocução se dará sobre relatos de trabalhadores de bens e pedra do município eleito para o estudo.

Na perspectiva aqui assumida, a emergência de novas necessidades geradas pelo processo civilizatório, comandado pela formação econômico-social capitalista, atribuiu aos produtores de bens de pedras a condição de profissional em vias de extinção e aos cirurgiões-dentistas a de profissional emergente. Argumenta-se que a transformação do real, neste contexto estudado, se deu por meio de relações de hegemonia e que a emergência de uma odontologia regulamentada, em face da FES sobre a qual ela se edificou, não representou um valor democrático (COUTINHO, 1979).

A análise empreendida foi ético política, de cunho dialético, ancorada no modelo humanístico de análise do real, liderado por A. Gramsci e intitulado método de análise do *posto che*, por meio do qual analisa-se a historicidade do objeto e suas indagações contraditórias (MANACORDA, 2012).

METODOLOGIA

Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de abordagem compreensiva do tipo história oral-oral e análise dialética, apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade

do Vale do Itajaí, sob o número 1.713.341, em consonância com as determinações da Resolução MS/CNS nº 466/2013.

A estratégia eleita para o estudo foi história oral, "uma história do tempo presente, [que] implica uma percepção do passado como algo que tem continuidade hoje e cujo processo histórico não está acabado"(ICHIKAWA, 2003, p. 2). Esta estratégia permite "compreender a permanência dos fatos e das determinações e, de outro, escutar o que sobre eles as pessoas têm a dizer" (MINAYO, 2010, p. 154). Optou-se por apresentá-la com o atributo duplicado, dada à especificidade do estudo: analisar, a partir da história oral narrada, o modo como a transformação do real foi se impondo ao trabalho e gerando experiências na condição oral dos produtores de bens e pedra.

A pesquisa foi realizada em Camboriú, SC, Brasil, no período 2016-2017, com produtores de bens sociais extraídos das rochas deste município. As fontes de dados utilizadas foram: o próprio contexto e os produtores-trabalhadores.

Espaço da pesquisa

Camboriú localiza-se na Microrregião da Foz do Rio Itajaí, no estado de Santa Catarina. Com uma população estimada em 76.592 habitantes (62.361 pelo Censo 2010), tem como municípios limítrofes Itajaí, Balneário Camboriú, Itapema, Porto Belo, Tijucas, Canelinha e Brusque (BRASIL, 2017; AMFRI, 2017).

Em perspectiva histórica, vê que seus moradores originais eram tupis-guaranis, do tipo carijós, e que a localidade não possui pavimentações ou edificações construídas com pedras no período anterior à invasão européia (SACHET e SACHET, 1997).

Como colônia portuguesa desde a invasão de 1500, Camboriú reúne habitantes europeus no século XVIII e recebe colonizadores no século XIX. Os anos passam e a cultura da mandioca estimula a economia local. Pouco depois, a localidade estabelece-se como Distrito por Lei Provincial (1849), passos pregressos para sua institucionalização oficial como Município de Camboriú por Lei Provincial do Governador (1884) (REBELO, 1997; CORREA, 2016).

A vida e a política macroeconômica do povo colonizador, diferente do povo originário, constituem-se, dentre outros elementos, pela produção excedente de mercadorias e negociações. Assim, a terra, agora Camboriú, torna-se produtora de mandioca, café e algodão, em nível estadual. Na mesma época, na transição do século XIX para o as primeiras décadas do século XX, inicia-se a especulação e a exploração de

rochas em e de Camboriú, especialmente jazidas de mármore e granito em matacão, possibilitadas pela especialização autodidata de moradores (REBELO, 1997).

Já em 1950, a população das terras camboriuenses, hoje compreendida pelos municípios de Camboriú e Balneário Camboriú, era de 9.248 habitantes. Destes, 1.835 eram urbanos. A chegada da luz elétrica acontece na mesma década (REBELO, 1997).

O final da década de 1950 dá a largada e os primeiros anos de 1960 terminam por extrair as terras de Camboriú que dão acesso ao Oceano Atlântico. Via Decreto aprovado pela Câmara de Vereadores, nasce o Distrito da Praia (1959). Quatro anos depois, há uma tentativa de separação desde recém-criado Distrito, impedida pela Câmara de Vereadores (1963) numa apertada votação de 4 a 3. Em nova investida, um vereador apresenta novo projeto. O placar se inverte e o legislativo aprova, em fevereiro de 1964, por 5 a 2, a emancipação do Distrito. Ratificada por Lei Estadual em abril e num Decreto em junho, em 20 de julho de 1964 é instalado oficialmente o município de Balneário Camboriú (REBELO, 1997; PEREIRA, 2003). Dali para frente, Camboriú continua sendo uma cidade do litoral catarinense, porém, sem o mar.

Mercadorias dos produtores broqueiros criam-se desde o início do século XX até hoje (2017), contribuindo no desenvolvimento regional: importante atividade para a cidade, que "já teve na extração de pedras sua principal fonte de renda" (MENDES, 2014, p. 104). Broqueiros são pessoas que trabalham com rochas, extraindo-as da natureza e realizando os cortes necessários por suas habilidades intelectual e manual, através de instrumentos como cunhas, escopos e marretas.

Mesmo em meio aos avanços tecnológicos e o surgimento de outros materiais (asfalto e lajota de concreto), as mercadorias oriundas do trabalho de broqueiros e suas famílias forneceram e continuam fornecendo material para obras públicas e privadas de pavimentação: os paralelepípedos de pedra (REBELO, 1997; CORREA, 2016).

No território de Camboriú, SC, Brasil, existem no Sistema Único de Saúde (SUS) onze (11) Equipes de Saúde Bucal (ESB), compostas por cirurgião-dentista e técnico em saúde bucal, de acordo com contato estabelecido entre pesquisador e assessoria de imprensa da Prefeitura local em junho de 2017. Além da rede pública, há consultórios odontológicos privados.

Exploração do campo e entrevistas-narrativas

Elegeu-se como primeiro movimento o reconhecimento do contexto, nomeada por Minayo (2010) como etapa exploratória. Optou-se por percorrer a cidade, em automóvel

próprio, alcançando os espaços de trabalho de produtores de bens de pedras. Nesta incursão pela cidade, foi possível agregar um informante-chave (FERNANDES, 2011). Neste diálogo, posteriormente registrado em áudio, captou-se informações sobre locais de trabalho com rochas.

No momento seguinte, ainda exploratório, visitou-se os locais indicados em que se produzem mercadorias a partir das rochas: pedreiras de granito (de matacão e britagem) e mármore, um comércio de pedras (paralelepípedos e demais), e um galpão de corte de pedras localizados em beiras de ruas de terrenos particulares (similar ao do informante-chave). Acompanhou-se, também, *in loco* um transporte de pedras de Camboriú à Itajaí (cidade vizinha), de caminhão-caçamba. Essas visitas exploratórias geraram novos informantes-chaves e, por consequência, maiores descrições sobre o contexto da produção de bens e pedra.

De posse do material transcrito, elegeu-se as pessoas que seriam convidadas para participar do estudo: trabalhadores-produtores de bens em pedra sob medida, aqueles que atuam no trajeto de construção da mercadoria-pavimentação (bem social) com paralelepípedos, considerando que se havia constatado que a maior massa de trabalhadores é a dos que interagem com os granitos para finalidades de pavimentação por paralelepípedos.

A etapa de seleção dos participantes para as entrevistas foi por meio da técnica bola de neve, que se vale de uma rede de amizades através de indicações oriundas dos próprios trabalhadores, onde novos sujeitos para a pesquisa surgem via apontamento interno dos membros da cadeira produtiva. O pontapé inicial é dado com a eleição de sementes (onda zero) que ficam encarregadas de indicarem os próximos sujeitos ("filhos" das sementes, criando novas ondas). As indicações advêm ao final de cada entrevista. Apesar da técnica permitir mais indicações, para este estudo foi solicitado que cada semente e cada "filho" indicasse apenas um novo membro (DEWES, 2013).

Para formação das ondas foi definida a quantidade de quatro (4) sementes. Através de um pensamento de engenharia reversa do contexto da mercadoria-pavimentação, foi possível entender que três grupos de trabalhadores são necessários para execução da obra: broqueiros, transportadores e colocadores de pedra. Para a categoria de broqueiros, foram dedicadas duas sementes, por considerar esta atividade como *primus* de extração da matéria bruta rocha. Assim, o conjunto "onda zero" contém quatro pessoas-sementes: duas de cortadores, uma de transportadores e uma de colocadores. Ou seja, a onda zero de quatro sementes gerou outras três ondas, portanto, dezesseis (16) sujeitos compuseram o universo de participantes.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

O instrumento de coleta de dados utilizado foi entrevista-narrativa, por se tratar daquela que possibilita "narrar o vivido ou passar ao outro sua experiência de vida", tornando "a vivência que é finita e infinita fundamental para a construção da noção de coletivo" (MUYLAERT, 2014, p. 194). As entrevistas foram conduzidas por um roteiro semi-estruturado (MANZINI, 2004) guiado pelo seguinte problema: como vai a sua boca e qual a história dela? Um gravador de voz registrou as falas, posteriormente transcritas através da escuta dos arquivos de áudio gerados.

Para fins de definição de um critério de inclusão de participantes que equilibrasse um universo de sujeitos formado por trabalhadores de mais idade (hegemônicos) e por trabalhadores mais novos chegaram-se ao número trinta (30). A pesquisa incluiu, portanto, pessoas com 30 ou mais anos de envolvimento com o trabalho de produzir bens em pedra em Camboriú, SC, Brasil, para buscar a história oral contada pela oralidade do sujeito, tendo como objeto os atravessamentos impostos pelo real.

Assumiu-se também, como ponto de saturação paralisar as ondas da bola de neve quando os novos entrevistados passaram a repetir os conteúdos já atingidos em entrevistas anteriores, sem acrescentar novas informações relevantes à pesquisa (WHA, 1994).

A pesquisa foi realizada na casa das pessoas e/ou no local de trabalho, no período compreendido entre novembro de 2016 e janeiro de 2017. O material coletado foi transcrito e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Categorização e análise

As transcrições dos áudios foram sendo feitas paralelamente à execução das entrevistas, em documentos do *Microsoft Word*, gerando material extenso e denso. Para efeitos de categorização, os dados foram organizados, classificados e codificados de acordo com Minayo (2010).

As expressões classificatórias foram agrupadas em unidades de subcategorias, posteriormente escritas em um quadro branco, utilizando pincel atômico. Do diálogo entre unidades odontológicas da "história oral-oral" e unidades que se identificam no modelo teórico-conceitual de formação econômico-social, surgiu a categoria "Não há consultórios sem pedras, mas há pedras sem consultórios".

O método de análise foi ético-político (MANACORDA, 2012), em perspectiva dialética, tomando por base a dimensão reflexiva-crítica para analisar o "modo de"(LIMA, 2016). Este método é uma adaptação do método humanístico de análise da

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

realidade cunhado por Gramsci como o método do *posto che*, pautado na interlocução entre a historicidade do objeto e suas tendências contraditórias. Partindo-se desta interlocução, o pensamento percorre um caminho em que uma nova realidade é incorporada à espera de resposta, de nova análise (MANACORDA, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Não há consultórios sem pedras, mas há pedras sem consultórios

A categoria *Não há consultórios sem pedras, mas há pedras sem consultórios* emergiu de uma característica comum de relatos de quatorze trabalhadores, dentre os dezesseis entrevistados: a iniciação no trabalho se deu antes do primeiro acesso a serviços de saúde bucal. Isto é, o início da vida produtiva com pedras antecedeu a primeira visita a um dentista:

> "Eu comecei [a trabalhar com pedras] com 12 anos. Com 15 eu parei. Fiquei 3 anos fora. Depois voltei de novo e não larguei mais. Fui no dentista a primeira vez só *pra* arrancar, [...] devia ter uns 20 anos" (P10). [Comecei a trabalhar com pedras com] uns 13 anos, mais ou menos [...] tirei [os dentes] tudo quase [com] uns 40 e poucos anos" (P11). "Comecei a trabalhar eu tinha 12 anos [...] "[Tinha] uns 25, 26 anos por aí, [fui] em Itajaí [no dentista do] SESI" (P22).

Esses relatos permitem inferir que a existência da prática do trabalho com pedras não está na dependência dos produtos produzidos pela odontologia moderna. Porém, o contrário sim. A odontologia, para se constituir como é hoje, necessita imprescindivelmente dos produtos dos produtores de pedras. Seja no período de formação, ao usufruir de prédios, salas e consultórios para estudo, construídos com pedras. Seja para locomoção entre a residência do aluno de odontologia e o local de estudo, uma vez que transitará sobre vias públicas calçadas com produtos do trabalho destes trabalhadores de pedras. Seja, ainda, para, depois de formado, poder atuar.

Consultórios odontológicos, por força de lei, não podem ser construídos por madeira, argila ou palafitas: necessitam de pedras na composição do concreto armado. Assim, nota-se que produtores de pedra fazem parte dos "grupos sociais fundamentais" que iniciam na produção de maneira "imediata", diferente dos "intelectuais", como, por

exemplo, os dentistas, que ingressam após diplomados. Na arte das pedras, não há diplomas. Essa organização social, que impacta no surgimento das profissões, firma-se hegemonicamente por "dois tipos": pela "sociedade civil" e pelo "Estado" (COSPITO, 2017, p. 368).

Na especificidade do cuidado longitudinal (acompanhamento), com visitas regulares ao dentista ou, pelo caminho inverso, com visitas de dentistas/serviço de saúde aos locais de trabalho, as entrevistas não revelaram nenhum dado. Apesar de o Brasil ter a maior massa de dentistas do mundo, por operações de hegemonia que agem na formação do ser e na formação para o trabalho, muitos odontólogos desconhecem a realidade de seu País por conhecerem apenas os vieses mercadológicos, ignorando fatias consideráveis de pessoas e trabalhadores da nação brasileira.

Operações históricas de hegemonia construídas e reforçadas, por assim dizer, pois ao consultar as raízes históricas da odontologia moderna vê-se que seu surgimento está alinhado com o desenvolvimento mercantil e com a expansão do consumo da mercadoria-açúcar, afetando o modo de viver entre as "elites" da sociedade. Este doce artigo, ao frequentar as bocas e corpos, configura-se como "a primeira mercadoria de consumo [...] em escala planetária" (BENJAMIN, 2009, p. 18).

Historicamente, as pessoas que se aventuravam em intervir na boca lidavam rotineiramente com questões estéticas, fabricando e comercializando dentes artificiais para uma minoria abastada, afluente e consumista (SILVA; SALES-PERES, 2007). Na medida em que os continentes do mundo e seus produtos foram se "espalhando" entre si pelo comércio mundial, novas necessidades foram se estabelecendo. Uma das primeiras mercadorias a se propagar mundo afora foi o açúcar. Artigo de luxo, consumido até então pelas elites (aristocráticos, ricos comerciantes, indivíduos de posses), nos séculos XVII e XVIII (CARVALHO, 2006). Assim, alteram-se as necessidades da sociedade, pelo atravessamento do comércio, da formação econômico-social predominante, das primeiras ondas de globalização pelas navegações, do açúcar e da cárie, fazendo aumentar significativamente os praticantes da arte dentária e seu rol de procedimentos. Pode-se argumentar que a odontologia tal qual se constitui no contemporâneo irrompe dos altos estratos sociais, e não vinculada às camadas "inferiores" da estrutura social.

Vale frisar que até mesmo o açúcar depende de movimentos humanos iniciais para se transformar em mercadoria, por exemplo, no dispêndio de força de trabalho humano na plantação e colheita de cana-de-açúcar, uma das tantas fontes naturais da doce substância. E que tal dispêndio é executado pelas camadas "inferiores", cabendo às "altas" classes o comércio e consumo. E é quando os efeitos do açúcar aparecem em bocas

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

elitizadas que se faz necessária a atividade humana capaz de romper ou remediar os problemas orais. Portanto, o surgimento "oficial" da odontologia está estritamente ligado às determinações estruturantes da sociedade.

Se grande é o rol das profissões da divisão social do trabalho, o que dizer sobre a quantidade de serviços, produtos ou mercadorias diferentes. No entanto, nem todos os atores dessa divisão social possuem o acesso a esses bens produzidos pela coletividade, conforme a relação entre serviços de pedras e serviços odontológicos, relatadas e descritas acima. Mesmo laboralmente ativos e na ausência de serviços públicos de saúde, diferenciações nos valores retribuídos pelo trabalho acarretam em barreiras no acesso de trabalhadores das pedras aos serviços de saúde privados: "[...] *pra* fazer um tratamento dentário, só pra quem era rico. Não tinha um tratamento dentário, não tinha nada. Era contar com a sorte" (P21).

E "contar com 'a sorte'" significa também recorrer a métodos alternativos diante do sofrimento odontológico evitável que não foi evitado. A depender da extensão da lesão cariosa, pode um dente doer e não mais servir, sendo indicada sua extração (exodontia). Casos assim são de rotina na vida de dentistas. Não mais havendo condições de manutenção em boca, executa-se a exodontia, prevenindo futuras dores e sofrimento decorrente da cárie. Mas, como realizar remoções dentais em elementos amplamente cariados na ausência de um odontólogo? Uma das saídas é a "dentista Tajuva":

> "[...] aliviava [a dor] a Tajuva. No outro dia [...] ele [o dente] começava a soltar" (P41) "Tinha [...] Tajuva. Na hora passou a dor [e] com pouco tempo [...] ficou tudo em pedaço [o dente]" (P43). "Tinha a Tajuva. [...] Não doía mais, mas também o dente ia *pro pau*" (P10).

Obviamente, "dentista Tajuva" não é uma pessoa. É uma árvore. De seu tronco espinhoso se extrai um líquido branco que, quando inserido no interior da cavidade do dente, cessa dores que comumente remédios de uso oral não conseguem coibir. Interrompida a sensação dolorosa, o próximo efeito deste líquido natural é destruir o dente, esfarelando-o, fazendo uma "extração". Quem sabe até com maior resolutividade se comparada com dentistas 'de verdade'. Apesar de inseridos na cadeia produtiva nacional, tanto o mercado quanto o Estado brasileiro são indiferentes para com as condições da massa trabalhadora. Esta realidade evoca a presença de A. Gramsci, pela concepção de mundo estudada por ele; concepção humanística, integralista da vida, âncora da inserção de pessoas na sociedade não somente pela via econômica, mas política

e filosófica, criando condições para a tomada de decisões, o autogoverno (GRAMSCI, 1981).

Forças hegemônicas direcionam em demasia as atividades coletivas do setor saúde ao encontro dos espaços de formação. É comum deparar-se com médicos, enfermeiros e odontólogos do Sistema Único de Saúde (SUS) no interior de instituições escolares. A odontologia brasileira historicamente opta em "vigiar" o escolar como salvaguarda para uma vida adulta sem afecções bucais. Tal prática é herança filosófico-cultural estadunidense, caracterizada por uma política de higiene do escolar que foca suas ações nos ambientes de formação, priorizando a faixa etária de 6 a 14 anos (BRASIL, 2006).

Os dados epidemiológicos nacionais têm revelado que essa estratégia é uma falácia. As falas expostas dos três sujeitos (P10, P11 e P22), considerando suas datas de nascimento e o ano em que iniciaram no trabalho com pedras, indicam os anos de 1965, 1959 e 1964, respectivamente, como sendo os períodos de ingresso no trabalho. Tal faixa de tempo, de 59 à 64, coincide com a época em que já está vigorando no Brasil o modelo incrementalde assistência em saúde bucal, implantado em 1951(ZANETTI, 2005). Esse sistema foi instituído pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado nos anos 40, através de um acordo bilateral entre Brasil e Estados Unidos da América (EUA), com os objetivos, dentre outros, de preparar profissionais para atuarem em saúde pública e garantir as condições sanitárias do Vale do Amazonas e no Vale do Rio Doce(RENOVATO e BAGNATO, 2010).

Em breve sequência histórica, o Estado brasileiro opta por absorver e realizar outros quatro (4) modelos de atenção à saúde, estudados também eles, em 2017, no artigo "Reconhecendo o desafio latente na história: periodização contextualizada dos modelos de saúde bucal" (LIMA, 2017).

De acordo com o estudo histórico "De modelos tecnoassistenciais em Odontologia pública para um modelo social de atenção à saúde: formação histórico-política em debate" (RENOVATO; BAGNATO, 2010), após o modelo incremental, por volta dos anos 1970, cria-se a odontologia simplificada, materializada na simplificação de tecnologia leve e dura da área odontológica e na diminuição dos passos procedimentais, configurando uma política social compensatória, discriminatória, complementar e excludente: para pobres (MENDES, 1986).

O modelo integral surge nos anos 1980 comprometido com o Movimento Reforma Sanitária (MRS), porém, privilegiou a população jovem em detrimento das demais populações, com o foco na prevenção de "cáries em molares permanentes de crianças com acompanhamento até determinada idade para prevenção, excluindo os dentes

decíduos" (CORREA, 1985). Outro modelo assistencial de saúde bucal, gerado no final dos anos 80 e início dos anos 90, foi o modelo de inversão da atenção, fundamentando um programa conhecido como Programa de Inversão da Atenção (PIA).

Apostando no autocontrole, com ações de caráter preventivo promocional, representou um avanço, ao trazer a estabilização do meio, contudo, sob uma concepção setorial, específica e ao dirigir-se hegemonicamente para escolas e creches, não representou uma ação totalizante. Por último, encontra-se vigente o modelo do cuidado, que se desenvolve no processo de consolidação e qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF) do SUS (BRASIL, 2004). Notam-se avanços ao fundamentar-se em humanização, acolhimento e vínculo, mas também vazios fundamentais para uma resolutiva clínica de base, para todos, em função da ausência de política efetiva para o trabalhador, desconhecimento setorial dos procedimentos que compõem a clínica de base, negação da dimensão histórica, estruturante dos processos de saúde e doença, e supremacia do discurso preventivista do risco.

Apesar de coincidir a faixa etária estabelecida pelo modelo incremental (6 aos 14 anos) com a idade dos três sujeitos (broqueiros) citados à época do ingresso no trabalho (dois aos 12 e um aos 13 anos) e considerando a aplicação dos modelos subsequentes (odontologia simplificada, integral, PIA e do cuidado), no decorrer da vida dos sujeitos, observa-se que as políticas públicas odontológicas não foram capazes de evitar as perdas dentárias. P10, P11 e P22 perderam todos os dentes naturais, conforme avaliado durante a realização das entrevistas. P11 e P22, inclusive, somente se adaptaram ao uso da prótese total superior, não conseguindo utilizar próteses totais na arcada inferior, apesar das tentativas relatadas.

Se a lógica histórica da odontologia brasileira consiste em cuidar da saúde oral priorizando os atendimentos dos 6 aos 14 anos acreditando que, ao crescer, serão adultos oralmente saudáveis, os resultados deste estudo poderão contribuir com a revisão de políticas e ações em saúde bucal, visto a dialética pela qual a realidade se desenvolve.

A questão posta é por que o arsenal da saúde não vai ao encontro dos espaços produtivos; com as suas ditas competências, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde, mas de maneira horizontal, que permita o consenso ativo do sujeito, abrindo caminho para "uma nova hegemonia, uma nova ordem mundial" (DEL ROIO, 2007, p. 68).

Intrigado com o que acontecia nos espaços de produção da sociedade de seu tempo, cuja base é a mesma do contemporâneo, o médico italiano Bernardino Ramazzini resolve percorrer cinquenta e quatro (54) oficinas de artífices – ou campos/locais de

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

trabalho, em 1700. A partir da observação, elenca mais de oitenta doenças que se originam no trabalho, decorrentes do processo de trabalho à época (RAMAZZINI, 2000).

O próprio Gramsci, mesmo sem ter a saúde como objeto de análise, vê nos espaços produtivos a fonte de possibilidades para uma transformação social real ao contribuir na organização dos Conselhos de Fábrica, possibilitando o irrompimento do operariado subalterno à condição de dirigente da própria vida e do coletivo, viabilizando condições justas de vida num "esforço para desenvolver sua auto-educarão e sua formação cultural à revelia da burguesia" (DEL ROIO, 2007, p. 64).

No diálogo entre Ramazzini e Gramsci, emerge um produto ativista. Um produto ativista que, antes tarde do que nunca, pode contribuir para o atual serviço da Atenção Básica[3] do SUS: as ações percorrer, acompanhar, instruir, ouvir, observar e organizar as classes trabalhadoras têm de estar na pauta constante de médicos, dentistas, enfermeiros e demais atores dos serviços de saúde brasileiro. Compreendendo "têm de estar" não no sentido "moralista", mas de necessidade, vontade concreta: necessidade histórica (GRAMSCI, 1981). Afinal, é preciso enfrentamento ao real: a população, que segue criando meios de existir e resistir, por exemplo, ludibriando a dor de dente, não pode esperar.

Não tão "resolutivo" quanto a Tajuva, temos a cachaça e o alho. O indivíduo alcoolizado pela cachaça distrai a dor. O alho, quando amarrado no braço ou nos dedos da mão, provoca uma inflamação local que desloca a dor de dente, enganando-a. O que é preferível? Sofrer com uma pulpite (dor de dente forte) que atinge altos níveis álgicos ou trocá-la por uma noite de bebedeira sem odontalgia? Ter fortes dores de dente ou trocá-la por uma pequena dor local ocasionada pelo alho amarrado à extremidade de algum membro do corpo? Porém, nenhum destes dois métodos é tão eficiente quanto a Tajuva que interrompe a dor e "extrai" o dente. Na cachaça e no alho, o órgão afetado continua, apesar da dor momentânea ter sido controlada, possibilitando boa noite de sono:

> "Tu fica embriagado aí depois desaparece. Quando termina o álcool, volta de novo. [...] Nós *fazia* muito disso, tinha que trabalhar." (P22).

---

[3] Serviço posto – a Política Nacional de Atenção Básica (2012) – como ordenador das Redes de Atenção do SUS, afirmando-se como uma política acolhedora e resolutiva. Materializa-se, por exemplo, nas Unidades de Saúde, intentando desempenhar função central na garantia ao direito à saúde com qualidade.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Do interior da "história oral-oral", algumas informações condensadas: dos dezesseis (16) entrevistados, nove (9) estão sem dentes naturais nas duas arcadas e utilizam próteses totais, sendo que destes, dois sem prótese em um maxilar. Das sete (7) pessoas com dentes, uma não possui dentes naturais na maxila (somente em mandíbula) e seis pessoas possuem dentes em ambas as arcadas.

Com vistas ao poderio que o conhecimento extra-oficiala - do povo de fora das faculdades - tem a oferecer para as ciências da saúde e partindo para as considerações deste artigo, cabe uma socialização. Em um dos momentos experimentados pela coleta de dados, a esposa de um entrevistado, do P30, que se encontrava no mesmo recinto da entrevista e acompanhava atentamente o diálogo sobre métodos populares em saúde, instigada pela surpresa estampada na face do entrevistador ao escutar histórias do entrevistado, diz: "Tu nunca *ouvisse* falar disso na faculdade?" Com certa vergonha e sentimento de desolação, ela ouviu como resposta: não se aprende tais métodos na faculdade.

Algumas considerações não finais

O estudo objetivou analisar o modo como a transformação do real foi se impondo ao trabalho e gerando experiências na condição oral dos produtores de bens e pedra, no contexto de Camboriú, SC, Brasil, sem limitar as relações sociais apenas às de produção, mas destacando-as como vital para a reprodução da espécie.

Analisados com base na categoria "Não há consultórios sem pedras, mas há pedras sem consultórios", os dados revelaram uma dura realidade: o início da vida produtiva com pedras, pelos trabalhadores-produtores de bens em pedra participantes do estudo, antecedeu a primeira visita a um dentista. Como resultado, a vasta maioria dos participantes foi expropriada do direito a ter dentes, na fase adulta: no decorrer de suas vidas, perderam todos os dentes naturais.

Em tempos de direito à saúde conquistado, o que se reafirma neste estudo é que este direito não é universalmente usufruído: trabalhadores que, ano após ano, auxiliam na construção social estrutural são apartados das elaborações supraestruturais da sociedade: sem dentes naturais, têm seus conhecimentos excluídos do sistema educacional, tampouco estão inseridos no controle do Estado que cotidianamente ajudam a erguer. Nesse emaranhado sociopolítico, que se constitui em uma implicação ética, do âmbito de uma ética pública reflexivo-crítica e intervencionista, o direito a saúde, conquistado em 1988 pela política pública SUS, não se materializa na vida dos trabalhadores de bens em

pedra do contexto estudado, pois as ações e direções estatais pouco englobam essa parcela da população.

Ao se relacionar com políticas de saúde, mais especificamente as da área da odontologia, que historicamente priorizam grupos populacionais inseridos em idade escolar, o estudo gerou uma reflexão:

Uma criança, um escolar de 6 a 14 anos, tem um pai e uma mãe. Pode ser que, por vezes, a criança nem ao menos venha a conhecê-los. Crianças sem pai. Crianças sem mãe. Mas, desde que o mundo é mundo, crianças nascem como fruto da relação entre homem e mulher. E estes pais (ou seja lá quem for o tutor, se outra pessoa ou até o Estado), mesmo que não possuindo um trabalho formal, mas fundamentalmente por estarem vivos, realizaram/realizam intervenções na natureza para sobreviver e se reproduzir. Assim, no serviço de saúde, prevalecendo a atuação coletiva em pessoas menores de 18 anos[4], age em seres humanos não autônomos, pois estão na condição de tutela.

Ao contrário e em certa medida inovando, a partir deste estudo, os resultados apontam para a necessidade de criação de vínculo com os espaços produtivos. Engajando na luta cotidiana pela saúde universal os trabalhadores-produtores de bens em pedra (e todos os demais ramos), os atores do SUS atingem também, indiretamente, as crianças e jovens, filhos destes pais trabalhadores. Crianças, via de regra, não possuem autonomia perante à economia do lar. Os responsáveis legais, incumbidos também de oferecer a educação em saúde à seus herdeiros, se devidamente organizados em prol do bem comum e fortalecidos por ações horizontais de promoção de saúde e tendo a oportunidade de participar da construção do conhecimento, acabam por resultar em benefícios também às crianças e jovens. Uma inversão, novamente. Não como a do antigo Programa de Inversão da Atenção (PIA), em que se substitui tratamentos por adequação do meio, mas uma inversão estruturante.

Será tarde? Gramsci, em uma carta escrita a Tania, sua cunhada, em 1933, do Cárcere, em Turi, Itália, comentando sobre seu debilitado estado físico, mental e moral, lhe diz: “Talvez seja mesmo tarde mudar as coisas ‘formalmente’, no sentido de que as mudanças das coisas determinem mudanças nas condições de saúde”(SPRIANO, 2014, p. 30).

---

[4] Como exemplo, um dos indicadores tão cobiçados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), em seu manual instrutivo de 2012, sobre questões de desempenho, faz referência à média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

No contemporâneo, as políticas públicas continuarão hegemonicamente ensinando o povo de 6 aos 14 anos a escovar os dentes ou assumirão que há outros elementos superiores que interferem na condição buco-dental da população?

REFERÊNCIAS

AMFRI. Municípios associados [Internet]. **Amfri 2017** [acessado em 17 de outubro de 2017]. Disponível em: http://www.amfri.org.br/index/detalhes-municipio/codMapaItem/42292/codMunicipio/52.

BENJAMIN, C. Uma certa ideia de Brasil. In: ARAÚJO, T. P.; VIANNA, S. T. W.; MACAMBIRA, J. (orgs). **50 anos de Formação Econômica do Brasil**: ensaios sobre a obra clássica de Celso Furtado. Rio de Janeiro: Ipea, 2009. p. 15-25.

BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Série Técnica. **Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Santa Catarina/Camboriú [Internet]. **Cidade IBGE** [acessado em 17 de outubro de 2017]. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/sc/camboriu/panorama.

CARVALHO, C. L. A transformação no mercado de serviços odontológicos e as disputas pelo monopólio da prática odontológica no século XIX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 13, n. 1, p. 55-76, 2006.

CORREA, A. P. **Análise comparativa dos efeitos de um programa incremental sobre a saúde oral de seus beneficiados**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1985.

CORREA, I. B. **Camboriú e Balneário:** a história de duas cidades. Balneário Camboriú: Gráfica Elf, 2016.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

COSPITO, G. Hegemonia. In: LIGUORI, G.; VOZA, P. (orgs). **Dicionário gramsciano**. São Paulo: Boitempo, 2017. p. 309-311.

COUTINHO, C. N. A democracia como valor universal. In: SILVEIRA, E. (org.). **Encontros com a civilização brasileira**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979. p. 33-47.

DEL ROIO, M. Gramsci e a emancipação do subalterno. **Revista de Sociologia Política**, v. 29, p. 63-78, 2007.

DEWES, J. O. **Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling**: uma descrição dos métodos. 2013. 53 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Estatística, Departamento de Estatística, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.

ICHIKAWA, E.Y.; SANTOS, L.W. Vozes da História: contribuições da História Oral à Pesquisa Organizacional. In: **Encontro Nacional da Associação dos Programas de Pós-Graduação em Administração**. Atibaia: ANPAD, 2003.

LIMA, R. C. G. S. Tutoria acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil em Santa Catarina: perspectiva ético-política. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2797-2805, 2016.

_____. Reconhecendo o desafio latente na história: periodização contextualizada dos modelos de saúde bucal. **Saúde & Transformação Social**, v. 8, n. 2, p. 15-25, 2017.

MANACORDA, M. A. **Antonio Gramsci:** l´alternativa pedagogica. Roma: Riuniti, 2012.

MANZINI, E.J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: **Seminário Internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos**. Bauru: USC, 2004.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

MARX, K.; HOBSBAWM, E. J. **Formaciones económicas pré-capitalistas**. 2ª ed. Córdoba: Pasado y Presente, 1972.

MARX, K. **O Capital:** crítica da economia política. 34ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

MENDES, E.V. A Reforma Sanitária e a Educação Odontológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 4, p. 533-552, 1986.

MENDES, S. **Comunidade e memória no jornal do interior**: um estudo sobre o Linha Popular em Camboriú. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Jornalismo. Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 2014.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA, R. **Geografia**: teoria e crítica, o saber posto em questão. Petrópolis: Vozes, 1982.

MUYLAERT, C.J. et al. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. Esp2, p. 193-199, 2014.

PEREIRA, R. M. F. A. Formação sócio-espacial do litoral de Santa Catarina (Brasil): gênese e transformações recentes. **Geosul**, n. 18, v. 35, p. 99-129, 2003.

RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores**. São Paulo: Fundacentro, 2000.

REBELO, J. A. **Sem história não dá**: e assim se fez em Camboriú. Camboriú: Do autor, 1997.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). **Educar em Revista**, v. 2, p. 277-290, 2010.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

ROSA, L. C. M. A propriedade como fundamento ético-jurídico e econômico-político em Locke. **Hendu**, n. 6, v. 2, p. 87-102, 2015.

SACHET, C.; SACHET, S. **Santa Catarina**: 100 anos de história. Porto Alegre: Pallotti, 1997.

SERENI, E. De Marx a Lênin: a categoria de "formação econômico-social". **Meridiano revista de geografia**, n. 2, p. 297-346, 2013.

SILVA, R. H. A.; SALES-PERES, A. Odontologia: um breve histórico. **Odontologia Clínico-Científica**, v. 6, n. 1, p. 7-11, 2007.

SPRIANO, P. **Antonio Gramsci, lettere dal carcere**. Torino: Einaudi, 2014.

WORLD HEALTH ASSOCIATION. Division of Mental Health. **Qualitative Research for Health Programmes**. Geneva: WHA, 1994.

ZANETTI, C. H. G. **A utilidade como função para a universalidade e equidade**: uma análise formal da validade instrumental do ordenamento administrativo federal da assistência à saúde bucal no saúde da família. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz.Rio de Janeiro, 2005.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

PARTO CESÁRIO E PARTO NORMAL: UMA ABORDAGEM ACERCA DE RISCOS E BENEFÍCIOS

DEBT AND NORMAL BIRTH: AN APPROACH TO RISKS AND BENEFITS

Albeniz Campos Vicente[1]
Ana Karla Bezerra da Silva Lima[2]
Carlos Bezerra de Lima[3]

RESUMO - A gestação é o período iniciado com o diagnóstico de gravidez, estendendo-se até o trabalho de parto, representando uma fase importante na vida da mulher que a vivencia. O parto pode ser normal / natural, ou realizado através de procedimento cirúrgico conhecido como cesariano. O parto normal é recomendado pelas políticas de saúde por ser mais prático e vantajoso em termos de segurança e recuperação para as gestantes, sendo o cesariano indicado apenas em casos em que o parto normal ofereça riscos à parturiente e seu filho. Contraditoriamente, os índices de cesarianas ainda superam os do parto natural, mesmo com campanhas de incentivo para sua realização. Parcela significativa das gestantes pode estar realizando cesarianas desnecessariamente, sem usufruir das vantagens do parto normal, com possíveis prejuízos para a mãe e o filho. Assim, este estudo visa descrever de modo sucinto os benefícios do parto normal, comparados com o parto cesariano. Trata-se de uma revisão de literatura realizada no primeiro semestre de 2017, utilizando-se fontes cientificas sobre a temática em questão. O estudo mostra que ambos os partos apresentam vantagens e desvantagens. Evidencia situações em que um dos dois tipos é indicado. Considerando os altos índices de cesarianos evidenciados nesta pesquisa, infere-se que a cesariana está sendo indicada indiscriminadamente, com a tendência da utilização abusiva ou desnecessária de cesarianos.

Palavras-chave: Parto. Parto normal. Cesariana.

---

[1] Enfermeira. Concluinte do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica
[2] Enfermeira. Especialista em LIBRAS.
[3] Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Coordenador do Curso de Bacharelado em Enfermagem da FAST.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

ABSTRACT - Gestation is the period started with the diagnosis of pregnancy, extending to labor, representing an important phase in the life of the woman who experiences it. The delivery can be normal / natural, or performed through a surgical procedure known as cesarean. Normal delivery is recommended by health policies because it is more practical and advantageous in terms of safety and recovery for pregnant women, and the cesarean delivery is indicated only in cases in which normal delivery risks the parturient and her child. In contrast, cesarean delivery rates still outweigh natural delivery rates, even with incentive campaigns to achieve them. A significant number of pregnant women may be performing cesarean sections unnecessarily, without enjoying the advantages of normal birth, with possible harm to the mother and child. Thus, this study aims to describe briefly the benefits of normal delivery, compared to cesarean delivery. This is a literature review carried out in the first half of 2017, using scientific sources on the subject matter. The study shows that both births have both advantages and disadvantages. It shows situations in which one of two types is indicated. Considering the high rates of cesareans evidenced in this study, it is inferred that the cesarean section is indicated indiscriminately, with the tendency of abusive or unnecessary use of cesareans.

Keywords: Childbirth. Normal birth. Caesarean.

INTRODUÇÃO

Em sua trajetória histórica o parto tem passado por diversas transformações, antigamente sem a existência das técnicas de partos que temos na atualidade, não havia a possibilidade de redução das dores do parto e nem a possibilidade de facilitar a realização do mesmo. A realidade da época era que as gestantes ao sentirem o aumento das contrações isolavam-se para parir sem nenhuma assistência ou cuidado especializado, simplesmente a partir deste momento deduziam por instinto que o momento do parto estava chegando (PINHEIRO; BITTAR, 2012).

Os cuidados mais específicos com relação à assistência ao parto só foram iniciados quando as próprias gestantes por questão “empática” passaram a ajudar umas às outras, contribuindo com melhorias no transcurso do parto, tanto para a gestante quanto para o recém-nascido (RN). Em seguida, essas melhorias foram promovidas por parteiras, que ao logo da realização de cada parto, foram acumulando experiências, que foram passadas

consequentemente de uma geração para outra, com finalidade de contribuir cada vez mais para o parto saudável, momento este tão esperado e importante na vida das mulheres (FERREIRA; VIANA; MESQUITA, 2014).

Após o período da Segunda Guerra Mundial o parto foi incorporado às instituições de saúde, justificados pelos novos conhecimentos e habilidades práticas por parte dos profissionais, adquiridas nos campos de assepsia, cirurgia, anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia, minimizando significativamente a morbimortalidade materna e infantil. Embora a institucionalização do parto e os avanços tecnológicos tenham proporcionado melhor controle dos riscos para mãe e filho, houve incorporação de grande número de intervenções desnecessárias, resultando consequentemente no aumento progressivo de cesarianas (FERREIRA; VIANA; MESQUITA, 2014).

Nesse novo contexto, o parto que antes era realizado na própria residência da gestante e na convivência de seus familiares, assistido por uma parteira leiga, passou a ser realizado na instituição hospitalar, particularmente, na maternidade e praticado sob a condução de profissionais de saúde, entre eles os médicos, passando erroneamente a ser visto apenas como um ato cirúrgico. Os médicos passaram a realizar cada vez mais procedimentos invasivos e intervencionistas, justificando requerer um menor tempo e uma maior praticidade (PINHEIRO; BITTAR, 2012).

A partir do final do século XIX, após a descoberta das técnicas de anestesias, essas passaram a ser utilizadas pela medicina, e também procedimentos que visassem à minimização ou até mesmo a não infecção, a realização de partos por procedimentos cirúrgicos tornou-se ainda erroneamente uma opção por escolha das usuárias de saúde não só no Brasil como em todo o mundo. Quase de modo acidental, esta descoberta ocorreu em 1500, quando um indivíduo suíço conseguiu autorização judicial para abrir a cavidade abdominal da própria esposa, devido dores insuportáveis que supostamente estariam causando riscos à integridade de sua saúde. Deste modo, as cesarianas progressivamente passaram a ser consideradas os partos mais seguros e menos sofridos, principalmente quando há risco para gestantes e bebês, porém esta realidade não funciona precisamente apenas nestes aspectos (BASTOS et al., 2009).

No ranking da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil aparece em segunda colocação entre os países com maior número de cesarianas em relação ao total de nascimentos. Desde o início do novo milênio até o final da primeira década do mesmo, dos novos brasileiros que vieram ao mundo, 43,8% foram mediante a realização de partos cesarianos, deixando o país atrás apenas do Chipre, que teve 50,9% (PINHEIRO; BITTAR, 2012).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Após décadas vivenciadas nesta realidade, os profissionais de saúde, mais especificamente "médicos obstetras e enfermeiros obstetras" mediante o domínio de conhecimento científico e por incentivo de políticas de saúde que visem à humanização no parto vêem tentando reeducar as gestantes quanto aos estigmas criados com os medos ou inseguranças geradas pelo medo e dor inerentes ao parto normal, na tentativa de estimular cada vez mais a realização do mesmo, consequentemente reduzindo os altos índices de nascimentos por cesarianas que poderiam simplesmente ter um nascimento de um modo natural, menos doloroso e mais saudável (BASTOS et al., 2009).

Através do que pode ser visto com base em estudos realizados até os dias atuais, averiguam-se que muitas são as vantagens que o parto natural proporciona para gestante e RN, e que as políticas de humanização na saúde investem neste tipo de procedimento. Contudo, há situações em que o parto natural deve ser evitado e substituído pela cesariana; em alguns casos por indicação médica para que sejam evitadas complicações ao longo do procedimento de parto que possam culminar em danos para mãe e filho, e em outras situações, por livre escolha da gestante, situação esta que erroneamente ainda persiste como cultura entre as gestantes, mesmo que em menores proporções.

Diante desta realidade, este estudo que tem como objetivo descrever de modo sucinto as características gerais e os benefícios do parto normal para o binômio mãe e filho, assim como os principais aspectos sobre o parto casario. Isso porque se percebe necessidade de se investir ainda mais em campanhas públicas de saúde, que visem a educação continuada inerente à conscientização por parte das gestantes ou ainda da população feminina que pretendem vivenciar a gestação, pela escolha do parto natural. Este é sem dúvidas mais saudável, prático e garante um retorno mais eficiente e eficaz das atividades rotineiras do dia-dia, trazendo amplas vantagens para o binômio mãe e filho, reduzindo consequentemente o número de cesarianas realizadas sem que haja a real necessidade para tal.

REVISÃO DE LITERATURA

Características gerais e Benefícios do parto normal

O significado de parto normal é atribuído àquele que ocorra naturalmente como um fenômeno natural, sendo por isso considerado também como parto natural. Para que este fenômeno possa ser considerado como parto normal, ele tem que ser realizado de modo que intercorrências ou procedimentos desnecessários não ocorram ao longo do

trabalho de parto propriamente dito, assim como no parto e também pós-parto, mantendo sempre atenção frequente para segurança e respeito aos direitos tanto da parturiente como de seu filho visando ao bem-estar (COREN, 2009).

Sob essa concepção, e até mesmo como forma de reagir à violência obstétrica observada no atual contexto social, particularmente no transcurso do parto, surgiu a proposta de humanização na assistência à parturiente, abrangendo os momentos do pré-parto, parto e pós-parto. Essa proposta implica que o parto seja realizado sob um olhar holista, um parto realizado com holismo, provido de apoio, ternura, carinho, valorização e respeito à dignidade da mulher que está sendo assistida.

Levando-se em consideração aspectos como estes, surge em nível internacional o movimento de humanização no parto, que objetiva o uso prioritário da tecnologia apropriada apenas quando realmente necessário, desincorporando as tecnologias danosas desnecessárias, além de promover melhor qualidade na relação entre o profissional de saúde e gestante/parturiente (BARROS, 2011).

A expressão "humanização no parto" tem sido utilizada pelo Ministério da Saúde, desde o final dos anos 1990, como forma de se referir a uma série de políticas públicas promovidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), pelo Banco Mundial, com o apoio de diversos atores sociais, como organizações não governamentais (ONG) e entidades profissionais. Com a criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pela portaria nº 569, de 01/06/2000, do Ministério da Saúde, pode-se dizer que o Brasil passou a apresentar grande iniciativa na implementação da humanização no pato (NASCIMENTO et al., 2010).

Este programa visa principalmente ao longo do processo parturitivo resgatar a dignidade da mulher em trabalho de parto, suas transformações quanto aos cuidados durante a gravidez, parto e puerpério, tendo o parto de modo natural como prioritário, não expondo a gestante ao uso excessivo de terapia medicamentosa e procedimentos cirúrgicos sem que haja real necessidade, transformando-o cada vez mais ativo para usuária de saúde em questão (BARROS, 2011).

A preocupação atual com a humanização no parto implica dar liberdade às escolhas da parturiente, prestar um atendimento focado em suas necessidades, aliviar seus anseios, esclarecer as suas dúvidas. Para que exista confiança entre a parturiente e a equipe que a assiste, a relação entre os sujeitos deve estar baseada no diálogo, na afetividade, no prazer em servir ao outro e na atenção dispensada; elimina preocupar-se apenas com crenças e mitos, acompanhando essas escolhas, intervindo o mínimo possível para que possa se desenvolver um processo natural e tranquilo.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

O parto normal é o método natural de nascer e, como tal, possui a proteção das forças da natureza. Se a mãe for jogada à própria sorte, em mais de 92% das vezes ela terá o seu filho sem problemas. A sua recuperação é imediata, pois, logo após o nascimento, poderá levantar-se e atender seu filho. As complicações próprias do parto normal são menos graves quando comparadas com aquelas advindas do parto cirúrgico. A amamentação do recém-nascido se torna mais fácil e, mais saudável a ele; a infecção hospitalar é muito menos frequente no parto normal. Por outro lado, este produz, pela espera, ansiedade na futura mãe. Esta ansiedade é aumentada também pela preocupação com as dores do parto (FERREIRA; VIANA; MESQUITA, 2014).

Durante o pré-natal, é ponto fundamental que os profissionais de saúde orientem a gestante sobre formas opcionais para controlar a dor durante o trabalho de parto, sobre a realização de diferentes atividades que facilitem ou contribuam para o desenvolvimento do trabalho de parto. A gestante precisa ser ajudada a compreender que não há justificativa para se realizar uma cesariana apenas com a finalidade de evitar as dores do parto, pois a cirurgia trará suas próprias complicações e riscos à saúde de mãe e filho (SILVEIRA; CAMARGO; CREPALDI, 2010).

Dados coletados no DATASUS (2010) evidenciam que no Brasil foi contabilizado 1.362.287 partos vaginais e 1.496.034 cesarianas, onde destes 26.452 partos vaginais e 22.900 cesarianas ocorreram no estado do Piauí. Tendo em vista que o número de partos vaginais cada vez mais supera o número de cesarianas neste estado, servindo assim como referência para os demais estados brasileiros, podendo ao longo dos anos fazer com que o número de partos normais se sobressaia sobre os de cesarianas realizados em todo o território nacional, isso vem acontecendo pelo fato dos profissionais estarem disseminando cada vez mais a importância do parto humanizado e demonstrando seus benefícios, a exemplo da recuperação mais rápida (FRELLO; CARRARO, 2010).

Principais aspectos sobre o parto casario

O Brasil está entre os países que possuem as mais elevadas taxas de cesárea, o aproximadamente a 40%, ainda muito acima do limite de 15% esperado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Durante as últimas três décadas, o setor de saúde que mais tem colaborado com valores crescentes é o setor de serviço suplementar (ANS), cujas particularidades influenciam negativamente na redução de cesáreas desnecessárias (HADDAD; CECATTI, 2011). Portanto, o Brasil é um dos países com maior incidência de cesarianas em todo território mundial, sendo que desde a década de 1970, esses números vêem sendo elevados cada vez mais. Na década de 1990 os números mostraram

que no Brasil as taxas de cesarianas foram de 27,1% em relação a outros países com histórico de cesarianas elevadas (DIAS et al., 2008).

Em um retrospecto realizado no ano de 2004 na cidade paranaense de Maringá considerada de médio porte mostrou, foi evidenciado que a mesma é uma das comunidades que mais se destacam com relação a altas taxas de cesarianas 74,30%. Em âmbito estadual, o Paraná é o estado com um dos maiores índices de cesárias do país com 49,0% (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Em âmbito nacional, no ano de 2006, a taxa de cesáreas ocorridas no Sistema Único de Saúde e nos serviços não públicos foi de 30,1 e 80,7%, respectivamente. Esta desproporção sugere que fatores não médicos mantenham elevada a realização de parto operatório. Apesar da necessidade de ações para todos os serviços assistenciais, maiores esforços devem ser dispensados no setor suplementar (DIAS et al., 2008).

Entre os motivos que levam os médicos a optarem pelas cesarianas pode ser justificado por justa causa em casos de necessidade real do procedimento, promovendo prováveis benefícios para a saúde do recém-nascido e da mãe como, por exemplo, sua importância em casos de descolamento prematuro de placenta, infecção pelo HIV, cardiopatia materna, má formação fetal, sofrimento fetal crônico, placenta prévia, rotura uterina, parto com desproporção céfalo-pélvica verdadeira e da eclampsia, dentre outras intercorrências obstétricas. No entanto, o aumento da frequência de parto cesáreo não apresentou uma associação positiva com o aumento simétrico dos benefícios para a mãe e recém-nascido, fato que corrobora com dados da Organização Mundial de Saúde, que caracteriza o parto operatório como uma das práticas mais freqüentes, sendo utilizado de modo inadequado e desordenado (HADDAD; CECATTI, 2011).

Ressalte-se que, as cesáreas sem a devida indicação estão associadas a maiores riscos para a saúde materna e infantil, para a parturiente aumentam os riscos de intercorrências como hemorragias, infecções puerperais, embolia pulmonar, complicações anestésicas e morte materna; para o recém-nascido há mais chances de ocorrer problemas respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, anóxia e mortalidade neonatal entre outras (SMELTZER; BARE (2009).

Estudos realizados nos últimos tempos mostram que as complicações maternas associadas ao tipo de parto em uma amostra de 1.748 gestantes, os pesquisadores encontraram um total de 56,5% de cesáreas e 43,5% de parto normal; já em pacientes com mais de 35 anos, a taxa encontrada foi de 62,9% de cesáreas, mostrando assim as cesarianas como moires incidentes entre as gestantes que possam apresentar complicações durante o trabalho de parto. Lembrando que a faixa etária citada

anteriormente está mais exposta a maior ocorrência de anormalidades clínicas (HADDAD; CECATTI, 2011).

Diante desses números e riscos ocasionados pela realização das cesarianas, principalmente em casos cuja realização não se faz realmente necessária, pode-se, então, afirmar que a prática do parto normal precisa ser estimulada a fim de se reduzir a mortalidade materna e proporcionar um melhor nascimento para o bebê. Neste sentido, o Ministério da Saúde baixou a Portaria MS/GM 2.815, de maio de 1998, a qual incluiu na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde o procedimento: "parto normal sem distorcia realizado por enfermeiro obstetra" e a Portaria 466 que estabelece limites diferentes para o parto cirúrgico, de acordo com a complexidade do serviço obstétrico hospitalar.

Por outro lado, as Portarias MS/GM 569, 570, 571 e 572 de 01 de junho de 2000 instituem o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento visando olhar a assistência obstétrica de forma integral e afirmar os direitos das mulheres. Uma assistência baseada na humanização é prática que precisa ser estimulada em nosso meio para favorecer um atendimento digno ao binômio mãe e filho com a presença da família (CAMPANA; PELLOSO, 2007).

METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado mediante uma pesquisa exploratória sob a forma de revisão bibliográfica, que segundo Prestes (2003), a primeira trata-se de um estudo no qual se procura aprimorar as ideias e a segunda é de caráter extremamente teórico uma vez que, este tipo de pesquisa é desenvolvido com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.

No âmbito de uma pesquisa de revisão bibliográfica, tem-se como principal meio de coleta de dados publicações, de preferência que apresentem caráter científico, cuja temática esteja diretamente relacionada ao tema em estudo ou de outra forma materiais de relação indiretas as quais possam trazer novos conceitos e novas ideias acerca do assunto.

Tendo conhecimento da atual realidade a respeito da disponibilidade limitada de materiais científicos, o meio eletrônico principalmente a internet, torna-se uma ferramenta indispensável para qualquer tipo de pesquisa nos dias atuais. Sob essa concepção, ela tornou-se uma alternativa de grande ajuda no momento de coleta e seleção das fontes para o estudo.

Após a seleção de todo o material foi realizada uma releitura crítica das fontes com conteúdo substancial para o estudo a fim de formar pontos de vista acerca dos mesmos, correlacionando e realizando uma análise consensual dos diversos autores. Dessa forma, o material textual que foi construído teve uma base solida no que se refere à complicação de informações pertinentes à pesquisa, evitando o levantamento de fontes pouco confiáveis e contraditórias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a realização da pesquisa, averígua-se que em ralação aos tipos de trabalhos de partos, atualmente a população feminina ao vivenciar a gestação em muitas ocasiões opta pelo parto de modo natural, e que está até mesmo se destacando um pouco mais com o passar dos anos, pois são inúmeras as vantagens que o parto normal proporciona não só para gestante, mas também para o recém-nascido. No entanto os casos de realização de cesarianas estão na grande maioria das regiões do país em índices altíssimos.

Este tipo de parto possui sua devida finalidade, pois existem situações em que as cesarianas são indispensáveis para o bem-estar do binômio mãe e filho, porém, na realidade, por praticidade relatada pelas próprias usuárias de saúde em questão, visando minimização das dores do trabalho de parto entre outros, há gestantes as quais são lhes dadas pelo profissional opções de escolha adequada para realizar o parto. Contudo, isso ocorre geralmente em instituições privadas, cuja prioridade é dada às cesarianas, via de regra desnecessária, o que persiste bastante em ocorrer nos dias de hoje, privando a gestante e recém-nascido de inúmeras vantagens proporcionadas pelo parto de modo natural, além de expor a riscos desnecessários oriundo ao parto cirúrgico.

Estudos revelam que a maioria das mulheres tem preferência pelo parto normal tanto na saúde pública como no setor privado, no entanto apesar desse desejo inicial o setor privado apresenta mais que o dobro de partos cirúrgicos moldados pela conduta intervencionista do médico. Entre os fatores que são apontados na maioria dos estudos para justificar a crescente frequência de partos cesáreos estão fatores sociais, demográficos, culturais, associados pela solicitação materna para o tipo de parto e fatores associados ao modelo assistencial desenvolvido (PATAH; MALIK, 2011).

No mundo desenvolvido, cerca de 30% das cesarianas devem-se a cesarianas anteriores, 30% por distorcia, 11% por apresentação pélvica e 10% por frequência cardíaca fetal (FCF) não tranquilizadora. Em alguns países da América do Sul, a frequência de cesarianas já chegou a 80%, apresentando associação direta com a renda

per capita do país. Reconhece-se que os determinantes das cesarianas são bastante complexos, incluindo condições financeiras, atitudes culturais e sociais das pacientes e das sociedades. Há uma grande variação entre as regiões do Brasil nas taxas de cesáreas, principalmente ao comparar a assistência do Sistema Único de saúde (SUS) com a assistência privada (VIEIRA; LIMA, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo de revisão de literatura, foi possível averiguar as diversas facetas que englobam o trabalho de parto seja ele normal ou cesariano, pois dúvidas, mitos ou estigmas que envolvem este período de grande importância da vida feminina puderam ser melhor esclarecidos, e dessa forma contribuindo para satisfatória realização do parto, uma vez que, foi revelado ao longo deste as verdadeiras vantagens e indicações de cada tipo de parto para a sua real utilização, mostrando de acordo com sua indicação os riscos e benefícios para cada situação em que devam ser realizados.

Apesar das especificações mencionadas no estudo, retirada de dúvidas que rodeiam os tipos de parto, normal e cesariano, fica claro que as vantagens da realização do parto normal são extremamente importantes para o bem-estar no trabalho de parto propriamente dito para o binômio mãe e filho. Fica evidente ainda , que nem sempre se justifica a realização de procedimentos cirúrgicos, como ocorre nos casos de cesarianas sem que haja real necessidade para tal. Sendo assim, tendo em vista que a realidade das gestantes nos dias atuais ainda persiste em grandes números o parto casario, mesmo com campanhas educativas proporcionadas pelas políticas de saúde, seja por profissionais de saúde, marketing através de propagandas televisivas, entre outros meios de divulgações; percebe-se a necessidade de intensificar esta divulgação na busca por mais conscientização por parte desta população alvo, para que dados como os encontrados neste estudo sobre a realização desnecessária de cesarianas possam ser reduzidos cada vez mais, e desta forma as gestantes possam se beneficiar das vantagens de um parto de modo natural e saudável.

REFERÊNCIAS

BARROS, M. L. F. Percepção dos profissionais de saúde e das mulheres sobre o tipo de parto: revisão de literatura. **Rev. Enferm. UFPE On Line**, 2011, 5(2), 496-504.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

BASTOS et al. **Pesquisas científicas relacionadas a Emergências obstétricas**. Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição, 2009.

CAMPANA, H. C. R.; PELLOSO, S. M. Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial on line] 2007 Jan-Abr; 9(1): 51-63. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a04.htm. Acesso em 20/04/16.

COREN – SP. Parto natural e parto normal: quais as diferenças? **Revista Enfermagem.** Ano 10. nº 81, Julho/ 2009. São Paulo – SP. Disponível em http://www.corensp.org.br/sites/default/files/revista_enfermagem_julho_2009_0.pdf, acessado em 10/04/2016.

DIAS, M. A. B. et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do Sistema de Saúde Suplementar do Estado do Rio de Janeiro. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2008;13(5):1521-34.

FRELLO, A. T; CARRARO, T. E. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.12, n. 4, pp. 660-8, 2010. Disponível em http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7056/8487, acessado em 16/04/2016.

FERREIRA, K. M.; VIANA, L. V. M.; MESQUITA, M. A. S. B. Humanização do parto normal: uma revisão de literatura, **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v. 1, n. 2, art. 1, p. 134-148, ago. / dez. 2014.

HADDAD, S. E. M. T.; CECATTI, J. G. Estratégias dirigidas aos profissionais paraa redução das cesáreas desnecessáriasno Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2011; 33(5):252-62.

NASCIMENTO, N. M. et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc. Anna Nery**, 2010, 14(3), 456-461.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelo de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista de Saúde Pública**, 2011; 45 (1): 185-94 Disponível em http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v45n1/1759.pdf acessado em 21/04/2016.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. **Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde.** Aletheia, jan./abr., 2012. 37, p.212-227.

PRESTES, M. L. de M. **A pesquisa e a construção do conhecimento cientifico:** do planejamento aos textos, da escola à academia. 2 ed. Revisão atualizada e ampliada. São Paulo: Rêspel, 2003.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem**, 2009.**

SILVEIRA, S. C.; CAMARGO, B. V.; CREPALDI, M. A. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2010, *23*(1), 1-10.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner e Suddarth – **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica.** 10 ed. Rio de Janeiro, Koogan, 2009.

VIEIRA, A B. L.; LIMA, R; E; V; **CIEGESI - CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE ESTRATÉGIA EM GESTÃO, EDUCAÇÃO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO – Anais eletrônicos da I CIEGESI / I Encontro científico do PNAP/UEG**. Goiânia, GO, Brasil, 22- 23/04/2012.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA NEOPLASIA DE PRÓSTATA: UMA REVISÃO NA LITERATURA

NURSING CARE IN PREVENTION OF PROSTATE NEOPLASIA: A REVIEW OF LITERATURE

Wagna Leite de Sousa[1]
Carlos Bezerra de Lima[2]
Priscila Costa Melquíades Menezes[3]
Elainy Maria Dias de Medeiros França[4]

RESUMO - O Câncer de Próstata é uma patologia causada pelo crescimento anormal e descontrolado das células neoplásicas na próstata. Esse câncer se desenvolve por um processo de múltiplas etapas, envolvendo genes que controlam o crescimento e a diferenciação celular. É a neoplasia mais frequente na população masculina acima de 45 anos, representando mais de 40% dos tumores que afetam essa população. O objetivo deste estudo foi analisar a contribuição dos profissionais de enfermagem ao paciente com diagnóstico de câncer de próstata. É um estudo do tipo revisão de literatura, desenvolvido através da busca de artigos indexados nos sites de indicação científica SciELO e LILACS. Os dados foram obtidos através da escolha dos artigos científicos a fim de resgatar os principais tópicos para estudo do tema abordado. Conclui-se que os cuidados prestados pela equipe de enfermagem à população masculina, exige muito mais do que uma simples

[1]Graduanda do curso bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos – FIP. E-mail: enobertoandrade@hotmail.com.
[2]Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos -FIP. Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: carlos.bezerra.lima@gmail.com
[3]Enfermeira, Especialista em Saúde Pública e Enfermagem do Trabalho. Mestre em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos – FIP. Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: priscillamenezes@fiponline.edu.br
[4]Mestre em Saúde Coletiva pela Unisantos - SP. Enfermeira, Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos -FIP. Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: elain@bol.com.br.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

habilidade técnica, precisa que os profissionais exerçam uma prática comprometida com a saúde da população visando à promoção da saúde e a prevenção de agravos.

Palavras-chave: Neoplasia prostática; Assistência de enfermagem; Saúde do homem.

ABSTRACT - Prostate cancer is a disease caused by abnormal and uncontrolled growth of neoplastic cells in the prostate. This cancer develops by a multi-step process, involving genes that control cell growth and differentiation. Is the most common neoplasm in the male population over 45 years, representing more than 40% of the tumors that affect this population. The aim of this study was to analyze the contribution of nursing professionals to the patient with a diagnosis of prostate cancer. Is a study of the literature review type, developed through the search of articles indexed in SciELO Scientific indication sites and LILACS. The data were obtained through the choice of scientific articles in order to rescue the main topics for study of the subject. It is concluded that the care provided by nursing staff to the male population, requires more than a simple technical skill, need that professionals engaged in a practice committed to the health of the population aimed at health promotion and the prevention of diseases.

Keywords: Prostatic Neoplasia; Nursing care; Men's health.

INTRODUÇÃO

O Câncer de próstata é definido como a neoplasia de maior prevalência no homem, sendo considerada a segunda em no gênero, tendo sua progressão lenta e de difícil diagnóstico em cursos iniciais. Muitas são as preocupações associadas ao crescimento no número de casos e os esforços em sua prevenção, porém ainda não se configuram como significativos na redução desses índices. (FILHO; MONCAU, 2012).

O câncer de próstata tem como característica principal o aumento exagerado do tamanho da próstata, conhecido como hiperplasia prostática, que normalmente se inicia em homens com mais de 45 anos. Essa hiperplasia acomete as células do estroma e do epitélio da glândula prostática, resultando no aumento volumétrico da próstata e diminuição do calibre e intensidade do jato urinário causado pela compressão da uretra

prostática e pelo relaxamento inadequado do colo vesical, sendo caracterizada como uma das principais causas de doença e morte no mundo (TONON; SCHOFFEN, 2009).

O câncer de próstata é a forma mais comum de câncer em homens. É a segunda maior causa de morte por câncer, sendo superado apenas pelo carcinoma do pulmão (EPSTEIN, 2010). O único fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento do câncer de próstata é a idade. Aproximadamente 62% dos casos de câncer da próstata diagnosticados no mundo acometem homens com 65 anos ou mais (INCA, 2014).

Outro fator importante na etiologia desse tipo de câncer é a dieta. Dietas com base em gordura animal, carne vermelha, embutidos e cálcio têm sido associados ao aumento no risco de desenvolver câncer da próstata. Além disso, também contribui como fator de risco a obesidade, em especial para aquelas neoplasias de comportamento mais agressivo. Em contrapartida, dietas ricas em vegetais, vitaminas D e E, licopeno e Ômega-3 aparecem como fatores protetores (SBU, 2012).

O câncer de próstata é considerado um problema de saúde pública. No entanto, o controle e a prestação de assistência à população, o planejamento e as ações preventivas merecem atenção especial, através das campanhas de prevenção, a informação e o conhecimento, assim como a eventualidade do diagnóstico precoce do câncer de próstata, são indispensáveis a fim de garantir o direito social do homem e uma maior expectativa de vida (SANTOS; SILVA; PACHECO, 2010).

A triagem para detecção precoce do câncer de próstata para os homens com idade acima de 50 anos, é realizada através do Toque Retal (TR) e da coleta de sangue para análise do Antígeno Prostático Específico (PSA), com a finalidade de diminuir a incidência da doença tardia, influenciando na diminuição da taxa de mortalidade, na medida em que o câncer de próstata pode ser curável, desde que diagnosticado precocemente (BRASIL, 2011).

O enfermeiro é o profissional habilitado dentro da equipe multidisciplinar para apoiar e orientar o paciente e a família na vivência do processo de doença, tratamento e intervenção. Cabe aos profissionais da área de saúde divulgarem com maior ênfase, através de campanhas e palestras, conscientizando sobre os cuidados, prevenção e consequências que poderão advir se não diagnosticado precocemente o câncer de próstata (BRASIL, 2015). Diante do exposto, surge o seguinte questionamento: Será que as ações realizadas pelos profissionais de enfermagem estão contribuindo para a prevenção do câncer de próstata?

Este trabalho teve por objetivo analisar a contribuição dos profissionais de enfermagem diante o paciente com diagnóstico de câncer de próstata.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que é um método de pesquisa que realiza a busca, a avaliação crítica e a síntese de estudos publicados sobre um determinado tema de forma sistemática. As revisões integrativas também apontam lacunas do conhecimento que necessitam ser preenchidas com a realização de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para construção desta revisão, utilizou-se as seguintes etapas: seleção das questões temáticas; coleta de dados pela busca na literatura nas bases de dados eletrônicas, com o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão para selecionar a amostra; análise crítica da amostra; interpretação dos dados e apresentação dos resultados evidenciados.

A busca da evidência ocorreu através das bases de dados eletrônicas SciELO e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) no período de fevereiro a março de 2017. Foram escolhidos os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Assistência de Enfermagem” e “Enfermagem Oncológica”, e o descritor não-controlado “Saúde do Homem”.

Para selecionar os estudos estabeleceram-se critérios de exclusão e inclusão. Foram incluídos estudos disponíveis em texto completo nas bases de dados indexadas selecionadas; estudos publicados na língua portuguesa e realizados no Brasil, em função da realidade social e econômica da população; e ter sido publicado há 5 anos. Foram excluídos artigos indisponíveis para download, que apresentavam muitos termos incomuns e publicados antes de 2010.

Foram encontrados 25 artigos sendo 15 na base de dados SciELO, apenas nove atendiam aos critérios e após leitura dos resumos foram selecionados cinco. Na LILACS foram encontrados 10, sendo selecionados três, perfazendo, ao todo, um total de oito artigos.

A avaliação das evidências encontradas ocorreu por meio da leitura cuidadosa dos artigos do fichamento individual dos mesmos através de um instrumento previamente construído com as informações de interesse dos pesquisadores, tais como: base de dados indexada; tipo de publicação; ano; periódico e qualis; contexto do estudo (atenção básica, média ou alta complexidade); população, cuidadores e/ou a equipe de enfermagem na atuação da prevenção do câncer de próstata.

Parte dos dados foi apresentada em quadro esquemático, refletindo a síntese das características dos estudos analisados, e outra parte foi apresentada de forma descritiva

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

para uma melhor compreensão do conteúdo extraído dos artigos. Seguiu-se a análise e discussão dos resultados fundamentada no diálogo com os autores que discutem a temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados e incluídos oito referências que preenchem os critérios previamente determinados pelo estudo, que descrevem de forma objetiva e atualizada sobre o tema.

Quadro 1. Obras literárias organizadas e catalogadas.

Título da Obra	Ano/ Autor	Objetivo	Resultado
Prevenção do câncer de próstata	**2013, Vieira, E.A.**	Compreender a importância do enfermeiro na prevenção do câncer de próstata.	Os resultados afirmaram que os homens vivenciam em seu cotidiano situações que dificultam seu acesso ao exame de prevenção do câncer de próstata.
Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem	**2011, Medeiros, A.P, Menezes, M.F.B, Napoleão, A.A.**	Apresentar uma reflexão sobre os fatores de risco e as medidas de prevenção de câncer de próstata,	Os resultados afirmaram que a abordagem dos homens na consulta de enfermagem pode contribuir para a identificação de fatores de risco, sinais e sintomas de possíveis alterações na próstata.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

O homem e o câncer de próstata: prováveis reações diante de um possível diagnóstico	**2012, Vieira, C.G. et al..**	Revelar sentimentos, pensamentos e ações de homens residentes em Araguaína - TO frente ao tema Câncer de Próstata.	Os resultados afirmaram que os homens sabem pouco sobre o Câncer de Próstata e seus fatores de risco, devido à baixa escolaridade, o que dificulta a capacidade de entender a necessidade de cuidados com a saúde para evitar agravos.
Conhecimentos e práticas sobre prevenção do câncer de próstata: uma contribuição para a enfermagem	**2013, Silva, A.B.M. et al.**	Identificar o conhecimento dos clientes em relação às estratégias para a prevenção do câncer de próstata, expressas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.	Os resultados demonstraram que há um número significativo de homens que não tem conhecimento dos métodos preventivos preconizados pelo Ministério da Saúde, se privando da realização de exames específicos para o diagnóstico do câncer de próstata.
Prevenção do câncer da próstata: atuação dos enfermeiros nas unidades de atenção primária a saúde	**2013, Nogueira, H.L.; Neves, J.B.**	Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros das USF de um município do leste de Minas Gerais para a prevenção do Câncer de Próstata.	Os resultados demonstraram que o planejamento e o desenvolvimento do atendimento a saúde do homem ainda é muito incipiente porque há uma série de determinantes que dificultam este atendimento.

Atuação da enfermagem na prevenção do câncer de próstata	**2012, Theobaldo, F.M; Girotti, P.A; Morbio, A.P.M.**	Buscar conhecimentos sobre o câncer de próstata e a atuação da enfermagem na prevenção dessa neoplasia.	Os resultados afirmaram que que a atuação da enfermagem na prevenção do câncer de próstata é de extrema importância, a fim de proporcionar o aumento da qualidade de vida do homem.
Cuidados de enfermagem: pacientes portadores de câncer de próstata	**2015, Benício, R.B.M; Nascimento, R.F.**	Analisar os resultados obtidos das intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos prostáticos.	Os resultados afirmaram que o enfermeiro pode atuar efetivamente no combate ao câncer da próstata através da prevenção primária, buscando também estreitar esse vínculo com o público masculino, e adequar o ambiente de atenção básica para os mesmos.
Cuidados de enfermagem ao paciente com câncer de próstata e metástase óssea: estudo de caso	**2012, Rodrigues, K.L.H; Costa, G.A; Pedrosa, S.C.S. Silva1, M.R; Faitão, P.R.G, Felipe, I.C.V.**	Estabelecer o processo de enfermagem, segundo Taxonomia I de NANDA sobre os diagnósticos de enfermagem ao paciente portador de câncer de próstata com metástase óssea.	Os resultados afirmaram que é possível compreender a importância das orientações aos pacientes e familiares quanto a doença e suas limitações, bem como nova rotina de vida.

Fonte: Dados da revisão literária, 2017.

Entre todas as obras encontradas, verifica-se alguns consensos entre os autores, quanto ao câncer de próstata e sobre essa doença ser prevenida através de ações dentro da atenção primária de saúde. Este tema apresenta estudos, relativamente novos, desde o seu conceito até os avanços encontrados principalmente no que diz respeito ao tratamento e a cura do paciente. Apesar de todos os avanços na compreensão do câncer de próstata,

este transtorno continua sendo uma das doenças que mais acometem e causa morte na população masculina.

O paciente com diagnóstico de câncer de próstata tem sua vida alterada devido enfrentamento das diferentes fases da doença, começando pelo diagnóstico, passando pelo tratamento e culminando com a reabilitação psicossocial. Sendo o que afeta em demasia o paciente é relacionar o câncer com a morte. E também por essa neoplasia estar localizada em uma posição anatômica que é responsável pelas funções sexuais do homem onde podem vir desencadear conflitos relacionados à sexualidade. Na fase de tratamento, desencadeia ao paciente uma esperança de ser curado ou pelo contrário causando medo e insegurança de não alcançar seu objetivo de cura (MOSCHETA; SANTOS, 2012).

Cinco autores relatam que a câncer de próstata se manifesta geralmente de forma silenciosa. Porém a causa da doença, ainda é desconhecida, não existe ainda nada que comprove sua causa, apenas estudos que afirmam que o principal fato de risco é a idade e as condições genéticas.

O INCA (2012) informa que a idade é um fator para se desenvolver o câncer de próstata, que o diagnostico no mundo dessa doença afeta pessoas com a idade superior ou equivalente á 65 anos de idade. Além desse fator, também são considerados fatores como histórico familiar, dieta, vida sedentária, obesidade, e a raça/etnia. Sendo que sua incidência é maior em homens negros do em brancos em aproximadamente 1,6 vezes.

A idade se torna um marcador de risco importante não só no câncer de próstata como também em outros cânceres, devido aumentar tanto os casos novos como a mortalidade, mas precisamente após os 50 anos. Possuindo casos na família de câncer antes dos 60 anos de idade se considera outro marcador de importância, pois o histórico familiar representa um aumento de 3 a 10 vezes em relação à população em geral (PAIVA; MOTTA, 2012).

O histórico familiar vem a ser um risco devido à presença do câncer entre os membros da família aumentar os índices de incidência dessa doença que ao avançar da idade alcança os homens. Sendo que pai, irmão ou filho com essa moléstia é uma indicação para fazer o exame preventivo com certa frequência, uma vez ao ano (PAIVA; MOTTA, 2012).

A raça também é fator a ser considerado, pois homens negros têm mais chances de adquirir o câncer de próstata do que homens de brancos, devendo ter uma atenção especial e fazerem o exame rotineiramente (MOSCHETA; SANTOS, 2012).

Marcadores exógenos são citados na literatura como agentes potencializadores ou minimizadores na determinação do risco do câncer de próstata. Dentre os que

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

possivelmente atuam na diminuição do risco destacam-se uma dieta rica em frutas, verduras, legumes, vegetais ricos em carotenóides (por ex.: tomate e cenoura) grãos, cereais integrais e pobre em gordura, principalmente as de origem animal (INCA, 2014).

Alguns componentes naturalmente encontrados nos alimentos possivelmente também possuem um efeito protetor como as vitaminas A, D, E, o selênio, licopeno, Ômega 3, vitamina C. São ainda citados os fito-estrógenos, isoflavonóides, flavonoides e lignanas (INCA, 2014). Já os fatores nutricionais citados como passíveis de influenciar potencialmente o desenvolvimento da doença incluem o total de energia consumida (refletida através do índice de massa corporal), dieta rica em gordura animal, carne vermelha, cálcio, gorduras e leite.

A evolução do câncer de próstata em sua fase inicial é considerada silenciosa, sendo uma fase assintomática em muitos pacientes e se apresentar sintomas é semelhante aos sintomas do crescimento benigno da próstata como a dificuldade de urinar, necessidade de urinar mais vezes durante o dia ou à noite. Na fase avançada, pode provocar sintomas urinários ou, quando mais grave, infecção generalizada ou insuficiência renal. Com o avançar do câncer de próstata a doença se espalha para outras partes do corpo, sendo sintoma comum a dor óssea, geralmente atinge as vertebras, pelve ou costelas (INCA, 2014).

Em um estudo realizado por Gonçalves, Padovani e Popim (2008) mostra a distribuição do câncer de próstata segundo sintomatologia. Na qual se pesquisaram em maior parte homens com idade entre 64 anos a 73 anos, expresso no quadro os sintomas relatados por esses pacientes. Esses pacientes procuram o auxílio da saúde quando já preexistem os sintomas, citados no quadro 2 a seguir:

Quadro 2 - Frequência da sintomatologia no câncer de próstata

Frequência relativa a cada sintoma (%)	Sintomatologia
20,7	Jato urinário fraco.
17,3	Nictúria.
15,0	Exames de rotina / sem sintomas.
10,3	Disúria.
6,70	Dor a micção, dificuldade de urinar.
5,70	Perda urinária.
5,00	Polaciúria.
4,50	Poliúria, ardência miccional, retenção urinária, achado laboratorial.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

3.50	Dificuldade para iniciar a micção.
2,30	Dor no escroto, hematúria, perda de peso, verrugas no pênis.
1,14	Dor em região lombar, dor supra pélvica, dor nas pernas, dor no ventre, dor na região cervical, dor em fossa ilíaca, dor ao urinar, gotejamento terminal, obstrução urinária, jato demorado, crescimento lento e progressivo do testículo, oligúria, urgência miccional, diminuição do tempo de ereção, baixa frequência miccional, intestino preso, evacuação com sangue, sensação de esvaziamento vesical, hesitação urinária.

Fonte: (GONÇALVES; PADOVANI; POPIM, 2008).

O câncer de próstata altera função sexual dificultando a ereção peniana e a ejaculação a tornando dolorosa. Incluem a esses sintomas a polaciúria, nictúria e dificuldade em manter o jato contínuo de urina, com presença de hematúria e dor ao urinar, disfunção erétil (INCA, 2014).

Diversos autores descrevem a prevalência da doença e o alto índice do câncer de próstata em todas as regiões do Brasil, alcançando o 2° lugar na incidência por neoplasias malignas que afetam o sexo masculino. Sendo que a primeira ocorrência é por volta dos 45 aos 65 anos.

O câncer de próstata pode ser um problema de saúde pública, devido assumir cada vez mais uma dimensão maior e de ser considerado de grande impacto sobre a população masculina. Desta maneira tem sido um problema socioeconômico de considerável importância devido ao aumento do seu surgimento, com o envelhecimento devido à expectativa de vida aumentar (DINI; KOFF, 2006).

O toque retal, não toca apenas a próstata e sim aspectos simbólicos da masculinidade do homem, que uma vez não trabalhados corretamente podem tornar inviável essa medida de prevenção como também a atenção a saúdo do homem. Além dos aspectos simbólicos, não podemos desconsiderar outros aspectos que também ocasionam o comprometimento da realização de tal detecção, podendo levar o fortalecimento da resistência masculina. De um lado temos: a insuficiência do serviço urológico na rede pública e a dificuldade por parte dos serviços de lideram com as demandas masculinas (GOMES et al., 2006).

Ainda perduram as marcas acerca do exame do toque retal. A falta de conhecimento sobre o significado, sintomas e outros aspectos, pode estar de forma direta relacionada a pouca instrução escolar. Entretanto, é essencial, uma atuação dos

profissionais de saúde de maneira efetiva, na promoção da saúde e prevenção de agravos, tendo o homem como sujeito na ação (PAIXÃO et al., 2010).

O enfermeiro deve atuar centrado na promoção, prevenção e minimização das neoplasias. Devido a isso se faz necessária à ininterrupta vigilância em saúde, principalmente no que diz respeito aos casos de câncer. Estas ações contribuem para a promoção de estratégias com a finalidade de reduzir novos casos de câncer de próstata (FLEMING; SOUZA; DUARTE, 2011).

Várias dificuldades podem ser encontradas na prevenção do câncer de próstata. Algumas estão relacionadas principalmente à falta de informação. Nesse contexto, o enfermeiro pode proporcionar informações relacionadas à saúde do homem e orientá-los quanto à prevenção de doenças e à manutenção da saúde, além de identificar a presença ou não de fatores de risco e buscar sinais e sintomas que possam indicar alterações relacionadas (MEDEIROS; MENEZES; NAPOLEÃO, 2011).

Segundo Vieira et al. (2008), relataram que o enfermeiro se destaca como educador entre os profissionais da área da saúde, pois possui vivência com o processo educativo desde o tempo acadêmico. A enfermagem em si apresenta como metas o cuidado e o ensino, atuando juntamente aos pacientes, buscando mudança de comportamento e possibilitando a promoção da saúde.

A abordagem dos homens na consulta de enfermagem pode contribuir para a identificação de fatores de risco, sinais e sintomas de possíveis alterações que auxiliam na motivação deles para o exame de rastreamento e consequentemente a prevenção. A atuação do enfermeiro na atenção à saúde do homem é tão importante quanto a destinada à mulher, em outras palavras, o câncer de próstata precisa ser tão debatido e valorizado quanto o câncer cérvico-uterino e o câncer de mama (VIEIRA et al., 2008).

O processo educativo em saúde abrange o conhecimento, o diálogo como pontos chaves para expor aos usuários e familiares à construção e significado do autocuidado. Desta maneira, valorizando a compreensão da realidade vivenciada que promove responsabilidade e participação ativa na implementação de cuidados e melhorias da saúde (BACKES et al., 2008).

Sendo que essa responsabilidade é considerada um item essencial da promoção de saúde, por expor a população por meio da educação, os fatores de risco que afetam a saúde. Incluindo diferentes estratégias de atuação e a educação como instrumentos básicos para a promoção em saúde, criando na população um novo olhar onde percebe o peso imposto a sua saúde perante a sociedade (BACKES et al., 2008).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de próstata, uma das principais causas de doença e morte no mundo, tem um tratamento controverso, uma vez que muitas variáveis o influenciam: idade do paciente, níveis do PSA, estágio do tumor e seu tipo histológico, bem como o desconhecimento de sua etiologia. Atualmente, o grande desafio é realizar o diagnóstico precoce da doença, buscando sua cura logo nos estágios inicias.

As dificuldades encontradas na adesão da prevenção e do acesso as unidades de saúde envolvem diversos fatores, o que leva a população masculina ao descuido, fatos estes que envolvem: crenças, cultura e os tabus dos homens relacionados aos exames de triagem para o câncer de próstata. A grande barreira para a procura de ações de prevenção à saúde do homem muito se dá pelo fato do câncer de próstata ser assintomático.

A partir dessa perspectiva, concluo que, para a compreensão e problematização das questões sobre a prevenção do câncer prostático, e as relacionadas ao cuidar de si masculino, em geral, se faz necessário levar em consideração os aspectos estruturais e simbólicos que perpassam tais questões. Os cuidados prestados pela equipe de enfermagem à população masculina, exige muito mais do que uma simples habilidade técnica, precisa que os profissionais exerçam uma prática comprometida com a saúde da população visando à promoção da saúde e a prevenção de agravos.

REFERÊNCIAS

BACKES, V.M.S. et al. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 2008. Vol. 61, nº 6. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672008000600011&lng=en&nrm=iso> Acesso: 07 mai. 2017.

BENÍCIO, R.B.M; NASCIMENTO, R.F. Cuidados de enfermagem: pacientes portadores de câncer de próstata. **Revista Científica da FASETE**, 2015.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Complementar (Brasil). **Manual técnico de promoção à saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde complementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2011. 245 p.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de Enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino** – serviço. 5ª ed. Rio de Janeiro. INCA, 2015. 624 p.

DINI, L.I; KOFF, W.J. Perfil do câncer de próstata no hospital de clínicas de Porto Alegre. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, 2006. Vol. 52, nº 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302006000100018&lng=en&nrm=iso > Acesso: 26 abr. 2017.

EPSTEIN, J.I. O Trato Urinário Inferior e o Sistema Genital Masculino. Robbins & Cotran. Patologia - **Bases Patológicas das Doenças.** 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, cap. 21, p. 1006.

FILHO, V.W; MONCAU, J.E. Mortalidade por Câncer no Brasil. Padrões regionais e tendências temporais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, vol.56, São Paulo - SP, 2012.

FLEMING, N.L.F; SOUZA, R; DUARTE, D. A. Índice de Câncer de Próstata em uma Cidade de Pequeno Porte do Sul de Minas. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. 2011. Vol. 3, pag.: 145-146.

GOMES, R. et al. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Rev. Ciên. saúde coletiva**. 2006. Vol. 13. nº 6, pag.: 1975-84.

GONCALVES, I.R; PADOVANI, C; POPIM, R.C. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2008. Vol. 13, nº 4. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000400031&lng=en&nrm=iso> Acesso: 26 abr. 2017.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Estimativas 2013: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/revistaredecancer/revista_rede_cancer_10/encarte_especi. Acesso em: 13 fev. 2017.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Educação; organização Luiz Claudio Santos Thuler. – 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro: Inca, 129 p. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed-.pdf> Acesso: 15 abr. 2017.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. 2008; Vol. 17, Nº. 4, Pag:758-64.

MEDEIROS, A.P; MENEZES, M.F.B; NAPOLEÃO, A.A. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. **Rev Bras Enferm**. 2011. Vol. 64, pag.: 385-8.

MOSCHETA, M.S; SANTOS, M.A. Grupos de apoio para homens com câncer de próstata: revisão integrativa da literatura. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2012. Vol. 17, nº 5. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext-&pid=S141381232012000500016&lng=en&nrm=iso> Acesso: 18 abr. 2017.

NOGUEIRA, H.L.; NEVES, J.B. Prevenção do câncer da próstata: atuação dos enfermeiros nas unidades de atenção primária a saúde. Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste, 2013. Vol. 6, nº 1.

PAIVA, E.P; MOTTA, M.C.S; GRIEP, R.H. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, 2012. Vol. 23, nº 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100014&lng=en&nrm=iso> Acesso: 26 abr. 2017.

PAIXAO, M.R.P. et al. Câncer de Próstata: Estudo da prevenção à luz da saúde do homem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**. 2010.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

RODRIGUES, K.L.H; COSTA, G.A; PEDROSA, S.C.S. SILVA1, M.R; FAITÃO, P.R.G, FELIPE, I.C.V. Cuidados de enfermagem ao paciente com câncer de próstata e metástase óssea: estudo de caso. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, 2012.
SANTOS, A.C.F; SILVA, E.M; PACHECO, J.B.P. Avaliação da primeira campanha para o diagnóstico e prevenção do câncer de próstata promovido pela prefeitura municipal de Anápolis. **Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente**. v. 13. n. 17. p. 25 - 42. 2010.

SBU. Sociedade Brasileira de Urologia. **Alerta para prevenção ao Câncer de Próstata**. Rio de Janeiro, p.05-13, jun. 2012. Disponível em: <http://www.sbu.org/indexGeral.php?do=im-prensa&sub=7&dado_id=195&site=ge> Acesso em: 25 fev. 2017.

SILVA, A.B.M. et al. Conhecimentos e práticas sobre prevenção do câncer de próstata: uma contribuição para a enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2013. Vol. 21, nº esp. 2, pag.: 785-91.

THEOBALDO, F.M; GIROTTI, P.A; MORBIO, A.P.M. **Atuação da enfermagem na prevenção do câncer de próstata**

TONON, T.C.A; SCHOFFEN, J.P.F. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 3, p. 403-410, set./dez. 2009.

VIEIRA, L.J.E.S; SANTOS, Z.M.S.A; LANDIM, F.L.P; CAETANO, J.Á; SÁ NETA, C.A. Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2008. Vol. 13, pag.: 145-52.

VIEIRA, C.G; ARAÚJO, W.S; VARGAS, D.R.M. O homem e o câncer de próstata: prováveis reações diante de um possível diagnóstico. Revista Científica do ITPAC, Araguaína, 2012. Vol. 5, nº 1.

VIEIRA, E.A. Prevenção do câncer de próstata. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem. Vitória – ES, 2013.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

ABORDAGEM SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA O CONTROLE DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO: UM ESTUDO DE REVISÃO

APPROACH ON NURSING ASSISTANCE FOR THE CONTROL OF SYPHILIS DURING PREGNANCY: A REVIEW STUDY

Érica Dionisia de Lacerda
Jailson Alberto Rodrigues
Wendell Soares Carneiro

RESUMO - A Sífilis, é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, caracteriza-se por lesões cutâneas temporárias e sua transmissão ocorre por via sexual e por via transplacentária, constituindo uma ameaça ao feto, em decorrência do alto risco para o desenvolvimento da sífilis congênita. Trata-se de uma revisão integrativa, na qual é realizado um levantamento de estudos organizado e ordenado nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDENF, as quais são indexadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A coleta de dados nas bases de dados virtuais ocorreu nos meses de novembro a dezembro de 2016. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a pesquisa resultou em dezessete publicações. Os achados, mostram que a assistência adequada e qualificada à gestação e ao parto é primordial para minimizar os índices de morbimortalidade materno-infantil e evitar a Sífilis Congênita. Uma vez que esta pode ser prevenida e as condições para tal prevenção são fornecidos pelo Sistema Público de Saúde, diante de cuidados simples e de extrema importância que é o rastreamento durante as consultas de pré-natal, além do manejo clínico adequado para com a gestante e seu parceiro, e por fim aconselhamento sobre a doença e formas de prevenção. Para tanto, é imprescindível e de grande importância que os enfermeiros e demais profissionais da saúde, durante o pré-natal, não negligencie as condutas que devem ser seguidas para que promovam o diagnóstico precoce, seguido da terapêutica adequada e imediata, evitando assim o comprometimento do binômio mãe-feto.

Palavras chaves: Sífilis, Gravidez e Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT - Syphilis is a systemic infectious contagious disease with chronicle evolution characterized by temporary cutaneous lesions and its transmission occurs by

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

sexually and transplacentally, constituting a threat to the fetus in consequence to the high risk to the development of the congenital syphilis. This is an integrative review which is done an organized and ordered study in the databases LILACS, MEDLINE and BDENF that are indexed in the Virtual Health Library (VHL). The data collection of the virtual databases occurred in the months of November to December of 2016. After applying of the inclusion and exclusion criteria, the research resulted in seventeen publications. The findings show that the appropriate and qualified assistance to the gestation and to the birth is essential to minimize the indices of maternal-infant morbidity and mortality rates and avoid Congenital Syphilis. Since that this problem can be prevented and the conditions for such prevention are supplied by the Public Health System, in the face of simple care and the extreme importance that is the screening during prenatal consultation beyond appropriated clinic handling for the pregnancy and partner and, finally advising about disease and forms of prevention. Therefore it is essential and has great importance that nurses and other health professionals during the prenatal do not neglect the conducts that must be followed to promote early diagnosis, followed by appropriate and immediate therapeutic, thus avoiding the commitment of the mother-fetus binomial.

Keywords: Syphilis; Pregnancy; Nursing Care.

INTRODUÇÃO

A gravidez é caracterizada pelo crescimento e desenvolvimento do embrião. Este período inicia-se com a fecundação e implantação do óvulo no útero e decorre até o nascimento. Durante a gestação, o organismo materno passar por diversas alterações fisiológicas para conseguir fornecer para o feto um ambiente propicio para seu desenvolvimento, além de preparação para o parto, porém para que isso aconteça é necessário que a gestante apresente inúmeros cuidados com a saúde, como, realização de exames pré-natais e comparecimentos as consultas de acompanhamento da gestação, uma vez que trazem uma série de benefícios para saúde da mãe e do bebê.

Contudo, durante o período gestacional, a mulher pode ser surpreendida por algumas intercorrências, ou seja, patologias que podem acomete-la e caso não seja detectada e tratada precocemente pode gerar complicações irreversíveis tanto para a mãe como para o feto, um exemplo comum, são as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's). De acordo com Machado Filho et al. (2010), a ocorrência de IST's durante o

período gestacional constitui um grande risco de morbimortalidade materna e fetal, em decorrência da transmissão vertical da infecção, ou seja, passagem do agente causador da infecção da mãe para o filho durante a gestação, comprometendo, consequentemente, a saúde materna e fetal.

Dentre as IST's mais comuns e perigosas encontra-se a Sífilis, que é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, provocada por uma espiroqueta, a *Treponema pallidum*. Esta patologia caracteriza-se por lesões cutâneas temporárias, podendo apresenta-se, também, de forma assintomática. Sua transmissão ocorre por via sexual e caso se desenvolva na gravidez por via transplacentária, especialmente nos estágios primário e secundário da patologia, constituindo uma ameaça ao feto, em decorrência do alto risco para o desenvolvimento da sífilis congênita. Evento, este que dar para ser prevenido diante de uma assistência qualificada durante a gestação (QUIÑONES et al., 2014; SOEIRO et al., 2014).

Conforme Magalhães et al. (2013), Domingues et al. (2013a) e Quiñones et al. (2014) a Sífilis na gravidez é considerada um grave problema de saúde pública devido aos altos índices de morbimortalidade materna e perinatal e dos agravos sociais e econômicos que são gerados, fatos ocorridos por não haver diagnóstico precoce e tratamento adequado.

A sífilis na gestação tem incidência e prevalência maiores em mulheres que apresentam baixo acesso aos serviços de saúde, com início tardio do acompanhamento pré-natal, ao número insuficiente de consultas e com baixa condição socioeconômica, fatores que dificultam o diagnóstico, o tratamento da gestante e do parceiro e consequentemente a erradicação da Sífilis (DOMINGUES et al., 2013b).

Como uma forma de monitorizar a incidência e prevalência do número de casos de sífilis na gravidez, assim como reunir e organizar dados suficiente para facilitar o planejamento de intervenções que reduza o número de casos ou as consequências produzidas pela patologia e, consequentemente conseguir a erradicação da sífilis congênita, a notificação compulsória passou a ser obrigatória, desde 2005, para a sífilis na gestação e desde muito tempo antes, por volta de 1986, para a sífilis congênita, por ser considerada um forte complicador para a saúde do bebê (SARACENI; MIRANDA, 2012; SOEIRO et al, 2014).

Dados do último boletim epidemiológico do Ministério da Saúde revelam que os casos de sífilis adquirida em gestantes aumentaram 20,9% no Brasil no período de 2014 a 2015, enquanto as infecções por sífilis congênita subiram 19% no mesmo período. Segundo dados da Secretaria Estadual de saúde (SES), foram confirmados 514 casos de

sífilis congênita e em gestantes no ano de 2016 na Paraíba, onde até o mês de novembro de 2016, foram confirmados 311 casos de sífilis em gestantes e em relação aos casos de sífilis congênita foram contabilizados 203 casos.

Diante desta premissa, o principal fator para controlar os elementos que oferecem riscos e trazem complicações à gestação, é a consulta de pré-natal, que é o conjunto de orientações e procedimentos clínicos, estabelecidos pelo Ministério da Saúde, com os objetivos de acompanhar o desenvolvimento e crescimento fetal e manter a integridade da saúde para o binômio mãe/feto, além de contribuir para a detecção precoce de intercorrências durante a gravidez prevenindo complicações (MARTINELLI et al., 2014; SUCCI et al., 2008).

De acordo com os autores supracitados, no ano de 2000 o governo federal, preocupado com os elevados índices de morbimortalidade, resolveu criar o Programa de Humanização no Pré – Natal e Nascimento (PHPN) com o objetivo principal de reduzir as elevadas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, por meio do planejamento e execução de medidas que vise melhorar o acesso da cobertura assistencial e a qualidade de assistência prestada durante todas as consultas da gestação, parto e puerpério, além da criação de um sistema de controle informatizado para facilitar o controle da adesão e do acompanhamento adequado do pré-natal, conhecido como SisPréNatal. Neste sistema, é necessário colocar todas as informações, orientações, solicitações laboratoriais, entre outros que foram realizados durante a consulta.

Contudo, a maior parte da morbimortalidade materno e fetal ocorrem devido a não adesão das gestantes ao acompanhamento ou a inadequação e negligenciamento do cuidado durante as consultas de pré-natal (CHRESTANI et al., 2008). Desta forma, o objetivo desta pesquisa é conhecer e analisar os principais cuidados de enfermagem frente ao controle eficaz da sífilis na gestação a fim de evitar complicações materno-fetais.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, na qual é realizado um levantamento de estudos organizado e ordenado na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), indexados nas seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados em Enfermagem (BDENF) E Scientific Eletronic Library Online (SciELO).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Na realização desta pesquisa foi utilizada uma sequência de etapas relacionadas entre si: 1) Identificação da questão norteadora, 2) Seleção e consulta dos descritores, 3) Pesquisa nas bases de dados dos descritores isolados, 4) Cruzamento de todos os descritores nas bases de dados, 5) Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, 6) Avaliação dos arquivos incluídos, 7) Interpretação dos Resultados e 8) Apresentação da revisão dos artigos.

A coleta de dados nas bases de dados virtuais ocorreu nos meses de novembro a dezembro de 2016. Os descritores utilizados, previamente consultados nos Descritores em Ciência e Saúde (DeCS), foram: Sífilis, Gravidez e Cuidados de Enfermagem.

Inicialmente foi feito um cruzamento através do operador boleano "and" entre os descritores "Sífilis" and "Gravidez" and "Cuidados de Enfermagem", onde foram encontrados 52 artigos. Após a filtragem restaram 28 artigos e destes, 11 artigos foram descartados por não abordarem o contexto da temática, por serem repetidos. Dessa forma, a amostra do estudo correspondeu a 17 artigos selecionados e analisados na íntegra. Como critérios de inclusão se validaram publicações disponíveis na íntegra, no período de 2008 a 2016, nas bases de dados supracitadas, nos vernáculos, Espanhol, Inglês e Português e que respondessem a pergunta norteadora do estudo: o que há disponível na literatura atual acerca da assistência de enfermagem para o controle da sífilis durante a gestação**.** Foram excluídos aqueles que se apresentavam indisponíveis para leitura, incompletos, downloads mediante pagamento e que não mantiveram relação com a temática central.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Evidenciou-se através dos achados nos estudos selecionados que a sífilis durante a gestação necessita de cuidados específicos, efetivos e de qualidade, para que se possa diagnosticar precocemente, reverter o quadro sem o aparecimento de complicações, ou até mesmo aniquilar essa patologia.

De acordo com Chrestani et al. (2008), a assistência adequada, qualificada e humanizada à gestação e ao parto é primordial para minimizar os índices de morbimortalidade materno-infantil e evitar a Sífilis Congênita.

A Sífilis na gestação pode acarretar serias complicações para o binômio mãe/feto, como abortamento espontâneo, baixo peso ao nascer, prematuridade, óbitos materno/fetal, além de outros danos à saúde do feto, como o comprometimento oftálmico e auditivo (ARAÚJO et al., 2012). No entanto, todas estas complicações, assim como a

sífilis congênita podem ser prevenidas e as condições para tal prevenção são fornecidos pelo Sistema Público de Saúde, mais precisamente pela Atenção Primaria a Saúde dentro da qual está todas as ações e práticas voltadas para a assistência pré-natal, ações estas o enfermeiro deve estar ciente para realiza-las rotineiramente e apresentem o manejo correto para detecção precoce e tratamento adequado e imediato (SOEIRO et al., 2014; DOMINGUES et al., 2013b).

Desta forma, o Ministério da Saúde, preconiza ações especificas, cuidados simples e de extrema importância que é o rastreamento durante as consultas de pré-natal, realizado por meio do teste rápido para Sífilis e o Veneral Disease Research Laboratory (VDRL) que devem ser solicitados pelos enfermeiros ou médicos no primeiro e no terceiro trimestre da gestação; o tratamento dentro de tempo oportuno, mais precisamente antes da 24ª à 28ª semana gestacional, quando é mais efetivo para o feto; e o manejo clínico adequado da gestante e seu parceiro, uma vez que o tratamento está disponível e é de baixo custo para o serviço público, e por fim aconselhamento sobre a doença e formas de prevenção. Estas estratégias são empregadas com o objetivo de garantir o diagnóstico precoce da doença; permitir o tratamento em tempo oportuno antes que as complicações para mãe e filho possam surgir, e também conseguir à captação precoce das gestantes, ainda no primeiro trimestre gestacional, para realização das consultas pré-natal. (DOMINGUES et al., 2013a; ARAÚJO et al., 2012).

Ainda, segundo os autores supracitados, as ações preventivas da Sífilis Congênita por envolverem questões relacionadas a pratica sexual, demandam abordagens bem mais complexa, por requerer conhecimentos e intervenções relacionadas as questões biológicas, comportamental e socioculturais, necessitando ter o acompanhamento de uma equipe multiprofissional, destacando a relevância de cada profissional, com ênfase na equipe de enfermagem pela maior proximidade que apresenta com o paciente.

Entretanto, o que se observa corriqueiramente nas pesquisa que são realizadas nos serviços de saúde, é uma grande falha na assistência pré-natal, principalmente quando se trata da solicitação dos exames de triagem (teste rápido para sífilis e VDRL) e do tratamento adequado das gestantes e de seus parceiros, caracterizando, portanto, o extravio de oportunidade impares para a realização das ações estratégicas necessárias para o controle da sífilis (DOMINGUES; HARTZ; LEAL et al., 2012; DOMINGUES et al., 2013a; DOMINGUES et al., 2013b).

Os estudo sinalizaram ainda, que todas as ações de prevenção contra as complicações da Sífilis na gestação está longe de serem executadas conforme o preconizado, em razão da maioria das consultas de pré-natal serem realizadas de forma

fragmentada, impessoal e sem diálogo pela maioria das equipes de saúde. Todavia, esta situação é revertida apenas quando os profissionais de saúde, com ênfase na equipe de enfermagem, sistematizar a assistência durante as consultas de pré-natal e entender a humanização e o diálogo como real direcionador da assistência e; assim conseguir reduzir as complicações da Sífilis na gestação (MARTINELLI et al., 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se que a assistência pré-natal deve ser realizada de forma adequada e seguindo todas as rotinas preconizadas para uma consulta, principalmente, por se configurar como uma das oportunidades para diagnóstico dessa infecção, facilitando a prevenção da transmissão vertical e redução da morbimortalidade por esses agravos e consequentemente assegurar a saúde da mãe e do feto.

Apesar de todo o aparato assistencial apresentado pelos serviços de saúde, aparentemente a população vem se mostrando menos atenta e/ou disposta a utilizar-se destas políticas, tornando o diagnóstico mais tardio e o tratamento mais complexo. Necessário se faz uma condução a nível informativo e educacional, buscando uma maior atenção e assiduidade por parte das usuárias, buscando o desenvolvimento de uma gestação e parto saudáveis.

Para tanto, é imprescindível e de extrema importância que os enfermeiros e demais profissionais da saúde, durante o pré-natal, prestem uma assistência adequada, qualificada e humanizada para que as ações de prevenção sejam efetivas e; não negligencie as condutas que devem ser seguidas para que promovam o diagnóstico precoce, seguido de terapêutica adequada e imediata, evitando o comprometimento do binômio mãe-feto.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Cinthia Lociks de et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 3, n. 46, p.479-486, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300010>. Acesso em: 29 nov. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde lança ação nacional de combate à sífilis.** Disponível em: <portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/26100-ministerio-da-saude-lanca-acao-nacional-de-combate-a-sifilis>. Acesso em: 29 nov. 2016.

CHRESTANI, Maria Aurora D. et al. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p.1609-1618, jul. 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n7/16.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2016.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais prénatalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p.1341-1351, maio 2013a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500019>. Acesso em: 29 nov. 2016

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 47, n. 1, p.147-157, fev. 2013b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100019>. Acesso em: 28 nov. 2016.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; LEAL, Maria do Carmo. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência prénatal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** Recife, v. 12, n. 3, p.269-280, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000300007>. Acesso em: 29 nov. 2016.

MACHADO FILHO, Amantino Camilo et al. Prevalência de infecção por HIV, HTLV, VHB e de sífilis e clamídia em gestantes numa unidade de saúde terciária na Amazônia ocidental brasileira. **Rev Bras Ginecol Obstet,** Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p.176-183,

abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000400005>. Acesso em: 29 nov. 2016.

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p.1109-1120, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600008>. Acesso em: 29 nov. 2016

MARTINELLI, Katrini Guidolini et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev Bras Ginecol Obstet.,** Espirito Santo, v. 36, n. 2, p.56-64, jan. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2016.

PARAÍBA. Governo Estadual. **Secretaria Estadual de Saúde.** Paraíba registra mais de 500 casos de sífilis em 2016, diz Secretaria de Saúde. Disponível em: <http://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2016/11/paraiba-registra-mais-de-500-casos-de-sifilis-em-2016-diz-secretaria-de-saude.html>. Acesso em: 29 nov. 2016.

QUIÑONES, Dres. Patricia et al. Resultados de la validación del formulario nacional de auditoría de sífilis gestacional y congénita en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. **Revista Médica del Uruguay,** Montevideo, v. 30, n. 4, p.226-234, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902014000400003>. Acesso em: 29 nov. 2016.

SARACENI, Valéria; MIRANDA, Angélica Espinosa. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p.490-496, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300009>. Acesso em: 29 nov. 2016.

SOEIRO, Claudia Marques de Oliveira et al. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Amazonas State, Brazil: an evaluation using database linkage. **Cad. Saúde Pública,,** Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p.715-723, abr. 2014. Disponível em:

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0715.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2016.

SUCCI, Regina Célia de Menezes et al. AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM UNIDADES BÁSICAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. **Rev Latino-am Enfermagem,** São Paulo, v. 16, n. 6, p.986-992, nov. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_08.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2016.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

ÍNDICE DE PROTEINÚRIA EM IDOSOS COM DOENÇAS RENAIS CRÔNICAS

INDEX OF PROTEINURIA IN ELDERLY PEOPLE WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

Robson de Sousa Neri[1]
Lucas Borges Pinheiro[2]

RESUMO - Com o aumento da expectativa de vida em todo mundo, a população de idosos vem crescendo gradativamente, tornando mais relevante o entendimento do processo de envelhecimento que é complexo e individual, embora por vezes atinjam grande número de pessoas, ainda geram pouca informação sobre doença renal crônica em nosso meio. Do ponto de vista renal, essa doença constitui atualmente, importante problema de saúde pública. Tem sido descrito na literatura alterações anatômicas e fisiológicas com o avançar da idade, entretanto, tais mudanças não são universais, podendo estar associadas à presença de patologias ou uso crônico de anti-inflamatórios. A função dos rins é filtrar o sangue, removendo resíduos tóxicos produzidos nos tecidos do corpo, água e diversas outras substâncias, além de produzirem hormônios responsáveis pelo controle da pressão arterial, do metabolismo ósseo e da produção de glóbulos vermelhos. Importa conhecer e descrever as principais alterações renais para diferenciar o patológico do fisiológico, propiciando programas de prevenção, detecção precoce e tratamento efetivo da doença crônica renal nesses indivíduos. O objetivo deste estudo é investigar a incidencia de pacientes idosos com problemas de insuficiência renal crônica, avalir a diminuição funcional renal devido ao declínio fisiológico da filtração glomerular relacionada à idade e esclarecer como os niveis de proteinúria na doença renal crônica são importantes para o diagnóstico. A implementação das medidas que retardam sua progressão, o encaminhamento imediato para acompanhemento nefrológico e o diagnóstico precoce da doença, aliados ao tratamento de suas complicações e comorbidades são estratégias fundamentais no manuseio adequado da doença.

---

[1] Bacharelado em Biomedicina pelas Faculdades Integradas de Patos-FIP.
[2] Biomédico pela FIP. Especialista em Hematologia Clinica pela FIP. Docente das Faculdades Integradas de Patos-FIP.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Palavras-chave: Doença Renal. Proteinúria. Função Glomerular.

ABSTRACT - With the increase in life expectancy around the world, the population of seniors is growing gradually, making it more relevant to the understanding of the aging process that is complex and individual, although sometimes reach large numbers of people still generate little information about chronic kidney disease. From the point of view, the chronic kidney disease is currently an important public health problem, has been described in the literature anatomical and physiological changes with age, however, such changes are not universal, and can be associated or not the presence of diseases or chronic use of anti-inflammatory drugs. The function of the kidneys is to filter the blood, removing toxic wastes produced in the tissues of the body, water and various other substances, as well as produce hormones responsible for blood pressure control, bone metabolism and the production of red blood cells. It is important to know and describe the main changes to differentiate the renal pathological of Physiology, thus prevention programmes, early detection and effective treatment of chronic kidney disease in those individuals. The objective of this study is to investigate the incidence of elderly patients with CRF problems, to evaluate the renal functional decrease due to the physiological decline of age-related glomerular filtration and to clarify how the levels of proteinuria in CRD are important for the diagnosis. The implementation of the measures that slow down the progression of CKD, immediate forwarding to nefrológico control and early diagnosis of the disease, the treatment of its complications and Comorbidities are fundamental strategies on proper handling of the disease.

Keywords: Kidney disease. Proteinuria. Glomerular Function.

INTRODUÇÃO

Definir com exatidão o que venha a ser o envelhecimento é motivo ainda hoje de várias discussões. Sabe-se que este processo pode estar relacionado a causas endógenas (radicais livres, hormônios esteroides, auto imunidade) ou exógenas (dieta, estilo de vida, drogas, meio ambiente, fatores psicológicos), não havendo clareza sobre a importância relativa de cada um. Nas últimas décadas, estudos transversais e longitudinais têm demonstrado o efeito da idade na visão, audição, pressão arterial, função pulmonar, sistema imune, cardiovascular (BASTOS; BREGMAN; KIRSTZTAJN, 2010).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Os pacientes idosos constituem a parcela da população com crescimento mais rápido em todo o mundo, e apresentam alta prevalência de doença renal crônica como isso alterações renais anatômicas e fisiológicas vêm sendo relatadas com o avançar da idade, entretanto, não está claro se tais mudanças são universais. Estes são particularmente susceptíveis a diminuição funcional renal devido ao declínio fisiológico da filtração glomerular relacionado à idade, mas também decorrente do comprometimento renal em doenças prevalentes nesta faixa etária, como diabetes mielitus e hipertensão arterial, além das doenças primarias renais como as glomerulofrites e as nefrites túbulos-intersticiais (ABREU; SESSO; RAMOS, 1998).

Existe uma tendência de aumento na excreção de proteína urinária com a idade, quando a excreção ultrapassar 150mg por dia deverá ser considerada anormal, o principal componente da proteinúria do idoso é a albumina e níveis elevados são designados de microalbuminúria (ABREU; SESSO; RAMOS, 1998).

O processo de envelhecimento se associa com alterações estruturais e fisiológicos renais impactam o funcionamento dos rins. Em condições normais, a vasodilatação renal determina um aumento significativo no fluxo sanguíneo renal e na FG, representando as reservas hemodinâmicas e funcionais. O tratamento da doença crônica pode prevenir o desenvolvimento, atrasar a progressão, reduzir complicações relacionadas com a diminuição da taxa de filtração glomerular, promover sobrevivência e qualidade de vida. A nutrição e os tratamentos medicamentosos vêm agindo com um importante retardador da doença renal, mais não evitando completamente, observando que a melhor forma de redução dos danos é o diagnóstico precoce (BASTOS; BREGMAN; KIRSTZTAJN, 2010).

O idoso é particularmente susceptível a desenvolver a DRC. Com base no diagnostico precoce, encaminhamento imediato com perda acelerada da FG para o nefrologista (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

O objetio desse trabalho e investigar a incidencia de pacientes idosos com problemas de IRC, avaliar a diminuição funcional renal devido ao declinio fisiologico da filtração glomerular relacionada à idade e esclarecer com os niveis de proteinúria na DRC são importantes para o diagnostico.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de cunho bibliográfico, de prevalência quanti-qualitativa, tendo como objetivo averiguar a incidência de pacientes idosos com

problemas de IRC em artigos científicos escritos e publicados entre os anos de 1998 a 2016.

Houve o comprometimento em citar os autores utilizados no estudo respeitando a norma brasileira regulamentadora 6023 que dispõe sobre os elementos a serem incluídos e orienta a compilação e produção de referências. Os dados coletados foram utilizados exclusivamente com finalidade científica.

Foram incluídos no presente estudo, artigos científicos devidamente publicados em revistas, jornais e sites renomados e confiáveis, dos anos de 1998 a 2016 com prevalência os publicados recentemente. Estabelecemos como critério de exclusão de artigos não publicados em revistas e jornais e artigos que não estavam de acordo com o tema deste trabalho.

Este trabalho não apresenta nenhum risco sequer à saúde mental e física dos envolvidos por se tratar de um estudo de revisão literária e possui como benefício, a partir do levantamento da incidência de proteinúria em idosos com DRC, informar aos profissionais de saúde e os próprios pacientes sobre os riscos que esta doença apresenta aos rins, a fim de desenvolver programas de prevenção e tratamento precoce desta complicação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Abreu; Sesso; Ramos, (1998) o prognóstico da proteinúria descoberto inicialmente em exame de rotina de adultos assintomáticos não é claro. Os dados do estudo de Framingham sugerem que proteinúrias pequenas estão longe de serem inócuas, merecendo investigação periódica para avaliação de função renal, hipertensão, diabetes e doença cardiovascular. O principal componente da proteinúria do idoso é a albumina e níveis elevados são designados de microalbuminúria.

De acordo com Bastos; Oliveira; Kirsztajn, (2011) a proteinúria é apresentada como um marcador de dano renal, já que é mais frequentemente utilizada para esse fim. Mas outros marcadores de dano renal também podem ser empregados. A creatinina plasmática ou sérica é ainda considerada o marcador endógeno cujo perfil mais se assemelha àquele de uma substância endógena ideal para medir a TFG.

De acordo com Basto et al. (2004), nos últimos anos, tem-se dado grande importância a presença da proteinúria nas diferentes doenças renais. Albuminúria, inicialmente interpretada apenas como um indicador de lesão glomerular considerada deletéria ao rim e é o principal fator de risco de progressão da DRC.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Segundo Magalhães; Goularte, (2015) as intervenções terapêuticas que visam ao retardo da progressão da DRC focam tratamento dos fatores de risco associados ao seu desenvolvimento e agravamento, tais como a hipertesão artetial, o diabetes, a obesidade e o tabagismo. Dessa forma, estratégias para reduzir a prevalêcia da DRC devem encluir programas de modificação de estilo de vida e, possivelmente, intervenções farmacológicas em pacientes que apresentam alto risco. Cabe mencionar que essas intervenções terapêuticas produzem melhores efeitos se instituidas precocimente no curso da doença renal.

CONCLUSÃO

Sabe-se que com o envelhecimento, há uma perda da função renal e com isso problemas na filtração urinária acabam sendo frenquêntes, além disso, algumas doenças como a diabetes, hipertensão, tumores renais, quando não tratados, aceleram ainda mais esse processo de perda funcional dos rins.

Contudo, observou-se que a presença de proteinas na urina é detectada pelo sumário de urina, tornando o diagnóstico mais simples e rápido, pois em condições normais não há presença desse achado.

Este trabalho conclui alertando os portadores desse disturbio e profissionais de saúde acerca das complicações causadas pela ausência de tratamento e enfatiza a importacia do diagnostico precoce para evitar a evolução da doença.

REFERÊNCIAS

ABREU P. F.; SESSO R. C. C.; RAMOS L. R. Aspectos renais no idoso. **J. Bras. Nefrol.**, vol. 20, n. 2, p. 158-65, 1998.

BASTOS M. G.; BREGMAN R.; KIRSZTAJN G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, vol. 56, n. 2, p. 248-53, 2010.

BASTOS M. G.; KIRSZTAJN G. M.Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para

melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **J. Bras. Nefrol.**, p. 93-108, 2011.

BASTOS M. G.; OLIVEIRA D. C. Q.; KIRSZTAJN G. M. Doença renal crônica no paciente idoso. **Rev. HCPA,** vol. 31, n. 1, p. 52-65, 2011.

KIRSZTAJN G. M. Proteinúria: muito mais do que uma simples dosagem. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, 3 de junho de 2010, vol. 46, n. 3, Rio de Janeiro, 2010.

NOVAIS, M.; LEITE, F.; CARNEIRO, L. A. Hábitos de vida – Uma análise da alimentação, do sedentarismo e do tabagismo, 2011. Disponível em: <http://www.iess.org.br/TDIESS00412011Habitosdevida.pdf>

MAGALHÃES F. G.; GOULART R. M. M. Doença renal crônica e tratamento em idosos: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.,**vol. 18, n. 3, p. 679-92, 2015.

BASTOS M. G.; CARMO W. B.; ABRITA R. R.; ALMEIDA E. C.; MAFRA D.; COSTA D. M. N.; GONÇALVES J. A.; OLIVEIRA L. A.; SANTOS F. R.; PAULA R. B. Doença renal crônica: problemas e soluções. **J. Bras. Nefrol.,**vol. 16, n. 4, p. 204-15, 2004.

MARTÍNEZ B. B.; MORATO S. M. S.; MOREIRA T. M. Fatores de risco para doença renal crônica em diabéticos. **Rev. Bras. Clin. Med.**, p. 259-63, 2011.

MAYER B. L. D.; STUMM E. M. F.; BARBOSA D. A.; GUIDO L. A.; KIRCHNER R. M. Reflexões acerca do envelhecimento, das doenças crônicas e da qualidade de vida em renais crônicos. **Revista Contexto & Saúde,** v. 10, n. 20, p. 1315-18, 2011.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEFROLOGIA. **Newslatter Informativo da SPN**, ed. n. 3, p. 20-22, 2014.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

PREVENÇÃO AO SURGIMENTO DE NEFROPATIAS EM PACIENTES DIABÉTICOS

PREVENTING THE EMERGENCE OF NEPHROPATHY IN DIABETIC PATIENTS

Raquel Ferreira Campos[1]
Raquel Campos de Medeiros[2]
Elainy Maria Dias de Medeiros Franca[3]
Rosa Martha Ventura Nunes[4]

RESUMO - Por estarem baseados em relações solidárias e de confiança entre os profissionais de saúde e os usuários do programa, é nítida a importância da estratégia de saúde da família na prevenção e controle de afecções preveníveis e na promoção a saúde, Por esta razão, o objetivo do presente trabalho, analisou a atuação do enfermeiro na estratégia de saúde da família na prevenção ao surgimento de nefropátias em pacientes diabéticos, descreveu as características sociodemográficas dos enfermeiros em uma Unidade de Saúde da Família no sertão Pernambucano o conhecimento dos profissionais de saúde acerca dos cuidados prestados pelo enfermeiro em nível de atenção básica aos pacientes diabéticos atendidos na USF. Esta se trata de uma pesquisa exploratória, desenvolvida mediante uma abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada no município de Itapetim/PE, entre os profissionais de enfermagem, atuantes nas sete

---

[1] Discente. Bacharelado em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos. E-mail: raquel_pe_ferreira@hotmail.com.
[2] Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela FAZER. Especialista em Saúde Pública pela CBPEX-Facisa. Mestrado profissionalizante em Terapia Intensiva-Sobrati-Sociedade Brasileira de Terapia. Mestre em Ciências da Saúde- UNISUL. Doutora em Ciências da Saúde pela a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Docente e coordenadora do curso Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos.
[3] Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pelas FIP. Mestre em Saúde coletiva pela Unisantos - São Paulo. Docente da disciplina Enfermagem Geriátrica e Gerontologia.
[4] Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pelas FIP. Mestre em Ciências da Saúde e UTI. Especialista Saúde pública e UTI. Coordenadora convênios de saúde das FIP. Coordenadora estágio de enfermagem das FIP. Coordenadora da clínica de enfermagem das FIP. Docente da disciplina de Saúde Coletiva II das FIP.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

unidades de saúde da Família – USF daquele município. No contexto o profissional enfermeiro possui um papel fundamental para efetivação dos programas e politicas de saúde; um dos programas é o “Hiperdia”, as estratégias utilizadas pelos profissionais são semelhantes para prevenção e também para o tratamento, demonstrando a necessidade que há em reorganizar e planejar ações estratégicas e devidas para cada etapa, pois sem planejamento e reparação previa o resultado almejado certamente não ira acontecer. Desta forma fica evidenciada a necessidade dos profissionais enfermeiros reavaliarem os métodos utilizados na estratégia de saúde de família, no tocante ao desenvolvimento do programa. É clara a dificuldade encontrada pela equipe no que se refere ao desenvolvimento de forma eficaz de um plano de cuidados para cada paciente chegando a conclusão que se não for reavaliado as estratégias utilizadas, o numero de paciente com complicações da Diabetes Mellitus tende a aumentar rapidamente.

Palavras-chave: Estratégia saúde da família, Enfermagem, prevenção, Diabetes melittus.

ABSTRACT - Because they are based on solidarity and relations of trust between health professionals and users of the program, it is clear the importance of the family health strategy on prevention and control of preventable diseases and promoting health, for this reason, the objective of the present work, examined the role of the nurse in the family health strategy in preventing the emergence of nefropátias in diabetic patients, described the sociodemographic characteristics of nurses in a family health unit in the sertão of Pernambuco the health professionals ' knowledge about the care provided by nurses at the level of basic care to diabetic patients met at USF. This is an exploratory research, developed using a qualitative approach. The data were collected in the municipality of Itapetim/PE, nursing professionals, operating in seven units of health of the family – USF that municipality. In the context of the professional nurse has a key role to effective health policies and programmes; one of the programs is the "Hiperdia", the strategies used by the professionals are similar to prevention and treatment, demonstrating the necessity of reorganizing and planning strategic actions and due for each step, as without planning and repair the desired result is certainly not going to happen. This way is evidenced the need of professional nurses re-evaluate the methods used in the family health strategy, with regard to program development. The difficulty encountered by the team concerning the development of a care plan for each patient coming to the conclusion that if not reevaluated the strategies used, the number of patient with complications of Diabetes tends to increasing rapidly.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Keywords: The family health strategy, nursing, prevention, Melittus Diabetes.

INTRODUÇÃO

Dentre os vários campos de trabalho do enfermeiro, a estratégia de saúde da família (ESF) merece destaque especial. Neste programa, além do enfermeiro atuar com mais autonomia, apesar das dificuldades normalmente apresentadas em âmbito institucional e outros campos, seu trabalho tem maior visibilidade e é mais valorizado. A competência do enfermeiro para integrar a ESF está estabelecida em sua formação acadêmica, a qual instrumentaliza a realizar a consulta, o diagnóstico e a prescrição de enfermagem em toda a assistência de enfermagem (PAULA; ANDRADE, 2012).

A Diabetes Mellitus (DM) é considerada uma doença crônica da era moderna, cuja incidência na população está se elevando de forma rápida, com forte associação ao envelhecimento, à maior concentração urbana, à crescente incidência de obesidade e sedentarismo e às mudanças dos perfis de consumo da sociedade. O paciente portador de DM tipo II demanda atenção especial dos serviços de saúde devido à possibilidade do surgimento de comorbidades como as alterações vasculares, as retinopatias e a insuficiência renal, complicações que, uma vez instaladas, interferem na qualidade de vida do portador e de sua família, e geram grandes custos para o sistema de saúde (GUEDES et al., 2011).

Com a finalidade de prevenir as comorbidades e os impactos a ela associados, os serviços de saúde assumem a estratégia de gerenciamento da doença na atenção básica, processo que pode prevenir e diminuir os índices de complicações relacionados à DM tipo I e II. A equipe de enfermagem atuante na atenção básica de saúde deve realizar a manutenção dos níveis glicêmicos dos pacientes diabéticos atendidos, dentro dos parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde (MS), que é de 126 mg/dl e hemoglobina glicosilada menor que 7% (PONTIERI; BACHION, 2010).

No entanto, manter esses níveis constitui tarefa de difícil execução tanto para o paciente como para o profissional de saúde, devido os fatores que afetam o processo de gestão da condição de saúde e que podem estar relacionados à situação socioeconômica dos usuários do sistema, à insuficiente capacitação dos profissionais da saúde em gerenciar informações, à carência de recursos humanos, às deficiências estruturais do sistema de saúde, assim como ausência de cultura de registro de dados estatísticos que permitam aos gestores maior conhecimento da realidade de suas comunidades (PONTIERI; BACHION, 2010).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são o principal problema global de saúde. Das 57 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008, 63% decorreram por DCNT, sendo a imensa maioria em países de baixa e média renda, como o Brasil. A nefropatia diabética é uma complicação microvascular do diabetes associada com morte prematura por uremia ou problemas cardiovasculares. As nefropatias só eram notadas em sua vertente mais dramática, que se associa aos elevados custos econômicos e sociais da diálise crônica e do transplante renal. Várias seriam as razões para essa invisibilidade. Na doença renal crônica (DRC) predominam os casos oligo ou assintomáticos. Existe, por conseguinte, dependência fundamental de testes laboratoriais para o diagnóstico que, além disso, não demonstram relação linear com a gravidade do acometimento renal (OMS, 2012).

O acometimento renal pelo DM responde por 40% dos casos incidentes de diálise nos Estados Unidos, e no Brasil acometendo 30% dos pacientes que iniciam tratamento dialítico. Estes pacientes sofrem um risco adicional de morte de 20% no primeiro ano de diálise, principalmente por causas cardiovasculares. Em outras palavras, cerca de 30% dos pacientes com diabetes desenvolvem nefropatia diabética, especialmente em associação com hipertensão. A DRC é um importante determinante de desfechos adversos em pacientes hipertensos e diabéticos, sendo atualmente considerada um dos mais significativos fatores não tradicionais de risco cardiovascular (COUSER et al., 2011).

A nefropatia associada ao diabetes ocorre no contexto como condição subjacente. A patogênese do envolvimento renal no diabetes é melhor conhecida nos casos de diabetes do tipo 1 (DM1). Acredita-se que os eventos hemodinâmicos iniciais de hiperperfusão, hipertensão e hiperfiltração glomerular causam vazamento glomerular de macromoléculas, principalmente de albumina, que resulta em espessamento da membrana basal glomerular, hipertrofia glomerular, expansão mesangial, lesão podocitária e glomerulosclerose (BAKRIS, 2011). Diante do exposto, surge o seguinte questionamento: Como a equipe de enfermagem da atenção básica atual na prevenção ao surgimento de possíveis nefropátias em pacientes diabéticos?

Desta forma, destaca-se que, o paciente quando diagnosticado com DM, ele tende a reduzir a sua autoestima, devido a não compreensão dos fatores que promovem a doença, e, principalmente da aceitação da mesma, fazendo com que o paciente não busque o tratamento para sua patologia. Buscando responder a essas questões norteadoras, o estudo teve como objetivo: descrever a atuação do enfermeiro na estratégia de saúde da família na prevenção ao surgimento de nefropátias em pacientes diabéticos, descrevendo também as características sociodemográficas dos enfermeiros em uma Unidade de Saúde

da Família no sertão Pernambucano onde poderá ser identificado quais os cuidados prestados pelo enfermeiro a nível de atenção básica aos pacientes diabéticos atendidos na USF.

Assim destaca-se a importância do papel do enfermeiro no tratamento da diabetes, principalmente pelo fato de que, devido aos seus conhecimentos, torna-se possível minimizar os riscos do paciente evoluir para uma complicação, a exemplo da nefropatia. Sendo assim, este estudo permitirá um aprofundamento sobre a temática e trará para a academia a disponibilidade como fonte de pesquisa, objetivando incentivar o conhecimento e contribuir para o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem durante a consulta aos pacientes portadores de Diabetes Mellitus.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo do tipo descritivo, com uma abordagem quantiqualitativa. A pesquisa foi realizada em todas as Unidades de Saúde da Família totalizando sete unidades, da cidade de Itapetim, no sertão Pernambucano do Brasil.

A pesquisa do tipo descritiva teve por objetivo a descrição das características de determinada população. Podem ser elaboradas também com a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis (GIL, 2010).

Os métodos quantitativos são débeis em termos de validade interna, entretanto são fortes em termos de validade externa: os resultados adquiridos são generalizáveis para o conjunto da comunidade. Adotam procedimentos intersubjetivamente controláveis e por seu rigor de indicar as margens de erro que podem ocorrer na formulação da inferência, são aptos a dar sólidos fundamentos às descobertas e às hipóteses formuladas (ZOTTI, 2007).

A população do estudo foi composta por todos os enfermeiros que atuam na atenção básica do município acima citado. A amostra constou de sete profissionais enfermeiros totalizando 100% da amostra que aceitaram participar da pesquisa e que preencheram os seguintes critérios de inclusão: ser profissional da saúde atuante nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Itapetim-PE no periodo minino de 6 meses ,aceitar participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no caso os pais ou responsável pela mesma, estar presente no momento da pesquisa. Como critérios de exclusão foram: Apresentar problemas que inviabilize a pesquisa, a exemplo de indiponibilidade de tempo.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Os participantes foram informados quanto ao objetivo da pesquisa, bem como foi comprometido o sigilo das informações prestadas no ato da entrevista. Após receberem todas

As informações sobre os objetivos da pesquisa, leitura, esclarecimento os mesmos para participarem do estudo, e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário estruturado previamente elaborado, contendo questões objetivas sobre dados socioeconômicos dos colaboradores da pesquisa e a segunda parte tratou de questões especificas acerca da temática, após autorizado pela Secretaria de Saúde do Município de ITAPETIM-PE, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdades Integradas de Patos (FIP), sob CAAE de nº 66171317.9.0000.5181 e Parecer de nº 2.237.160 contendo questões objetivas e sujestivas o mesmo foi composto por dados socioeconômico e demográfico, na primeira parte, e na segunda os dados referentes ao objetivo do estudo.

A descrição dos dados coletados foi realizada com a apresentação dos resultados através de tabelas e gráficos, e discutidos através de uma estatística simples, sob a luz da literatura revisada neste estudo. É importante ressaltar que a realização da pesquisa cumpriu todos os trâmites legais, respeitando as determinações acerca de pesquisa envolvendo seres humanos, em conformidade preconizada pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013a).

Observando o que determina o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, devidamente regulamentado pela Resolução COFEN nº 311/2007 (COFEN, 2007).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do estudo foram caracterizados de acordo com dados sócios demográficos que estão expostos na tabela abaixo.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Tabela 1: Distribuição da amostra de acordo a caracterização socioeconômica e profissional dos participantes do estudo (n=07), Itapetim/PE, 2017.

VARIAVEL	(n)	(%)
Idade		
25	01	14,28
28	02	28,57
30	01	14,28
33	01	14,28
38	01	14,28
46	01	14,28
Sexo		
Feminino	07	100
Masculino	-	-
Grau De Escolaridade		
Graduação	02	28,5
Especialização	04	57,1
Mestrado	01	14,3
Doutorado	-	-
Estado Civil		
Solteiro (a)	02	28,57
Casado (a)	02	28,57
União estável	01	14,28
Divorciado(a)	02	28,57
Viúvo(a)	-	-
Local De Trabalho		
USF Rural	04	57,1
USF Urbano	03	42,9
Renda Familiar		
Superior a 2 salários	07	100
1 salário mínimo	-	-
Menos de 1 salário mínimo	-	-

Fonte: Pesquisa direta, 2017**.**

Na tabela 1 a qual descreve as características sociodemografico da amostra, nota-se que com relação à idade foi encontrado um profissional com 25 anos (14,28%); dois com 28 anos (28,57%); outro com 30 anos (14,28%); outro com 33 anos (14,28%); outro

com 38 anos (14,28%); e outro com 46 anos (14,28%). Tendo como predominância do sexo feminino (100%) dos enfermeiros que atuam na atenção básica do município.

Conforme dados relatados pelo censo do IBGE em 2010, apresentado pelo Conselho Federal de Enfermagem. COFEN (2011), os profissionais de enfermagem concentram-se na faixa etária de 26 a 55 anos, que se confirma na tabela acima quando apresenta a caracterização dos profissionais de enfermagem atuantes nas Unidades de Saúde da família - USF do Município de ITAPETIM-PE, com sua maioria representada por 28,57% com a idade de 28 anos.

Segundo o mesmo estudo feito pelo COFEN (2011) e comentado acima, em todo o território brasileiro, o sexo feminino é predominante sobre o sexo masculino na profissão de enfermagem.

Quanto à formação dos enfermeiros atuantes na atenção básica, 28,5% são apenas graduados, 57,1% tem pós-graduação na área, 14,3% tem mestrado. Machado et al. (2016) ressaltam e destacam que o expressivo percentual de enfermeiros com pós-graduação (80%) é um dado que não pode ser analisado de forma isolada, que se deve refletir à ampliação de vagas e facilitação do acesso ao ensino superior experimentados nos últimos anos. Para tanto, Victória (2011) chama atenção que os Ministérios da Saúde e da Educação estão investindo pesadamente no aumento de programas de pós-graduação nas áreas médicas, de enfermagem e odontologia, com ênfase na atenção primária, sobretudo visando à perspectiva de proposta do SUS.

Sendo assim o auto número de enfermeiros pós-graduados e atuantes no Brasil demonstra uma resposta ao grande numero de demandas e necessidades da população, onde visa atender da melhor forma a população em geral.

Quanto ao estado civil dos enfermeiros tem-se em vista que 28,57% estão solteiros, 28,57% estão casados, 14,28% vivem em união estável e 28,57% estão divorciados. Segundo informações do COFEN (2012) a maioria dos profissionais de enfermagem compõe-se de solteiros e casados, correspondendo a 83,95% do total de profissionais de enfermagem, ficando evidenciada no decorrer da pesquisa a predominância dos enfermeiros solteiros e casados sobre os de união estável e divorciados.

Na área de atuação termos 57,1% na zona urbana e 42,9% atua na zona rural do município. Em relação à remuneração salarial temos em vista que 100% dos enfermeiros são superiores dois salários mínimos.

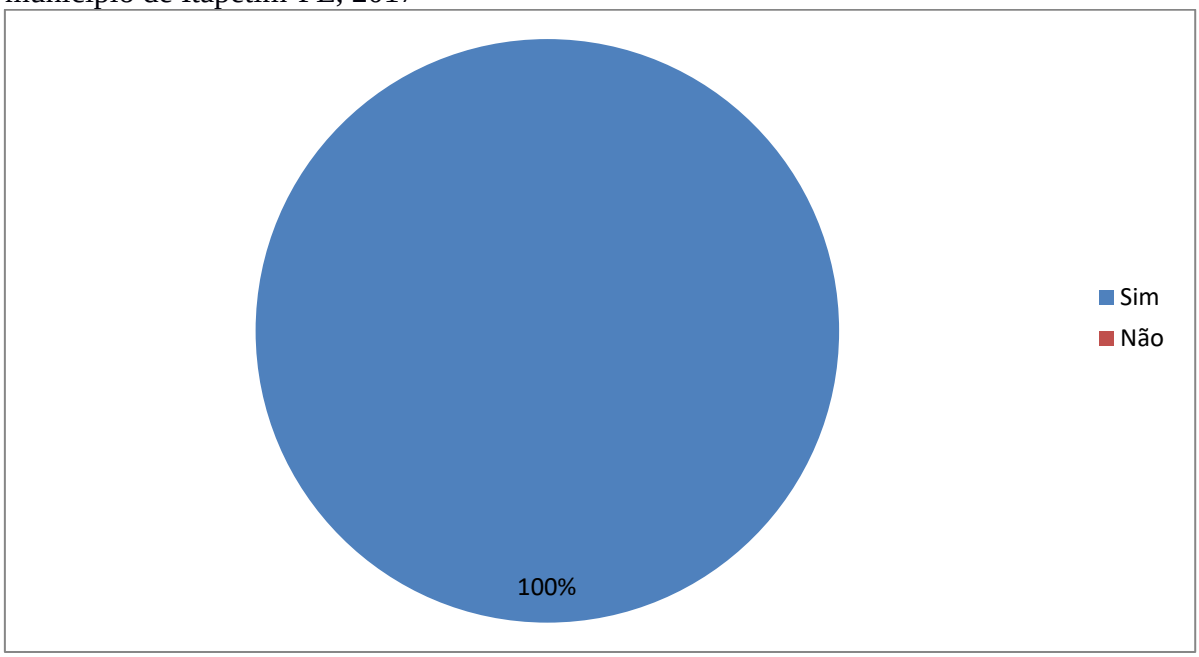
Segundo COFEN/FIOCRUZ (2015) Considerando a renda mensal de todos os empregos e atividades que a equipe de enfermagem exerce, constata-se que 1,8% de profissionais na equipe (em torno de 27 mil pessoas) recebem menos de um salário-

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

mínimo por mês. A pesquisa encontra um elevado percentual de pessoas (16,8%) que declararam ter renda total mensal de até R$ 1.000. Dos profissionais da enfermagem, a maioria (63%) tem apenas uma atividade/trabalho Registra-se que 63,6% percebem salário de até 3.000 reais e 70,4% de até 4.000 reais. Há outras atividades autônomas remuneradas da enfermagem, como a assistência domiciliar.

Percebe-se que o profissional de enfermagem no Brasil para ter uma vida digna ele se submete a vários empregos de baixa remuneração salarial, com isso temos um perfil bem desenhado de uma classe de profissionais desvalorizados mal remunerada, sem reconhecimento social, imersa em uma precarização generalizada da força de trabalho da enfermagem.

Gráfico 1: Percentual de enfermeiros (n=07) que realizam atividades educativas no município de Itapetim-PE, 2017



Fonte: Pesquisa direta, 2017.

Quando analisado o gráfico 1 acima e nítido ver que esta sendo aplicado de forma ampla e em sua totalidade de 100% segundo os enfermeiros ouvidos, no processo

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

de educação continuada e permante nas áreas de atuação, revelando assim a nítida vontade de cada enfermeiro em mudar a realidade do seu local.

De acordo com Brasil (2011) é no contexto de transformação e qualificação dos trabalhadores de saúde que a enfermagem se insere numa dimensão singular, cujo desafio é contribuir para a prestação de cuidados integrais de saúde a indivíduos e coletividades. Compete ao enfermeiro a supervisão, coordenação e realização das atividades de EPS na atenção básica.

O profissional de saúde em particular o enfermeiro e toda sua equipe, ele tem de ser capaz de atuar com criatividade e senso critico, sempre priorizando uma pratica humanizada, resolutiva e com competência, onde seja planejado, organizado para desenvolver de forma adequada avaliando sempre as ações que respondam positivamente a sua população, e para que isto aconteça, é preciso estar sempre em permanente interação com a comunidade, no sentido de mobilizá-la e estimular sua participação sempre.

Quadro 1: Relatos dos enfermeiros (n=07) em relação qual estratégia eles utilizam para realizar as atividades educativas, Itapetim/PE, 2017.

	ENFERMEIROS	RESPOSTAS
Qual (is) Estratégia Você Usa Para Realizar Educação Permanente Em Saúde?	Orquídea	Reuniões quinzenais com a equipe da AB, busca-ativa de público alvo através dos ACS.
	Rosas	Através de palestras na USB, com apoio do NASF, e durante as consultas de acompanhamento mensal, orientações são administradas.
	Margarida	Palestras e acompanhamento mensal desses pacientes.
	Violeta	Palestras na USB, escolas e associações.
	Lírios	Palestras na USB e em outras localidades pertencentes à área de atuação da equipe.
	Girassol	Palestras frequentes, parceria com educação e saúde e NASF.
	Cravo	Palestras, utilizando Datashow mostrando imagens passando informações sobre o problema, a própria consulta em si, orientando o paciente quanto a tudo.

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

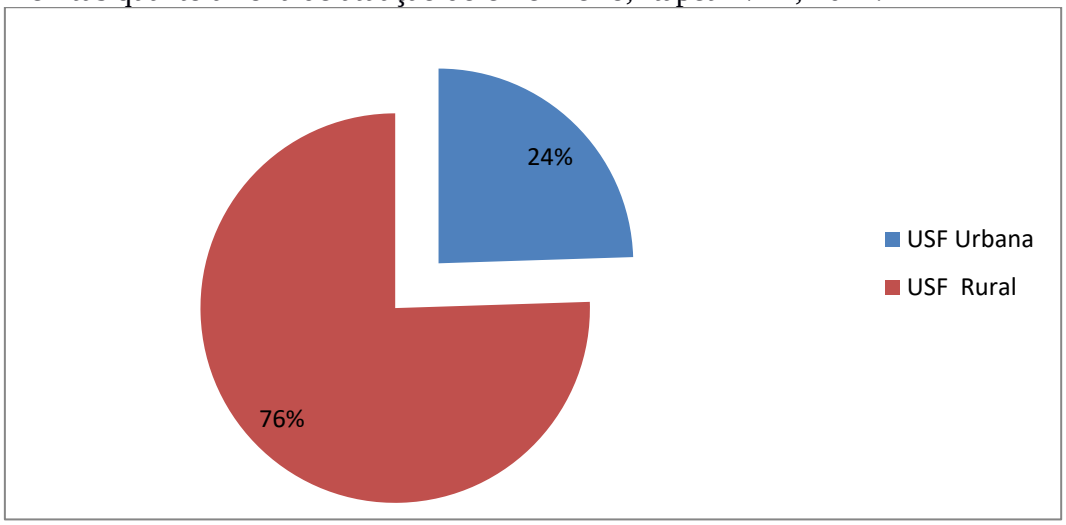
Artigo

De acordo com o quadro 1, é nítido que a principal estratégia utilizada pela maioria dos profissionais entrevistados são, palestras em escolas, associações e onde forem convidados, reuniões com sua equipe, parcerias com NASF, a consulta do hiperdia, orientações ao paciente, acompanhamento mensal etc.

A enfermagem tem função indispensável e essencial no esclarecimento e informação ao individuo frente às medidas de prevenção, desde aquelas que envolvem as ações de prevenção primária, incluindo mudança no estilo de vida da população em adquirir práticas saudáveis, quanto às ações de prevenção secundária, que estão relacionadas ao tratamento medicamentoso do DM e a reabilitação do mesmo, nesses casos de complicações decorrentes do diabetes o individuo é assistido no seu meio social, emocional e físico (PEIXOTO; SILVA, 2011).

O planejamento da assistência são estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados nas etapas anteriores, sempre estabelecendo metas de acordo com a patologia; a implementação da assistência, que deverá ocorrer de acordo com as necessidades e grau de risco da pessoa e da sua capacidade de adesão e motivação para o autocuidado, a cada consulta e pôr fim a avaliação do processo de cuidado, onde se deve avaliar com a pessoa e a família o quanto as metas de cuidados foram alcançadas e o seu grau de satisfação em relação ao tratamento.

Gráfico 2: Percentual de pacientes que tem complicações nefropáticas do diabetes mellitus quanto a zona de atuação do enfermeiro, Itapetim/PE, 2017.



Fonte: Pesquisa direta, 2017.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

No gráfico 2 mostra a realidade que o município vivi onde a maior parte da população acometida pelas complicações nefropáticas estão localizadas na zona rural(76%) do município citado, e a menor parte estar esta localizada na zona urbana (24%) de pessoas acometidas pelas complicações nefropáticas.

Um alerta importante manifestado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012) que é urgente conscientizar a população para aderir às mudanças nos padrões nutricionais e no estilo de vida. O alerta, de alguma forma de levar o problema para informar a população e os órgãos de saúde comprometidos na elaboração de estratégias de prevenção e promoção da saúde. Ressalta-se que os dados acima vêm evidenciar de forma sucinta um problema social, onde se dever ser mais investigado pelos profissionais de saúde do referido município, para se elaborar uma estratégia mais intensa e implementar de forma ampla para toda a sociedade, para que as medidas de promoção e prevenção se torne efetivas em todo o município assim diminuindo o alta porcentagem de pacientes acometidos por nefropátias tanto na zona rural quanto na zona urbana sem diferenciação quanto a área de atuação.

Quadro 2: Relato de enfermeiros do município de Itapetim (n=07) referente as estratégias usadas por eles para prevenir possíveis complicações nefropáticas em pacientes diabéticos, Itapetim/PE, 2017.

	ENFERMEIRO	RESPOSTAS
Qual(is) estratégias você usa para prevenir possíveis complicações ocasionadas pela *diabetes mellitus*	Orquídea	Palestras, atividades educativas juntamente com o NASF e a academia da saúde, controle de peso, glicemia capilar, pressão, circunferência abdominal realizados mensalmente (HIPERDIA).
	Rosas	Para prevenir tais complicações nos portadores de diabetes solicitamos exames laboratoriais e de imagem, tratar possíveis infecções urinarias, orientar quanto ao aumento de água e líquidos, alimentação saudável, além do uso correto de medicações.
	Margarida	Orientação e visita domiciliar, quando esses pacientes não vêm à unidade.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

	Violeta	Orientações quanto aos hábitos alimentares, cuidados com a pele prevenção de pancadas ou ferimentos, etc.
	Lírios	Ações, acompanhamento do Hiperdia, e educação permanente.
	Girassol	Educação continuada e busca-ativa de casos novos.
	Cravo	Durante a consulta e acompanhamento do Hiperdia, orientar o paciente quanto a patologia e os cuidados, sintomas e tratamento e etc.

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

O quadro 2 acima cita a forma que os profissionais de enfermagem aplicam suas estratégias a cerca da promoção e prevenção do surgimento de nefropátias, tais como palestras atividades educativas, acompanhamento nas consultas de rotina do hiperdia, academia da saúde, glicemia capilar, busca ativa de novos casos de diabéticos na sua área, orientações quanto aos hábitos alimentares e sobre a patologia, exames laboratoriais e de imagem, tratar possíveis infecções urinarias, orientar quanto ao aumento de água e líquidos e o uso da medicação corretamente.

As ações de enfermagem devem ser integradas e com apoio de todos, para melhor identificação dos fatores de risco, priorizando atividades com o propósito de prevenir o surgimento de complicações, orientando a população quanto aos riscos através de práticas educativas intervindo no processo de saúde-doença na comunidade (BRASIL, 2012).

O profissional na ESF pode estar realizar uma assistência mais voltada para prevenir o surgimento de complicações, atento sempre aos fatores de risco da patologia e também os que estão ao redor do paciente, controlar os níveis de glicose no sangue, orientar sempre o portador da diabetes mellitus para a realização de um autocuidado por meio de ações individuais/coletivas, tendo assim como objetivo principal fazer o paciente adotar hábitos mais saudáveis em sua vida, tornando esse indivíduo ativo e no controle do tratamento da doença.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Quadro 3: Relato dos enfermeiros (n=07) acerca das estratégias usadas em pacientes que já apresentam complicações nefropáticas, Itapetim/PE, 2017.

	ENFERMEIROS	RESPOSTAS
No Caso Desses Usuários Que Já Possuem Complicações, Explique Como Os Assiste?	Orquídea	Através de busca-ativa; Visita domiciliar; Controle de exames; Acompanhamento com medico-especialista;
	Rosas	Não tenho pacientes portadores de diabetes que tenham complicações renais.
	Margarida	Orientações; Exames solicitados; Visitas domiciliares, Encaminhamento para o regional e especialidade que for necessário; No caso de nossa paciente ela foi encaminhada para um vascular;
	Violeta	Monitorar o paciente frequentemente; Medir a glicemia capilar; Orientar o paciente e cuidadores; Quanto alimentação, incentiva e reabilitação;
	Lírios	Assistência domiciliar da equipe multidisciplinar de saúde da família/NASF;
	Girassol	Acompanhamento da equipe; Acompanhamento especializado; Reabilitação Equipe USB; UPAE; Fisioterapia (NASF);
	Cravo	Acompanhamento do Hiperdia; Encaminhar ao nutricionista se necessário; Orientar a fazer alguma atividade física; Solicitar exames laboratoriais e etc.

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

O quadro 3 vem mostra que a maioria dos profissionais de enfermagem usam o mesmo método de tratamento com o paciente como através de busca-ativa; visita domiciliar; controle de exames; acompanhamento com medico-especialista, orientações, monitorar o paciente frequentemente, medir a glicemia capilar, orientar o paciente e cuidadores, quanto alimentação , incentiva e reabilitação, assistência domiciliar da equipe

multidisciplinar de saúde da família/NASF, orientar ao paciente fazer alguma atividade física.

A assistência de enfermagem prestada aos pacientes diabéticos precisa estar voltada para um processo de educação em saúde que auxilie o indivíduo a ter um melhor convívio com a sua patologia, reforce sua percepção de riscos à saúde e desenvolva habilidades para superar os problemas, mantendo a maior autonomia possível e tornando-se corresponsável pelo seu cuidado. Desta forma, deve se desenvolver ações que auxiliem a pessoa a conhecer o seu problema de saúde e os fatores de risco correlacionados, identificar vulnerabilidades, prevenir complicações e conquistar um bom controle metabólico que, em geral, depende de alimentação regular e de exercícios físicos (BRASIL, 2013).

A consulta de enfermagem para o acompanhamento do paciente portador de DM pode ser realizada por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que possui seis etapas inter-relacionadas entre si, que tem por objetivo melhorar a educação em saúde para que se tenha um melhor autocuidado desses pacientes (BRASIL, 2013).

E de forma clara que observamos a falta de planejamento dos profissionais para uma melhor assistência onde eles visam desenvolver uma assistência tanto para a prevenção quanto para o paciente que já apresenta a complicação da DM, assim não desenvolvendo uma assistência de forma adequada a cada paciente, e pertinente se observar sempre o bem estar do paciente para desenvolver a cada paciente um plano de cuidados conforme suas necessidades, cada paciente devem ser assistidas de forma individual visando sempre no ser completo e não só sua patologia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

E nítida a importância da estratégia de saúde da família, na prevenção e controle de afecções preveníveis e na promoção a saúde. Nesse contexto o profissional de enfermagem possui um papel fundamental para efetivação dos programas e politicas de saúde; um dos programas é o “Hiperdia”, programa que tem como objetivo prevenir o surgimento de hipertensão arterial (HAS) e diabetes mellitus (DM), e em situações da patologia já instalada minimizar prevenir o surgimento de possíveis complicações.

Observa-se ao longo do estudo que foi constatado que todos os profissionais desenvolvem atividades educativas, certamente com o intuito de repassar esclarecimentos acerca da promoção de saúde, auto cuidado e prevenção de complicações dentre outros,

porém, o que chama a atenção e que as estratégias utilizadas pelos profissionais são semelhantes para prevenção e também para o tratamento, demonstrando a necessidade que há em reorganizar e planejar ações estratégicas e devidas para cada etapa, pois sem planejamento e reparação previa o resultado almejado certamente não ira acontecer.

Dessa forma, verificam-se no estudo tais fragilidades se acentuam ainda mais quando os usuários residem na zona rural, demonstrando que a distancia, contato mínimo com a equipe e a possível falta de informações necessárias para a promoção da saúde faz com que a maior parte dos portadores de diabetes que apresentou alguma(s) sequelas seja moradores rurais.

É observada a falta de planejamento por parte da equipe para uma melhor assistência, visando sempre desenvolver uma assistência voltada para a prevenção quanto para o paciente que já apresenta complicação da DM, sempre lembrando que cada paciente tem suas necessidades, assim não desenvolvendo uma assistência de forma adequada a cada individuo, e pertinente observar o bem estar do paciente onde o profissional deve desenvolver para cada usuário do programa um plano de cuidados conforme suas necessidades, e lembrando que quando se trata de um paciente o profissional tem como objetivo trata não apenas a patologia, mas sim de forma holística.

Assim fica evidente a necessidade dos profissionais enfermeiros reavaliar os métodos utilizados na estratégia de saúde de família, no tocante ao desenvolvimento do programa do “Hiperdia”.

REFERÊNCIAS

BAKRIS, G.L. Reconhecimento, patogênese e tratamento dos diferentes estágios de nefropatia em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Mayo Clin proc. 2011**; Vol. 86 Pag: 444-56. Disponível em: http://www.doi.org/10.4065/mcp.2010.0713. Acesso em: 12 de março 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **diabetes mellitus/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Acesso em: 15 de setembro 2017

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Acesso em: 22 de agosto 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. – (CONEP). **Resolução n° 466/2012, publicada em 13 de julho de 2013 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2013 a. Acesso em: 22 de maio 2017

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Brasília**: Ministério da Saúde**; 2011. Acesso em 25 de outubro 2017.

COFEN-**conselho federal de enfermagem**. Rio de Janeiro, COFEN, 2011. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp ontent/uploads/2011/**pesquisaprofissionais.pdf** Acesso em: 08 de outubro 2017.

COFEN-**conselho federal de enfermagem.** Rio de Janeiro, COFEN, 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp ontent/uploads/2012/03/**pesquisaprofissionais.pdf** Acesso em: 22 de setembro. 2017.

COFEN. Código de ética dos profissionais de enfermagem.**Resolução no311/2007**. Rio de Janeiro: COFEN, 2007. Disponível em:<Http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 22 de setembro. 2017.

COUSER, W.G. et al. **A contribuição da doença renal crônica para a carga global das principais doenças não-transmissíveis.** Rim int.. Dezembro de 2011; Vol. 80. Pag: 1258-70. Disponível em: http://www.doi.org/10.1038/ki.2011.368 Acesso: 04 de março. 2017.

FIOCRUZ- fundação Oswaldo cruz. FIOCRUZ, 2015. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/**pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem-no-brasil.** Acesso em: 23 de outubro. 2017.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p. Acesso em: 25 de maio. 2017.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

GUEDES, F.J; JÚNIOR, S.M; ROCHA, S.C.V; COSTA, C.S; CARVALHO, A.B.M.O. **O conhecimento dos portadores de Diabetes Mellitus sobre as complicações da patologia**. Universidade Federal do Piauí. Piauí, 2011. Acesso em: 18 de maio. 2017

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010:** características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf>. Acesso em: 23 de outubro. 2017.

MACHADO, M. H. et al. **Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais**. Revista Enfermagem em Foco. Brasília, DF, v. 7, n. esp., 15-76, 2016. Acesso em: 22 de outubro. 2017

PAULA, C.F; ANDRADE, T.C.B. Atuação do enfermeiro na prevenção de hipertensão arterial e Diabetes Mellitus na família. **Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**. Vol. 16, Nº. 1, Ano 2012. p. 137-148. Acesso em: 18 de agosto. 2017.

PEIXOTO, G. V; SILVA, R. M. Estratégias educativas ao portador de diabetes mellitus: revisão sistemática. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 13, n. 1, p. 74-81, 2011. Acesso em: 25 de outubro de 2017

PONTIERI, M.F; BACHION, M.M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2010; Vol. 15. Pag:151-160. Acesso em: 18 de agosto de 2017

OMS. Organização Mundial da saúde. **Estatísticas de saúde de mundo 2012.** Genebra; 2012. Acesso em: 25 de agosto de 2017

VICTORA, C. G. et al. **Health conditions and health policy innovations in Brazil**: the way forward. The Lancet, Londres, v. 377, n. 9782, p. 2042-53, 2011. Acesso em: 15 de outubro de 2017

ZOTTI D.G. **Introduzione alla Ricerca Sociale: Problemi e Qualche Soluzione**. Angeli, Milão. 2007. Acesso em: 16 de setembro de 2107.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

CARDIOVASCULAR RISK, FERRITIN AND INFLAMMATORY MARKERS IN HIV-SEROPOSITIVE PATIENTS WITH LIPODYSTROPHY

Taila Santos de Freitas[1]
Paula Payao Ovídio[2]
Helena Siqueira Vassimon[3]
Marina Garcia Manochio[4]
Alcyone Artioli Machado[5]
Anderson Marliere Navarro[6]

ABSTRACT - Background & Aims: HIV-seropositive subjects are more susceptible to cardiovascular diseases. Thus, the objective of the present study was to determine the metabolic changes influenced by HIV infection and its treatment and the cardiovascular risk associated with ferritin and inflammatory markers. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 36 adult volunteers of both sexes divided into the following groups: HIV^+ with lipodystrophy (HIV^+LIPO^+), HIV^+ without lipodystrophy (HIV^+LIPO^-) and HIV^- (Control). Anthropometric evaluation was performed and the following analyses were carried out: glycemia, insulin, total cholesterol, LDL-C, HDL-C, triglycerides, iron, ferritin, AST, ALT, alkaline phosphatase, TNF-α and CRP. The Framingham score was calculated and HOMA-IR was determined. **Results:** The HIV^+LIPO^+ group had higher values of HOMA-IR, glycemia, insulin, TNF-α, ferritin and cardiovascular risk and reduced values of HDL when compared to to control group. Cardiovascular risk was positively correlated with ferritin and TNF-α and negative correlated with HDL values.

[1] Department of Food and Nutrition, Faculty of Pharmaceutical Sciences, São Paulo State University "Júlio de Mesquita Filho" - UNESP.
[2] Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo – FMRP/USP.
[3] Nutritionist of the Municipality of Ribeirão Preto.
[4] Professor of the Master's/Doctoral degree in Health Promotion University of Franca (UNIFRAN). E-mail: marina.manochio@unifran.edu.br
[5] Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo – FMRP/USP.
[6] Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo – FMRP/USP.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Conclusion: Our study is meaningful to provide evidence that HIV asymptomatic patients with lipodystrophy could have higher levels of ferritin and TNF-α and higher risk for cardiovascular diseases.

Keywords: HIV, Lipodystrophy, Ferritin, Inflammation, Cardiovascular.

INTRODUCTION

The natural course of infection with human immunodeficiency virus (HIV) is characterized by intense and continuous viral replication and its consequence is immunodeficiency of the infected individual that causes conditions ranging from an asymptomatic status to the development of serious opportunistic diseases (BARROS et al., 2012). Highly active antiretroviral therapy (HAART) is used promotes significant suppression of viral replication and reduces the occurrence of opportunistic infections (DOURADO et al., 2006; WHO, 2003) Although, HAART is also associated with severe side effects, such as changes in the distribution of body fat and metabolic alterations (dyslipidemias and insulin resistance), defined by lipodystrophy syndrome (BERGERSEN et al., 2006; MARCASON, 2009).

Autopsy studies have demonstrated an association between HIV and coronary artery disease (JOSHI et al., 1987; RERKPATTANAPIPAT et al., 2000). However, with the introduction of HAART and the chronicity of the disease, an increase in the occurrence of cardiovascular involvement has been observed in these patients (HENRY et al., 1998; PATON et al., 1993). The most diverse cardiovascular manifestations have been observed as a consequence of HIV infection itself, of autoimmunity, of the immunological reaction to other viral infections, neoplasias, prolonged immunosuppression, malnutrition and the cardiotoxicity of the medications (ARSHAD et al., 2000; RICKERTS et al., 2000).

At the same time, there is a current discussion about the participation of iron in the inflammatory process. Studies have shown correlations between increased ferritin concentrations and elevated concentrations of inflammatory cytokines, suggesting biological relations between ferritin and the response to inflammatory markers associated with atherosclerosis and its complications (BARBARO, 2002).

Anemia of chronic disease is a frequent hematologic disorder in HIV-infected patients, with its occurrence being related to chronic inflammatory diseases, chronic

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

infections or neoplasias, with activation of the immunologic system (SANTOSH et al., 2015).

In contrast to iron deficiency anemia, the clinical manifestations of anemia of chronic disease include reduced serum iron levels despite the presence of adequate reticuloendothelial iron reserves, reduced total iron binding capacity, and increased serum ferritin levels (WEISS AND GOODNOUGH, 2005).

The relation between ferritin and vascular damage was analyzed in a study on patients with hepatic steatosis, in which ferritin was found to be an independent predictor of vascular damage. This result suggests that ferritin may represent a marker of vascular damage (SULLIVAN, 2007).

The objective of the present study was to verify the metabolic changes influenced by HIV infection and its treatment and to determine whether ferritin and the inflammatory markers can also be used as indicators of cardiovascular risk.

MATERIALS AND METHODS

A descriptive, analytical cross-sectional study was conducted on 36 adults of both sexes who were divided into three groups:

- $HIV^{+}LIPO^{+}$ (HIV-seropositive patients taking HAART, with lipodystrophy syndrome)
- $HIV^{+}LIPO^{-}$ (HIV-seropositive patients taking HAART, without lipodystrophy syndrome)
- Control (HIV-seronegative subjects).

All HIV-positive patients had an undetectable viral load, i.e., less than 50 copies/ml and a $CD4^{+}$ cell count of more than 200 cells/mm^3, had been taking HAART for at least 6 months and had no signs or symptoms of opportunistic infections.

To be included in the $HIV^{+}LIPO^{+}$ group, an individual had to report loss and/or accumulation of fat in specific regions of the body and these changes were confirmed by clinical examination performed by the senior author (SUTINEN AND YKI-JÄRVINEN, 2007). Thus, it was an essential requirement to detect lipoatrophy, i.e., loss of visible fat in peripheral regions (arms or legs) or in the face accompanied or not by lipohypertrophy, i.e. accumulation of fat in an abdominal region, dorsal gibbosity or gynecomasty (SUTINEN AND YKI-JÄRVINEN, 2007). Exclusion criteria were the presence of severe renal, cardiac and hepatic changes and the use of ferrous sulfate supplementation.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

HIV-seropositive volunteers were recruited at the Special Unit for the Treatment of Infectious Diseases of the University Hospital, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo (HCFMRP-USP), while control subjects were selected from individuals of the different specialties of HCFMRP-USP with HIV-negative serology in an exam performed for a different reason. The data of the participants and a blood sample were collected in the Unit of Clinical Research of HCFMRP-USP. The study was approved by the Research Ethics Committee of HCFMRP-USP (protocol nº 3900/2011) and all subjects gave written informed consent to participate.

Anthropometric evaluation

Weight and height were measured and body mass index (BMI) was calculated as weight (kg) divided by height (m) squared and classified according to the World Health Organization (WHO, 2000).

Biochemical analyses

Blood samples were collected in the morning into 5 mL SST® II Advance® BD vacutainer® tubes after a 12 hour fast. The samples were then centrifuged in a Universal 320R Hettich® centrifuge for 10 minutes at 23ºC and at 3500 rpm. The sera obtained were stored at -20ºC until the time for analysis. The biochemical analyses were performed in the Multiuser Laboratory of Nutrition and Metabolism of HCFMRP-USP.

Serum iron and ferritin were determined for the evaluation of iron metabolism. Serum iron was determined by colorimetry using a Labtest® kit (Labtest Diagnóstico S. S., Lagoa Santa, Minas Gerais, Brazil) and the Spectro Max M5 apparatus of Molecular Devices®. Ferritin was determined by a solid phase chemiluminescent immunometric assay (IMMULITE®, DPC, Los Angeles, CA, USA).

The hepatic profile of the patients was evaluated based on the serum determination of the enzymes aspartate aminotransferase (AST), alanine aminotransferase (ALT) and alkaline phosphatase by colorimetry using Labtest® kits and the Spectro Max M5 apparatus.

Insulin resistance was analyzed using the homeostasis model assessment–insulin resistance (HOMA-IR) index, calculated by the formula: fasting glycemia (mmol/l = mg/dl ÷ 18) x fasting insulinemia (µU/ml)/22.5 (STERN et al., 2005).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Fasting glycemia was determined by colorimetry using Labtest® kits (Labtest Diagnóstico S. S.) and the Spectro Max M5 instrument of Molecular Devices®, and fasting insulinemia was determined by solid phase chemiluminescent immunometric assay using a comercial kit (IMMULITE®, DPC).

In order to determine the lipid profile, total cholesterol (TC), high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) and triglycerides (TG) were measured by colorimetry using Labtest® kits and the Spectro Max M5 instrument of Molecular Devices®. Low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) was obtained from the combined TC, HDL-C and TG results using the Friedewald equation (CORDOVA et al., 2004; FEI et al., 2000).

Serum concentrations of tumor necrosis factor alpha (TNF-α) and C-reactive protein (CRP) were determined by solid phase chemiluminescent immunometric assay using a commercial kit (IMMULITE®, DPC).

Cardiovascular risk

The Framingham score was calculated for all patients in order to determine the probability of absolute risk of infarction and death within 10 years (XAVIER et al., 2013).

Statistical analyses

Statistical analyses were obtained in Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 15. An exploratory analysis of the data was first carried out. The basic objective of this methodology is to synthetize a series of values of the same nature in order to obtain a global view of the variation of these values by organizing and describing the data with tables and graphs.

The nonparametric Kruskal-Wallis test, which does not require assumption about data distribution, was applied to compare the 3 groups (HIV+LIPO+, HIV+LIPO- and control). Partial Spearman correlations and its p value were used to summarize the association between cardiovascular risk and others variables when adjusting for age.

RESULTS

The 36 subjects studied, 12 women and 24 males, were divided into three groups of 12 subjects each. The sex distribution of the groups is presented in Table 1. Evaluation

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

of nutritional status based on the BMI revealed that all groups had mean BMI values below 24.9 kg/m^2, i.e., within healthy limits (Table 1).

Among the three groups, age was significant different. The HIV+LIPO+ group had longer time of HIV infection and of HAART use (Table 1). Data regarding the biochemical profile of the groups are reported as mean ± standard deviation (SD) for each group (Table 2). Insulin, Glycemia HOMA-IR and TNFα values were higher for the HIV$^+$LIPO$^+$ group compared to Control group. Both HIV+LIPO+ and HIV+LIPO- had lower levels of HDL in contrast to the control group (Table 2).

The mean levels of the hepatic enzymes AST and ALT were inside reference values (YOUNG, 1987). There was difference between the HIV$^+$LIPO$^-$ and control groups for ALT. Mean alkaline phosphatase concentration was higher in the HIV$^+$ groups compared to control (Table 2).

Considering the biochemical iron markers, HIV-seropositive individuals of both groups had higher mean ferritin levels compared to control, with emphasis on mean ferritin concentration in the HIV$^+$LIPO$^+$ group, which was higher than the reference value (YOUNG, 1987). Mean serum iron, although lower in the HIV-seropositive groups compared to control, did not differ significantly between groups ($p>0.05$) (Table 2).

The absolute risk of infarction and death within 10 years was significant higher in the groups of HIV-seropositive individuals comparing to control group (Figure 1). The absolute risk of infarction and death within 10 years was positively correlated with ferritin and TNF-α and negatively correlated with HDL (Table 3).

DISCUSSION

The present study investigated the possible changes in glucide, lipid, hepatic and iron metabolism influenced by HIV infection and time of HAART use. The presence of inflammatory markers, cardiovascular risk and iron metabolism variables were also investigated in HIV-infected individuals with and without lipodystrophy.

Considering metabolic variables, in the present study, HOMA-IR, glycemia and insulin were higher in the HIV$^+$LIPO$^+$ group when compared to control group. This was expected like fact previous studies, insulin resistance is part of metabolic alterations present in lipodystrophy syndrome (MONTESSORI et al., 2004; NOOR et al., 2006; VASSIMON et al., 2011).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Regarding the lipid metabolism, alterations were observed only in HDL concentrations. Studies emphasizes that the dyslipidemia associated with HIV infection with the use of HAART is characterized meanly by low serum HDL-C levels and increased TG levels, representing a lipid profile known to be atherogenic (MONTESSORI et al., 2004; PODZAMCZER, 2013).

Studies have shown that disturbances in iron homeostasis and anemia are associated with advanced HIV infection, in patients with aids disease (DRAKESMITH AND PRENTICE, 2008; WISAKSANA et al., 2013). To our knowedge, there have been no studies on the relationship between serum ferritin levels and HIV lipodystrophy. These results provide novel evidence of ferritin as predictive factor to cardiovascular risk in this group. The hiperferritinemia found in HIV+LIPO+ was correlated with higher Framingham score. Also TNFα, an inflammatory cytokine, was higher in this group. The presence of inflammatory cytokines and the activation of macrophages in an inflammatory process act directly on iron metabolism, with a consequent inhibition of erythropoiesis and a reduced bioavailability of iron reserves (WEISS AND GOODNOUGH, 2005). Patients with chronic infections, inflammations or neoplasias with persistent activation of the immunologic system, on a long-term basis develop anemia of chronic disease, which is characterized by reduced serum iron levels despite adequate reticuloendothelial iron reserves, with a reduction of total iron binding capacity and an increase in serum ferritin (WEISS AND GOODNOUGH, 2005). Important to highlight that higher levels of ferritin, TNF and cardiovascular risk was observed in assintomatic HIV individuals and not patients with aids. Since a while HIV infection have been considered as a chronic disease, frequently with no detectable viral load and higher levels of CD4 count, although metabolic alterations have been raised with alterations of glicemic and lipid metabolism. Some authors defined the HIV lipodystrophy as Metabolic Syndome of HIV (BERGERSEN et al., 2006; MARCASON, 2009). This could be associated with inflammation state of the individuals from the present study. Elevated serum ferritin concentrations have been implicated in the pathogenesis of many chronic inflammatory diseases including the metabolic syndrome (CHANG et al., 2013).

A study has confirmed that chronic diseases are accompanied by inflammatory processes and that the presence of inflammation can precede the future development of other diseases such as atherosclerosis. The inflammation reaction and the associated immunological response are the main events leading to the process of atherogenesis in conjunction with metabolic syndrome (YOUSUF et al., 2013). In the present study there was a clearly higher risk of infarction and death within 10 years inboth HIV-infected

individuals. This result agrees with data from other studies which reported an increase of coronary artery disease in these group (HENRY et al., 1998; RICKERTS et al., 2000).

In HIV-infected patients taking HAART, dyslipidemia levels associated with increased risk of cardiovascular diseases occur in approximately 70% of cases (MONTESSORI et al., 2004). However, a study has shown that elevated CRP levels are associated with an increased risk of cardiovascular diseases even in the absence of hyperlipidemia (YOUSUF et al., 2013). The present study is limited by the small sample size.

In conclusion, our study shows that ferritin can be considered as inflammatory marker and to predict a higher cardiovascular risk. Therefore, our study is meaningful to provide evidence that HIV asymptomatic patients with lipodystrophy had anemia of chronic disease, with higher levels of ferritin and TNF-α and higher risk for cardiovascular diseases.

REFERENCES

ARSHAD, A., BANSAL, A., & PATEL, R. C. (2000). Cardiac complications of human immunodeficiency virus**.** Diagnostic and therapeutic considerations. **Heart Disease**, 2(2), 133-145.

BARBARO, G. (2002). Cardiovascular manifestations of HIV infection. **Circulation**, 106(11), 1420-1425.

BARRO, N. B., GUIMARÃES, C. M., & BORGES, O. S. (2012). Políticas de Saúde e Prevenção Ao HIV/AIDS No Brasil 1982-2012. **Estudos**, 39(4), 537-546.

BERGERSEN, B. M., SCHUMACHER, A., SANDVIK, L., BRUUN, J. N., & BIRKELAND, K. (2006). Important differences in components of the metabolic syndrome between HIV-patients with and without highly active antiretroviral therapy and healthy controls. **Scandinavian journal of Infectious Diseases**, 38(8), 682-689.

CHANG, J- S., LIN, S-M., HUANG, T-C., CHAO, J. C-J., CHEN, Y-C., PAN, W-H., et al. (2013). Serum ferritin and risk of the metabolic syndrome: a population-based study. **Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition**, 22(3), 400-407.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

CORDOVA, C. M. M., SCHNEIDER, C. R., JUTTEL, I. D., & CORDOVA, M. M. (2004). Avaliação da dosagem direta do cholesterol-LDL em amostras de sangue de 10.664 pacientes em comparação com o uso da fórmula de Friedewald. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 83(6), 476-481.

DOURADO, I., VERAS, M. A., BARREIRA, D., BRITO A. M. (2006). Aids epidemic trends after the introduction of antiretroviral therapy in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, 40: 9-17.

DRAKESMITH, H., & PRENTICE A. (2008). Viral infection and iron metabolism. **Nature Reviews. Microbiology**, 6(7), 541-552.

FEI, H., MAEDA, S., KIRII, H., FUJIGAKI, S., MAEKAWA, N., FUJII, H., et al. (2000). Evaluation of two different homoge-neous assays for LDL-cholesterol in lipoprotein-X-positive serum. **Clinical Chemistry**, 46(9), 1351-1356.

HENRY, K., MELROE, H., HUEBSCH, J., HERMUNDSON, J., LEVINE, C., & SWENSEN, L. (1998). **Severe premature coronary artery disease with protease inhibitors. Lancet**, 351(9112), 1328.

JOSHI, V. V., PAWEL, B., CONNORM E., SHARER, L., OLESKE, J. M., MORRISON, S., ET AL. (1987). Arteriopathy in children with acquired immune deficiency syndrome. **Pediatric Pathology**, 7(3), 261-275.

MARCASON, W. (2009). What does the term “HIV-associated lipodystrophy” mean? **Journal of the American Dietetic Association**, 109(2), 364.

MONTESSORI, V., PRESS, N., HARRIS, M., AKAGI, L., & MONTANER, J. S. G. (2004). Adverse effect of antiretroviral therapy for HIV infection. **Canadian Medical Association Journal**, 170(2), 229-238.

NOOR, M. A., FLINT, O. P., MAA, J. F., & PARKER, R. A. (2006). Effects of atazanavir/ritonavir and lopinavir/ritonavir on glucose uptake and insulin sensitivity: demonstrable differences in vitro and clinically. **AIDS**, 20(14),1813-1821.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

PATON, P., TABIB, A., LOIRE, R., & TETE, R. (1993). Coronary artery lesions and human immunodeficiency virus infection. **Research in Virology**, 144(3), 225-231.

PODZAMCZER, D. (2013). Lipid metabolism and cardiovascular risk in HIV infection: new perspectives and the role of nevirapine. **AIDS Reviews**, 15(4), 195-203.

RERKPATTANAPIPAT, P., WONGPRAPARUT, N., JACOBS, L. E., & KOTLER, M. N. (2000). Cardiac manifestations of acquired immunodeficiency syndrome. **Archives of Internal Medicine**, 160(5), 602-608.

RICKERTS, V., BRODT, H., STASZEWSKI, S., & STILLE, W. (2000). Incidence of myocardial infarctions in HIV-infected patients between 1983 and 1998: the Frankfurt HIV-cohort study. **European Journal of Medical Research**, 5(8), 329-333.

SANTOSH, H. N., NAGARAJ, T., & SASIDARAN, A. (2015). Anemia of chronic disease: A comprehensive review. **Journal of Medicine, Radiology, Pathology & Surgery**, 1, 13-16.

STERN, S. E., WILIAMS, K., FERRANNINI, E., DEFRONZO, R. A., BOGARDUS, C., & STERN, M. P. (2005). Identification of individuals with insulin resistence using routine clinical measurements. **Diabetes**, 54(2), 333-339.

SULLIVAN, J. L. (2007). Macrophage iron, hepcidin, and atherosclerotic plaque stability. **Experimental Biology and Medicine**, 232(8):1014-1020.

SUTINEN, J., & YKI-JÄRVINEN, H. (2007). Increased resting energy expenditure, fat oxidation, and food intake in patients with highly active antiretroviral therapy-associated lipodystrophy. American journal of physiology. **American Journal of Physiology. Endocrinology and Metabolism**, 292(3), 687-692.

VASSIMON, H. S., JORDÃO, A. A., ALBUQUERQUE DE PAULA, F. J., MACHADO, A. A., & MONTEIRO, J. P. (2011). Comparison of bioelectrical impedance with skinfold thickness and x-ray absorptiometry to measure body composition in HIV-infected with lipodistrophy. **Nutricion Hospitalaria**, 26(3), 458-464.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

WEISS, G. AND GOODNOUGH, L. T. (2005). Anemia of Chronic Disease. **N Engl J Med**, 352(10), 1011-1023.

WHO (World Health Organization). (2000). **Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity**. Geneve - Suice.

WHO, World Health Organization. (2003). **Nutrient requirements for people living with HIV/AIDS Report of a technical consultation**. Geneve - Suice.

WISAKSANA, R., DE MAST, Q., ALISJAHBANA, B., JUSUF, H., SUDJANA, P., INDRATI, A. R., et al. (2013). Inverse relationship of serum hepcidin levels with CD4 cell counts in HIV-infected patients selected from an Indonesian prospective cohort study. **PLoS One**, 8(11), e79904.

XAVIER H. T., IZAR M. C., FARIA NETO J. R., ASSAD M. H., ROCHA V. Z., SPOSITO A. C. et al. (2013). V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 101(4 Suppl 1), 1-20.

YOUNG, D. S. (1987). Implementation of SI Units for Clinical Laboratory Data. **Annais of Internal Medicine**, 106(1), 114-129.

YOUSUF, O., MOHANTY, B. D., MARTIN, S. S., JOSHI, P. H., BLAHA, M. G., NASIR, K., et al. (2013). High-sensitivity C-reactive protein and cardiovascular disease: a resolute belief or an elusive link? **Journal of the American College of Cardiology**. 62(5), 397-408.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS DE CURSOS DE BIOMEDICINA SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

EVALUATION OF THE KNOWLEDGE OF UNIVERSITY PROFESSORS OF BIOMEDICINE COURSES ON HEALTH EDUCATION

Aleson Pereira de Sousa[1]
Suenny Fonsêca de Oliveira[2]

RESUMO - O curso de Biomedicina foi criado inicialmente com o objetivo de formar docentes e pesquisadores que atuassem em diversos campos da área da saúde. Atualmente o interesse pela humanização dos profissionais da saúde busca incorporar os aspectos psicossociais da formação profissional ao modelo biomédico. Neste sentido, as disciplinas de Educação em Saúde são de grande importância para a aproximação entre profissionais biomédicos e suas inovações técnico-laboratoriais no intuito de melhorar a qualidade da prestação de serviço à sociedade.O objetivo da pesquisa foi avaliar o conhecimento dos docentes dos cursos de Biomedicina da Paraíba sobre as disciplinas de Educação em Saúde presentes na matriz curricular dos cursos. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, realizados através de uma pesquisa de campo como uso de questionários aplicados, por meio de um roteiro de entrevista aberta. A amostragem não probabilística foi do tipo intencional, composta por 3 coordenadores, 16 professores universitários de 3 cursos de Biomedicina da Paraíba, representando 75% do total de cursos ofertado pelas IES paraibanas. Pode-se constatar que de modo geral os docentes pesquisados concebem Educação em Saúde como informações e atividades sócio-educativas relacionadas à saúde e doenças.Nota-se uma visão limitada das atividades desenvolvidas neste âmbito, pois elas foram restritas a estratégias de ensino (palestras e cursos) e projetos educativos sobre saúde. Por conseguinte, seria necessário aos professores investirem em capacitações relacionadas ao tema em discussão para o aperfeiçoarem seus conhecimentos sobre o assunto, aprimorando assim sua prática docente no âmbito da Educação em Saúde.

---

[1] Graduado em Biomedicina nas Faculdades Integradas de Patos-FIP. E-mail: aleon_155@hotmail.com
[2] Doutora em Psicologia Social e docente nas Faculdades Integradas de Patos-FIP

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Palavras-chaves: Biomedicina, Professores, Educação em Saúde.

ABSTRACT - The course of Biomedicine was initially created with the goal of training teachers and researchers who acted in various fields of healthcare.Currently, the interest in the humanization of health professionals seeks to incorporate psychosocial aspects of vocational training to the biomedical model. In this sense, the Health Education disciplines are of great importance to the biomedical approach between professionals and their technical innovations and laboratory in order to improve the quality of services passed on to society.Accordingly, the aim of the research was to assess the knowledge ofteachers Health Education courses of Biomedicine in the state of Paraíba who teach courses with content that address the topic of Health Education present on curricular courses. This is a descriptive study, with quantitative and qualitative approach, conducted through a field survey in whichsemi-structured questionnaires were administered, using aguided interview. We selected a non-probability sample of intentional, with 3 coordinators (informants) and 16 university professors of 3 courses of Biomedicine of Paraíba, representing 75% of all courses offered by IES Biomedicine in Paraíba.It can be seen that generally the teachers surveyed conceive Health Education as information and social-educational activities related to health and illness. We noticed a limited view of the activities in this field, as they were restricted to teaching strategies (lectures and courses) on health and education projects. Therefore, teachers would need to invest in skills related to the topic under discussion to improve their knowledge on the subject, thereby improving their teaching practice within Health Education.

Keywords: Biomedicine, Teachers, Health in Education.

INTRODUÇÃO

O curso de Biomedicina foi criado com o objetivo de formar docentes e pesquisadores para atuar nos diversos campos da área da saúde; desenvolvendo, assim, a formação dos profissionais biomédicos, que ao longo do tempo adquiriram como principal especialidade a área de análises clínicas.

O atual interesse pela humanização dos profissionais da saúde pode ser incluído nessa trajetória que tenta incorporar os aspectos psicossociais ao modelo biomédico;

envolvendo os profissionais formados em Biomedicina, pois possuem nas matrizes curriculares de seus cursos disciplinas voltadas ao campo de Educação em Saúde que buscam estabelecer uma prática profissional mais eficaz e humanitária. Medidas vêm sendo implantadas pelo Ministério da Saúde no intuito de estabelecer uma política de educação permanente em saúde que engloba ações comunitárias de saúde, em que profissionais atuam ministrando palestras e orientações às comunidades em prol do desenvolvimento estratégias informativas sobre promoção da saúde e prevenção de doenças que alcance a sociedade em geral.

A Educação em Saúde é, do ponto de vista dominante e tradicional, uma área de saber técnico; ou seja, uma organização dos conhecimentos das Ciências Sociais e da Saúde voltada para instrumentalizar o controle dos doentes pelos serviços e a prevenção de doenças pelas pessoas (STOTZ, 1993). Neste sentido, as disciplinas de Educação em Saúde são de grande importância para cursos na área da saúde, especialmente para a Biomedicina que oferta em sua matriz curricular disciplinas desta área. No entanto, elas parecem não ter a mesma importância que as disciplinas básicas anteriormente citadas tanto para os acadêmicos do curso de Biomedicina quanto para o corpo docente. Contudo, essas disciplinas ofereceram a base para aproximação dos profissionais biomédicos e suas inovações técnico-laboratoriais à prestação de serviço e à sociedade, sendo de extrema importância na sua formação profissional.

Em contraposição, as chamadas disciplinas básicas do ponto de vista da Biomedicina, como a Fisiopatologia, a Bioquímica e a Genética, aquelas que, dentro do campo médico, são as mais diretamente relacionadas ao método experimental e têm alguns conceitos genéricos fundamentais no desenho dessa racionalidade, distanciam-se das concepções pragmáticas da Educação em Saúde (CAMARGO JR, 2005).

As inovações de tratamentos, as descobertas de ações na mudança de comportamento a partir de estratégias que visam prevenir determinadas doenças locais, o planejamento para melhoria de atendimento a saúde, entre outras formas de ações nas quais os biomédicos e demais profissionais da saúde utilizariam de artifícios do conhecimento da Educação em Saúde, são de extrema relevância para obter um maior sucesso na melhoria da saúde da população.

Os acadêmicos atualmente buscam por áreas do campo médico em que podem atuar no método experimental. Neste contexto as disciplinas de Educação em Saúde tornam-se antagonistas sendo, portanto, menos valorizadas pelos docentes em detrimento daquelas voltadas para o ensino técnico-experimental. A diminuição da oferta dessas disciplinas nas matrizes curriculares dos cursos de Biomedicina reforça a idéia para os

professores e alunos de que estes componentes curriculares seriam menos importantes para a formação do profissional biomédico.

Diante do exposto, observou-se a necessidade de traçar um perfil dos cursos de Biomedicina no estado da Paraíba para avaliar a importância da Educação em Saúde na formação dos biomédicos. Para tanto, é relevante a averiguação da formação dos docentes que ministram aulas nas disciplinas que envolvem diretamente o tema Educação em Saúde, identificando a forma por eles concebida da aplicação científica desses saberes no cotidiano do profissional biomédico.

Pretende-se, de modo geral, mostrar a relevância da Educação em Saúde nos cursos de Biomedicina da Paraíba por meio do conhecimento sobre saúde-doença, conceitos de Educação em Saúde e formas de atuação prática nessa área dos docentes que ministram as disciplinas desta área na matriz curricular dos cursos. Além disso, buscou-se identificar o perfil acadêmico desses professores com foco em sua formação profissional. Caracterizar os cursos de Biomedicina da Paraíba é importante para poder mostrar as tendências contemporâneas no que tange à formação dos profissionais e o desenvolvimento das futuras habilidades para ingressar no mercado de trabalho regional. Deste modo, deseja-se ampliar a discussão sobre a formação e qualificação biomédica na qual está inserida a área de Educação em Saúde que orientará o exercício profissional das mais diversas especialidades no campo da saúde, inclusive a prática biomédica.

METODOLOGIA

Tipo e Local de Estudo

No que se refere à natureza da pesquisa, este trabalho é do tipo aplicada, pois, segundo Silva e Menezes (2001), objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática dirigida à solução de problemas específicos.

Adotou uma abordagem quali-quantitativa. De acordo com Creswell (2010), a perspectiva quantitativa tem por finalidade investigar teorias objetivas examinando a relação entre as variáveis, constructos e hipóteses, essas variáveis serão mensuradas através de dados numéricos para que possam ser analisados por meio de procedimentos estatísticos. A abordagem qualitativa faz parte da obtenção de dados descritivos mediante o contato direto e interativo do pesquisador com a situação e/ou objeto de estudo. Segundo Neves (1996) nas pesquisas qualitativas é frequente que o pesquisador procure entender

os fenômenos segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir, daí situe sua interpretação dos fenômenos estudados.

Quanto aos objetivos, o trabalho caracteriza-se como um estudo descritivo, pois busca descrever os fenômenos e/ou situações mediante o estudo realizado em determinado espaço e tempo (MARCONI; LAKATOS, 2008).

Em relação aos procedimentos técnicos a pesquisa foi de campo, pois foram realizados levantamentos de dados a partir da aplicação de questionários com o objetivo de identificar o conhecimento dos docentes do curso de Biomedicina do estado da Paraíba em relação ao tema Educação em Saúde(MARCONI; LAKATOS, 2008). Para o levantamento das informações acerca dos Cursos de Biomedicina, tais como, ano de autorização do MEC, matriz curricular, quantidade de turmas, entre outras, foi realizado entrevistas com informantes-chaves (os coordenadores dos cursos).

População e Amostra

A população da pesquisa é formada por quatro cursos de Biomedicina de Instituições de Ensino Superior (IES) da Paraíba. Contudo, três cursos aceitaram participar da pesquisa representando 75% da população do estudo. Participaram da pesquisa três coordenadores (informantes-chaves), que, conforme o total de cursos representa 75% da população de coordenadores de Cursos de Biomedicina da Paraíba.

Nas três instituições pesquisadas existem 20 professores dos cursos de Bacharelado em Biomedicina das Instituições de Ensino Superior (IES) da Paraíba que lecionam disciplinas que abordam o tema Educação em Saúde presentes nas matrizes curriculares dos cursos analisados. A amostra da pesquisa foi composta por 16 professores o que implica dizer que 80% da população de docentes de componentes curriculares de Educação em Saúde participaram do estudo.

Vale salientar que a coleta de dados foi realizada durante o mês de agosto de 2012 e que a amostragem foi não probabilística intencional, por meio da definição dos critérios de inclusão e exclusão especificados.

Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos na pesquisa coordenadores e professores que estão em atividade nos cursos de Bacharelado em Biomedicina do estado da Paraíba no período letivo 2012.2 e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

A). Foram incluídos no estudo apenas docentes que estejam ministrando aulas de disciplinas contidas na matriz curricular do curso e que seja vinculada diretamente ao tema Educação em Saúde, tais como: Introdução a Biomedicina, Bioética, Ética Profissional, Epidemiologia, Saúde Pública, Bioinformática, Filosofia, Psicologia da Saúde, Sociologia, Saúde Coletiva, Gestão de serviços de Saúde, Antropologia da Saúde e Vigilância à Saúde.

Os critérios de exclusão foram os docentes de disciplinas aplicadas, preceptores e supervisores de estágio, bem como docentes que se enquadravam nos critérios de inclusão, mas que estivessem gozando de licença trabalhista ou afastados das atividades docentes no período da coleta de dados (mês de agosto de 2012).

Instrumento e Procedimentos de Coleta de Dados

O questionário elaborado para este estudo (APÊNDICE C) é uma versão adaptada do instrumento de coleta de dados da tese de Amâncio/Carvalho (2007) e é formado por 10 questões, sendo 4 objetivas e 6 discursivas. O questionário biodemográfico permitiu caracterizar a amostra quanto ao sexo, idade, estada civil e escolaridade, além de outras variáveis relevantes à pesquisa. As questões relacionadas ao Termo Educação em Saúde tinham por objetivo acessar o conhecimento dos professores de Biomedicina no que se refere ao conceito de saúde-doença, educação em saúde e atividades que um profissional de saúde pode desenvolver no âmbito da Educação em Saúde.

Análise de dados

Os dados foram analisados pelo software estatístico *StatisticalPackage for the Social Sciences* (SPSS ®), versão 18.0 para Windows, e apresentados por meio de tabelas que abordavam estatísticas descritivas, tais como frequência, porcentagem, média e desvio padrão.

As questões abertas foram categorizadas por meio de Análise de Conteúdo Temática (Bardin, 1977), em que o pesquisador interpretou as respostas dos participantes de modo a registrar os conteúdos emergentes e discutir as convergências existentes entre elas. Para tanto, também foram construídas tabelas contendo a frequência das respostas em ordem decrescente para destacar as mais representativas do grupo de docentes analisado.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa, com as devidas autorizações institucionais das IES participantes do estudo foi avaliado previamente pela banca examinadora do curso de Biomedicina e, após aprovação, encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Integradas de Patos (FIP), sob protocolo nº 071/2012.

O projeto foi aprovado demonstrando que o estudo estava de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos. É importante ressaltar também que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecidoem duas vias, permanecendo uma com os participantes e outra com o pesquisador responsável.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi avaliar, a expansão do curso de Biomedicina na Paraíba, a estrutura curricular do curso ofertado por cada IES paraibana no que se refere às disciplinas de Educação em Saúde presentes nas matrizes curriculares, bem como o conhecimento sobre saúde e doença dos docentes que ministram aulas nestas disciplinas dos cursos de Biomedicina paraibanos.

As apresentações dos resultados deste estudo estão organizadas em três etapas. A primeira consiste na análise da formação e do desenvolvimento dos cursos de Biomedicina no estado da Paraíba, a oferta de disciplinas de Educação em Saúde em suas matrizes curriculares. A segunda etapa, apresenta o perfil biodemográfico da amostra de professores de Biomedicina de disciplinas que abordam Educação em Saúde e que aceitaram participar da pesquisa. Por fim, a terceira refere-se às análises sobre os conhecimentos sobre saúde-doença e sobre Educação em Saúde, desses docentes.

Perfil geral das IES

Pode se observar na Tabela 1 as disciplinas de Educação em Saúde que fazem parte da matriz curricular dos cursos de Bacharelado em Biomedicina ofertados pelas IES no estado da Paraíba, contabilizando um total 15 disciplinas distintas que auxiliam na capacitação dos profissionais biomédicos, com a finalidade de adequar sua formação em saúde às necessidades da população brasileira.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

TABELA 1. Disciplinas de Educação em Saúde das IES no Estado da Paraíba

N	DISCIPLINAS	IES A	IES B	IES C
1	Introdução a Biomedicina	X	X	X
2	Bioética	-	X	-
3	Ética Profissional	-	X	-
4	Ética e Bioética	X	-	X
5	Saúde Pública	-	X	-
6	Bioinformática	X	X	X
7	Psicologia da Saúde	X	X	-
8	Sociologia	-	X	-
9	Saúde Coletiva	X	-	-
10	Saúde Ambiental e Vigilância Sanitária	-	-	X
11	Socioantropologia da Saúde	X	-	-
12	Ecologia Humana	X	X	-
13	Epidemiologia	X	X	X
14	Educação em Saúde	-	-	X
15	Metodologia da Prática Docente	-	-	X
	TOTAL	8	9	7

Nota: X Disciplina presente na matriz curricular do curso de Biomedicina
- Não possui a disciplina

Analisando as disciplinas disponíveis nos cursos de Biomedicina de cada IES, observa-se que a IES B tem o maior número de oferta de disciplinas de Educação em Saúde (9 disciplinas), mas o quantitativo de disciplinas dessa área é bastante similar as matrizes curriculares das IES avaliadas. Por exemplo, o cursos de Biomedicina da IES B oferta os componentes curriculares Bioética e Ética Profissional separadamente, enquanto as IES A e C ofertam uma única disciplina intitulada Ética e Bioética. Observou-se nas matrizes curriculares dos três cursos avaliados a presença das seguintes disciplinas: Introdução a Biomedicina, Bioinformática, Epidemiologia.

De modo geral, as disciplinas possuem características semelhantes mudando apenas suas nomenclaturas, por exemplo, a IES A oferta Saúde Pública, a IES B oferta Saúde Coletiva, ambas ofertam Ecologia Humana; a IES C oferta apenas uma disciplina com a mesma finalidade das duas anteriormente citadas, Saúde Ambiental e Vigilância Sanitária. Deste modo, Justifica-se o menor número de disciplinas de Educação em Saúde

ofertadas pela IES C em função da conjunção de conteúdo das ementas em uma única disciplina. Existem também mais algumas similaridades entre a IES A e B: a IES A oferta Socioantropologia da Saúde enquanto a IES B oferta Sociologia, disciplinas que confluem para o mesmo conteúdo curricular e mesma finalidade, ambas as IES tem a disciplina de Psicologia da Saúde.

A IES C possui duas disciplinas distintas e exclusivas que somente aparecem em sua matriz curricular, são elas: Metodologia da Prática Docente e Educação em Saúde. Esta última disciplina que leva o nome da área pesquisada neste trabalho auxiliaos estudantes biomédicos a tornarem-se pensadores críticos que usam o conhecimento científico de forma dinâmica para garantir uma melhor condição de saúde para a sociedade.

As matrizes dos 3 (três) cursos analisados tinham entre 7 (sete) e 9 (nove) componentes da área de Educação em Saúde, que sugere um bom índice de similaridade no projeto de curso das IES avaliadas.

Ao analisar o corpo docente das 3 instituições participantes, constatou-se que existam 24 professores responsáveis pelos componentes curriculares que abordam Educação em Saúde. Neste sentido, para obtenção da população total (100% dos professores) seria necessária a participação de 20 docentes, pois uma das IES analisadas encontra-se com o curso em andamento.No entanto, apesar de todos os 20 docentes terem sido contactados, apenas 16 professores participaram da pesquisa, gerando uma amostra de 80%,como pode ser visto na Tabela 2.

TABELA 2. Percentual de amostra das IES

Variáveis	Nº Total de Professores	Nº de Professores Participantes
IES A	7	5
IES B	9	9
IES C	4	2
Total	20	16
%	100%	80%

Perfil da IES A

O Curso de Bacharelado em Biomedicina ofertado pela IES A foi o pioneiro no estado da Paraíba e tem uma matriz curricular consolidada que não sofreu alterações desde sua implementação em 2002. O curso possui integralização com duração mínima

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

de 4 anos distribuídos em 8 períodos e disponibiliza 8 disciplinas da área de Educação em Saúde na sua matriz curricular, são elas: Introdução à Biomedicina, Socioantropologia da Saúde, Bioinformática, Saúde Coletiva, Epidemiologia, Ecologia Humana, Ética e Bioética e Psicologia em Saúde.

Pode-se observar na Tabela 3 que professores de duas disciplinas de Educação em Saúde não participaram da pesquisana IES A, o gerou uma amostra de 71,43% de docentes que responderam ao questionário de avaliação. Houve a participação de 75% dos componentes curriculares de Educação em Saúde da IES A, pois a instituição tem um mesmo professor para duas disciplinas, Saúde Coletiva e Epidemiologia.Isto provoca a redução do número de entrevistados, justificando a disparidade entre os números de disciplinas e professores participantes da pesquisa, conforme citados anteriormente.

TABELA 3. Disciplinas ofertadas pela IES A e participantes da pesquisa

PERÍODO	DISCIPLINAS	QUESTIONÁRIO
1º	Introdução à Biomedicina	APLICADO
3º	Socioantropologia da Saúde	APLICADO
3º	Bioinformática	APLICADO
3º	Saúde Coletiva	APLICADO[1]
4º	Epidemiologia	APLICADO
5º	Ecologia Humana	APLICADO
5º	Ética e Bioética	NÃO PARTICIPOU
5º	Psicologia em Saúde	NÃO PARTICIPOU

[1] O mesmo professor de Epidemiologia

Perfil da IES B

O curso de Bacharelado em Biomedicina da IES B, está passando por reformulação em sua matriz curricular, mas manteve a permanência de 8 disciplinas de Educação em Saúde, são elas: Introdução à Biomedicina, Ecologia Humana, Sociologia, Psicologia, Bioinformática, Ética Profissional, Saúde Pública e Epidemiologia. Nesta reformulação acontecerão alterações quanto às demais disciplinas específicas do curso de Biomedicina aumentando um semestre na matriz curricular do curso. Antes os estudantes passariam 4 anos e meio para a formação equivalente a 9 períodos, com a implantação da nova matriz curricular aumentou a carga horária passando a ser 5 anos distribuídas em 10 períodos para formação dos profissionais biomédicos pela IES.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Pode ser observado na Tabela 4 que a coleta de dados obteve grande êxito na IES B, pois foi obtido 100% da amostra de professores que ministram disciplinas de Educação em Saúde. É importante ressaltar que apesar de haver 8 disciplinas de Educação em Saúde, 9 professores participaram da pesquisa pois há dois professores para a disciplina de Sociologia, um responsável pela turma do período matutino e outra pela período noturno do mesmo período. Isto ocorreu devido às distribuições de carga horária e disponibilidade de tempo dos docentes.

TABELA 4. Disciplinas ofertadas pela IES B e participantes da pesquisa

PERÍODO	DISCIPLINA	QUESTIONÁRIO
1º	Introdução à Biomedicina	APLICADO
2º	Ecologia Humana	APLICADO
2º	Sociologia (nova grade)	APLICADO
3º	Sociologia (grade antiga)	APLICADO[1]
4º	Psicologia	APLICADO
4º	Bioinformática	APLICADO
5º	Ética Profissional	APLICADO
6º	Saúde Pública	APLICADO
6º	Epidemiologia	APLICADO

[1]Professores diferentes para a disciplina de Sociologia

Perfil da IES C

O curso de Bacharelado em Biomedicina ofertado pela IES C tem integralização com duração mínima de 4 anos e meio subdivididos em 9 períodos. No entanto, como o curso ainda não foi reconhecido e não formou turma, os acadêmicos pioneiros estão no 4º período o que implica dizer que, apesar da matriz curricular possuir diversas disciplinas da área de Educação em Saúde, atualmente só existem 4 disciplinas disponíveis, são elas: Introdução à Biomedicina,Bioinformática, Metodologia da Prática Docente, Ética Profissional e Bioética, que são ministrados por três professores. É importante ressaltar que o curso está passando por reformulações na sua matriz curricular e algumas disciplinas de Educação em Saúde serão ofertadas nos períodos subseqüentes. As disciplinas que participaram como amostra para realização da pesquisa, podem ser vistas na Tabela 5.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

De acordo com a Tabela 5 apenas 2(dois) professores participaram da pesquisa obtendo uma amostra de 66,7%, do total de 3 (três) professores de Educação em Saúde disponibilizadas na IES C atualmente.

TABELA 5. Disciplinas ofertadas pela IES C e participantes da pesquisa

PERÍODO	DISCIPLINA	QUESTIONÁRIO
1º	Introdução à Biomedicina	NÃO PARTICIPOU
1º	Ética Profissional e Bioética	NÃO PARTICIPOU[1]
2º	Bioinformática	APLICADO
4º	Metodologia da Prática Docente	APLICADO

[1] O mesmo professor de Introdução à Biomedicina

De modo geral, as ausências de participação dos professores na pesquisa foi de 20% e se deram por recusa à responder os questionários e ausência dos docentes na instituição no momento da realização de coleta.

Caracterização Biodemográfica da amostra

A população amostral é composta por 7 participantes do sexo masculino e 9 do sexo feminino, gerando respectivamente um percentual de 43,8% e 56,2. Quanto a formação profissional dos pesquisados, 12 afirmam terem vindo de instituições públicas gerando um porcentagem de 75%, em contra posição 4 tiveram sua graduação em instituições privadas sendo este 25% dos docentes participantes. A amostra de participantes desta pesquisa obteve idade entre 24 e 50 anos, como pode ser visto na Tabela 6.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

TABELA 6. Caracterização biodemográfica da amostra (n=16)

VARIÁVEIS CATEGÓRICAS	F	%	VALIDADE %	% ACUMULADA
SEXO				
Masculino	7	43,8	56,3	43,8
Feminino	9	56,3	43,8	100
INSTITUIÇÃO DE GRADUAÇÃO				
Pública	12	75,0	75,0	75,0
Privada	4	25,0	25,0	100,0
IDADE				
24	1	6,3	6,3	6,3
26	1	6,3	6,3	12,5
27	1	6,3	6,3	18,8
28	1	6,3	6,3	25,0
29	1	6,3	6,3	31,3
30	1	6,3	6,3	37,5
31	2	12,5	12,5	50,0
36	3	18,8	18,8	68,8
44	1	6,3	6,3	75,0
49	2	12,5	12,5	87,5
50	1	6,3	6,3	93,8
TOTAL	16	100	100	

Análise geral do conhecimento sobre Educação em Saúde dos docentes pesquisados

Os resultados gerais expõem que não houve consenso sobre as expressões atribuídas ao termo saúde, contudo as expressões adotadas pelos professores ao termo doença convergiram para estresse e má alimentação.

O conceito sobre Educação em Saúde atribuído pelos professores de Biomedicina no estado da Paraíba avaliados neste estudo pode ser visto na Tabela 7. Logo, pode-se

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

constatar que de modo geral os docentes pesquisados concebem Educação em Saúde como informações e atividades sócio-educativas relacionadas à saúde e doenças.

TABELA 7. Lista de conceitos de Educação em Saúde das IES no estado da Paraíba

CONCEITOS	N
Informações sobre saúde e doença	4
Atividades sócio-educativas relacionadas à saúde e doença	4
Compartilhamento de conhecimentos sobre saúde	3
Troca de experiências	2
Instrução profissional voltado à humanização	2
Construir identidade a partir de mudanças das culturas	1
Orientar a população para melhorar sua qualidade de vida	1

Tais concepções tornam-se incompletas, pois segundo Rose (1989), a Educação em Saúde deve superar a conceituação biomédica de saúde e abranger objetivos mais amplos, uma vez que a saúde deixa de ser apenas a ausência de doenças e para ser uma fonte de vida. Assim sendo, a Educação em Saúde não se destina apenas a prevenir doenças, mas a preparar o indivíduo e os profissionais de saúde a acondicionar comportamentos saudáveis e difundi-los na sociedade.

A Tabela 8 representa a forma como os docentes pensam que podem ser realizados as atividades no âmbito da Educação em Saúde. Nota-se uma visão limitada das atividades de Educação em Saúde restrita a estratégias de ensino (palestras e cursos) e projetos educativos sobre saúde.

TABELA 8. Perspectiva das IES sobre as atividades desenvolvidas na Educação em Saúde

PRINCIPAIS ATIVIDADES	N
Estratégias de Ensino (palestras e cursos)	9
Não respondeu	5
Projetos Educativos	3

É importante ressaltar o número de professores que não responderam a esta questão. Esta concepção mostra que o planejamento em Educação em Saúde leva em consideração o não conhecimento sobre saúde da próprio população; seus saberes parecem ser negligenciados.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Sendo assim, há necessidade de pactuar estas concepções sobre Educação em Saúde. Segundo Candeias (1997), as práticas de Educação em Saúde constituem uma fração de atividade técnicas voltadas à saúde, onde a gestão e as habilidades de desenvolver projetos educativos de saúde pelos profissionais têm maior impacto e influência na mudança do comportamento individual e coletivo da sociedade, gerando assim mais qualidade de vida e saúde à população.

Com relação à formação dos professores pesquisados 37,5% cursaram disciplinas de Educação em Saúde em sua graduação, enquanto 62,5% afirmaram não terem visto tais conteúdos. Este fato justifica-se em função do ano de formação destes profissionais que, apesar de 12 deles terem se graduado após o ano 2000 (quando já eram disseminados as políticas públicas voltadas à Educação em Saúde), as matrizes curriculares dos cursos não enfatizaram essas disciplinas, sendo estas vistas como "tamboretes" e de menor importância para o profissional de saúde, especialmente os profissionais das áreas médicas e biomédicas.

Por fim, a diversidade de graduação dos professores avaliados com relação as áreas de conhecimento é relativamente pequena, sendo 63% formados em Ciências da Saúde e 37% de outras áreas afins. Logo, pode se observar pouca mudança da formação destes profissionais da área das Ciências da Saúde para o que é visto atualmente na formação dos profissionais biomédicos havendo uma necessidade maior de capacitação profissional destes professores no âmbito das discussões atuais da área da Educação em Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou o seu objetivo principal de avaliar o conhecimento dos docentes dos cursos de Biomedicina do estado da Paraíba sobre Educação em Saúde. Os dados mostram a diversidade de concepções quanto à definição de Educação em Saúde, bem como uma limitada visão acerca das atividades que podem ser desenvolvidas nesta área, sugerindo que há falta de compreensão ou de capacitação profissional no que se refere à Educação em Saúde. Por conseguinte seria necessário que os professores investirem em capacitações relacionadas ao tema em discussão para o aperfeiçoarem seus conhecimentos sobre o assunto, aprimorando assim sua prática docente no âmbito da Educação em Saúde.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Neste direcionamento, ao se abordar a relevância da Educação em Saúde na formação do biomédico, os gestores dos cursos de Biomedicina devem atentar para permanência desses componentes curriculares que abordam Educação em Saúde nas matrizes curriculares dos cursos sobre sua responsabilidade, incentivando os docentes destas disciplinas a transmitir a importância dos conteúdos estudados no cotidiano da sala de aula para formação do profissional biomédico, com o objetivo de estimular o desenvolvimento do pensamento crítico sobre as ações no campo das Ciências da Saúde Pública ao longo da sua graduação para a melhoria da qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

AMORETTI, R.**A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde**. Rev. Bras. Educ. Méd. Rio de Janeiro, v .29, nº 2, p.136-146, 2005.

CAMARGO JR, K. R.**A Biomedicina**. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15 (suplemento):177-201, 2005.

STOTZ, Eduardo Navarro. **Enfoques sobre educação e saúde**. In: Valla, V. V. e Stotz, E.N. (org). Participação popular, Educação e Saúde: Teoria e prática. Rio de Janeiro:Relume-Dumará, 11-22, 1993.

CRESWELL, John, W. **Método de Pesquisa: projeto de pesquisa: Métodos Qualitativos, Quantitativos e Misto**. 3ª edição, Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 7 edição. São Paulo: Atlas, 2008.

NEVES, J. L.**Pesquisaqualitativa:características,usosepossibilidades**. Caderno depesquisaem administração, v. 1., n. 3., 1996.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** 3. Ed. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Laboratório de Ensino a distância da UFSC, 2001.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Rose N. **Governing the soul: the shaping of the privateself**. London (UK): Routledge; 1989.

CANDEIAS, N. M. F., 1997 **"Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais"** Revista de Saúde Pública. Vol. 31 n.º 2. São Paulo.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

CARVALHO, Amâncio A. S. **Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior.** 07-2007. 330 Páginas. Tese de Doutorado – Universidade do Minho foi defendida em: Portugal 07-2007.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

CONSIDERAÇÕES TEOLÓGICO-FILOSÓFICAS SOBRE O ABORTO

THEOLOGICAL-PHILOSOPHICAL CONSIDERATIONS ABOUT ABORTION

Renan Pires Maia[1]

RESUMO - O presente trabalho tem como objetivo tecer algumas considerações acerca da problemática do aborto a partir dos prismas da teologia e da filosofia cristãs, considerações estas que visam, em primeiro lugar, demonstrar as bases bíblicas e eclesiásticas da valorização da vida e do pressuposto de que a vida humana começa já na concepção; e, em segundo lugar, de enumerar alguns argumentos filosóficos – tomando como referência Santo Agostinho, Santo Tomás e Kant – que dariam suporte a uma negação incondicional do aborto, partindo do pressuposto, compartilhado dentro da cosmovisão cristã, de que a vida começa já na concepção. Tais argumentos vão na linha de que existe uma hierarquia na ordem dos seres e que a vida humana – incluindo aí a vida que está sendo gestada – possui um valor absoluto, acima das demais coisas de nossa realidade, e que não pode ser mensurado a partir de quaisquer condições ou elementos empíricos ou materiais.

Palavras-chave: Teologia. Filosofia. Aborto.

ABSTRACT - The present work has as objective to do some considerations concerning the problem of the abortion from the perspectives of christian theology and philosophy, considerations that has the goal of, in first place, to demonstrate the biblical and ecclesiastic basis of the appreciation of life and the premise that the human life begins already in conception; and, in second place, of enumerate some philosophic arguments – taking as reference Saint Augustine, Saint Thomas and Kant – that would give support to a unconditional negation of the abortion, considering the premise, shared inside a christian worldview, that life begins already in conception. Such arguments go on the line that there is a hierarchy in the order of the beings and that the human life – including life that is being gestated – has an absolute value, above others in our reality, and that cannot be measured considering material or empirical elements or conditions.

---

[1] Mestre e doutorando em filosofia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), graduado em psicologia na mesma instituição, e professor na Faculdade Santíssima Trindade (FAST), em Nazaré da Mata – PE. E-mail: renanpmaia@gmail.com.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Keywords: Theology. Philosophy. Abortion.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo tecer algumas considerações sobre a questão do aborto a partir de um olhar que toma como base de análise a teologia e a filosofia cristãs, no sentido de demonstrar como a teologia e filosofia cristãs dão suporte para a sustentação de uma visão contrária ao aborto. A teologia e a filosofia cristãs são amplas e constituídas pelas contribuições dos mais diversos pensadores de vários séculos, de modo que seria inviável a pretensão de fazer uma análise exaustiva do que todos ou vários pensadores falam e que poderia nos servir para nossas considerações. Não obstante, tomaremos como base de nossas reflexões além de uma visão panorâmica da doutrina cristã alguns pensadores inseridos entre seus maiores representantes tanto na área da teologia quanto da filosofia: Santo Agostinho e Santo Tomás.

Também tomaremos como base de nossas considerações a própria doutrina da Igreja – utilizando como referência a *Bíblia* e escritos como o *Catecismo da Igreja Católica* e o *Código de direito canônico* – e filósofos como Kant que, a despeito de não estar comprometido com uma causa especificamente religiosa, como Santo Agostinho e Santo Tomás o estavam, possuía, a despeito disso, uma filosofia ética compatível com uma cosmovisão cristã. Ressalte-se ainda que, naturalmente, nenhum destes pensadores citados trata de questões como o aborto senão de forma secundária, incluso apresentando visões consideradas ultrapassadas pela Igreja atual. Todavia, podemos dizer que há neles conceitos metafísicos e éticos ainda pertinentes e que nos podem servir de base para a análise destas questões atuais, e que têm, de fato, norteado o modo como a cristandade se porta frente às questões que estão no centro das presentes discussões.

O objetivo aqui colocado se justifica por duas razões: a primeira, pela significância da discussão acerca das questões de bioética – como a questão do aborto e da eutanásia – dentro de nossa sociedade contemporânea, discussão esta que perpassa os mais diferentes níveis sociais – o científico, o ético, o político, o religioso etc. A segunda razão, que por seu turno justifica o prisma através do qual analisamos tais questões – o teológico-filosófico cristão -, é a de que nos é perceptível que, no âmbito desta discussão, a religião – e, mais especificamente, a religião cristã, que constitui a base religiosa majoritária de nossa cultura ocidental – se vê sempre implicada, não raro

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

assumindo o papel de porta-voz daquele setor da sociedade que se coloca como contrário às práticas do aborto, da eutanásia, entre outras.

Dito isto, abordaremos o tema do aborto dentro de uma perspectiva cristã em duas partes: a primeira, de cunho mais teológico, mostrando as bases cristãs da valorização da vida na *Bíblia* e em outros documentos, como a *Didaché,* o *Catecismo da Igreja Católica* e o *Código de direito canônico*; e, na segunda parte, mais filosófica, trataremos de mostrar como a negativa cristã ao aborto se funda numa ética que toma como base a ideia de respeito a uma hierarquia existente na ordem da criação, na qual a vida humana se encontra em posição privilegiada, não podendo ser, portanto, menos valorizada do que elementos e condições materiais, que estariam numa posição inferior na ordem da criação, mas possuindo um valor absoluto, sendo também fim em si mesmo. Esta segunda parte se desenvolverá fazendo-se um panorama do delineamento da ideia de hierarquia dos seres na filosofia cristã, na qual o ser humano ocupa uma posição privilegiada, e, em segundo lugar, demonstrando como o mal moral nasce, numa perspectiva cristã – tomando como referência Santo Agostinho e articulando-o com Kant – de uma inversão na ordem da criação, onde criaturas e coisas inferiores são preferidas às superiores, situação em que se enquadraria o aborto, no qual a vida humana é eliminada em função de outros elementos de menor importância.

A DEFESA DA VIDA E O ABORTO NA DOUTRINA CRISTÃ

Quando falamos em aborto, falamos, inequivocamente, em defesa da vida humana. A doutrina cristã sempre esteve, de forma implícita e explícita, relacionada com a ideia de defesa da vida, em qualquer momento ou instância em que se possa considerá-la. Tal visão se fundamenta no mandamento de não matar – "Não matarás" (*Êxodo* 20,13), o qual, só admitiria exceções em casos de pena de morte, como vemos na epístola paulina aos *Romanos* 13,1-4, que fala do poder secular de punir e castigar através da espada quem pratica o mal. Esta defesa da vida, em todo caso, nos é patente, sobretudo, se tomamos a cultura de raiz judaico-cristã em comparação com as outras no meio das quais ela mesma se desenvolveu. Podemos exemplificar isso, por exemplo, com a própria questão da escravidão, que não deixa de ser um problema que diz respeito ao aspecto de valorização/desvalorização da vida humana.

É verdade que na cultura judaica veterotestamentária a escravidão era legitimada, e que também o foi por muitos séculos no seio de nossa própria sociedade cristã. Mas, ainda que assim o seja, podemos ver que a *Bíblia* possui algumas passagens

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

que demonstram que, mesmo num mundo escravocrata, o povo hebreu distinguia-se dos demais por ter como preceito tratar bem seus servos e escravos, posto que os hebreus também tinham sido, outrora, escravos na terra do Egito (*vide*: Dt 15,12-18).[2] Passando do *Antigo Testamento* para o *Novo Testamento*, temos a ideia de que os escravos, ao invés de serem considerados seres sem almas, impassíveis de serem salvos, são citados nas *Sagradas Escrituras* como "servos de Cristo, que põem a alma em atender à vontade de Deus" (Ef 6,5-6). Há, além disso, condenações formais do clero à escravidão, mesmo em períodos em que esta estava em alta, como vemos na bula *Veritas ipsa*, do Papa Paulo III, escrita em 1537 (PAULO III, 2017)[3], e no *Sermão XXVII* do Pe. Antônio Vieira.[4]

No tocante à vida de bebês, temos que o povo israelita vivia circundado por povos em cujos costumes estava aquele de sacrificar seus filhos ao deus Moloc. Por causa disso temos na *Bíblia* proibições categóricas à prática de matar os filhos em sacrifício, como em *Deuteronômio* 18,10, que diz: "Que em teu meio não se encontre alguém que queime seu filho ou sua filha". Tal prática de queimar os filhos em

---

[2] Diga-se ainda, de passagem, que a escravidão bíblica em muitos casos não era definitiva, sendo muitos escravos libertados depois de um período de sete anos, conforme a passagem mencionada.

[3] "Nós outros, pois, que ainda que indignos, temos às vezes de Deus na terra, e procuramos com todas as forças achar suas ovelhas, que andam perdidas fora de seu rebanho, para reduzi-las a ele, pois este é nosso oficio; conhecendo que aqueles mesmos Índios, como verdadeiros homens, não somente são capazes da Fé de Cristo, senão que acodem a ela, correndo com grandíssima prontidão, segundo nos consta: e querendo prover nestas cousas de remédio conveniente, com autoridade Apostólica, pelo teor das presentes letras, determinamos, e declaramos, que os ditos Índios, e todas as mais gentes que daqui em diante vierem à noticia dos Cristãos, ainda que estejam fora da Fé de Cristo, não estão privados, nem devem sê-lo, de sua liberdade, nem do domínio de seus bens, e que não devem ser reduzidos a servidão. Declarando que os ditos índios, e as demais gentes, hão de ser atraídos e convidados à dita Fé de Cristo, com a pregação da palavra divina e com o exemplo de boa vida." (PAULO III, 2017).

[4] "Sabei pois, todos os que sois chamados Escravos, que não é escravo tudo o que sois. Todo homem é composto de corpo e alma; mas o que é, e se chama Escravo, não é todo o homem, senão só a metade dele. Até os Gentios, que tinham pouco conhecimento das Almas, conheceram esta verdade e fizeram esta distinção. [...] Só o corpo do Escravo (diz o grande Filósofo) é o que deu a fortuna ao Senhor: este comprou, e ele é o que pôde vender. E nota sapientissimamente que o domínio que tem sobre o corpo não lho deu a natureza, senão a fortuna: Quod domino fortuna tradidit; porque a natureza, como Mãe, desde o Rei ao Escravo, a todos fez iguais, a todos livres"" (VIEIRA, 1944, p. 396).

Temas em
Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

sacrifício era severamente punida, conforme *Levítico* 20,2-5: "Dirás aos israelitas: Todo filho de Israel, ou estrangeiro que habita em Israel, que der um de seus filhos a Molec, será morto". A despeito destas proibições, vemos que tal costume se infiltrava na cultura dos israelitas, como se depreende do que se lê em *Jeremias* 7,31: "Construíram lugares altos de Tofet no vale de Ben-Enon, para queimar os seus filhos e as suas filhas", o que, todavia, era coibido por reis mais fiéis aos costumes dos seus antepassados, como vemos em *2 Reis* 23,10: "O rei profanou o Tofet do vale de Ben-Enon, para que ninguém mais pudesse passar pelo fogo seu filho ou sua filha em honra de Moloc".

O sacrifício dos filhos dos povos vizinhos poderia ser entendido como análogo à prática do aborto. Existe o óbvio diferencial de que o sacrifício dos infantes se tratava de um ritual realizado com crianças já nascidas. Tal distinção, contudo, se torna irrelevante se se parte da premissa aceita histórica e amplamente dentro da cultura de raiz judaico-cristã de que a vida humana começa desde a concepção. Podemos ver tal premissa sendo delineada nas *Sagradas Escrituras* em passagens como as do salmo 139(138),13-16, que diz, poeticamente:

> Sim! Pois tu formaste os meus rins, tu me teceste no seio materno. Eu te celebro por tanto prodígio e me maravilho com as tuas maravilhas! Conhecias até o fundo do meu ser: meus ossos não te foram escondidos quando eu era modelado, em segredo, tecido na terra mais profunda. Teus olhos viram meu embrião. No teu livro estão todos inscritos os dias que foram fixados e cada um deles nele figura (Salmo 138(138),13-16).

Também podemos ver a ideia de que a vida humana começa já na concepção nas próprias concepções de Cristo e de São João Batista, aquele sendo concebido pelo Espírito Santo, e este que se agita e se alegra ao ouvir a voz de Maria, estando ainda no ventre de Santa Isabel, conforme *Lucas* 1,41-44:

> Ora, quando Isabel ouviu a saudação de Maria, a criança lhe estremeceu no ventre e Isabel ficou repleta do Espírito Santo. Com um grande grito exclamou: "Bendita és tu entre as mulheres e bendito o fruto do teu ventre! Donde me vem que a mãe do meu Senhor me visite? Pois quando tua saudação chegou aos meus ouvidos, a criança estremeceu de alegria em meu ventre" (Lc 1,41-44).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Não obstante a prática do aborto não seja diretamente condenada na Bíblia, temos na *Didaché* uma condenação formal ao aborto já no primeiro século, abolindo essa distinção entre o matar a criança antes ou depois do nascimento: "Não mate a criança no seio de sua mãe, nem depois que ela tenha nascido" (*Didaché*, 2,2). Esta tradição pró-vida, que pode ser mapeada já nas *Sagradas Escrituras* e já no primeiro século da Igreja, como vemos na *Didaché*, é transmitida ao longo dos séculos através da cultura cristã e do magistério eclesiástico, chegando hoje até nós.

O *Catecismo da Igreja Católica* e o *Código de direito canônico* reverberam esta visão bíblica de que a vida humana começa já na concepção, equiparando a prática do aborto com a prática do homicídio de um inocente. Vemos, no *Catecismo*, por exemplo, a defesa de que "o inalienável direito à vida de todo indivíduo humano inocente é um elemento constitutivo da vida civil e de sua legislação" (CIC 2272). E diz mais adiante:

> No momento em que uma lei positiva priva uma categoria de seres humanos da proteção que a legislação civil lhes deve dar, o Estado nega a igualdade de todos perante a lei. Quando o Estado não coloca sua força a serviço dos direitos de todos os cidadãos, particularmente dos mais fracos, os própios fundamentos de um estado de direito estão ameaçados... Como consequência do respeito e da proteção que devem ser garantidos à criança desde o momento de sua concepção, a lei deverá prever sanções penais apropriadas para toda violação deliberada dos direitos dela (CIC 2273).[5]

E no *Código de direito canônico* temos, no cânon 1398, a afirmação de que "quem provoca aborto, seguindo-se o efeito, incorre em excomunhão *late sentitiae*", o que significa que, ao se praticar um aborto, a pessoa que o praticou é excomungada automaticamente, antes de qualquer julgamento eclesiástico formal, só podendo ser absolvida "pelo Papa, pelo bispo local ou por presbíteros autorizados por eles" (CIC 1493).[6]

---

[5] Mencione-se o fato de que o aborto também é condenado, na legislação brasileira, a partir do art. 5º, I, da Constituição, que afirma que todos possuem o inviolável direito à vida. À luz do art. 2ª do Código Civil e do art. 4º do Pacto de São José, entende-se que este direito à vida se estende também aos nascituros.

[6] A excomunhão *latae sententiae* difere, portanto, da *ferendae sententiae* por ser automática, logo que é cometido o pecado que é objeto de excomunhão.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

É evidente, entretanto, que não se pode falar em teologia e filosofia cristãs em sentido unívoco. Os documentos e referências aqui apresentados são fundados na doutrina católica. No tocante à visão protestante sobre o tema, é possível que haja perspectivas em diferentes matizes, alguns mais concordes com o que coloca a Igreja Católica em torno do assunto, e alguns mais distantes, na medida em que não se pode entender o protestantismo como um movimento uno.

CONSIDERAÇÕES FILOSÓFICAS

Como dissemos anteriormente, nos limitaremos, para abordar filosoficamente o tema que nos propomos, a uma visão mais panorâmica da visão cristã, tocando de modo mais específico em três pensadores: Santo Agostinho, Santo Tomás e Kant, sendo os dois primeiros certamente os dois maiores lumes da filosofia cristã. Também como já dito, nenhum destes pensadores tratam sobre questões como aborto, o que não nos impede, todavia, que possamos extrair de seus pensamentos consequências que nos auxiliem a refletir sobre tais questões, de certo modo atualizando-os.

Para entendermos perfeitamente a ideia que subjaz a valorização da vida dentro da cosmovisão cristã, e que reverberará nas questões de bioética, é preciso, antes de mais nada, compreender como a ética cristã se funda na ideia de respeito a uma hierarquia dos seres, nas quais os seres superiores devem ser mais estimados que os inferiores. Para tanto, faz-se mister, primeiro, entendermos a própria noção de hierarquia dos seres, que permeia toda a visão de mundo cristã. Uma vez compreendida a ideia de hierarquia, teremos base para compreender a noção cristã-agostiniana de que o pecado e o mal nascem de uma espécie de inversão ou subversão na ordem hierárquica das criaturas, de modo que aquelas menos perfeitas passam a ser preferidas àquelas que são mais perfeitas. Neste caso, os seres menos perfeitos deveriam ser buscados não por si mesmos, mas como meios para aqueles mais perfeitos, sendo Deus aquele que é buscado em por si mesmo em máximo nível. Kant também postula a ideia de que o ser humano possui uma dignidade absoluta, não podendo ser tratado como um meio para as demais coisas.

Ora, quando consideramos o aborto, podemos ver de algum modo esta inversão na hierarquia das criaturas, na medida em que o aborto é, geralmente, uma opção feita quando se considera as condições empíricas – e portanto, materiais – da mulher que opta por abortar inviáveis para dar à luz uma criança. Numa perspectiva cristã, o valor de uma vida humana não pode ser mensurado a partir de condições empíricas ou

materiais, quaisquer que sejam, o que seria, de algum modo, tratar a vida humana como inferior a elementos materiais, ou como simples meio. A vida deve ser considerada um fim em si mesmo, como entendia Kant. Desenvolvamos melhor a ideia de hierarquia e a ideia de pecado como inversão da ordem posta, de modo a compreendermos como o aborto se insere nesta lógica.

Atendo-nos ao primeiro ponto, a respeito da noção de hierarquia dos seres, temos que tal concepção pode ser mapeada já na *Bíblia*, onde podemos ver Deus como o Todo-Poderoso, aquele que deve ser buscado acima de todas as coisas (*vide*: *Deuteronômio* 6,5 e *Mateus* 6,33) – ou por si mesmo – e, logo abaixo dele, a corte celestial, menos perfeita do que Deus, mas mais perfeita do que o homem. Mais abaixo dela está o homem, centro da criação e imagem de Deus (*Gênesis* 1,27), e, ainda mais abaixo, os animais e seres materiais, sobre os quais o homem domina com o consentimento do Criador (*vide*: *Gênesis* 1,26-29). A ideia de hierarquia se torna dominante na teologia e na filosofia cristãs, desenvolvendo-se de modo amplo ao longo da Idade Média. Esta ideia, na verdade, é também oriunda da filosofia neoplatônica, de cujo arcabouço teórico os cristãos se apropriam.

Podemos ver isso ilustrado de modo claro na árvore porfiriana delineada na obra *Isagoge* (PORPHYRY, 1994, p. 4) de Porfírio, importante filósofo pagão neoplatônico do séc. III-IV, que propõe com tal conceito a ideia de que a realidade está estruturada em diferentes gêneros e espécies de seres, uns mais universais (e, portanto, mais abrangentes e, numa lógica neoplatônica, mais perfeitos) do que outros, os mais universais abarcando os menos universais, sendo o elemento menos universal os próprios indivíduos concretos. A influência de Porfírio sobre a filosofia cristã se fez sentir através do Beato Boécio, tradutor da *Isagoge* para o latim e autor do primeiro e do *Segundo comentário sobre Porfírio* (BOETHIUS, 1994).

Entre os importantes filósofos e teólogos cristãos podemos também encontrar a ideia de hierarquia de modo marcante em Pseudo-Dionísio Areopagita, também fortemente influenciado pelo neoplatonismo, e que postula uma "rigorosa hierarquia em que se escalona os seres por graus de perfeição, que vão descendo desde Deus até chegar às últimas criaturas" (FRAILE, 1986, p. 169), e que se divide o próprio Ser em três esferas: Deus, o mundo celeste e o mundo terrestre (FRAILE, ibidem, p. 169-173). Mesmo dentro de cada uma destas esferas pode-se notar a ideia de uma multiplicidade de seres e de hierarquia que os rege, como constatamos, por exemplo, na obra *Hierarquia celeste* (PSEUDO DIONISIO, 2002), em que Pseudo-Dionísio fala especificamente da hierarquia existente no mundo angélico, dividindo-a em três categorias, cada uma com suas subdivisões, sendo a primeira a dos serafins, querubins e

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

tronos; a segunda a das dominações, virtudes e potestades; e a terceira a dos anjos, arcanjos e principados. Através de Pseudo-Dionísio a ideia de hierarquia ganha força no mundo medieval, não apenas porque se trata de um autor que se pensava discípulo de São Paulo (Dionísio Areopagita de At 17), mas também porque seu tratado de angelologia se torna referência no assunto no âmbito da teologia católica.

Em Santo Agostinho, certamente o maior nome da patrística, podemos ver a noção de hierarquia dos seres criados em diferentes obras, como na *De natura boni*, 17, (AGOSTINHO, 2005), onde diz que "nenhuma natureza, enquanto natureza, é má. E em nenhuma natureza existe o mal, mas apenas uma diminuição no bem. Se este diminuir a ponto de desaparecer, não havendo nenhum bem, também não se conservará em nenhuma natureza"; e também no *De libero arbítrio*, onde temos a defesa de uma noção de hierarquia e a postulação do homem como dotado de uma dignidade superior a dos animais e dos demais seres da criação (Livro I, pt. II, cap. 7,16-17 e 8,18). Nesta obra, cap. 8,18, Santo Agostinho expressa a superioridade do homem por sua natureza racional:

> O que põe o homem acima dos animais, seja qual for o nome com que designemos tal faculdade, seja mente ou espírito, ou com mais propriedade um e outro indistintamente, porque encontramos esses dois vocábulos também nos Livros Sagrados – quando pois esse elemento superior domina no homem e comanda a todos os outros elementos que o constituem, ele encontra-se perfeitamente ordenado (AGOSTINHO, 1995, p. 46).

No *De civitate Dei*, XI, 16, falando sobre a hierarquia dos seres, diz o Santo Doutor:

> Entre os seres que existem, e os quais não são Deus, seu autor, aqueles que têm vida estão acima dos que não têm; aqueles que tem o poder de gerar, ou mesmo de desejar, daqueles em que faltam esta faculdade. E, entre as coisas que têm vida, as sencientes são superiores àquelas que não têm sensação, como os animais estão acima das árvores. E, entre os sencientes, os inteligentes estão acima daqueles que não têm inteligência (AUGUSTINE, 1952, p. 331).

E, ainda, no *Comentário sobre o Gênesis contra os maniqueus*, II, 29, 43, diz sobre as criaturas:

Temas em
Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

> E enquanto são, todas são boas, porque Deus fez todas inteiramente boas, mas ordenadas em graus distintos, de tal modo que umas são melhores que outras, e assim se completa com toda esta classe de bens este universo, o qual, tendo alguns seres perfeitos e outros menos perfeitos, é todo ele perfeito (COSTA, 2012, p. 64).

A mesma noção de diferença de graus de perfeição na ordem dos seres mapeamos na escolástica. Hugo de São Vítor, por exemplo, faz a distinção entre três tipos de seres, o eterno, que é Deus, os perpétuos e imutáveis, que são os que têm princípio, mas não fim; e os temporais, que têm princípio e fim (FRAILE, op. cit., p. 478-479). Também em Santo Tomás, representante maior da teologia e da filosofia cristãs da baixa Idade Média, percebemos a mesma ideia. O Doutor Angélico herda a noção de diferentes graus de perfeição dos seres não apenas num sentido geral (Deus – substâncias imateriais – substâncias materiais), mas também, como Pseudo-Dionísio no *Hierarquia celeste*, no interior destas esferas. A cosmologia tomista, por exemplo, "considera que os movimentos dos corpos inferiores são causados pelo movimento dos corpos celestes e que os fenômenos do mundo sublunar são regidos pelos movimentos dos astros" (GILSON, 2006, p. 448).

Podemos notar a fundamentação tomista da noção de hierarquia num sentido mais geral (Deus - substâncias imateriais – substâncias materiais) delineada e condensada no opúsculo *O ente e a essência,* cap. V, onde o Doutor Angélico descreve os diferentes graus da perfeição das criaturas a partir da proporção existente em cada ser de ato e de potência. Quanto mais de ato e menos de potência tem um ser, mais perfeito ele é e mais próximo de Deus, o puro Ser e ato puro. Assim, entre as criaturas, teríamos as inteligências separadas da matéria, em seus mais variados graus de perfeição, bem abaixo, o homem, inteligência que, por ter mais de potência, se encontra ligado à matéria, e aqueles seres que estão ainda abaixo do homem, indissociavelmente ligados à matéria. Assim fala Santo Tomás:

> Por conseguinte, existe distinção de uma inteligência para outra, segundo o grau de potência e de ato, de maneira que uma inteligência superior, que está mais próxima do primeiro princípio, tem mais de ato e menos de potência, e assim por diante nas demais. Isto se realiza na alma humana, que ocupa o último lugar entre as substâncias intelectuais, razão pela qual a sua intelecção potencial está para as formas inteligíveis do mesmo modo como a matéria primeira, que ocupa o último lugar nos seres sensíveis, está para as formas sensíveis, conforma afirma o Comentador no livro III *Sobre a Alma*. Por este

Temas em
Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

> motivo o Filósofo a compara com uma tábua rasa, na qual nada está escrito. E já que a alma humana é a que, dentre as substâncias intelectuais, mais tem de potência, se torna de tal maneira próxima das coisas materiais, que a coisa material é forçada a participar do seu ser, de modo tal, que da alma e do corpo resulta um só ser em um composto, se bem que aquele ser, enquanto é a alma, não dependa do corpo. Por isto, depois desta forma que é a alma humana, existem outras formas que têm ainda mais de potência e são ainda mais próximas da matéria, a tal ponto, que o ser delas é impossível sem a matéria. Também entre estas formas existe uma ordem ou hierarquia, até se chegar às primeiras formas dos elementos, que são as mais próximas da matéria (SANTO TOMÁS, 1996, p. 44-45).

O homem estaria, assim, na última posição entre o que chama de "substâncias intelectuais", mas, ainda assim, acima de todos os seres cujo ser só é possível com e através da matéria, como os animais e coisas puramente materiais. Gilson comenta a ideia de hierarquia em Santo Tomás como se segue:

> Na realidade, a criação comporta desde seu primeiro momento uma distância infinita entre Deus e as coisas; a assimilação do mundo a Deus é inevitavelmente deficiente e nenhuma criatura recebe a plenitude total da perfeição divina porque as perfeições só passam de Deus à criatura efetuando uma espécie de descida. A ordem segundo a qual essa descida se efetua é a própria lei que rege a constituição íntima do universo: todas as criaturas se dispõem segundo uma ordem hierárquica de perfeição, indo das mais perfeitas, que são os anjos, às menos perfeitas, que são os corpos, e de tal maneira que o grau mais baixo de cada espécie superior confina com o grau mais elevado de cada espécie inferior (GILSON, 2001, p. 665-666).

Poderíamos dizer, então, que o ser humano é posto, na visão medieval, num lugar intermediário quando consideramos que acima dele está Deus e os anjos, mas um lugar privilegiado quando o consideramos em relação a todas as coisas presentes no plano terrestre e material, alçando-se acima de todos os demais seres e de todo o mundo físico.

Tendo clara a ideia de hierarquia dos seres presente na cosmovisão cristã, passemos, pois, à ideia de que o pecado nasceria de uma espécie de inversão da ordem dos seres. Podemos perceber tal ideia sendo defendida, por exemplo, no debate que Santo Agostinho trava com os maniqueus. O maniqueísmo era uma seita que pregava

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

que o mal, para existir, precisaria ter sido criado não pelo Deus bom, mas por um Deus mal. Assim, o bem e o mal eram entendidos como forças criadas por dois princípios ontológicos opostos, sendo a matéria má e o espírito bom. Santo Agostinho combate a visão maniqueísta afirmando que só existe um Deus, sumamente bom, e que todas as coisas criadas são ontologicamente boas, conforme sobredito, não sendo o mal algo de real, mas relativo ou moral. O mal moral nasce na medida em que as pessoas buscam aquilo que é inferior em detrimento daquilo que é superior. Em última instância, o mal é sempre buscar as criaturas em lugar do criador. Como afirma Costa, Santo Agostinho,

> servindo-se do conceito neoplatônico de mal, como privação, defecção, ausência ou distanciamento do bem – não ser -, define o mal justamente como o distanciamento ou afastamento de Deus, por parte do homem, que, por livre vontade, escolhe direcionar todo seu amor às coisas inferiores, dentre elas a si mesmo, gerando a soberba, em detrimento do amor devido a Deus. [...] Por tudo isso, defendemos que a genuína e definitiva resposta agostiniana ao problema do mal, a saber: o único mal que podemos chamar propriamente de mal é o mal moral, cuja causa ou origem encontra-se na má vontade do homem, que, por livre escolha, resolve subverter a ordem estabelecida por Deus, amando mais os seres criados, inclusive a si próprio, do que o Criador (COSTA, op. cit., p. 37-38).

Todavia, podemos entender o mal não apenas como inversão da ordem dos seres tendo como referências apenas os dois polos da ordem – o Criador e as criaturas tomadas em conjunto e indistintamente -, mas também ver o mal moral como o resultado de uma inversão da ordem no interior da própria ordem restrita das criaturas. Assim, sugere o santo em *De natura boni* (8) que as criaturas devem estar dispostas "de maneira que as menos firmes cedam lugar às mais firmes, as mais fracas às mais fortes e as menos poderosas às mais poderosas, do mesmo modo que as terrestres obedecem às celestes, como as inferiores às superiores". A ordem hierárquica tem, portanto, um desdobramento ético, de modo que o bem está em respeitar a ordem ontológica posta das criaturas, e o mal estaria em subverter a ordem.

Nesse sentido, a vida humana, acima de todas as criaturas puramente materiais e também de todo o mundo empírico, não poderia, por uma lógica cristã-agostiniana, ser posta abaixo destes, tampouco Deus, acima de todas as criaturas, poderia ser preterido em relação às criaturas, mesmo aquelas mais elevadas. Podemos ver os desdobramentos éticos desta visão de mundo hierárquica com alguns exemplos práticos. Ninguém hesitaria em concordar que é, por exemplo, moralmente condenável atribuir mais valor a

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

objetos inanimados (como o dinheiro) do que a pessoas, ou a animais mais do que a vidas humanas etc., embora o inverso seja amplamente aceitável. Tais ações moralmente condenáveis seriam fruto de um direcionamento do arbítrio a coisas inferiores em detrimento de coisas que, na hierarquia dos seres, são superiores e mais perfeitas. Muitos crimes nascem desta inversão: o latrocínio é um caso claro. O mal moral também decorreria da atitude de valorizar o que é superior apenas como meio para se alcançar aquilo que é inferior, como ser amigo de alguém apenas pelos benefícios materiais que podem advir desta amizade etc.

A lógica de hierarquia dos seres permeia, portanto, várias esferas de nossa vida ética e política. No que diz respeito ao aborto, temos que sua criminalização se pautaria numa ótica em que a vida humana, que possui um lugar privilegiado na hierarquia dos seres, não poderia ser anulada por motivos de natureza material ou elementos empíricos. Neste sentido, poderíamos dizer que no mundo das relações humanas a vida humana deve ser encarada como possuindo um valor inegociável, sendo um fim em si mesmo.

A ideia de que o ser humano é sempre um fim em si mesmo, jamais podendo ser encarado como meio para a obtenção de quaisquer ganhos materiais – ou, que seja, para se evitar perdas materiais – pode também ser constatada em Kant em uma das formulações do Imperativo Categórico, expostas na *Fundamentação da metafísica do*s costumes, que diz: "Age 'de tal maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente como fim e nunca // simplesmente como meio" (KANT, 2007, p. 69). O Imperativo Categórico é um princípio objetivo e de caráter universalista, do qual emanariam todas as máximas e ações verdadeiramente morais.

Pascal, sobre esta formulação do Imperativo Categórico, comenta:

> Ora, sabemos que a boa vontade não pode agir em vista de um fim subjetivo, ou ser determinada por um móvel. Resta indagar, pois, que espécie de fim objetivo ela pode propor-se, ou que motivo pode determiná-la. Os fins subjetivos são todos relativos ao sujeito, e é por isso que não podem servir de princípios universais para a vontade; um fim objetivo deverá, pois, ter um valor universal e, consequentemente, ser um *fim em si*. Ora, não existe, na natureza, senão um fim em si: o homem. [...] As coisas nunca têm valor senão *para nós*; e os seres racionais ou pessoas, ao contrário, têm *valor absoluto*. Se nos recusássemos a tomar a pessoa humana como um fim em si, não restaria coisa alguma dotada de valor absoluto, o que impossibilitaria a existência de um imperativo categórico (PASCAL, 2011, p. 131).

Temas em
Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Em Kant também teríamos, portanto, presente a ideia de que a humanidade está acima de quaisquer outros elementos do mundo empírico e material, reverberando em algum nível – embora certamente de modo discreto – a noção de hierarquia.

Kant desenvolve quatro exemplos de aplicação desta formulação do Imperativo Categórico. Pascal os descreve de modo sintético nos seguintes termos:

> o homem que se suicida trata sua própria pessoa como um meio e não como um fim em si; quem faz uma promessa enganadora serve-se de outro homem como de um meio; aquele que não cultiva os seus talentos não permite o pleno desenvolvimento da humanidade em si mesmo como fim; e quem não contribui em nada para a felicidade dos outros é contrário ao desenvolvimento da humanidade como fim em si. Em todos estes casos, pois, a ação, julgada desse segundo ponto de vista, não é moral (PASCAL, ibidem, p. 132).

O primeiro destes exemplos certamente nos é útil como base para pensarmos muitas das questões polêmicas no campo da bioética, incluindo o aborto:

> Segundo o conceito do dever necessário para consigo mesmo, o homem que anda pensando em suicidar-se perguntará a si mesmo se a sua ação pode estar de acordo com a ideia da humanidade *como fim em si mesma*. Se, para escapar a uma situação penosa, se destrói a si mesmo, serve-se ele de uma pessoa como de um *simples meio* para conservar até ao fim da vida uma situação suportável. Mas o homem não é uma coisa; não é portanto um objeto que possa ser utilizado *simplesmente* como um meio, mas pelo contrário deve ser considerado sempre em todas as suas ações como fim em si mesmo (KANT, op. cit., p. 69-70).

A humanidade, como indica o princípio, é um fim em si mesmo não apenas na pessoa de cada um de nós, mas também na do outro, indistintamente. Isso significa, conclui Kant, que, quer se trate da humanidade em si mesmo ou na pessoa do outro, em nenhum caso é lícito agir contra esta humanidade para se livrar de uma situação penosa, utilizando-a como meio para se colocar numa situação tolerável ou boa. Seja na própria pessoa ou na pessoa do outro, em ambos os casos a humanidade ou a vida humana, por assim dizer, seria destarte colocada apenas como simples meio para que o sujeito possa colocar-se em uma situação empiricamente (ou, o que dá no mesmo, materialmente)

Temas em
Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

melhor ou menos penosa. O princípio da humanidade como fim em si mesmo é, portanto, quebrado.

Se trouxermos o mesmo raciocínio para o problema do aborto, temos que a pessoa que opta por abortar está, via de regra, utilizando-se da humanidade em outra pessoa (no caso, do embrião ou do feto) como meio para colocar-se em uma situação empírica ou materialmente mais favorável, como quando uma mãe aborta porque não teria condições financeiras para cuidar da criança, ou porque teria que mudar todo o seu planejamento de vida em função da criança haveria de nascer. Abortar uma criança pelas condições de vida que ela poderia ter – se é que se pode prever com certeza que tipo de vida uma pessoa terá – também seria, em certo sentido, colocar a vida humana como subordinada a condições empíricas, o que contradiria o princípio kantiano.

Este tipo de cálculo – que poderíamos chamar de uma espécie de cálculo utilitário – é comum em situações em que a criança não é planejada, ou nasce numa família desestruturada, ou, ainda, quando é fruto de um estupro. Em todos estes casos, a vida da criança que está sendo gestada não possui um valor absoluto, incondicionado, mas que é mensurado (para mais ou para menos) a partir das condições materiais ou empíricas não apenas da mãe ou dos pais, mas de todos os envolvidos. Entretanto, mesmo as condições materiais ou empíricas da própria criança após o nascimento não legitimaria o aborto, a partir de uma perspectiva kantiana, partindo do pressuposto de que a criança que está sendo gestada já é vida humana.

O mesmo raciocínio pode ser aplicado a outros problemas bioéticos, como, por exemplo, a eutanásia: frequentemente a eutanásia é considerada uma alternativa como forma de abreviar ou anular o sofrimento de uma pessoa em estado terminal. Isso é, naturalmente, colocar o bem-estar da pessoa acima da própria vida humana, e, portanto, colocar a vida humana não como fim em si, como dotada de valor absoluto, mas apenas relativo. O mesmo quando alguém está tendo sua vida mantida com o auxílio de aparelhos e a manutenção da vida acaba por ser deveras custosa para os familiares, emocional e financeiramente. Neste caso teríamos o valor da vida humana como mensurado a partir dos custos materiais e emocionais das pessoas próximas, isto é, condições empíricas, e, portanto, não teríamos, de igual maneira, a vida como dotada de valor absoluto, como fim em si.

CONCLUSÃO

Temas em
Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Podemos, enfim, concluir que, quer analisemos a partir do ponto de vista estritamente teológico (pegando passagens bíblicas ou outros documentos da Igreja), quer analisemos a partir do ponto de vista filosófico, a visão de mundo cristã estabelece o homem como sendo portador de uma dignidade que o coloca acima de todas as demais coisas do mundo material e empírico – esta é a principal ideia por detrás da noção de hierarquia que podemos utilizar para o debate concernente ao aborto. Com esta visão hierárquica concordariam todos os pensadores cristãos supracitados: Pseudo-Dionísio, Santo Agostinho, Santo Tomás e Kant. O mal, numa visão cristã-agostiniana nasce da inversão da ordem das criaturas, colocando as inferiores acima das superiores, situação na qual poderíamos enquadrar o aborto. A mesma lógica podemos mapear no pensamento kantiano, que coloca a vida humana como possuindo um valor absoluto e inegociável, não podendo ser meio para outra coisa, como também podemos pensar no caso do aborto que é praticado para evitar situações prejudiciais. A vida humana não poderia ser aniquilada sob o pretexto de que as condições materiais ou empíricas dos pais ou de um futuro provável da própria criança são desfavoráveis, o que seria inverter a ordem natural das coisas.

Por fim, cabe dizer que a ideia de que existe uma ordem dos seres e que a ética social deve estar pautada no respeito a esta ordem é uma ideia estruturante do modo como nossa sociedade ocidental se organiza, devendo ser, portanto, respeitada. Para constatarmos como nossas instituições éticas e jurídicas estão organizadas em torno desta noção basta analisarmos a relação do homem com os demais seres na nossa sociedade, entre os quais, por exemplo, os animais. Se a ideia de hierarquia não fosse comumente sustentada em nossa sociedade, e não houvesse a aceitação geral de que não existe igualdade entre, por exemplo, homens e animais, e que o homem está num grau superior na ordem da criação, seria eticamente impensável, por exemplo, que o homem usasse animais para fins de alimentação ou para o trabalho (em fazendas, por exemplo), ou, ainda, para pesquisas científicas, como as que temos em ratos, beagles e macacos. Evidentemente, a visão de que existiria uma hierarquia de seres está, a cada dia que se passa, mais e mais sendo questionada, o que todavia não anula, mas, pelo contrário, enfatiza a importância do debate de tais questões no nível filosófico.

REFERÊNCIAS

Temas em
Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

AGOSTINHO, Santo. **A natureza do bem**. Rio de Janeiro: Sétimo Selo, 2005.

_____. **O livre-arbítrio**. Tradução de Nair de Assis Oliveira. 2ª ed. São Paulo: Paulus, 1995.

AUGUSTINE, Saint. **The city of God**. Translated by J. F. Shaw. Chicago: William Benton, 1952.

Bíblia de Jerusalém. Revista e ampliada. 1ª ed. São Paulo: Paulus, 2002.

BOETHIUS. Second commentary on Porphyry's Isagoge. *In:* SPADE, Paul Vincent. **Five texts on the mediaeval problem of universals**. Indianapolis: Hackett Publishing Company, 1994.

Catecismo da Igreja Católica. São Paulo: Loyola, 1999.

Código de direito canônico.13ª ed. São Paulo: Loyola, 2000.

COSTA, M. R. N. **10 lições sobre Santo Agostinho**. 2ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

Didaché. *In*: **Padres apostólicos**. São Paulo: Paulus, 1995.

FRAILE, Guillermo. **Historia de la filosofía II (Iº)**. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 1986.

GILSON, Étienne. **A filosofia na idade média**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **O espírito da filosofia medieval**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Tradução de Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 2007.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

PASCAL, Georges. **Compreender Kant**. Tradução de Raimundo Vier. 7ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

PAULO III. **Bula veritas ipsa.** Disponível em: < http://www.montfort.org.br/bra/documentos/decretos/veritas_ipsa/>. Acesso em: 01/12/2017.

PORPHYRY. Isagoge. *In:* SPADE, Paul Vincent. **Five texts on the mediaeval problem of universals**. Indianapolis: Hackett Publishing Company, 1994.

PSEUDO DIONISIO. **Obras completas**. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 2002.

VIEIRA, Padre António. **Sermões do Padre António Vieira**. Volume VI. São Paulo: Editora Anchietana S. A., 1944.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL

GESTACIONAL DIABETES MELLITUS: NURSES' CONTRIBUTION IN PRENATAL CARE

Josiane Dantas Bonfim[1]
Carlos Bezerra de Lima[2]

RESUMO - O presente estudo teve como objetivo geral refletir acerca dos possíveis problemas que a gestante necessite enfrentar durante o pré-natal, principalmente, aquelas acometidas por diabetes mellitus gestacional. Foram evidenciados os fatores de risco para a saúde e qualidade de vida da gestante e de seu filho, bem como a assistência de enfermagem Foi realizada uma pesquisa bibliográfica desenvolvida sob abordagem qualitativa. A busca foi feita através de sites como Scielo, Lilacs e Biblioteca Virtual da Saúde. Como resultado foi possível observar a importância do pré-natal para diagnosticar previamente a DMG e acompanhar o desenvolvimento fetal, os problemas enfrentados pela gestante com essa patologia e garantir uma assistência de enfermagem eficaz, minimizando os riscos para a saúde e qualidade de vida da gestante e de seu feto.

Palavras-chave: Atuação do enfermeiro. Diabetes mellitus gestacional. Pré-natal.

ABSTRACT - The present study had as general objective to reflect on the possible problems that the pregnant woman needs to face during prenatal care, especially those affected by gestational diabetes mellitus. The risk factors for the health and quality of life of the pregnant woman and her child, as well as the nursing care were evidenced. A bibliographical research was developed under a qualitative approach. The search was done through sites such as Scielo, Lilacs and Virtual Health Library. As a result, it was possible to observe the importance of prenatal care in order to diagnose GDM and to

---

[1] Enfermeira. Concluinte do curso de Especialização em Enfermagem e Obstetrícia.
[2] Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela UFRJ. Coordenador do curso de Bacharelado em Enfermagem da FAST.

monitor fetal development, the problems faced by the pregnant woman with this pathology, and to ensure a effective nursing care, minimizing the risks to the health and quality of life of the pregnant woman and her fetus.

Palavras-chave: Nursing performance. Gestational diabetes mellitus. Prenatal**.**

INTRODUÇÃO

A gravidez é um fenômeno natural que ocorre na vida da mulher durante o denominado período fértil. A partir da fecundação, tem início um processo de mudanças significativas no organismo da grávida provocando uma revolução hormonal. A gestação é um período marcado por uma série de fatores de risco para a própria saúde da mulher grávida e para a de seu filho. Um desses fatores de risco é o desenvolvimento da diabetes mellitus gestacional (DMG). Por isso, a mulher grávida necessariamente precisa ser acompanhada durante a gestação por profissionais de saúde em um serviço de pré-natal.

No caso da gestante acometida pelo DMG, os cuidados devem ser constantes durante todo o pré-natal, desde o diagnóstico até o puerpério. Essa mulher necessita de assistência sob visão holística e tridimensional, para o que o enfermeiro tem plena autonomia para realizar os devidos cuidados, juntamente com a equipe multiprofissional da estratégia de saúde da família, traçando metas e realizando-as em prol de uma assistência qualificada. Sob esta perspectiva, o objetivo geral desta pesquisa é refletir acerca dos possíveis problemas que a gestante necessite enfrentar durante o pré-natal. O desenvolvimento do estudo foi orientado pelos objetivos específicos: apresentar as características gerais da gravidez e suas implicações para a gestante e sua família; descrever as implicações da diabetes mellitus gestacional para a gestante e seu filho; determinar a assistência de enfermagem sob a perspectiva da saúde e qualidade de vida da gestante e do seu filho.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada mediante leituras visando à filtração de conteúdos inerentes ao objeto de estudo, evidenciados nos textos que compõem o material a ser analisado através dos descritores do presente tema. Teve como fontes secundárias de informações artigos publicados em revistas científicas, livros e

documentos do Ministério da Saúde, disponibilizados online em sites oficiais, que deram suporte à fundamentação desta revisão.

Inicialmente foram realizadas leituras seletivas para delimitar o material de estudo, foram feitas leituras para apreensão do conteúdo dos textos selecionados e finalmente, leitura analítica para elaboração do presente texto, que versa acerca de diabetes mellitus gestacional. Para esta composição, foi utilizado o método descritivo

GRAVIDEZ E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A GESTANTE E SEUS FAMILIARES

O atual contexto social brasileiro apresenta 97,4 milhões de mulheres, o que corresponde a 50,8% da população total do País. Dessas mulheres, 63% estão em idade reprodutiva, colocando-as na faixa etária que vai de 10 a 49 anos, o que alerta para que haja uma melhora nos atendimentos dos serviços de saúde e nos programas governamentais voltados a esse grupo (BRASIL, 2009). Ressalte-se que, a gestação é um fenômeno natural e fisiológico que ocorre com a mulher de vida sexualmente ativa em idade reprodutiva. Esse fenômeno geralmente é finalizado sem grandes intercorrências. No entanto, em alguns casos que podem chegar a 10% do total das gestantes o período gravídico-puerperal pode ocorrer em associação com grandes alterações metabólicas que, se não tratado a tempo e adequadamente, posteriormente podem provocar danos maternos e fetais.

Durante a gravidez o organismo passa por varias modificações, que incluem os processos de crescimento e desenvolvimento do feto no útero e também as importantes mudanças experimentadas pela mulher grávida, provocadas por modificações físicas, morfológicas e metabólicas. Sob a influência dessas modificações, os sintomas mais comuns e normais que anunciam a gestação são: ausência do período menstrual ou amenorréia, hipersensibilidade nos mamilos, aumento de tamanho dos seios, sonolência, vômitos matutino, enjôos mudanças na hora de perceber os cheiros que estavam acostumados e a necessidade de ingerir determinado tipo de comida ou alimento o que conhecemos como desejo (BRASIL, 2010).

O ganho de peso para a gestante é um fenômeno normal e esperado, a mulher com o peso normal antes da concepção assegura-se que o ganho de um quilograma por mês da gestação é a meta ideal. Contudo, a ansiedade constitui um grande aliado nesse crescimento, que costuma ser traduzida em um impulso por comer mais e, com isso um

ganho excessivo de peso que costuma ser difícil de reverter após o parto, principalmente para as gestantes que apelam por uma gestação mais tardia.

A gravidez tem duração inferior a 42 semanas contadas a partir do primeiro dia do período menstrual, e quando superior é denominada de gravidez pós-termo. Este termo ocorre aproximadamente em torno de 10% das mulheres e está associado a um risco aumentado de morbidade e mortalidade peri-natal. estima-se que um feto de 24 a 26 semanas estaria em condições de sobreviver com os cuidados necessários, conhecidos ou chamados crianças com extrema prematuridade, há uma chance de sobreviver, para os prematuros com maior idade gestacional a 30 semanas desde que os pulmões tenha alcançados a maturidade necessária.Isso evidencia a necessidade do acompanhamento da gravidez por profissionais em um serviço de pré-natal (BRASIL, 2010).

O período pré-natal é considerado de fundamental importância para o parto e nascimento saudáveis, o que requer dos profissionais envolvidos, o estabelecimento de uma efetiva comunicação junto às gestantes e seus familiares, para contribuir efetivamente nas ações de educação em saúde, favorecendo o autocuidado e o exercício da autonomia. O envolvimento da família no estado gravídico é de fundamental importância para a mulher, com isso é direito ter um acompanhante mediante as suas consultas, onde será explicado todos os procedimentos a serem executados na gestante. É de fundamental importância que o profissional esteja agendando as consultas da gestante, mediante as anteriores, inserindo-a no cronograma da unidade. Para que a mesma venha participar de atividades educativas e reuniões voltadas para a grávida. Auxiliando assim seu desenvolvimento biopsicossocial (COSTA et al., 2013).

O planejamento e a realização da assistência à gestante apresentam aspectos educativos e assistenciais que podem influenciar na qualidade da atuação profissional. Nesse sentido, a organização do serviço tem sido fundamental para execução da atenção ao pré-natal. Portanto, são necessários trabalhadores de saúde qualificados e sensíveis às necessidades da mulher em processo gestacional, além de ferramentas tecnológicas para o desenvolvimento da consulta, a atenção especializada e a dinâmica do cuidado nos diferentes níveis de atenção para o seguimento desse cuidado de maneira integral e holística (XIMENES NETO et al., 2008).

Em âmbito do pré-natal, o direito da mulher deve ser garantido e respeitado em todo o período gestacional; receber assistência de qualidade, é um direito que toda gestante adquire a partir do momento que engravida até o puerpério. Por isso é dever do município dispor de serviços de saúde que proporcionem a assistência pré-natal, parto, puerpério e neonatal, devidamente organizados e com garantia de qualidade (BRASIL, 2011). Toda mulher em período gravídico, tem direito total de ser acompanhada por

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

profissionais que executem o pré-natal, assegurando assistência de boa qualidade durante e após o parto, bem como, essa assistência deve ser voltada para o neonato também.

A assistência pré-natal, quando realizada com qualidade, poderá proporcionar melhores resultados na assistência ao parto. Portanto, a realização de ações educativas, além das assistenciais, no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, pois é no pré-natal que a mulher deverá ser mais bem orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação (CASTRO; MOURA; SILVA, 2010).

A assistência no pré-natal deve começar ainda no primeiro trimestre da gestação, as consultas devem ser agendadas para que se tenha a cobertura necessária ao acompanhamento afetivo, de acordo com o manual do Ministério da Saúde: as realizações das consultas devem ocorrer no mínimo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre. Quando as consultas não acontecem no início da gestação e nem têm a sequência necessária para a avaliação do binômio feto-mãe, o acompanhamento do desenvolvimento do feto pode ficar prejudicado, e dificultar a detecção precoce de algumas doenças, como a diabetes gestacional e pré-eclâmpsia, trazendo graves problemas para as gestantes.

Tais problemas poderão ser prevenidos e controlados através do pré-natal durante toda a gravidez (ANDREUCCI; CECATI, 2011). No caso específico da diabetes mellitus gestacional, quando ela é diagnosticada precocemente é possível fazer o tratamento adequado durante a gestação e prevenir complicações, pois a mulher acometida por DMG enfrenta diversos problemas durante o seu período gravídico.

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

Diabetes mellitus é uma expressão utilizada para designar um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia; tais doenças resultam de deficiência na secreção de insulina e/ou defeitos em sua ação no metabolismo dos alimentos ricos em açúcares. A hiperglicemia se manifesta através de sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva ou por complicações agudas que podem levar a risco de morte, tais como: cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica. Ressalte-se que a hiperglicemia crônica está associada a dano, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sangüíneos.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Estudos de intervenção demonstraram que a obtenção do melhor controle glicêmico possível retardou o aparecimento de complicações crônicas microvasculares, embora não tenha tido um efeito significativo na redução de mortalidade por doença cardiovascular. Em outros termos, diabetes é uma situação clínica freqüente no atual contexto social, acometendo 7,6% da população adulta entre 30 e 69 anos e 0,3% das gestantes. Alterações da tolerância à glicose são observadas em 12% dos indivíduos adultos e em 7% das grávidas. Cerca de 50% das pessoas que convivem com diabetes desconhecem o diagnóstico (ALVES; LIMA; OLIVEIRA, 2011).

Apesar da informação acima de que entre as pessoas acometidas por essa doença, 0,3% incide entre as gestantes, considere-se ainda que o diabetes mellitus gestacional (DMG) é uma morbidade importante por suas complicações relevantes para gestantes e conceptos, de prevalência estimada em 7,6% entre gestantes, por estudos realizados no Instituto Brasileiro de Diabetes Gestacional (SIMON et al., 2013). O DMG é uma patologia que agrava a gestação da mulher bem como seu parto e pós-parto, podendo agregar outras patologias e afetar diretamente o feto, trazendo agravos para o mesmo ao nascer.

O crescimento fetal é influenciado positivamente pelo estado nutricional materno. As anormalidades nos padrões do crescimento fetal resultam em recém-nascidos grandes para a idade gestacional (GIG) ou pequenos para idade gestacional (PIG). Ambos apresentam maior risco de agravos na saúde, tais como: baixos índices de APGAR, aspiração de mecônio, convulsões, complicações respiratórias, hospitalização prolongada e sequelas que poderão surgir a longo prazo, incluindo a obesidade, hipertensão arterial e síndrome metabólica (NOMURA et al., 2012).

Os principais fatores de risco reconhecidos para DMG, presentes na maioria das mulheres brasileiras, que evoluem ou não para DMG, são: história de diabetes em familiar de primeiro grau, obesidade, idade superior a 25 anos, hipertensão arterial sistêmica, mau passado obstétrico, evidenciando antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, história de macrossomia fetal ou diabetes gestacional prévios, abortos de repetição e malformações congênitas fetais e macrossomia, polidrâmnio, doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) ou ganho de peso excessivo no desenvolvimento da gestação. Também já foram descritos como fatores de risco a baixa estatura da gestante ($\leq$151 cm) e a Síndrome dos Ovários Policísticos (SIMON et al., 2013).

Assim, toda gestante precisa fazer o acompanhamento da gravidez, para garantir o desenvolvimento saudável da mesma, a saúde e qualidade de vida dela própria e de seu concepto. Para garantir uma assistência com excelência à gestante, é necessário fazer o pré-natal, que se inicia com uma anamnese com histórico familiar para traçar os

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

diagnósticos e promover os devidos cuidados com a mesma. Durante as consultas realizadas no pré-nata serão feitos todos os exames rotineiros e outros que por ventura venham a ser indicados, para garantir o desenvolvimento saudável da gestação, a aúde e qualidade de vida da gestante e de seu filho.

Diabetes é uma das doenças que causam maior preocupação quer às grávidas quer às suas famílias, sobretudo quando são conhecidas e reconhecidas as consequências da doença no desenvolvimento do feto e na saúde da mãe, pois está associada a altos índices de morbilidade, perinatal, principalmente macrossomia e malformações fetais. A diabetes e seu tratamento afetam o quotidiano das portadoras de maneiras diversas, em todas as áreas da vida e dos seus ritmos. Implica uma modificação de hábitos de vida, afetando a vida familiar, profissional e emocional da grávida. Estas alterações do quotidiano das gestantes assim como o sofrimento e ansiedade que vivenciam, merecem por parte das equipas de saúde uma atenção especial tanto no seguimento e vigilância da gestação como aos cuidados relativos à educação em saúde (CORREIA; MEDINA, 2013).

Além da ansiedade e fantasias usualmente relacionadas à gestação e ao parto que a maioria das mulheres saudáveis apresenta durante este período de vida, a gestante com diabetes mellitus gestacional (DMG) tem que enfrentar preocupações adicionais. Para otimizar os resultados gestacionais e reduzir o risco de complicações maternas e perinatais, as mulheres com DMG devem modificar hábitos e submeterem-se a acompanhamento médico rigoroso até o parto. É recomendado manter alimentação regrada e adequada para assegurar controle no ganho de peso, estilo de vida ativa, monitoramento contínuo do nível de glicose e, por vezes, injeções diárias de insulina. Além disso, como parte do seu acompanhamento, estas pacientes recebem informações sobre os riscos do DMG e as possíveis complicações fetais associadas à doença, como polidrâmnio, macrossomia, parto prematuro e tocotrauma (RIBEIRO et al., 2011).

Entretanto a mulher acometida com DMG pode desencadear diversas outras patologias, e associações, sendo a infecção urinária (IU) uma delas, pois já acomete gestantes e é prevalente no indivíduo com diabetes mellitus (DM), então se torna intensa em caso de diabetes mellitus gestacional. Alem disso, o maior risco para complicações são para as gestantes obesas, que estão suscetíveis a diabetes, hipertensão, parto cirúrgico, enquanto seus filhos são mais propensos a apresentarem macrossomia, riscos de malformação fetal e maior mortalidade peri-natal. No entanto o baixo peso materno também aumenta os riscos de desfechos desfavoráveis para a mãe e para o concepto, entre os quais pode ser citada a restrição de crescimento intrauterino e a prematuridade (GONÇALVES et al., 2012).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

O diabetes mellitus gestacional (DMG) acomete em grande parte, as gestantes obesas, com alto índice de massa corpórea. O sobrepeso influencia na quantidade excessiva de tecido adiposo, causando aumento de triglicerídeos consecutivamente aumentando a glicose no organismo da mulher grávida. O sobrepeso é um dos problemas mais enfrentados no DMG. Os problemas começam com o impacto do diagnóstico e prosseguem com a nãoaceitação da doença causando por isso uma série de constrangimentos: internamento prolongado, jejuns consecutivos, dieta, afastamento do trabalho e dos familiares, exames diários e consequências, medo da perda do bébé, entre outros. Isso exige dos profissionais de saúde que lidam com estas pacientes, habilidade e competência adequadas para lidar não só com os cuidados físicos, mas também psicológicos e emocionais e ainda os familiares e amigos envolventes. Este cuidado é prestado no sentido de minimizar essas dificuldades através de uma relação de cuidado transpessoal, para que essas mulheres possam vivenciar esses momentos (gravidez, parto e puerpério) com segurança, tranquilidade, confiança e satisfação (CORREIA; MEDINA, 2013).

ASSISTÊNCIA À GESTANTE COM DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

No caso de gestação em que seja diagnosticado o DMG, o enfermeiro deverá atuar juntamente com o médico, pois será considerada uma gravidez de alto risco e serão necessários exames de mais complexidade e um acompanhamento mais rigoroso. O enfermeiro terá que trabalhar junto à gestante, além das orientações medicamentosas, a questão de hábitos alimentares, a prática de exercício físico, de acordo com a tolerância de cada gestante, ou seja, dar uma assistência acerca das ações cotidianas que podem auxiliar na estabilidade da patologia, evitando maiores complicações. A assistência de enfermagem é primordial nesse contexto, pois no período do pré-natal, tem que desencadear ações específicas para conforto da gestante, controle da doença e prevenção de possíveis complicações para ela e seu concepto (LACERDA, 2010).

O enfermeiro deve atuar no cuidado com foco de atenção no conceito de humanização, realizando consultas que permitam à mulher vivenciar a experiência da gestação como algo natural, como parte do ciclo vital feminino, e procurar estabelecer um ambiente seguro o suficiente para o nascimento saudável da criança. Isso não envolve apenas tecnologias avançadas, mas sim um trabalho de acompanhamento e apoio durante todo o pré-natal que permita à gestante chegar no parto fazendo escolhas conscientes e bem informadas (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2007)

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

A assistência à gestante com diagnóstico de diabetes na gestação deve ser voltada para a prevenção de complicações, avaliação e monitoramento dos fatores de risco. Assim, o enfermeiro deve orientar quanto à prática de autocuidado, regime alimentar e práticas de exercício físico, monitorização glicêmica capilar. Informar que se faz necessário acompanhamento pós-parto, pois o mesmo com a possibilidade do desaparecimento do diabetes pode haver desenvolvimento da doença no decorrer da vida, sendo de competência do enfermeiro realizar consultas de enfermagem, solicitando exames e desenvolvendo atividades e estratégias de educação em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa favoreceu a compreensão de que diabetes mellitus gestacional é uma patologia que agrava a saúde materna como também do feto, desde o surgimento dos primeiros sinais e sintomas até a realização do parto e todo o puerpério propriamente dito. Considere-se que alterações na tolerância à glicose estão relacionadas a um aumento do risco de doença cardiovascular, hipertensão arterial, insuficiência renal, problemas visuais e tantos outros agravamentos à saúde da mulher grávida e de seu filho.

Isso evidencia a necessidade de um excelente pré-natal, dadas todas as possibilidades de auxilio para a gestante, dentro dos programas do Ministério da Saúde. Estudo recente demonstrou que é possível diminuir significativamente a incidência de complicações da diabetes através de medidas de intervenção como a realização de exercício físico e redução de peso em pessoas com alterações da homeostase glicêmica ainda não classificadas como diabetes, principalmente em casos de gestação.

O apoio psicossocial para com a grávida acometida por diabetes mellitus gestacional é de total importância para que o seu período gravídico seja conforme planejou-a, dando alternativas de apreciar sua gestação da maneira que a mesma optar, desde que esteja dentro dos parâmetros de cuidados e humanização. Neste caso, foi visto a importância da assistência de enfermagem durante todo o período gestacional da mulher com DMG, pois o enfermeiro desenvolve ações de cuidados específicos, como solicitação e interpretação de exames, no controle de terapia medicamentosa e todo o trabalho de educação em saúde, para que seja proporcionado um ambiente favorável para o nascimento desta criança. Com todas essas condutas, minimizam-se os agravos com a patologia, refletindo no binômio mãe/feto como também nos problemas posteriores, evitando que a diabetes gestacional passe a trona-se crônica.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

REFERÊNCIAS

ALVES, C. M. P.; LIMA, C. S.; OLIVEIRA, F. J. L. Nefropatia diabética: avaliação dos fatores de risco para seu desenvolvimento. **Ver Bras Clin Med**, São Paulo, v.9, n.2, p. 97-100, 2011.

ANDREUCCI, C. B.; CECATI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. Cad Saúde Pública [online], v.27, n.6, p. 1053-1064. 2011.

BRASIL. Urgências e emergências maternas: guia para o diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento deAtenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 85-334-1183-9

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

CASTRO, Maria Elisabete et al. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas. Rev. Rene, Pará, ano, n. v. 11, p. 72-81. 2010. (Número Especial).<http://www.revistarene.ufc.br/edicaoespecial/a08v11esp_n4.pdf>.

CORREIA, E.; MEDINA, M. L. Cuidados de Enfermagem à Gestante Com Diabetes Gestacional. Universo do Mindelo. Mindelo julho de 2013.

COSTA C. S C., VILA V. S. C., RODRIGUES F. M., MARTINS C. A., PINHO L. M. O. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiás2013. <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a26.pdf>

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

GONÇALVES, Carla Vitola et al. Índice de massa corporal e ganho de peso gestacional como fatores preditores de complicações e do desfecho da gravidez. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.34 no.7 Rio de Janeiro July 2012. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000700003&lang=pt>.

LACERDA, Flavia Ferreira Petruceli. A Importância da Assistência de Enfermagem as Pacientes Portadora do Diabetes Mellitus. UFMG. Governador Valadares, 2010.

NOMURA R. M.Y., PAIVA L. V., COSTA V. N., LIAO A. W., ZUGAIB M. Influência do estado nutricional materno, ganho de peso e consumo energético sobre o crescimento fetal, em gestações de alto risco. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.34 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2012http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000300003&lang=pt

RIBEIRO, Meireluci Costa et al. Gravidez e Diabetes Gestacional: uma combinação prejudicial à função sexual feminina?Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.33 no.5 Rio de Janeiro May 2011. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000500003&lang=pt>.

SERRUYA, Suzane Jacob; LAGO, Tania Di Giácomoand CECATTI, José Guilherme. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [online]., v.4, n.23, p. 269-279, 2007.

SIMON C. Y., MARQUES M. C. C., FARHAT H. L. Glicemia de jejum do primeiro trimestre e fatores de risco de gestantes com diagnóstico de diabetes melito gestacional. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.35 no.11 Rio de Janeiro Nov. 2013http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013001100006&lang=pt

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

XIMENES NETO, F.R.G,LEITE, J. L, FULY, P. S.,CUNGAM I. C. K. O, CLEMENTE A. S., DIAS M. S. A., PONTES, M. A. C. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. Rev. bras. enferm. vol.61 no.5 Brasília Sept./Oct. 2008. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000500011

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE ENSAIOS CLÍNICOS E PATENTES SOBRE TUBERCULOSE: UM ESTUDO QUANTITATIVO E QUALITATIVO SOBRE A EVOLUÇÃO EM DUAS DÉCADAS

COMPARATIVE ANALYSIS BETWEEN CLINICAL TRIALS AND PATENTS ON TUBERCUOSIS: A QUANTITATVE AND QUALITATIVE STUDY ON EVOLUTION IN TWO DECADES

Rogério Almeida Meneghin[1]
Ana Eleonora Almeida Paixão[2]
Henry Jun Suzuki[3]

RESUMO – o trabalho apresenta a análise comparativa entre ensaios clínicos e patentes sobre tuberculose em nível mundial nos últimos 20 anos. Identificaram-se 1005 ensaios clínicos distribuídos em 94 países, e 5563 patentes depositadas em96 países. Para a recuperação dos ensaios clínicos e das patentes foram utilizados, respectivamente, a plataforma ICTRP DA Organização Mundial de Saúde e o sistema ORBIT da empresa *Questel*. Por meio de análise quantitativa e qualitativa, observou-se um padrão de similaridade entre as instituições patrocinadoras dos ensaios clínicos e titulares das patentes; nos países nos quais foram conduzidos os ensaios clínicos e depositadas as patentes, os produtos finais resultantes dos ensaios clínicos e os domínios tecnológicos, aliados as CIPs das patentes depositadas. Em síntese, sugere-se que sejam criadas novas políticas públicas que estimulem a sinergia entre ensaios clínicos e patentes, ambos nacionais, no intuito de induzir um caminho seguro para independência tecnológica e, consequentemente, melhor desempenho no combate à tuberculose No Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose. Ensaio clínico. Patente.

---

[1] Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Propriedade Intelectual, Universidade Federal de Sergipe, E-mail: rogerioalmeidameneghin@gmail.com.
[2] Profª. Drª. do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Propriedade Intelectual, Universidade Federal de Sergipe. E-mail: aepaixao@gmail.com.
[3] Diretor Geral da Axonal Consultoria Tecnológica Ltda. E-mail: henry.suzuki@axonal.com.br.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

ABSTRACT - The paper presents the comparative analysis between clinical trials and patents on tuberculosis worldwide in the last 20 years. We identified 1005 clinical trials distributed in 94 countries, and 5563 patents filed in 96 countries. For the recovery of clinical trials and patents, the *ICTRP*® platform of the World Health Organization and the *ORBIT*® system of *Questel*® were used. Through quantitative and qualitative analysis a pattern of similarity was observed between the institutions sponsoring clinical trials and patent assignee; the countries in which the clinical trials were conducted and the patents deposited; the final products resulting from the clinical trials and the technological domains, together with the CIPs, of the deposited patents. In summary, it is suggested that new public policies be created that stimulate the synergy between clinical trials and patents, both national, in order to induce a safe path for technological independence and, consequently, better performance in the fight against tuberculosis in Brazil.

Keywords: tuberculosis, clinical trial and patent.

INTRODUÇÃO

Diante do panorama mundial e nacional sobre o avanço da tuberculose, o presente trabalho destina-se a analisar alguns indicadores, que podem nortear de forma significativa a construção de políticas públicas de saúde direcionadas a tuberculose. O texto em tela não pretende ser totalmente abrangente no escopo, tampouco exaustivo no conteúdo, mas, na medida certa, apresentar conjecturas pertinentes a duas vertentes de indicadores, quais sejam: ensaios clínicos e patentes, ambos dedicados à tuberculose.

Sabe-se da literatura correlata quea tuberculose mata 1,4 milhões de pessoas por ano no mundo, sendo que somente no Brasil são 5,5 mil óbitos anuais, e aproximadamente 2 a 3 bilhões de pessoas estão infectadas pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis* no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Aliado a este cenário preocupante, mister se faz destacar as atuais limitações no combate a esta doença que somente perde para a Aids em letalidade global, sem contar quando está associada à mesma enquanto doença oportunista ou na forma de coinfecção.

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch (BK), transmitida pelo ar, pela fala, espirro e tosse. O complexo *M. tuberculosis* é constituído de várias espécies, a saber: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum* e *M. microti* (BRASIL, 2010).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

O arsenal terapêutico é precário, pois os quatro medicamentos disponíveis são antigos, pouco eficientes e oferecem severos efeitos colaterais. Este aspecto gera desistência dos pacientes (cerca de 8% no Brasil), o que privilegia o surgimento de variantes da doença resistentes ao tratamento, como já acontece na Índia. A produção científica do Brasil sobre esta temática é bastante significativa, cerca de 5% da produção mundial, mas o mesmo não acontece com a produção de patentes (soluções tecnológicas), que nos últimos 15 anos ocorreram 18 depósitos de pedidos de patentes, sem, no entanto, nenhuma concessão (VASCONCELLOS e MOREL, 2012, p.4-5).

No presente cenário, reveste-se de importância singular, o estudo sobre a evolução do desenvolvimento tecnológico de combate à tuberculose.Para tal, "a priori" convencionou-se que seriam adotadas duas dimensões de prospecção científica e tecnológica. Tais dimensões se dividem em dois grupos, quais sejam: "bases de dados não patentárias" e "bases de dados patentárias". A seguir, são apresentadas as duas dimensões.

Banco de ensaios clínicos: trata-se de uma dimensão não patentária e foi conduzida por meio de simulações na "Plataforma Internacional de Registro de Ensaios Clínicos" ou *ICTRP*® da Organização Mundial de Saúde, disponível no *website*:http://www.who.int/ictrp/en/. Importante esclarecer que foram mapeados estudos clínicos sobre tuberculose em 94 países.

Banco de patentes: trata-se de uma dimensão patentária e foi conduzida no sistema *Orbit Intelligence*®, da empresa franco-americana *Questel*®, disponível em: https://www.orbit.com/. As bases de documentos de patente selecionadas para busca e recuperação foram todas as bases de patente que o sistema *Orbit*® adentra. Por outras palavras, tal busca mapeou as bases de patentes de mais de 96 países. Registra-se que, atualmente, a única base de dados que cobre o despacho código 1.1 do PCT é o sistema *Orbit*®. O despacho 1.1 do INPI significa: Comunicação da publicação internacional do pedido internacional nos termos do Tratado de Cooperação de Patentes - PCT, aguardando o início da fase nacional.

Uma vez de posse dos resultados de prospecção nas duas dimensões adotadas, o próximo passo foi uma análise comparativa de correlação entre elas, sob a ótica quantitativa e qualitativa. A título de exemplo, a ideia central foi a seguinte: de posse do nome do "sponsor" (patrocinador) dos "ensaios clínicos" recuperados no *ICTRP*, compara-se tal informação com o nome do "assignee" (titular) recuperados no *Orbit*®. Mas é importante ressaltar que, se tal comparação for realizada uma a uma para cada resultado de estudo, será um labor hercúleo e intempestivo, frente ao volume de

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

informações recuperadas e as limitações de formatação do texto. Sendo assim, adotou-se o "top 30" no âmbito do *ICTRP* e do *Orbit*®, ou seja, até os 30 principais patrocinadores e titulares.

Em linhas gerais, a proposta foi verificar a existência ou não de uma correlação entre os principais titulares de patentes identificados, por exemplo, no sistema *Orbit*® e os patrocinadores de ensaios clínicos no sistema *ICTRP*®.

METODOLOGIA

A plataforma *ICTRP*®

A grande maioria das patentes de medicamentos nunca será convertida em produtos. Existem pesquisas que geram patentes, mas não serão transformadas em medicamentos. Nesse cenário, existem muitos "ruídos" que dificultam o processo de prospecção. São eles: patentes inócuas, "patentes científicas" que nunca serão produtos, e as verdadeiras patentes de interesse acabam por ficar ocultas nesse vasto universo de documentos de patentes farmacêuticas.

Assim, normalmente, quando se faz necessário trabalhar nesse ambiente, recomenda-se começar a trabalhar no sentido contrário. Por outras palavras, recomenda-se primeiramente estudar o que está em desenvolvimento em termos de pesquisa clínica, e após esse levantamento, verificar qual o alicerce patentário sobre tais produtos. Desta forma, o nível de ruído fica bem reduzido.

A fonte fidedigna de informações a respeito de tais estudos é o *website* do *"International Clinical Trials Registry Platform - ICTRP"* da *World Health Organization* ou "Plataforma Internacional de Registro de Ensaios Clínicos" da Organização Mundial de Saúde, disponível em:http://www.who.int/ictrp/en/. Mais especificamente, o *website* de buscas no *link*:http://apps.who.int/trialsearch/. Nele, é possível buscar pela palavra *"tuberculosis"* e recuperar dados de estudos clínicos realizados ou a serem realizados em mais de 90 países. Essa busca pode ser especialmente interessante para identificar nomes de empresas e instituições que estejam envolvidos no desenvolvimento de produtos, sejam eles medicamentos ou não-medicamentos. Mister se faz destacar que no caso do interesse da pesquisa em tela, adotou-se o seguinte roteiro mínimo de busca e recuperação de dados, qual seja:

1- Clicar no *link*: http://apps.who.int/trialsearch/.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

2- Clicar no *link*: *"Advanced Search"*.
3- Inserir a expressão *"tuberculosis"* (sem aspas) no campo: *"in the Condition"*. O uso desse campo *"in the Condition"*, garante que seu interesse de busca se restringe exclusivamente a "doença" em estudo, que no caso é a tuberculose.
4- No campo *"Recruitment status is"* escolher a opção *"ALL"*.
5- No campo *"Phases are"* escolher a opção *"ALL"*.
6- No campo *"Date of registration is between"*, foi adotado um recorte temporal de 20 anos, para harmonizar a análise comparativa com documentos de patentes a serem recuperados no mesmo período em outras bases, qual seja: de "01/01/1996" a "31/12/2016".
7- Clicar no ícone *"Search"*.
8- Clicar no ícone *"Export Results to XML"*.
9- Na página que se abre *"Terms and Conditions for Use of WHO ICTRP Data"* clicar no ícone *"I agree"*.
10- Na próxima página que se abre, clicar no ícone *"Export all trials to XML"*.
11- Em seguida, abrir o editor de planilhas e importar o arquivo XML para o *MS Excel*®.
12- E finalmente se abre uma planilha com 1005 linhas e 37 colunas com informações estratégicas sobre todos os ensaios ou estudo clínicos sobre tuberculose realizados no mundo todo nos últimos 20 anos.

Importante registrar que, de acordo com esta configuração de busca, foram recuperados 1005 ensaios clínicos. As simulações foram realizadas nas seguintes datas:

1- Primeira simulação: 06/11/2016 para o período de 01/01/1996 a 05/11/2016;
2- Segunda simulação: 07/01/2017 para o período de 06/11/2016 a 31/12/2016.

A referida base de dados oferece uma ferramenta na qual se permite que o resultado de uma determinada busca possa ser exportado para um arquivo XML e, em seguida, tal arquivo XML pode ser importado para um arquivo de planilha do *MS Excel*®.

A base ICTRP também cobre a base de dados do Brasil denominada de "Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos" ou "Rebec". Atualmente, existem cinco registros de ensaios clínicos no Brasil para a tuberculose, disponíveis para consulta em: http://www.ensaiosclinicos.gov.br/rg/?q=tuberculose.

Os estudos clínicos são conduzidos por fases, da "0, I, II, III e IV" (essa última realizada no pós-*marketing*, quando o produto farmacêutico já está no mercado). Na "Fase III" são estudos robustos e abrangentes com grande população de enfermos. Na "Fase II"

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

começa a transição de pacientes sadios para pacientes enfermos com pequenas populações controladas, enquanto a "Fase I" é conduzida com pacientes sadios com estudos de segurança somente. O presente estudo focalizou os resultados ou "produtos finais" das Fases III e IV.

O sistema *Orbit Intelligence*®

Para olevantamento patentário foi utilizado o sistema *Orbit Intelligence*® disponível no portal https://www.orbit.com/.A estratégia de pesquisa de patentes sobre a tuberculose no sistema *Orbit*® foi realizada por meio da seguinte expressão lógica, qual seja: (+TUBERCULOSIS+ OR +TUBERCULOSE+ OR +TUBERCULOST+ OR +TUBERCULIN+)/TI/AB/OBJ/ICLM AND (A61K OR A61P OR A61F OR A61H OR A61J OR A61M OR A61N OR A61B)/IC/EC/CPC

A busca foi realizada em 28 de fevereiro de 2017.As bases de pedidos de patente selecionadas para busca e recuperação dos documentos foram todas as bases de patente que o sistema *Orbit*® adentra. Por outras palavras, tal busca mapeou as bases de patentes de mais de 96 países.Os termos selecionados para recuperar os documentos de patentes relacionados à tuberculose foram as palavras-chave: TUBERCULOSIS, TUBERCULOSE, TUBERCULOST, TUBERCULIN.Os operadores lógicos, de truncagem, os campos de configuração sintática do sistema *Orbit*®, e a classificação internacional de patentes (CIP) utilizados e incidentes sobre as palavras-chave selecionadas são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Semântica dos conectivos lógicos do *Orbit*® e CIPs

+	Qualquer número de caracteres
OR	Um ou, opcionalmente, o outro termo de busca presente (soma, agrupameto)
AND	Ambos os termos de busca presentes (intersecção)
TI	Título
AB	Resumo
OBJ	Objetivo da invenção
ICLM	Reivindicações independentes
IC	Classificação internacional de patentes
EC	Classificação europeia
CPC	Classificação cooperativa de patentes

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

A61B	DIAGNOSIS; SURGERY; IDENTIFICATION (analysing biological material G01N, e.g. G01N 33/48)
A61F	FILTERS IMPLANTABLE INTO BLOOD VESSELS; PROSTHESES; DEVICES PROVIDING PATENCY TO, OR PREVENTING COLLAPSING OF, TUBULAR STRUCTURES OF THE BODY, E.G. STENTS; ORTHOPAEDIC, NURSING OR CONTRACEPTIVE DEVICES; FOMENTATION; TREATMENT OR PROTECTION OF EYES OR EARS; BANDAGES, DRESSINGS OR ABSORBENT PADS; FIRST-AID KITS (dental prosthetics A61C) [2006.01]
A61H	PHYSICAL THERAPY APPARATUS, e.g. DEVICES FOR LOCATING OR STIMULATING REFLEX POINTS IN THE BODY; ARTIFICIAL RESPIRATION; MASSAGE; BATHING DEVICES FOR SPECIAL THERAPEUTIC OR HYGIENIC PURPOSES OR SPECIFIC PARTS OF THE BODY (electrotherapy, magnetotherapy, radiation therapy, ultrasound therapy A61N)
A61J	CONTAINERS SPECIALLY ADAPTED FOR MEDICAL OR PHARMACEUTICAL PURPOSES; DEVICES OR METHODS SPECIALLY ADAPTED FOR BRINGING PHARMACEUTICAL PRODUCTS INTO PARTICULAR PHYSICAL OR ADMINISTERING FORMS; DEVICES FOR ADMINISTERING FOOD OR MEDICINES ORALLY; BABY COMFORTERS; DEVICES FOR RECEIVING SPITTLE
A61K	PREPARATIONS FOR MEDICAL, DENTAL, OR TOILET PURPOSES (devices or methods specially adapted for bringing pharmaceutical products into particular physical or administering forms A61J 3/00; chemical aspects of, or use of materials for deodorisation of air, for disinfection or sterilisation, or for bandages, dressings, absorbent pads or surgical articles A61L; soap compositions C11D)
A61M	DEVICES FOR INTRODUCING MEDIA INTO, OR ONTO, THE BODY (introducing media into or onto the bodies of animals A61D 7/00; means for inserting tampons A61F 13/26; devices for administering food or medicines orally A61J; containers for collecting, storing or administering blood or medical fluids A61J 1/05); DEVICES FOR TRANSDUCING BODY MEDIA OR FOR TAKING MEDIA FROM THE BODY (surgery A61B; chemical aspects of surgical articles A61L; magnetotherapy using magnetic elements placed within the body A61N 2/10); DEVICES FOR PRODUCING OR ENDING SLEEP OR STUPOR [5]
A61N	ELECTROTHERAPY; MAGNETOTHERAPY; RADIATION THERAPY; ULTRASOUND THERAPY (measurement of bioelectric currents A61B; surgical instruments, devices or methods for transferring non-mechanical forms of energy to or from the body A61B 18/00; anaesthetic apparatus in general A61M; incandescent lamps H01K; infra-red radiators for heating H05B) [6]

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

A61P	SPECIFIC THERAPEUTIC ACTIVITY OF CHEMICAL COMPOUNDS OR MEDICINAL PREPARATIONS [7]

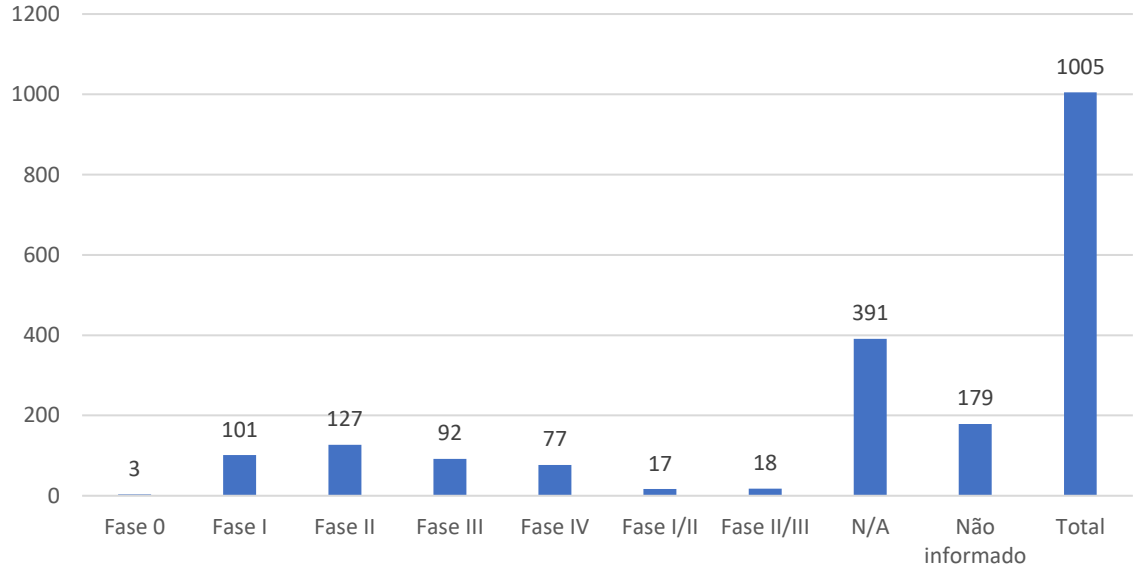
Fonte: elaboração própria, a partir do estudo da sintaxe do sistema *Orbit*® e da IPC.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Resultados recuperados da *ICTRP-WHO*

A Figura 1 apresenta o perfil recuperado da ICTRP sobre o número total de ensaios clínicos sobre tuberculose para cada fase. No universo de 1005 ensaios clínicos, alguns pontos merecem destaque. Os montantes mais significativos são para os ensaios clínicos categorizados como "N/A" que significa não aplicável, o "não informado" e a "Fase II". A Tabela 1 apresenta a contribuição percentual de cada categoria identificada.

Figura 1 – Número de estudos clínicos sobre TB por fase



Fonte: Elaboração própria, a partir de simulação realizada na plataforma *ICTRP*.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Tabela 1 – Percentual do *status* categórico dos ensaios clínicos sobre tuberculose no mundo

Fase do ensaio clínico	Percentual (%)
0	0,3
I	10,0
II	12,6
III	9,2
IV	7,7
I/II	1,7
II/III	1,8
N/A (não aplicável)	38,9
Não informado	17,8
Total	100

Fonte: Elaboração própria, a partir de simulação realizada na plataforma *ICTRP*

Outro aspecto importante reside no fato de que 3,5% dos ensaios clínicos encontram-se em fase de transição das fases "I para II" e "II para III", o que em síntese demonstra um perfil dinâmico positivo dos ensaios clínicos, e 56,7 % dos ensaios clínicos não foram identificados precisamente, pois encontram-se num *status* de penumbra categórica, representados pelos "N/A" e "não informados". Por outras palavras, não se pode precisar as motivações desta potencial omissão, mas infere-se que podem ser por estratégia de uma política de sigilo, ou descuido de um operador ao preencher os formulários. Mas de qualquer forma, acredita-se que em algum momento, devido a possibilidade de atualização, estes dois últimos perfis podem ser transformados nos demais perfis, os quais são bem definidos. Mas pode-se afirmar que 16,9 % dos ensaios clínicos encontram-se em estágio avançado ou com um perfil mais conclusivo, pois são representados pelas fases III e IV.

A Figura 2 apresenta o cenário dos patrocinadores principais com o maior número de ensaios clínicos atualmente no mundo. São 16 instituições que atuam como patrocinadores principais, dentre as quais destacam-se de sobre maneira a NIAID (USA) com 6,7%, a University of Oxford (UK) com 2,99%, o Centers for Disease Control and Prevention (USA) com 2,6%, e a University of Cape Town (South Africa) e a Aeras (Kenya), cada uma com 2,5%, de todos os ensaios clínicos. Sob a ótica das nações participantes, os Estados Unidosparticipam com 31,25%, o Reino Unido com 18,75%, e Netherlands, Cingapura, China, Dinamarca, Coreia, Taiwan, Quênia e África do Sul, cada

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

uma contribui com 6,25%. Sobre a natureza dos patrocinadores, 50% deles são universidades, 12,5% são indústrias farmacêuticas, 18,75% são institutos de pesquisa, 25% são hospitais e dentre estes 18,75% são hospitais associados com universidade e, 12,5% são organizações não governamentais que atuam de forma associada. A Tabela 2 apresenta a contribuição percentual de cada patrocinador principal identificado.

Tabela 2 –Participação dos patrocinadores nos ensaios clínicos da Figura 2

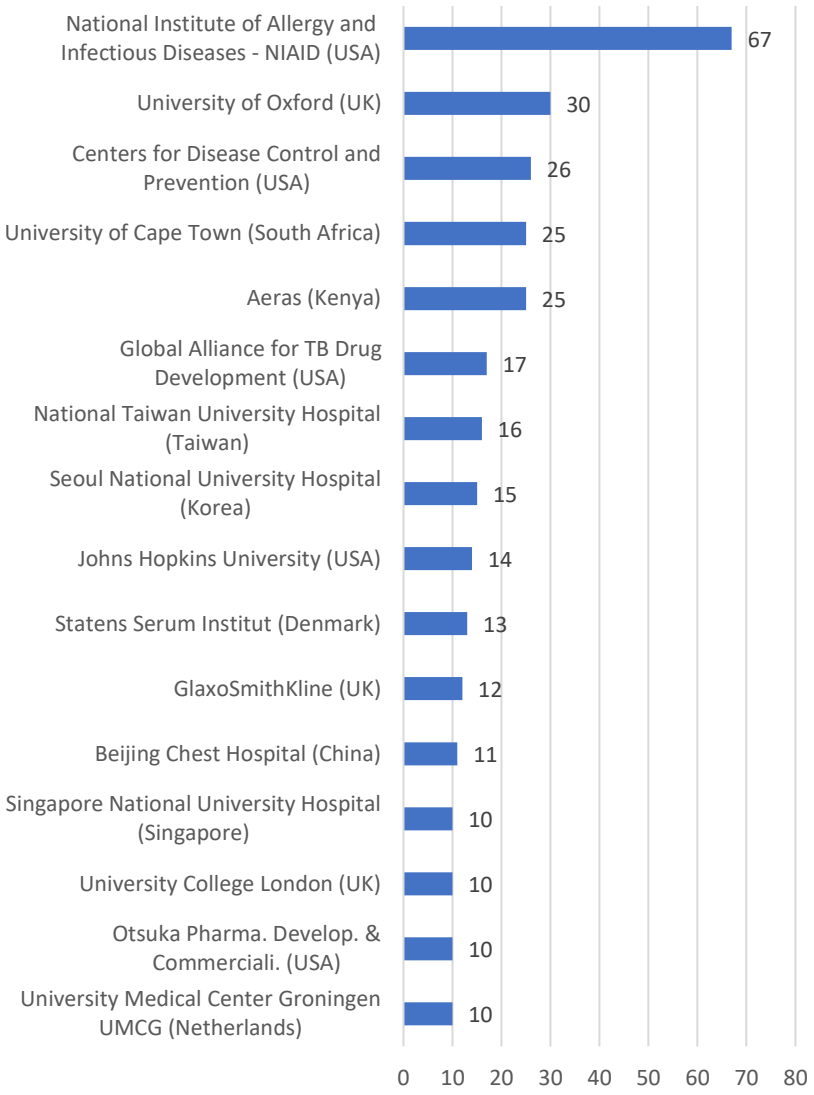
Patrocinador principal	Percentual (%)
University Medical Center Groningen UMCG (Netherlands)	1,0
Otsuka Pharma. Develop. & Commerciali. (USA)	1,0
University College London (UK)	1,0
Singapore National University Hospital (Singapore)	1,0
Beijing Chest Hospital (China)	1,1
GlaxoSmithKline (UK)	1,2
Statens Serum Institut (Denmark)	1,3
Johns Hopkins University (USA)	1,4
Seoul National University Hospital (Korea)	1,5
National Taiwan University Hospital (Taiwan)	1,6
Global Alliance for TB Drug Development (USA)	1,7
Aeras (Kenya)	2,5
University of Cape Town (South Africa)	2,5
Centers for Disease Control and Prevention (USA)	2,6
University of Oxford (UK)	3,0
National Institute of Allergy and Infectious Diseases - NIAID (USA)	6,7

Fonte: Elaboração própria, a partir de simulação realizada na plataforma *ICTRP*

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Figura 2 – Patrocinador Principal em função do número de estudos clínicos sobre TB



Fonte: ICTRP-WHO

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

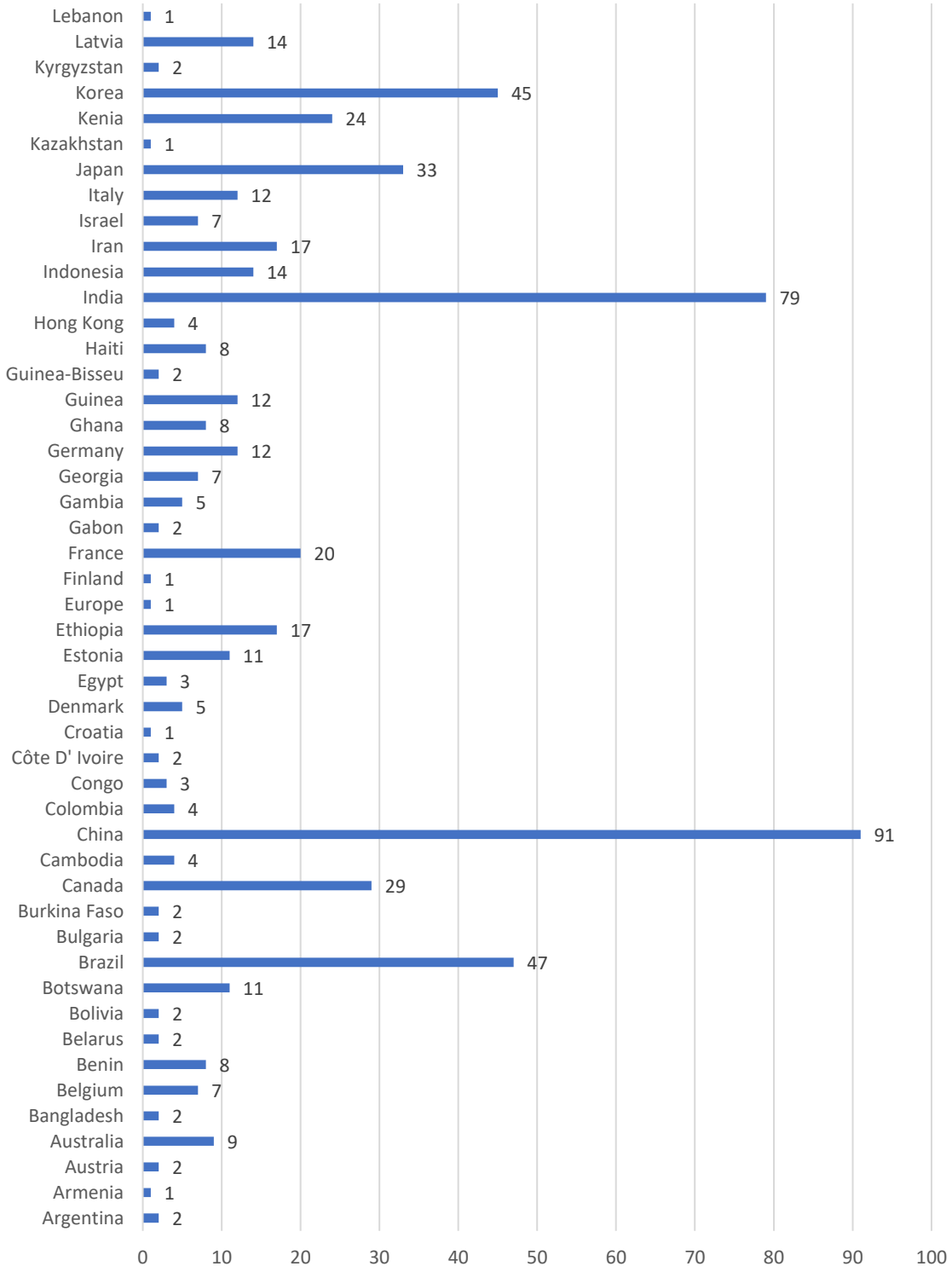
Artigo

A Figura 3 apresenta a relação de ensaios clínicos por país. No total são 94 países, e um campo para países não informados, distribuídos por 5 continentes. Destacam-se 5 nações, na seguinte ordem, a África do Sul com 17% de ensaios clínicos, os Estados Unidos com 13,3%, a China com 9,1%, a Índia com 7,9%, o Brasil com 4,7%, e o "não informado" com 6,7%. Importante esclarecer que estes cinco principais países respondem juntos por 51,9 % de todos os 1005 ensaios clínicos sobre tuberculose conduzidos no mundo nos últimos 20 anos. A Tabela 3 apresenta a contribuição percentual de cada país no montante de ensaios clínicos recuperados.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

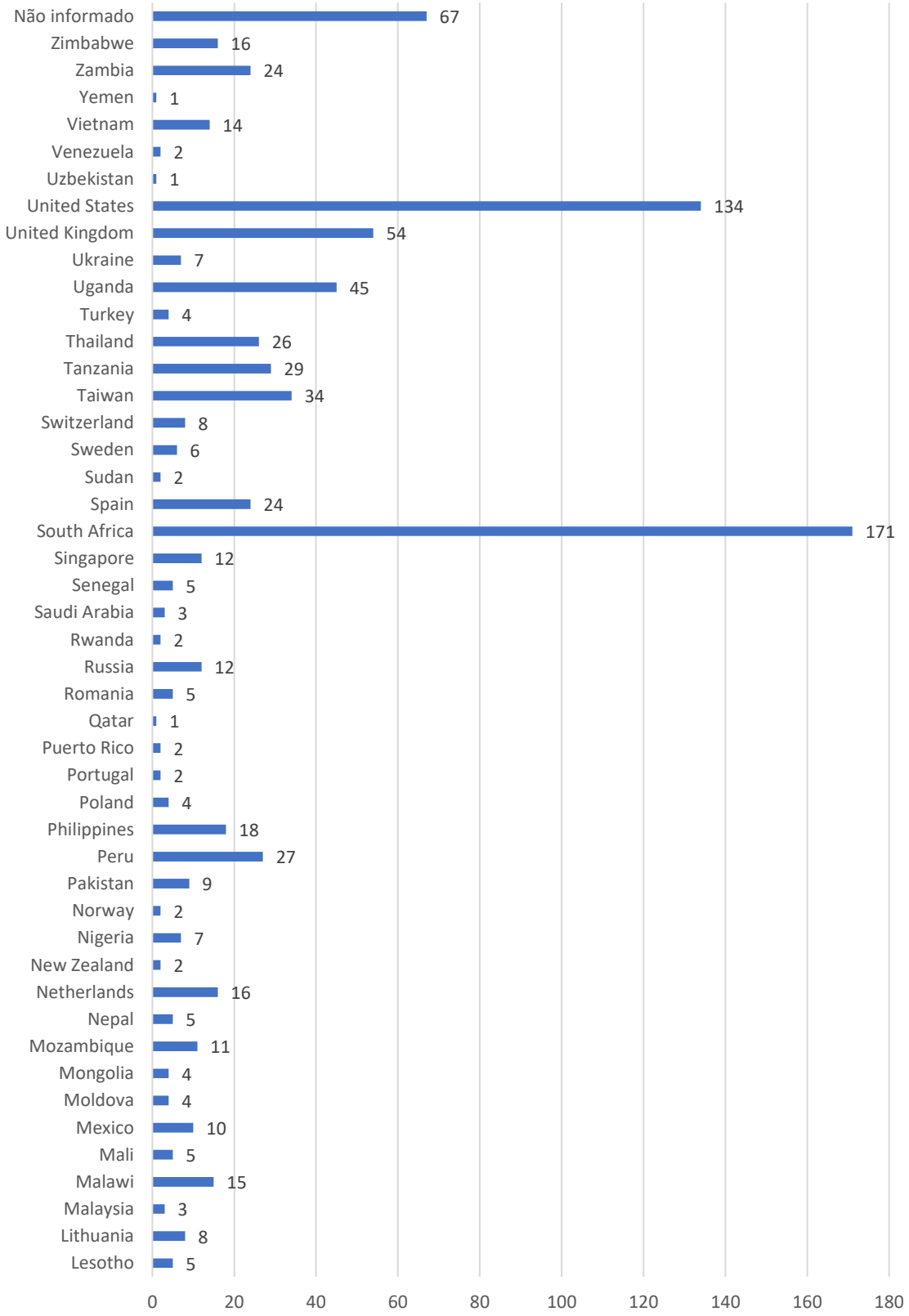
Artigo

Figura 3 - Países que sediaram os estudos clínicos sobre TB



Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo



Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Fonte: ICTRP-WHO

Tabela 3 –Participação, nos ensaios clínicos, dos países da Figura 3.

País	Per. (%)	País	Per. (%)	País	Per. (%)	País	Per. (%)
Argentina	0,2	Europe	0,1	Lesotho	0,5	Saudi Arabia	0,3
Armenia	0,1	Finland	0,1	Lithuania	0,8	Senegal	0,5
Austria	0,2	France	2,0	Malaysia	0,3	Singapore	1,2
Australia	0,9	Gabon	0,2	Malawi	1,5	South Africa	17,01
Bangladesh	0,2	Gambia	0,5	Mali	0,5	Spain	2,4
Belgium	0,7	Georgia	0,7	Mexico	1,0	Sudan	0,2
Benin	0,8	Germany	1,2	Moldova	0,4	Sweden	0,6
Belarus	0,2	Ghana	0,8	Mongolia	0,4	Switzerland	0,8
Bolivia	0,2	Guinea	1,2	Mozambique	1,1	Taiwan	3,4
Botswana	1,1	Guinea-Bisseu	0,2	Nepal	0,5	Tanzania	2,9
Brazil	4,7	Haiti	0,8	Netherlands	1,6	Thailand	2,6
Bulgaria	0,2	Hong Kong	0,4	New Zealand	0,2	Turkey	0,4
Burkina Faso	0,2	India	7,9	Nigeria	0,7	Uganda	4,5
Canada	2,9	Indonesia	1,4	Norway	0,2	Ukraine	0,7
Cambodia	0,4	Iran	1,7	Pakistan	0,9	United Kingdom	5,4
China	9,1	Israel	0,7	Peru	2,7	United States	13,3
Colombia	0,4	Italy	1,2	Philippines	1,8	Uzbekistan	0,1
Congo	0,3	Japan	3,3	Poland	0,4	Venezuela	0,2
Côte D' Ivoire	0,2	Kazakhstan	0,1	Portugal	0,2	Vietnam	1,4
Croatia	0,1	Kenia	2,4	Puerto Rico	0,2	Yemen	0,1
Denmark	0,5	Korea	4,5	Qatar	0,1	Zambia	2,4

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

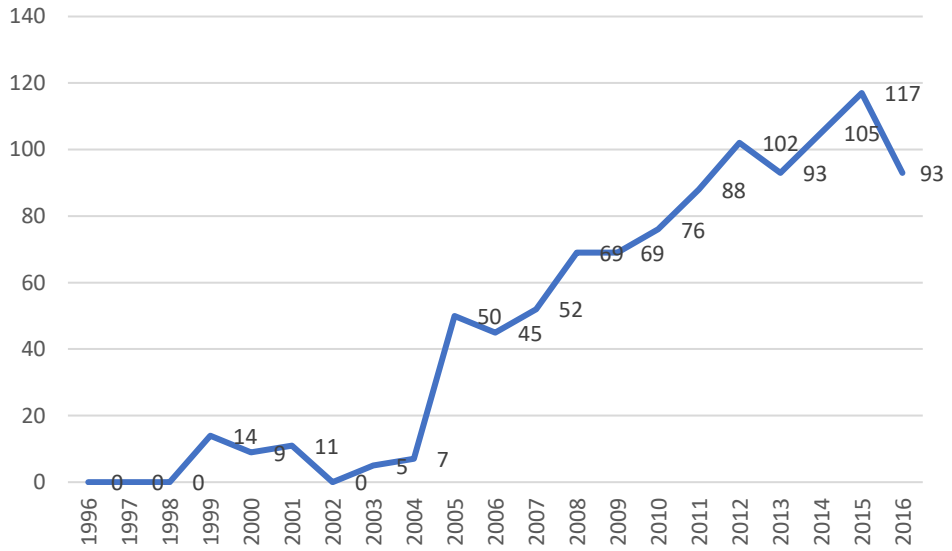
Artigo

Egypt	0,3	Kyrgyzstan	0,2	Romania	0,5	Zimbabwe	1,6
Estonia	1,1	Latvia	1,4	Russia	1,2	Não informado	6,7
Ethiopia	1,7	Lebanon	0,1	Rwanda	0,2		

Fonte: Elaboração própria, a partir de simulação realizada na plataforma *ICTRP*

A Figura 4 ilustra o ano de registro dos ensaios clínicos sobre tuberculose nas últimas duas décadas. Em linhas, percebe-se um perfil linear crescente, com valores de pico nos anos de 2012, 2014 e 2015, que respectivamente foram mapeados com 10,2 %, 10,5 %, e 11,7 %. Também interessante notar que nos anos de 1996, 1997, 1998, e 2002 não foram registrados nenhum ensaio clínico sobre tuberculose no mundo todo. A tabela 4 apresenta a contribuição percentual de cada ano de registro dos ensaios clínicos sobre tuberculose recuperados no planeta.

Figura 4 - Ano de registro dos estudos clínicos sobre TB



Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada na plataforma *ICTRP*

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Tabela 4 –Ensaios clínicos por ano de registro da Figura 4.

Ano de registro	Per. (%)	Ano de registro	Per. (%)	Ano de registro	Per. (%)	Ano de registro	Per. (%)
1996	0,0	2002	0,0	2008	6,9	2014	10,5
1997	0,0	2003	0,5	2009	6,9	2015	11,7
1998	0,0	2004	0,7	2010	7,6	2016	9,3
1999	1,4	2005	5,0	2011	8,8		
2000	0,9	2006	4,5	2012	10,2		
2001	1,1	2007	5,2	2013	9,3		

Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada na plataforma *ICTRP*

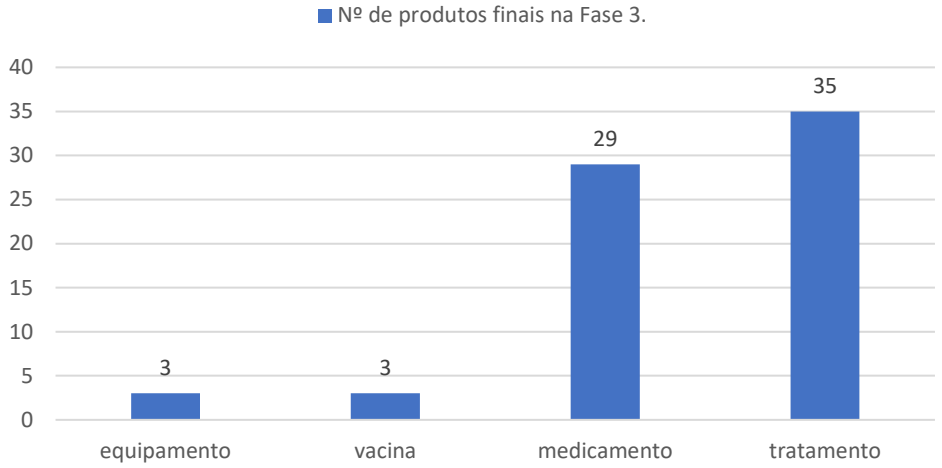
A análise do resultado final dos estudos clínicos privilegiou os estudos em fase avançada, na qual se justifica a conclusão ou obtenção de um produto final. Mister se faz esclarecer que o termo "produto final", numa vertente restritiva, seria mais apropriado quando se referir a produtos que se encontrem na fase III ou fase IV dos ensaios clínicos.

A Figura 5 apresenta os tipos de produtos finais que se encontram na fase 3 dos ensaios clínicos. Nesta fase constam quatro tipos de produtos, a saber: equipamento, vacina, medicamento e tratamento, que correspondem, respectivamente, a 4,3%, 4,3%, 41,4% e 50,0% de presença nos ensaios clínicos. A Tabela 5 apresenta a contribuição percentual de cada produto final da fase 3 dos ensaios clínicos sobre tuberculose cadastrados na ICTRP.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Figura 5 – Tipo e Número de produtos finais na Fase 3 para Tuberculose



Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada na plataforma *ICTRP*

Tabela 5 – percentual do tipo de produto na fase 3 dos ensaios clínicos da Figura 5.

Tipo de produto final na fase 3	Percentual (%)
Equipamento	4,3
Vacina	4,3
Medicamento	41,4
Tratamento	50,0

Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada na plataforma *ICTRP*

A Figura 6 apresenta os tipos de produtos finais que se encontram na fase 4 dos ensaios clínicos. Nesta fase constam cinco tipos de produtos e um perfil de "não informado". Os mesmos foram assim denominados: equipamento, educacional, não informado, vacina, medicamento e tratamento, que correspondem respectivamente a 1,7%, 3,3%, 3,3%, 5,0%, 16,7% e 70,0% de presença nos ensaios clínicos. A Tabela 6 apresenta a contribuição percentual de cada produto final da fase 4 dos ensaios clínicos sobre tuberculose cadastrados na ICTRP.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

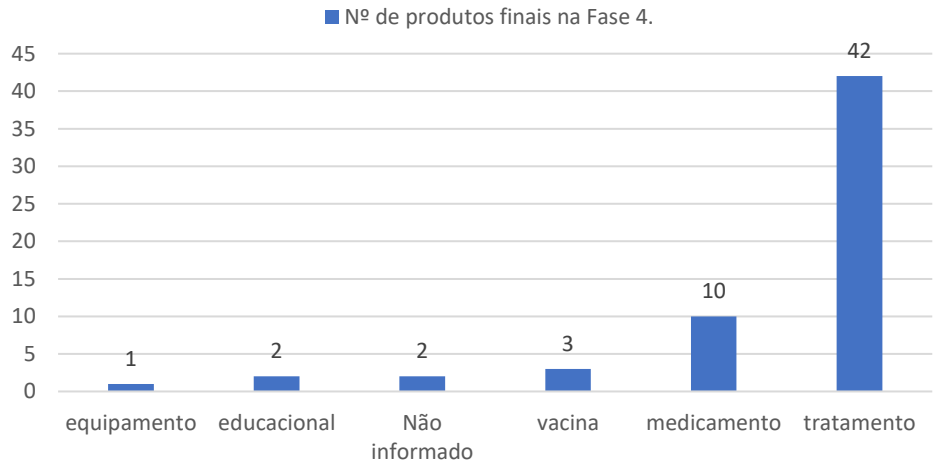
Artigo

Tabela 6 – percentual do tipo de produto na fase 4 dos ensaios clínicos da Figura 6.

Tipo de produto final na fase 4	Percentual (%)
Equipamento	1,7
Educacional	3,3
Não informado	3,3
Vacina	5,0
Medicamento	16,7
Tratamento	70,0

Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada na plataforma *ICTRP*

Figura 6 – Tipo e Número de produtos finais na Fase 4 para Tuberculose



Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada na plataforma *ICTRP*

Resultados recuperados do *Orbit*

Em síntese, de acordo com a metodologia estabelecida, foram recuperados 5563 documentos de patentes, distribuídos em escritórios de patentes em mais de 96 países. No sentido de factibilizar e privilegiar a análise e a síntese deste volume de documentos de patentes, foi utilizado um recurso do sistema *Orbit*®, denominado *top 30*. Tal funcionalidade representa um *ranking*, o qual permite selecionar e direcionar o foco do estudo nas trinta primeiras variáveis, dentro dos parâmetros de interesse, os quais podem

ser: países (de primeiro depósito, de primeira prioridade, de primeira publicação), classificação internacional de patentes, titulares, cotitulares, inventores, procuradores, entre outros.

Nas figuras a seguir são destacados indicadores relevantes e estratégicos no mapeamento tecnológico dos documentos de patentes sobre tuberculose depositados no mundo. Tais indicadores são subsídios para análise, síntese e conjecturas preliminares sobre a temática, foco do estudo ora apresentado.

Cabe ainda esclarecer que o termo "documentos de patentes" se referem aos processos em qualquer *status* legal, e o termo "patente" se refere exclusivamente aos processos que lograram êxito no exame de técnico e atingiram o *status* de patente concedida ou patente deferida ou carta patente concedida.

A análise dos titulares dos documentos de patentes sobre tecnologias, sejam elas medicamentos e não-medicamentos, destinados ao tratamento de enfermos que contraíram a tuberculose, depositados no mundo, permite identificar as pessoas jurídicas e pessoas físicas, que atuam ou pretendem fazê-lo nos mercados potencias e suas invenções (e potenciais/possíveis inovações).

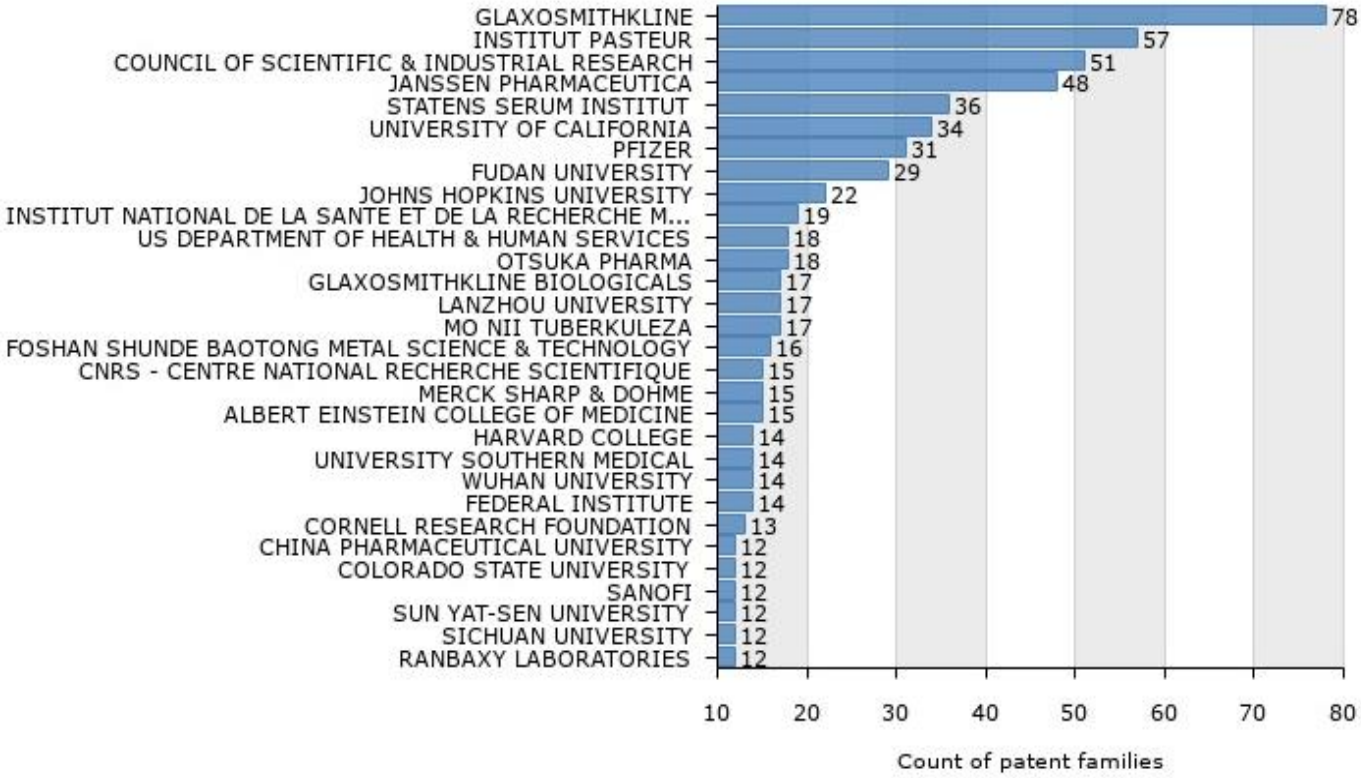
Dentre o total de 5563 documentos de patentes recuperados, foram selecionados os 30 principais titulares com maior número de documentos de patentes sobre "tuberculose", conforme indicado na Figura 7.

Depreende-se, a partir da Figura 7, que todos os 30 titulares são pessoas jurídicas. Quanto à natureza ou tipo de titular, identificou-se 4 grupos, quais sejam: universidades, institutos de pesquisa, indústrias farmacêuticas, e órgão governamental da administração indireta. O montante de cada um destes grupos ou categorias são, respectivamente, 12, 9, 8, 1, os quais retratam, 40 %, 30 %, 26,7 % e 3,3 % do total de 30 principais titulares.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Figura 7 – Número de documentos de patentes por "titular".



Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada no sistema *Orbit*®.

A Figura 8 mostra outro conjunto de indicadores extremamente importante no mapeamento e prospecção de tecnologias, qual seja: a correlação de citações de titulares pelo número de documentos de patentes.

Trata-se de uma complexa rede de correlação na qual os "nós" ou "vértices" representam os principais titulares com números de documentos de patentes (número circunscrito em fundo verde), e as "arestas" ou "laços" orientados (com uma seta) representam a correlação de "citante" para "citado" e o número sobre o laço representa o número de documentos de patentes citados.

A Figura 8, apresenta como pano de fundo a Figura 7, e ainda que de maneira breve, pode-se inferir que o padrão dos documentos de patentes sobre tuberculose

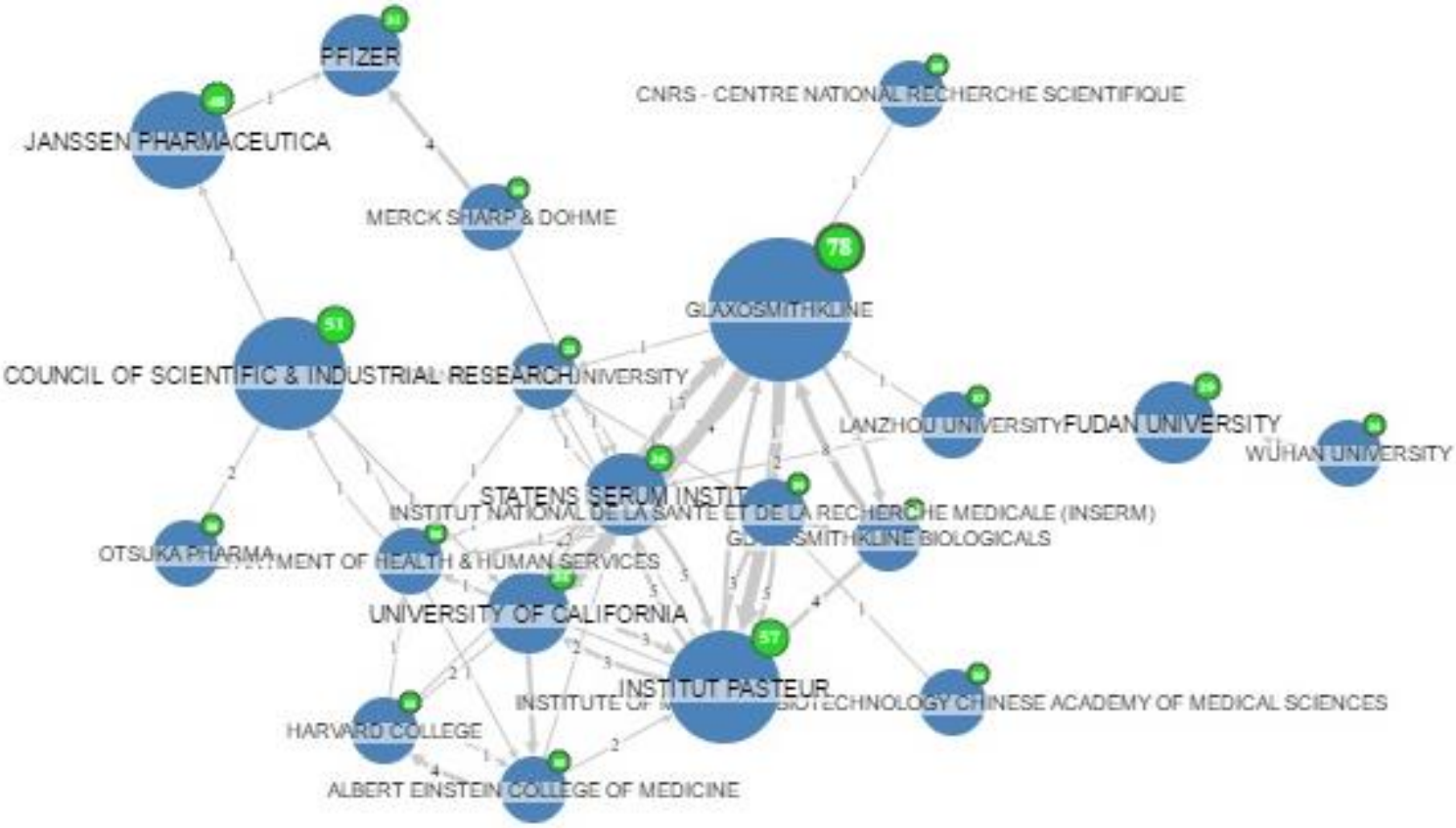
depositados no mundo, segue o padrão de outras áreas tecnológicas. Por outras palavras, os titulares com o maior número de documentos de patentes depositados no exterior são empresas privadas, neste contexto, a indústria farmacêutica.

Isto traz à reflexão a emblemática questão que aponta a distorção do resultado das políticas públicas de inovação no Brasil, nas quais a inovação protegida (patente) ocorre, de forma expressiva, fora do dito "setor produtivo" (empresa/indústria) e dentro da universidade (academia). Por outras palavras, um parque industrial sem o devido portfólio de bens intangíveis protegidos é um setor com baixa capacidade de competitividade e de sustentabilidade, frente aos desafios do mercado globalizado.

Temas em
Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Figura 8 – Número de patentes na "rede de correlação de citações" por "titular".



Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada no sistema *Orbit*®.

A Figura 9 apresenta um desdobramento da Figura 8, uma vez que trata do perfil da correlação de citações de cotitulares pelo número de documentos de patentes.

Trata-se de uma complexa rede de correlação na qual os "nós" ou "vértices" representam os principais cotitulares com números de documentos de patentes (número circunscrito em fundo verde), e as "arestas" ou "laços" orientados (com uma seta) representam a correlação de "citante" para "citado" e o número sobre o laço representa o número de documentos de patentes citados.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Como se trata de uma rede complexa, o sistema *Orbit*® selecionou automaticamente os cotitulares mais representativos. São eles: GLAXOSMITHKLINE, GLAXOSMITHKLINE BIOLOGICALS, INSTITUT PASTEUR, INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE (INSERM), CNRS - CENTRE NATIONAL RECHERCHE SCIENTIFIQUE, PFIZER e JOHNS HOPKINS UNIVERSITY.

Depreende-se, da Tabela 7, que o perfil dos cotitulares é constituído por 3 indústrias farmacêuticas, 3 institutos de pesquisa e 1 universidade. Nota-se que uma parcela expressiva dos documentos de patentes dos institutos de pesquisa é mantida em cotitularidade, o que pressupõe forte parceria nas pesquisas e pleno compartilhamento do orçamento necessário para se manter tal portfólio de patentes ativo.

Outro aspecto que merece destaque é a baixa porcentagem de cotitularidade das indústrias farmacêuticas, entre as quais o número mais expressivo ocorre entre duas destas, as quais pertencem a um mesmo grande grupo. Este dado também confirma um comportamento padrão da indústria farmacêutica que é manter um sólido monopólio de seus medicamentos no mercado global.

Tabela 7 – quantitativo de patentes dos principais cotitulares sobre tuberculose

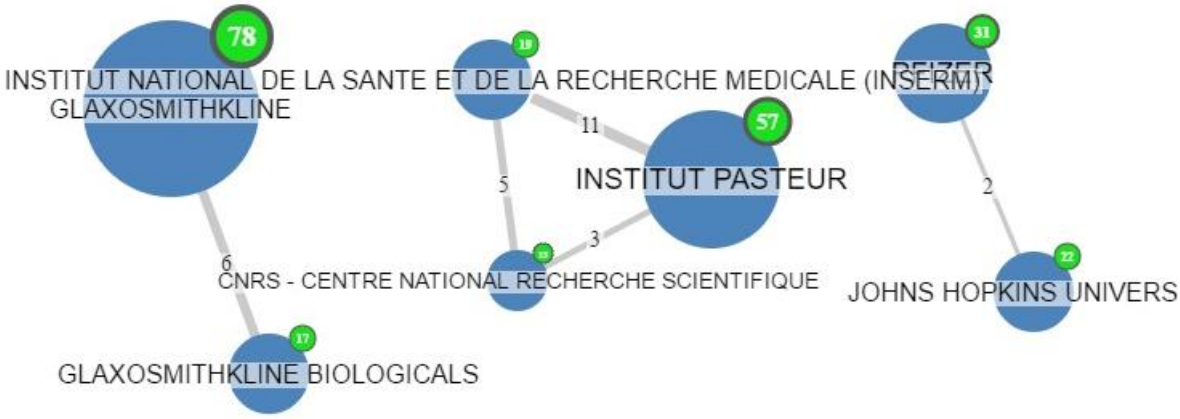
Cotitulares	**Nº de patentes**	**Nº de patentes em cotitularidade**	**Patentes em cotitularidade (%)**
GLAXOSMITHKLINE	78	6	7,69
GLAXOSMITHKLINE BIOLOGICALS	17	6	35,29
INSTITUT PASTEUR	57	14	24,56
INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE (INSERM)	19	16	84,21
CNRS - CENTRE NATIONAL RECHERCHE SCIENTIFIQUE	15	8	53,33
PFIZER	31	2	6,45
JOHNS HOPKINS UNIVERSITY	22	2	9,09

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

A Figura 9 apresenta como pano de fundo a Figura 7 e a Figura 8, e mais uma vez se confirma que o recorrente padrão dos documentos de patentes sobre tuberculose depositados no mundo, segue o padrão de outras áreas tecnológicas dominadas por instituições hegemônicas. Por outras palavras, os titulares com o maior número de documentos de patentes depositados no exterior são empresas privadas; neste contexto, a indústria farmacêutica.

Figura 9 – Número de patentes na "rede de correlação de citações" por "co-titular".



Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada no sistema *Orbit*®.

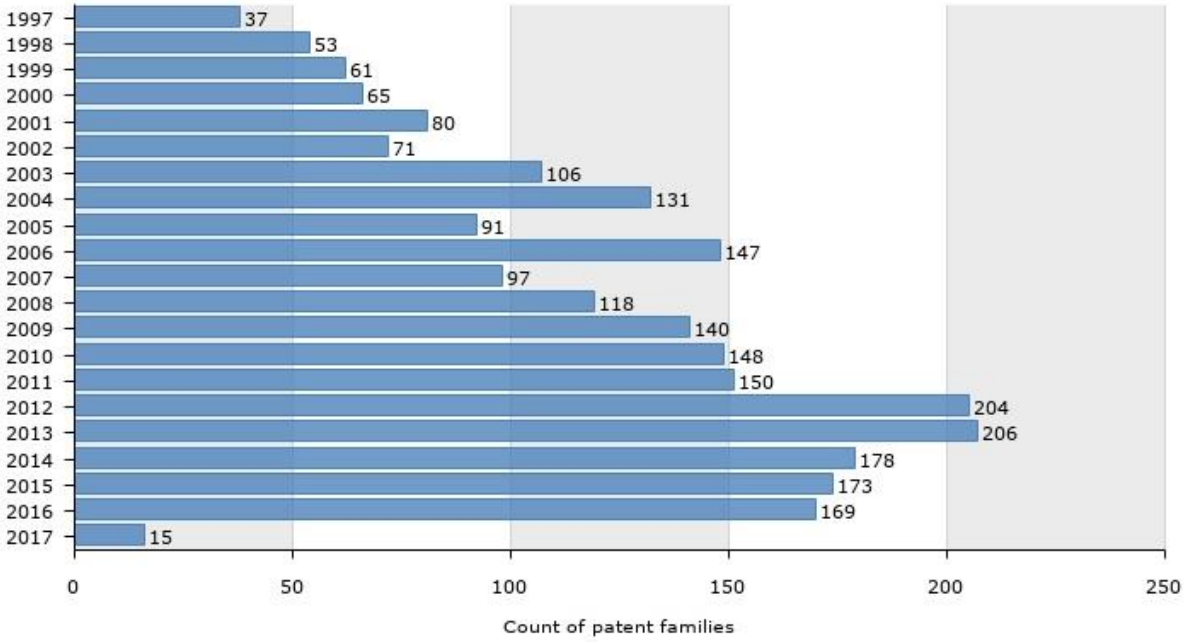
A Figura 10 mostra a distribuição temporal de documentos de patentes pelo ano de primeira concessão. O recorte temporal adotado é de 1997 a 2017 (fevereiro), ou seja, de 20 anos. Nos dez primeiros anos deste eixo temporal observa-se um crescimento tímido e aproximadamente linear, atingido seu ápice em 2006 (147 patentes). A partir de então, na segunda década, nota-se um perfil de crescimento, também linear, mas como uma taxa de crescimento maior que atinge seu valor máximo em 2013 (206 patentes). Entretanto, de 2014 a 2016, observa-se uma taxa de decréscimo.

Difícil precisar a razão do referido decrescimento, que pode ser motivado desde disponibilidade reduzida de examinadores de patentes que avaliariam o mérito dos pedidos de patentes (expectativa de direito) para a concessão da carta patente (direito adquirido), até litígios judiciais.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Figura 10 – Número de patentes por "ano de primeira concessão".



Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada no sistema *Orbit*®.

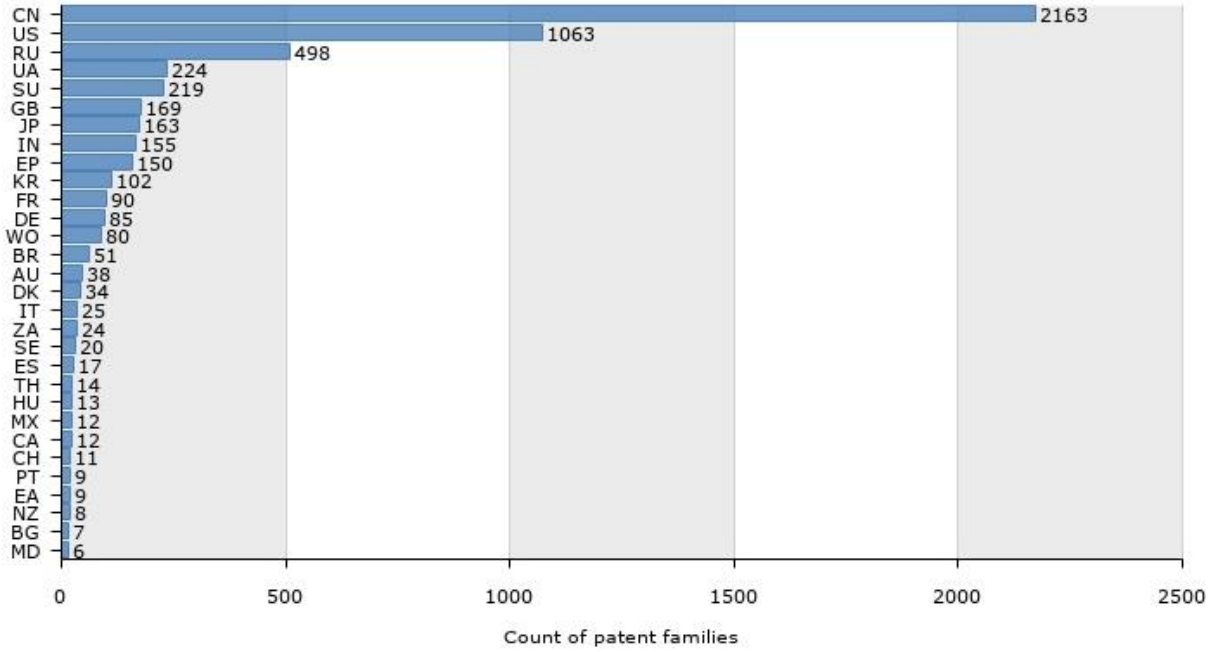
A Figura 11 apresenta a relação dos 30 principais países com maior número de patentes, os quais são a sede da primeira prioridade unionista requerida dos documentos de patentes.

Importante destacar que a primeira colocação pertence à China (CN) com 2163 patentes, o que representa 38,81 % do total de documentos recuperados.Na esteira deste entendimento, os Estados Unidos da América (US), que ocupam a segunda posição, possuem 1063 patentes o que retrata 19,07% da amostra total de 5563 patentes. A terceira posição é ocupada pela Rússia com 498 patentes, que representa 8,94%. Também merece destaque o Brasil, que ocupa a 14ª posição com 51 patentes, que no cenário global contribui com 0,92 % das patentes.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Figura 11 – Número de patentes por "país de primeira prioridade".



Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada no sistema *Orbit*®.

A Figura 12 apresenta indicadores também muito estratégicos para o estudo do portfólio mundial de patentes sobre tuberculose, referindo-se à distribuição dos documentos de patentes por domínio tecnológico.Da Figura 12 é notório explicitar que a principal contribuição repousa no domínio tecnológico chamado "pharmaceuticals" com 4890 documentos de patentes, os quais retratam 87,74% das soluções tecnológicas. Este perfil é destacado na cor vermelha.

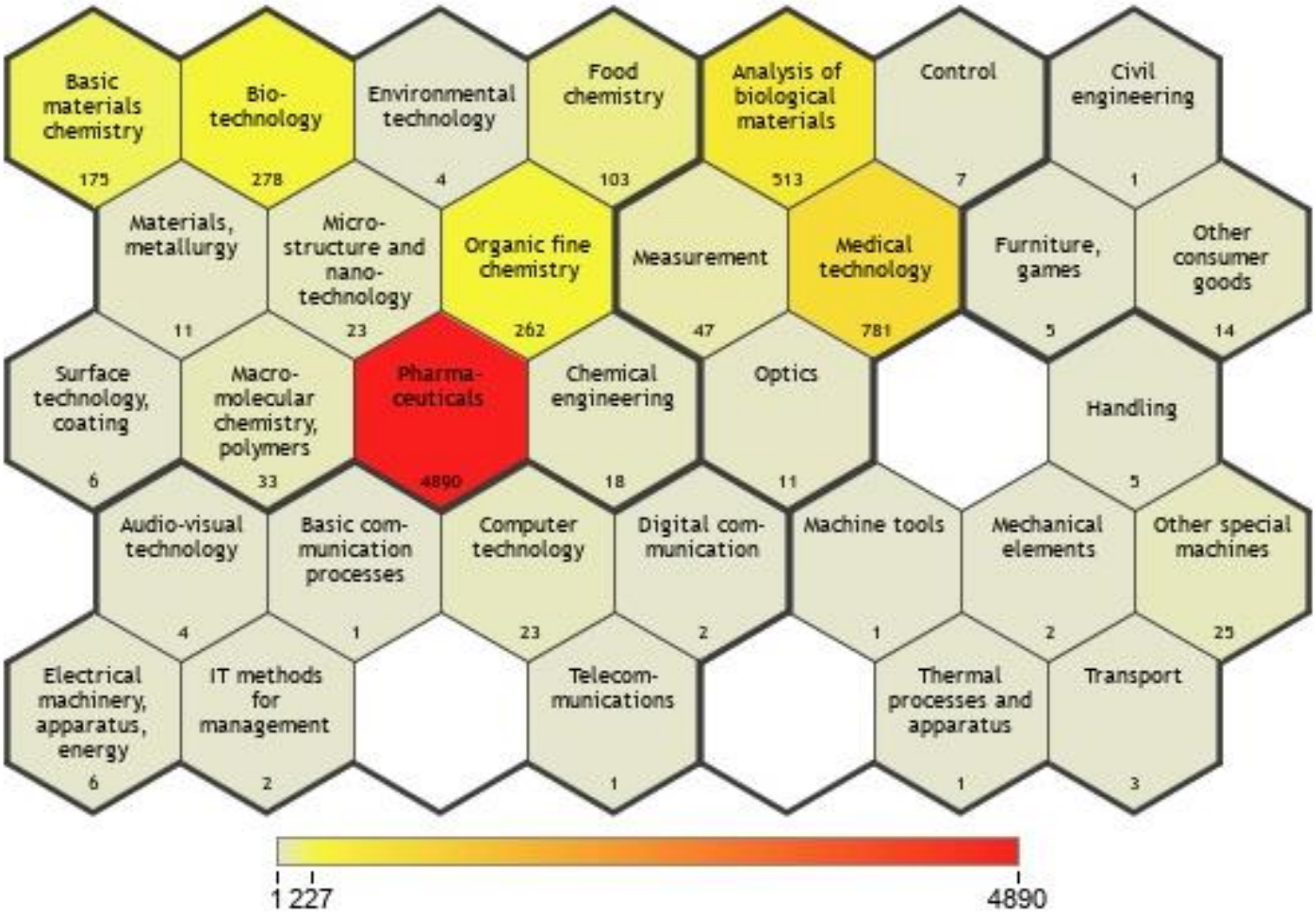
No contexto da Figura 12, destacam-se os domínios de "química" e "instrumentação". Nos domínios de química, são mais significativos: o farmacêutico, com 4890 documentos (87,74%), o de biotecnologia com 278 documentos (4,98%), o de química orgânica fina com 262 documentos (4,70%), o de química básica de materiais com 175 documentos (3,14%) e o de química de alimentos com 103 documentos (1,85%). Já nos domínios de instrumentação, se sobressaem: o de análise de material biológico com 513 documentos (9,21%) e o de tecnologia médica com 781 documentos (14,01%).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Em síntese, tal indicador apresenta um mapeamento privilegiado sobre os principais domínios tecnológicos e, consequentemente, os potenciais domínios mercadológicos que despertam interesse dos titulares de documentos de patentes sobre o combate à tuberculose.

Figura 12 – Número de patentes por "domínio tecnológico".



Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada no sistema *Orbit*®.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Na Figura 13 apresenta-se o mapeamento dos documentos de patentes ao comparar as 20 principais subclasses da classificação internacional de patentes (CIP) com as 20 principais nações nas quais são publicados tais documentos.

Merecem destaque as CIP: A61K (7457 ocorrências), C07D (1860 ocorrências) e C12N (910 ocorrências), e os países: WIPO (WO) (1483 ocorrências) pedidos via *PCT* ou *Patent Cooperation Treaty*, Estados Unidos da América (US) (1391 ocorrências), Japão (JP) (814 ocorrências), Índia (IN) (523 ocorrências), Escritório Europeu de Patentes (EP) (996 ocorrências), China (CN) (2645 ocorrências), Canada (CA) (746 ocorrências), Austrália (AU) (815 ocorrências), Rússia (RU) (700 ocorrências) e Brasil (BR) (397 ocorrências). Os significados das CIP são apresentados na Quadro 2.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Figura 13 – Número de patentes por "CIP" por "país de publicação".

Main IPC subclass	ZA	WO	US	UA	SU	RU	MX	KR	JP	IN	IL	GB	ES	EP	DE	CN	CA	BR	AU	AT
A01N	3	26	33	1		1	4	7	11	6	5	2	3	14	3	22	11	6	12	4
A23L		1	1			1			2					1		11	1		1	
A61B		13	12	74	44	114		2	7	7		3	2	7	4	84	5		4	1
A61F		1	1			4		1			1	1				14			1	
A61H				1	13	9		1	1											
A61J			1			2						1				31				
A61K	131	810	783	155	85	391	131	224	374	280	108	165	149	506	199	1807	361	217	439	142
A61M		9	10	5	1	16			1	1		1		6	3	61	3	1	1	
A61N		2	5	4	16	22		1	2					2	1	8	2		1	
A61P	3	26	14	18		7	6	5	8	11	3	1	3	14	4	96	9	6	15	2
C07C	4	18	14	1	4	8	1	6	10	7	4	2	6	10	6	24	6	6	7	5
C07D	51	219	173	17	14	48	62	96	160	106	64	22	56	160	46	187	124	82	126	47
C07F		6	4			3	1	1	1	1	1			2	1	1	2	1	1	
C07H	4	15	22			5	3	6	7	7	5		6	12	2	11	9	5	7	2
C07K	13	88	84	5		20	16	29	48	30	8	7	16	61	16	116	53	20	52	14
C12G																8				
C12N	16	121	95		11	23	15	23	84	29	17	13	28	94	33	100	77	26	73	32
C12P	2	8	11		1	3	3	4	15	6	5	6	5	8	6	5	9	4	8	3
C12Q	4	30	36			2	2	1	11	5	1		3	18	3	13	14	2	11	3
G01N	16	90	92	4	49	21	11	16	72	27	8	12	20	81	31	46	60	21	56	29

Publication country

Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada no sistema *Orbit*®.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Quadro 2 - Significado das três principais subclasses de CIP.

CIP	Significado
A61K	PREPARAÇÕES PARA FINALIDADES MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS OUHIGIÊNICAS (dispositivos ou métodos especialmente adaptados para dar aos produtosfarmacêuticos formas físicas determinadas ou para sua administração A61J 3/00; aspectos químicosde, ou uso de materiais para ataduras, curativos, almofadas absorventes ou artigos cirúrgicos A61L;composições saponáceas C11D)
C07D	COMPOSTOS HETEROCÍCLICOS (preparação de compostos macromoleculares C08)
C12N	MICRO-ORGANISMOS OU ENZIMAS; SUAS COMPOSIÇÕES (biocidas, repelentes ouatrativos de pestes, ou reguladores do crescimento de plantas contendo micro-organismos, vírus,fungos microbianos, enzimas, fermentados, ou substâncias produzidas por, ou extraídas de, micro-organismos ou material animal A01N 63/00; preparado medicinais A61K; fertilizantes C05F); PROPAGAÇÃO, CONSERVAÇÃO, OU MANUTENÇÃO DE MICRO-ORGANISMOS; ENGENHARIA GENÉTICA OU DE MUTAÇÕES; MEIOS DECULTURA (meios de ensaio microbiológico C12Q 1/00)

Fonte: http://ipc.inpi.gov.br/ipcpub/#refresh=page

A Figura 14 apresenta o cenário dos documentos de patentes no âmbito do processamento do mérito. Em primeiro lugar, estão o número de patentes concedidas ou de cartas patente, que representam 27,5% dos 5563 documentos de patentes. Sobre as patentes que atingiram a caducidade estão contidos 24,26% dos documentos de patentes. Em seguida, na terceira posição, estão os documentos de patentes pendentes, que representam 23,45%.Nas últimas posições, quarto, quinto e sexto lugar, estão as patentes expiradas com 15,83 %, as patentes revogadas com 8,76 % e as desconhecidas com 0,04 %, respectivamente.

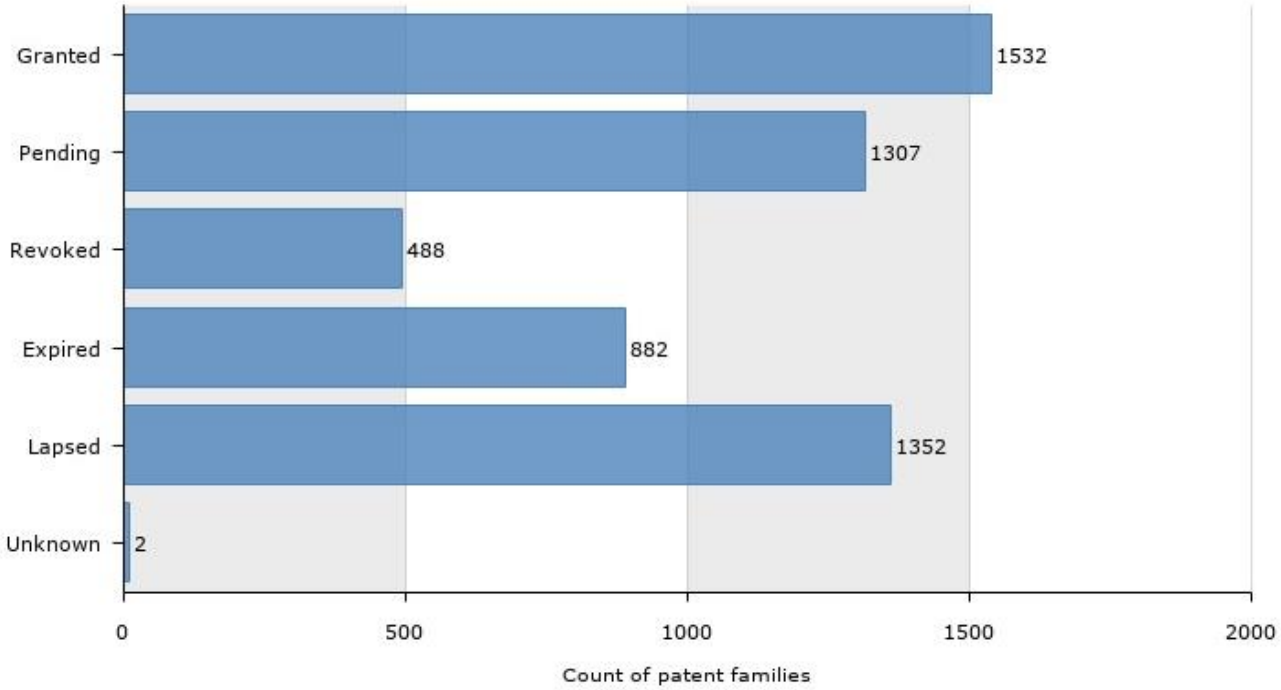
Em síntese, os documentos ativos são compostos pelas categorias “patente concedida” e “pedido de patente pendente”, e os documentos inativos são formados pelas categorias patente nos estados de revogada, expirada e caducada. Isto posto, depreende-se que tal cenário confirma a abertura de uma grande oportunidade para medicamentos genéricos, amplamente explorados pela indústria farmacêutica.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Por outro lado, tais indicadores apontam para uma realidade temerária, na qual o atual arsenal farmacêutico de combate à tuberculose apresenta baixo grau de "inovação terapêutica", seja por inatividade do documento de patente, seja pela prática do *"evergreening"*, frente aos desafios de saúde pública, como o surgimento de bactérias multirresistentes que causam formas mais agressivas da tuberculose.

Figura 14 – Número de patentes por "*status* legal".



Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada no sistema *Orbit*®.

A Figura 15 apresenta a relação entre o titular e o ano da primeira prioridade. A análise aqui apresentada priorizou o maior número de documentos de patentes por ano.

Neste cenário se destacam, com 16 patentes concentradas num mesmo ano, as instituições "GLAXOSMITHKLINE" em 1998 e a "FOSHAN SHUNDE BAOTONG METAL SCIENCE & TECHNOLOGY" em 2015.Na segunda posição vem a "JANSSEN PHARMACEUTICA", com 12 patentes em 2013.Já na terceira posição, com 9 patentes

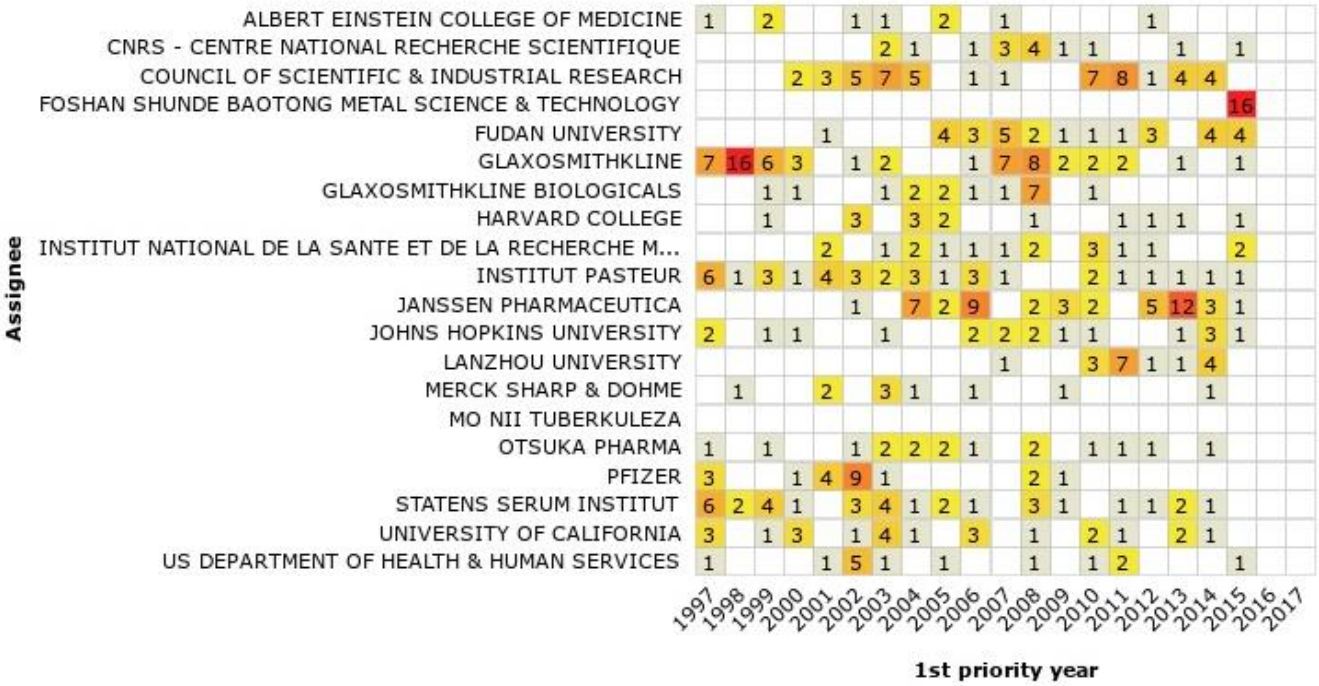
Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

cada uma, se apresentam a “PFIZER” em 2002 e a “JANSSEN PHARMACEUTICA” em 2006.Dentre o total de 5563 documentos de patentes recuperados, foram selecionados os 20 principais titulares com maior número de documentos de patentes sobre “tuberculose” pelo “ano de primeira prioridade”, conforme indicado na Figura 15.

Depreende-se, a partir da Figura 15, que todos os 20 titulares são pessoas jurídicas. Quanto à natureza ou tipo de titular, identificou-se 4 grupos, quais sejam: universidades, institutos de pesquisa, indústrias farmacêuticas, e órgão governamental da administração indireta. O montante de cada um destes grupos ou categorias são, respectivamente, 6, 7, 6, 1, os quais retratam, 30 %, 35 %, 30 % e 5 % do total de 20 principais titulares.

Figura 15 – Número de patentes por “titular” e por “ano de primeira prioridade”.



Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada no sistema *Orbit*®.

A Tabela 8, a seguir, apresenta um perfil consolidado sobre a massa de dados anteriormente destacadas. Trata-se de uma análise comparativa entre três instituições e

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

seus respectivos países de origem, as quais constam tanto na relação dos principais patrocinadores de ensaios clínicos, quanto na relação dos principais titulares de patentes, ambos no cenário mundial ao longo de 20 anos. Dos 16 patrocinadores principais apresentados na Figura 2 e Tabela 2, nota-se que 3 deles também estão presentes entre os titulares principais de patentes de acordo com a Figura 7.

Tabela 8 –análise comparativa entre instituições "patrocinadores" e "titulares"

Patrocinador EC e titular de PAT	Análise por instituição					Análise por país				
Instituição	**Sigla País**	**Nº EC**	**% EC**	**Nº PAT**	**% PAT**	**Sigla PCT**	**Nº EC**	**% EC**	**Nº PAT**	**% PAT**
GlaxoSmithKline	UK	12	1,2	78	1,4	GB	54	5,4	169	3,0
Johns Hopkins University	USA	14	1,4	22	0,4	US	134	13,3	1063	19,1
Statens Serum Institut	Denmark	13	1,3	36	0,6	DK	5	0,5	34	0,6

EC: ensaio clínico; PAT: patente; PCT: Patent Cooperation Treaty.
Fonte:elaboração própria, a partir de dados do sistema *Orbit*®e da plataforma *ICTRP*®.

CONCLUSÕES

Em atenção aos resultados analisados e sintetizados depreende-se que o cenário mundial sobre os estudos clínicos e as patentes, ambos aplicados à tuberculose, aponta para um caminho em que se impõe a urgente construção de novas políticas públicas que possam melhor atender a tais demandas. No caso do Brasil, importa destacar sobre a necessidade de acompanhamento do Projeto de Lei do Senado Nº 200 de 2015, o qual "dispõe sobre princípios, diretrizes e regras para a condução de pesquisas clínicas em seres humanos por instituições públicas ou privadas".

Também importante registrar todos os esforços em torno da Lei Nº 9279/1996, que "regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial", no sentido de

aperfeiçoar o sistema de patentes no país, por meio do fomento que privilegie aumentar o portfólio de patentes de "prioridade brasileira", aumentar o número de patentes concedidas a nacionais, diminuir o tempo médio de concessão de patentes no Brasil (*backlog*). Em síntese, entende-se que a combinação sinérgica dos efeitos (sociais, econômicos e jurídicos) destes dois diplomas legais pode impactar significativamente na independência tecnológica do Brasil no âmbito de criação de novas tecnologias de combate à tuberculose.

O panorama geral de combate à tuberculose, em duas décadas, conta com 1005 ensaios clínicos distribuídos em 94 países, 5563 patentes depositadas em 96 países. Observou-se que algumas instituições participam no cenário mundial, tanto como os "principais patrocinadores" de ensaios clínicos, como também "principais titulares" de patentes, tais como: *GlaxoSmithKline, Johns Hopkins University e Statens Serum Institut*. Tal fato corrobora a já conhecida prática da indústria farmacêutica e dos grandes centros de pesquisa, que investe expressivamente em pesquisa básica e aplicada com vistas a lograr êxito no mercado por meio de um sólido e robusto portfólio de patentes, a fim de garantir sua exclusividade de exploração comercial de mercado de medicamentos e demais tecnologias aplicadas à saúde.Também se destaca o perfil linear de crescimento, que resguarda entre si alinhamento e coadunação, no âmbito do "ano de registro dos ensaios clínicos" e "ano de primeira concessão das cartas patente", ambos sobre tuberculose. Outro padrão identificado foi o alinhamento existente entre os "produtos finais" das fases III e IV dos ensaios clínicos, com os "domínios tecnológicos" das patentes, e as "CIPs" mais significativas das patentes, o que mais uma vez demonstra as estratégias de construção de monopólios patentários e, consequentemente, de mercado, que se iniciam nos primórdios dos ensaios clínicos sobre tuberculose.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf. Acesso em: 25 de maio de 2017.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

ICTRP. International Clinical Trials Registry Platform. World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/ictrp/en/.

Lei Federal Nº 9.279, de 14 de maio de 1996. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9279.htm. Acesso em: 08 de agosto de 2017.

Orbit Intelligence System®. Questel® Company. Disponível em: https://www.orbit.com/.

Projeto de Lei do Senado Nº 200 de 2015. Dispõe sobre princípios, diretrizes e regras para a condução de pesquisas clínicas em seres humanos por instituições públicas ou privadas. Disponível em: https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/120560. Acesso em: 08 de agosto de 2017

VASCONCELLOS, A.G.; MOREL, C.M. (2012). Enabling Policy Planning and Innovation Management through Patent Information and Co-Authorship Network Analyses: A Study of Tuberculosis in Brazil. **PLoS ONE** 7(10): e45569. doi:10.1371/journal.pone.0045569. Disponível em: http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0045569. Acesso em: 20 de maio de 2017.

WHO. World Health Organization. **Global Tuberculosis Report 2016**. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250441/1/9789241565394-eng.pdf. Acesso em 12 de junho de 2017.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

PERCEPÇÃO DE MULHERES ACERCA DO EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

PERCEPTION OF WOMEN ABOUT THE EXAM PREVENTION CERVICAL CANCER

Sebastião Alves de Queiroz[1]
Cristina Costa Melquíades Barreto[2]
Priscilla Costa Melquíades Menezes[3]
Érica Surama Ribeiro César Alves[4]
Jamili Anbar Torquato[5]

RESUMO - O câncer do colo do útero quando diagnosticado precocemente pode ser curado. No Brasil, esse tipo de câncer é a quarta causa de mortalidade, tornando-se um dos maiores problemas de Saúde Pública. Para seu controle, a estratégia de prevenção é realizada através do exame conhecido como Papanicolaou. Tratou-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 20 mulheres pertencentes à faixa etária de 18 a 60 anos, usuárias da Unidade de Saúde da Família no município de Piancó-PB. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário com questões objetivas, com posterior análise do conteúdo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, sendo respeitado os princípios éticos, que envolvem a pesquisa com seres humanos, preconizados pela Resolução nº 196/96. O estudo revelou que a maioria das participantes possuem nível de escolaridade elevado, 80% já tinham realizado o exame preventivo e os motivos que levaram essas mulheres a realizarem o citado exame, era a prevenção contra o câncer cérvico-uterino, 62,5% relataram que não enfrentaram nenhum tipo de

[1] Graduando em Enfermagem, das Faculdades Integradas de Patos .
[2] Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul, docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos.
[3] Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul, docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos.
[4] Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul, docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos.
[5] Doutora em Patologia pela Universidade de São Paulo, professora da Universidade Cruzeiro do Sul.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

dificuldade em realizar o exame e 70% informaram que o exame de prevenção do câncer cérvico-uterino deve ser feito anualmente, além de que todas as participante, demonstraram ter algum conhecimento na véspera do exame. No entanto podemos observar nesse estudo que o grupo de mulheres pesquisadas diferencia dos demais estudo encontrados, constatando que uma boa educação, informações acessíveis e acompanhamento periódico e adequado aos serviços de saúde, o número de casos de Câncer Cérvico Uterino seria reduzido e os coeficientes de morbi-mortalidade controlados.

Palavras-chave: Prevenção. Câncer Cérvico-Uterino. Saúde da Mulher.

ABSTRACT - The cancer of the cervix when diagnosed early can be cured. In Brazil, this cancer is the fourth leading cause of death, becoming one of the biggest public health problems. For its control, the prevention strategy is accomplished by examining known as Pap smear. This was an exploratory descriptive study with a quantitative approach. The sample consisted of 20 women belonging to the age group 18-60 years, users of the Family Health Unit in the Municipality of Piancó-PB. Data collection was conducted through a questionnaire with objective questions, with subsequent content analysis. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Integrated Faculties at Patos, being respected ethical principles involving human research, recommended by Resolution No. 196/96. The study revealed that most participants have high education level, 80% had performed preventive screening and the reasons that led these women to perform the said examination, was the prevention of cervical cancer, 62.5% reported that they did not face any difficulty in performing the exam and 70% reported that the examination of preventing cervical cancer should be done annually, had some knowledge of what should be done the day before the exam. However we can observe in this study that the group of women studied apart from other study found, noting that a good education, and regular monitoring information accessible and appropriate health services, the number of cases of ginecological cancer would be reduced and the coefficients of morbidity and mortality controlled.

Keywords: Prevention. Uterine Cervical Cancer. Women's Health.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

INTRODUÇÃO

Definido como sendo uma doença crônico degenerativa com alto grau de letalidade e morbidade, o câncer (CA) do colo do útero quando diagnosticado precocemente pode ser curado. Entretanto, o mesmo constitui-se num problema de saúde pública devido às altas taxas de prevalência e mortalidade, registradas em mulheres que se encontram em fase produtiva (DUAVY et al., 2007).

De acordo com o próprio Mistério da Saúde (BRASIL, 2010a), a maior incidência do câncer do colo do útero é verificada naquelas mulheres com idades entre 45 e 49 anos. Por ser um tipo que evolui lentamente, a detecção precoce e o tratamento de lesões precursoras tem potencial de cura e de redução da mortalidade pela doença em até 80%.

No que diz respeito à mortalidade por câncer de colo do útero, esta é menor que a incidência, isto porque nos países desenvolvidos registra-se uma sobrevida média que varia de 59 a 69%. No entanto, nos países em desenvolvimento, essa sobrevida média é de cerca de 49% após cinco anos (OLIVEIRA et al., 2010).

Dados divulgados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), revelam que no Brasil entre as neoplasias malignas da população feminina, o câncer de colo uterino é quarta causa de mortalidade, tornando-se um dos maiores problemas da Saúde Pública, que é agravado devido ao diagnóstico tardio, ou seja, quando a lesão já ultrapassou o limite do útero (BRASIL, 2010a; OLIVEIRA et al., 2010).

Smeltzer e Bare (2010) definem o câncer uterino como sendo uma neoplasia maligna, oriunda de alterações celulares que vão evoluindo de forma imperceptível, terminando no carcinoma cervical invasor. O câncer de colo do útero ocorre com mais frequência em mulheres entre 30 a 45 anos de idade No entanto, pode ocorrer mais precocemente, sendo vários os fatores de risco .

No entanto, nos últimos sessenta anos, tem-se verificado uma grande redução na incidência e a mortalidade por câncer de colo uterino, graças às novas técnicas de rastreamento do Exame de Papanicolau, que é um teste que examina as células coletadas do colo do útero e é considerado um dos mais importantes exames para prevenção da saúde da mulher (BARBEIRO et al. 2009).

O exame Papanicolau consiste na coleta de material do colo uterino para exame em laboratório. É um exame simples e barato. No entanto, algumas mulheres ainda resistem em realizá-lo por medo ou vergonha (DANGELO; FATTIMI, 2008).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Afirmam Barros; Marim e Abrão (2008), que o objetivo desse exame é detectar células cancerosas ou anormais e que o mesmo também pode identificar condições não cancerosas como infecção ou inflamação.

O sucesso do exame Papanicolaou residente no fato de que ele pode detectar doenças que ocorrem no colo do útero antes do desenvolvimento do câncer (GOMES et al., 2008).

De acordo com Oliveira et al. (2010) embora o Brasil tenha sido um dos primeiros países do mundo a realizar o exame de Papanicolaou para a detecção precoce desta patologia, sua introdução fazendo parte de um programa de controle do câncer cérvico-uterino só ocorreu em meados da década de 1970, somente se ampliando com o surgimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), registrado em 1983.

Segundo Davim et al. (2008), dizem que muitos estudos realizados por especialistas revelam que as campanhas de prevenção e/ou detecção precoce dessa patologia não têm sido bem sucedidas. E, que esse tipo de câncer continua a se constituir em séria ameaça para a população feminina brasileira, podendo tal fenômeno está correlacionado aos seguintes fatores: a dificuldade em acessar os serviços de saúde para a realização do exame de Papanicolau, a demanda reprimida, a falta de oportunidade que a mulher tem para falar sobre si e sua sexualidade, ao desconhecimento sobre o câncer ginecológico acrescido de tabus e ideias preconceituosas sobre a mulher.

O presente estudo tem por objetivo investigar o conhecimento do exame citológico do colo uterino entre as mulheres, atendidas nas Unidades de Saúde de Piancó PB.

O presente estudo se justifica pela necessidade que ainda existe de se mostrar a importância da realização do exame citológico de forma periódica, na esperança de contribuir para a detecção precoce do câncer do colo do útero, promovendo um melhor tratamento da doença e, consequentemente, diminuindo o risco de mortalidade que ainda é considerado alto no Brasil, apesar de todas as campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma pesquisa de campo, com caráter descritivo com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no município de Piancó-PB, na Unidade de Saúde da Família Fernando Vieira de Melo. A coleta dos dados aconteceu em março

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

de 2013 por meio de um questionário semiestruturado, elaborado pelo próprio pesquisador sendo a amostra composta por 20 mulheres, que estavam presentes no dia da coleta e que aceitaram participar da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual foram informadas sobre os objetivos do estudo em questão.

Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 18 anos; encontrar-se devidamente cadastrada na Unidade de Saúde da Família e responder ao questionário proposto, foram excluídas as mulheres com idade inferior a 18 anos, que no momento do atendimento se recusaram a responder o questionário e que se sentiram constrangidas ou inseguras com o pesquisador.

Os dados foram analisados quantitativamente através do modelo descritivo e apresentados em forma de gráficos e tabelas para subsidiar a discussão dos resultados, com respaldo na literatura pertinente ao tema em questão.

Os aspectos éticos deste estudo foram todos respeitados baseados na Resolução nº. 196/96 (BRASIL, 1996), referente à pesquisa com seres humanos. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, conforme parecer do CEP nº 107/2012.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 - Distribuição dos dados socioeconômicos e demográficos das mulheres, segundo as variáveis do estudo. (N=20)

Variáveis	*f*	%
Faixa etária		
18 a 20 anos	1	5
21 a 25 anos	5	25
26 a 30 anos	2	10
31 a 35 anos	1	5
36 a 40 anos	2	10
41 a 45 anos	3	15
46 a 50 anos	4	20
56 a 60 anos	2	10
Estado civil		
Solteira	4	20
Casada	10	50
Divorciada	6	30
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	1	5
Ensino fundamental completo	1	5
Ensino médio incompleto	1	5
Ensino médio completo	10	50
Ensino superior incompleto	3	15
Ensino superior completo	4	20
Total	**20**	**100**

Fonte: Pesquisa de campo, Piancó, 2013.

O grupo de mulheres entrevistadas constituiu-se, portanto, de mulheres jovens, casadas e com o ensino médio completo, a maioria na faixa etária entre 21 e 25 anos de idade.

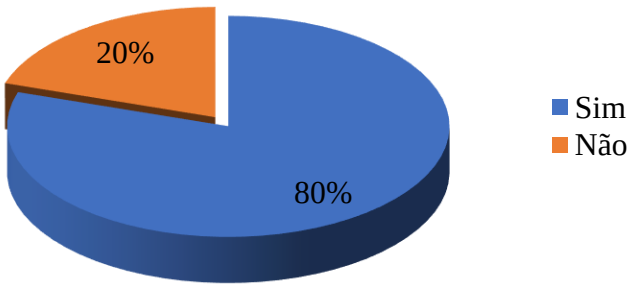
Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a), o exame é prioritário para as mulheres que já tenham iniciado a vida sexual e que nunca tenham feito o exame citológico, principalmente, aquelas entre 35 e 49 anos, independentemente de seu estado

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

civil, o que diferencia deste estudo, onde a maioria das mulheres encontram-se em uma faixa etária jovem..

Em relação a escolaridade, percebe-se que, é um indicador que facilita o trabalho da prevenção de doenças e agravos a saúde, a exemplo do câncer cérvico-uterino, cujas informações são disponibilizadas, geralmente, em jornais, revistas, folhetos e informativos, bem como na unidade de saúde, através de palestras, campanhas, que devem ser realizadas frequentemente. Neste sentido, o maior nível de escolaridade pode favorecer a interpretação de tais informações.

Gráfico 1: Distribuição das mulheres quanto a realização do exame de prevenção do câncer cérvico-uterino, (n=20), Piancó –PB 2013



Com base nos dados apresentados no Gráfico 1, percebe-se que a maioria das participantes desta pesquisa (80%) já realizou o exame de prevenção do câncer cérvico-uterino pelo menos uma vez. Rodrigues, Fernandes e Silva (2009) relatam que a mulher ainda é motivada à realização do exame pela presença de fatores de risco, como histórias prévias de câncer na família e a desconfiança nas relações conjugais, como a infidelidade do parceiro.

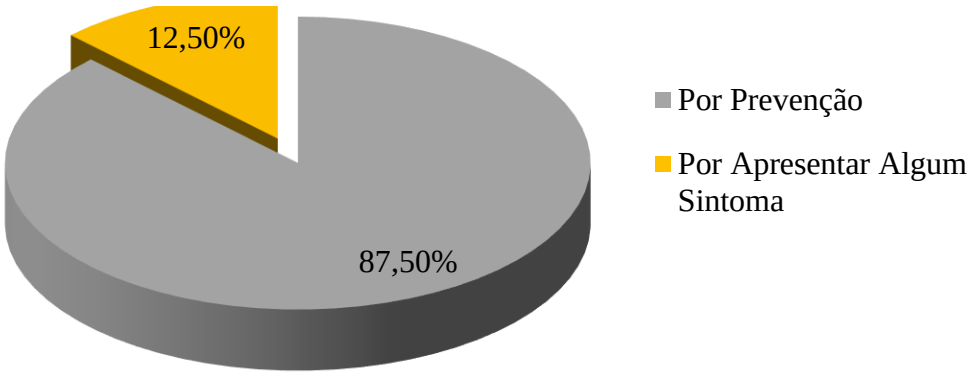
As mulheres entendem o exame de Papanicolaou como uma maneira de praticar o autocuidado e, em sua maioria, evidenciam preocupação e empenho em conhecer suas condições de saúde. No entanto, geralmente procuram os serviços de saúde em decorrência de algum sintoma. (DUAVY et al., 2007).

Independente do motivo que leve a mulher a procurar os serviços de saúde, é inquestionável a necessidade de cuidar da saúde, não adianta que se ofereça ações como

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

o exame preventivo, se a mulher não buscar os recursos de saúde e não se comprometer com a prevenção da doença, promovendo sua própria saúde.

Gráfico 2: Distribuição das mulheres quanto ao motivo que as levou a realizar o exame (n=20), Piancó –PB 2013



Os dados apresentados no Gráfico 2 demonstram que a maioria das mulheres relataram ter realizado o exame por prevenção, e apenas 02 (12,50%) declararam que fizeram o exame, por apresentar algum sintomas.

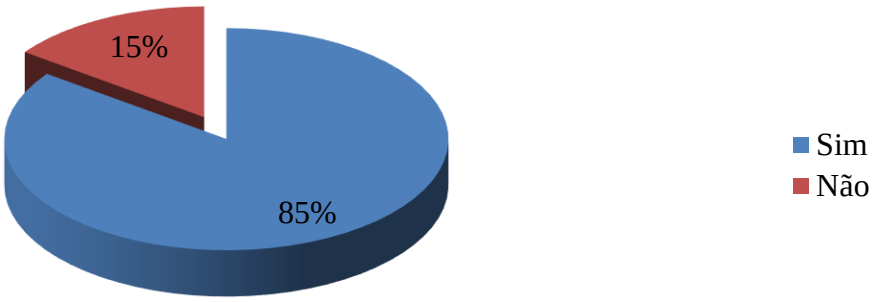
As mulheres percebem o exame de prevenção como uma forma de se cuidar e como se pode observar pela maioria das entrevistadas, nota-se o interesse e a preocupação em saber suas condições de saúde, apesar de algumas mulheres buscarem assistência a partir de aparecimento de sintomas.

O Papanicolau também serve para determinar outras condições de saúde de seu corpo tais como nível hormonal, doenças da vagina e do colo do útero. Ele permite a identificação de um conjunto de alterações celulares classificadas de acordo com a presença e o grau das atípias apresentadas (BARBEIRO et al., 2009).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Gráfico 3: Distribuição das mulheres quanto ao conhecimento sobre a forma de realização do exame de prevenção do câncer cérvico-uterino, (n=20), Piancó –PB 2013



Os dados apresentados no Gráfico 3 demonstram que 85% das participantes sabem como é realizado o exame de prevenção do câncer cérvico-uterino. No entanto, 15% desconhecem tal procedimento.

Pode-se perceber, então, que grande parte das mulheres pesquisadas tem conhecimento suficiente sobre a forma como é realizado o exame de prevenção do câncer cérvico-uterino. Isso se deve as informações fornecidas pelos profissionais em momentos oportunos sobre a importância da prática regular do exame ginecológico.

Vale ressaltar que as campanhas nacionais de prevenção do Câncer Cérvico Uterino expostas na mídia são fortes disseminadoras de informações pertinentes a esse assunto, não estando a mulher alheia às informações.

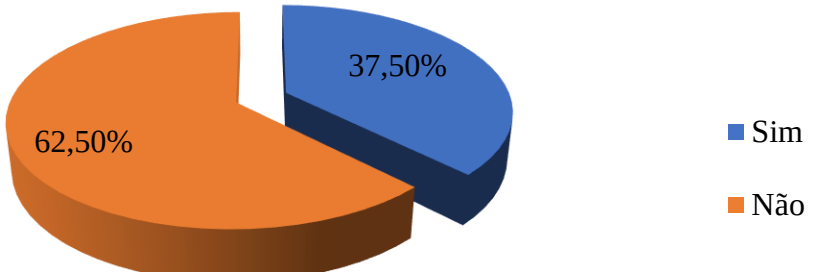
Em relação à essa questão fica evidente que quanto maior o nível de escolaridade melhor o entendimento e o acesso as informações divulgadas nos serviços de saúde. Os dados encontrados nesta pesquisa, revelaram que a maioria das mulheres entrevistadas possuem nível de escolaridade elevado, como mostra a tabela 1, e diferencia de outros estudos como o de Pelloso; Carvalho; Higarashi, (2004), que mostra como principais fatores à falta de conhecimento do exame, como a má informação ou o acesso a informações imprecisas, assim como o baixo nível de escolaridade entre as mulheres.

O exame citopatológico tem como objetivo a análise das células obtidas por raspagem do colo uterino (ectocérvice e canal endocervical) com as quais é realizado esfregaço sobre uma lâmina de vidro. Nele, as características morfológicas das células são observadas ao microscópio e, quando alteradas, ou seja, quando estão diferentes daquelas consideradas normais, sugerem tratar-se de processo pré-neoplásico ou

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

neoplásico. Os autores afirmam ainda, que atualmente o exame citopatológico é o método de rastreamento para câncer do colo uterino mais utilizado em todo o mundo (MONTEMOR et al., 2008).

Gráfico 4: Distribuição das mulheres quanto ao enfrentamento de alguma dificuldade quando da realização do exame de prevenção do Câncer Cérvico-Uterino. (n=20), Piancó –PB 2013.



Analisando os dados apresentados no Gráfico 4 pode-se constatar que a maioria, não enfrentaram nenhum tipo de dificuldade em realizar o exame de prevenção. No entanto, as que relataram dificuldade em realizar o exame, o sentimento referido foi o constrangimento .Uma entrevistada não soube responder a pergunta.

Embora grande parte das mulheres saiba da importância do exame, sua prática fica prejudicada devido aos sentimentos de tensão, desconforto físico, e medo que antecedem o exame. Outro fator que também tem contribuído para dificultar a realização do exame preventivo é o constrangimento, como relatado pelas mulheres deste estudo.

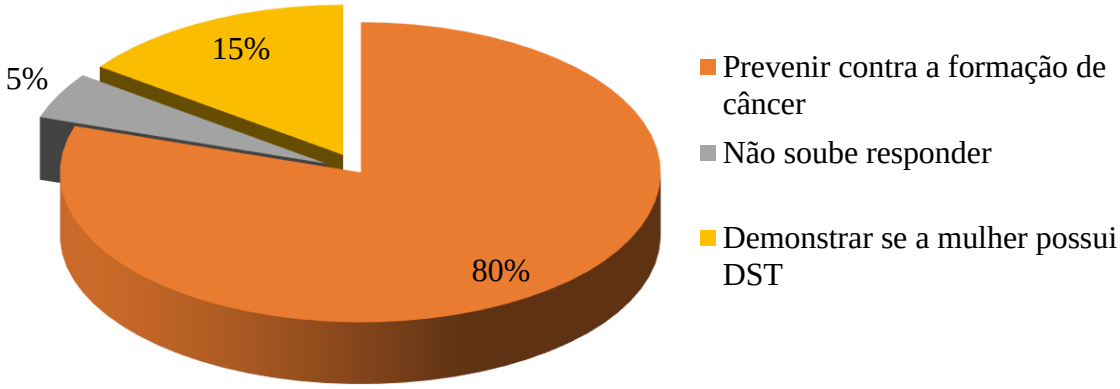
A existência de um certo constrangimento por parte das mulheres submetidas ao exame de prevenção do câncer de colo uterino é inegável, o que pode ser justificado pelo fato de o exame ginecológico implicar a intromissão de um profissional de saúde em partes íntimas do corpo.

A forma como algumas mulheres se manifestam ao terem que expor seu corpo, tê-lo manipulado e examinado por um profissional, revela o quanto a sexualidade tem

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

influência sobre a vida da mulher; afinal, trata-se de tocar, manusear órgãos e zonas erógenas (DUAVY et al., 2007).

Gráfico 5: Distribuição da amostra quanto a finalidade do exame de prevenção do Câncer cérvico-uterino, (n=20), Piancó –PB 2013



Os dados apresentados no Gráfico 5 demonstram que a grande parte das entrevistadas sabem que a finalidade do exame citológico é prevenir contra o aparecimento do câncer cérvico-uterino. No entanto, 5% declararam não saber nada a respeito e 15% declararam que a finalidade é investigar se a mulher possui Doença Sexualmente Transmissível (DST). Dessa forma, as entrevistadas, no geral, apresentaram uma opinião satisfatória sobre o exame, denotando conhecer sua finalidade.

Contudo, tem-se que ressaltar que este último motivo, necessariamente não constitui o objetivo do exame preventivo, fato que demonstra que embora realizando o exame, estas mulheres ainda não possuem o conhecimento necessário quanto a sua importância.

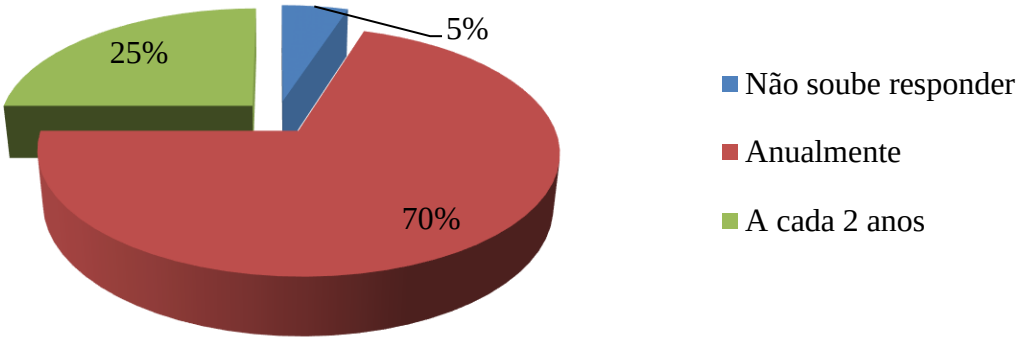
O exame preventivo pode detectar doenças que ocorrem no colo do útero antes do desenvolvimento do câncer. Este exame serve, principalmente, para determinar o risco de uma mulher vir a desenvolver o câncer (SOUZA; SILVA; PINTO (2010).

O exame citológico do colo uterino, além de sua importância para a saúde da mulher, é um procedimento necessário na detecção precoce de lesões pré-invasivas e

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

consequentemente, instrumento essencial para a diminuição da mortalidade por câncer cervico uterino (PELLOSO; CARVALHO; HIGARASHI, 2004).

Gráfico 6: Distribuição da amostra sobre a frequência que a mulher deve realizar o exame de prevenção, (n=20), Piancó – PB, 2013.

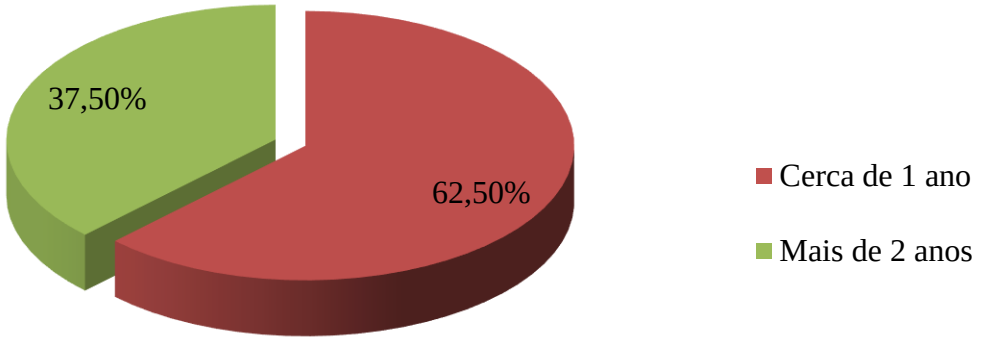


Analisando o Gráfico 7 pode-se constatar que grande parte das participantes informaram que o exame de prevenção do câncer cérvico-uterino deve ser feito anualmente; 25% acham que deve ser realizado a cada dois anos e 5% não soube responder.

No sentido de regular a periodicidade do exame de Papanicolau, preconiza-se que toda mulher, dos 25 aos 59 anos de idade, ou antes, se já iniciou sua vida sexual, deve se submeter ao exame preventivo, uma vez ao ano. Após dois exames consecutivos com resultados negativos, este adquire periodicidade trianual (BRASIL, 2010b).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Gráfico 7: Distribuição da amostra quanto ao tempo em que fez o último exame de prevenção do câncer cérvico-uterino, (n=20), Piancó – PB, 2013.



Com base nos dados apresentados no Gráfico 7, constata-se que a maioria das entrevistadas, realizaram o último exame de prevenção do câncer cérvico-uterino a cerca de 1 ano, 37,50% declararam ter realizado o exame a mais de dois anos.

A mulher que possui vida sexual ativa deve ter a preocupação de se submeter a realização do exame preventivo anualmente, foi o caso das entrevistadas deste estudo que realizaram o exame de Papanicolau em um intervalo preconizado pelo Ministério da Saúde, ou seja, anualmente.

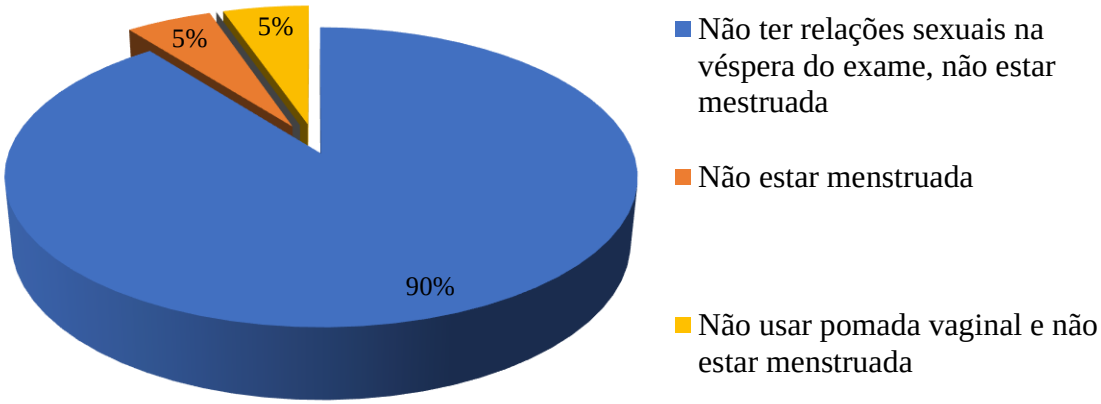
Para as mulheres que declararam ter realizado o exame em períodos não recomendados, se faz necessário uma intervenção educativa, buscando adequar essa periodicidade com vistas a uma melhor detecção precoce de alterações cervicais sem custos desnecessários

Contudo, vale ressaltar que o estudo em questão não revela se a periodicidade das entrevistadas quando relataram que o fazem a cada 2 anos, é após dois exames consecutivos com resultados negativos para displasia ou neoplasias.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Gráfico 8: Distribuição das mulheres quanto ao conhecimento sobre os cuidados que a mulher deve ter antes de ser submetida ao exame Papanicolau, (n=20), Piancó – PB, 2013.



Quanto aos cuidados necessários antes das mulheres se submeterem ao exame de Papanicolau, observa-se no gráfico 8 que todas as participante, no geral, apresentam algum conhecimento que se deve ter na véspera do exame, visto que a negligência dos mesmos interfere na realização do mesmo, bem como, no seu resultado, sabendo-se que esses cuidados referidos devem ser do conhecimento de todas as mulheres que o realizam.

A participação das mulheres em palestras preventivas é algo importante e por isso deve ser estimulado quando de sua presença na Unidade de Saúde, que por sua vez, deve desenvolver atividades junto às mulheres, em forma de educação permanente em saúde, priorizando campanhas de esclarecimento acerca do câncer uterino, que abranjam os cônjuges, pois, estes nem sempre compreendem a necessidade dessa prevenção (DUAVY et al., 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa permitiu constatar que o exame ginecológico é um dos mais importantes exames para a saúde da mulher, e que embora seja simples tem reduzido as mortes por câncer de colo cérvico-uterino, pois, detecta o vírus HPV e outras doenças que ocorrem no colo do útero antes do desenvolvimento do câncer.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

De acordo com informações coletadas de outros trabalhos científicos, geralmente as mulheres apresentam dificuldades em realizar o exame de prevenção, o que contradiz com o estudo em questão, uma vez que a maioria das entrevistadas procuram a Unidade de Saúde para realizar o Papanicolau não demonstrando ter impecilhos para tal prática.

Evidenciou-se também que parte das mulheres conhecem a importância da realização do Papanicolau, pois relatam que o fazem como medida de prevenção, que é o que preconiza o Ministério da Saúde quando institui companhas Nacionais de prevenção do Câncer Cérvico Uterino. Isto corrobora com o nível de escolaridade encontrado nesse grupo, pois, a maioria por possuírem nível de escolaridade satisfatório, consequentemente ajuda a superar dificuldades para realizar o exame, tem a consciência da finalidade do mesmo, sabem como se realiza e quando devem realizar o exame para prevenir contra o Câncer Cérvico Uterino.

Isto se deve ao fato de que, quanto melhor o nível de entendimento das pessoas; profissionais habilitados e engajados em fornecer informações pertinentes e completas sobre o exame; atuarem como um elo entre as mulheres e a prevenção; além de construírem vinculo com a clientela; torna-se maior a adesão ao exame preventivo.

De forma geral, muitos são os problemas enfrentados pelas mulheres para a realização do exame preventivo, no entanto podemos constatar nesse estudo que o grupo de mulheres pesquisadas diferencia dos demais estudo científicos encontrados , constatando que uma boa educação, informações acessíveis e acompanhamento periódico e adequado aos serviços de saúde, o número de casos de Câncer Cérvico Uterino seria reduzido e os coeficientes de morbi-mortalidade controlados.

REFERÊNCIAS

BARBEIRO, F. M. S et al. Conhecimentos e práticas e prevenção do câncer cérvico-uterino. **Rev. Fonte de Pesquisa, Cuidado e Fundamento**, v. 7, n. 2, p. 214-221, 2009.

BARROS, S. M. O.; MARIM, H. F.; ABRÃO, A. C. F. V. **Enfermagem obstétrica e ginecologia para pratica assistencial**. 4. ed. Saulo Paulo: Roca. 2008.

BRASIL. Comissão Nacional de Ética em Enfermagem (CONEP). Resolução nº 196/96. In: **Cadernos de Ética em Pesquisa**, Brasília, v.1, n.1, jul. 1996.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Prevenção do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2010b.

DAVIM, R. M. B. et al. Conhecimento de mulheres de uma unidade básica de saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolau. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 3, p. 296-302, 2008.

DUAVY L. M. et al. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p.733-742, mai.-jun., 2007.

GOMES, C. H. R. et al.. Avaliação do conhecimento sobre detecção precoce do câncer das estudantes de medicina de uma universidade pública. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 1, p. 25-30, 2008.

MONTEMOR, E. B. L. et al. **Controle do câncer de colo de útero**: o exame citopatológico. In: LOPES, M. H. B. de M. (org.). **Enfermagem na saúde da mulher**. 2 ed. Goiânia: AB, 2008

OLIVEIRA, A. F. et al. Estudo sobre a adesão ao exame citopatológico de Papanicolau em um grupo de mulheres. **Rev. Pesq. Saúde**, v. 11, n. 1, p. 32-37, jan-abr, 2010.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; HIGARASHI, L. H. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 319-324, nov. 2004.

RODRIGUES, D. P.; FERNANDES, A. F. C.; SILVA, R. M. Percepção de algumas mulheres sobre o exame Papanicolaou. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 113-118, abr. 2009.

SMELTZER, S.; BARE, B. G.; **Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 14 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

SOUZA, D. A.; SILVA, J. O.; PINTO, N. M. M. Conhecimento e prática das mulheres em relação ao exame citológico do colo uterino. **Revista Enfermagem Integrada**, v. 3, n. 2, p. 506-518, nov. .-dez, 2010.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

QUALIDADE DA ÁGUA EM UMA PENITENCIÁRIA MASCULINA: ANÁLISE MICROBIOLÓGICA E FÍSICO-QUÍMICA

WATER QUALITY IN A MALE PENITENTIARY: MICROBIOLOGICAL AND PHYSICO-CHEMICAL ANALYSIS

Edmara de Assis Pereira[1]
Edcarlos Araujo dos Santos[2]

RESUMO – A água (H_2O) é a principal fonte de manutenção para a vida. Porém, este elemento está mais escasso na atualidade, principalmente potável. No Brasil, as regras que determinam a qualidade da água foram estabelecidas pela portaria Nº 2.914/2011 do Ministério da Saúde (MS). Penitenciária é um estabelecimento oficial destinado à reclusão de pessoas condenadas com a privação da liberdade. Os apenados, por sua vez, têm acesso apenas ao produzido e mantido no mesmo (como a água). O presente trabalho tem como objetivo avaliar a qualidade da água do presidio masculino "Procurador Romero Nobrega" da cidade de Patos-PB através dos parâmetros físico-químicos e microbiológicos. Foram captadas 06 amostras das 02 caixas d'água; onde os resultados obtidos foram satisfatórios. Algo inesperado, contrariando relatos populares e também da mídia sobre as condições precárias dos presídios, sustentando a hipótese, errada, de que o armazenamento da água seria inadequado. Através do trabalho, pode-se comprovar que o presídio, diante desta pesquisa, atingiu resultados satisfatórios nos quesitos presentes (físico-químico e microbiológico).

Palavras-chave: Água; Parâmetro Microbiológico; Penitenciária.

ABSTRACT – Water (H2O) is the main source of maintenance for life. However, this element is scarcer nowadays, especially drinking. In Brazil, the rules that determine water quality were established by ordinance No. 2,914 / 2011 of the Ministry of Health (MS).

---

[1] [1]Graduanda em Biomedicina pelas Faculdades Integradas de Patos. Email: edmarapereira22@hotmail.com
[2] Professor Especialista Nas Faculdades Integradas de Patos.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Penitentiary is an official establishment for the detention of persons convicted of deprivation of liberty. The grieving ones, in turn, have access only to the produced and maintained in the same (like the water). The present study aims to evaluate the water quality of the male prisoner "Procurador Romero Nobrega" in the city of Patos-PB through the physical-chemical and microbiological parameters. Six samples of the 02 water tanks were collected; Where the results were satisfactory. Something unexpected, contrary to popular and media reports about the precarious prison conditions, supported the erroneous hypothesis that water storage would be inadequate. Through the work, it can be verified that the prison, in front of this research, reached satisfactory results in the present (physical-chemical and microbiological) aspects.

Keywords: Water; Microbiological Parameter; Penitentiary.

INTRODUÇÃO

A água é essencial para a vida humana, sem o mesmo seria impossível manter o equilíbrio corporal em relação a diversos fatores: temperatura, manutenção e fundamento. Porem a água contaminada pode transmitir sérias patologias (SILVA, 2011). Esse recurso é nos dados para manter o equilíbrio de todo o planeta através de suas propriedades (ONU, 2015).

A água potável está escassa em todo o mundo. No Brasil não é diferente, a escassez de água no Brasil virou uma realidade, somada com a falta de higiene mantida pela população no armazenamento. Esse fator torna esse elemento um vetor para microrganismos e doenças causando surtos epidemiológicos, onde as crianças são as principais atingidas (OPERSAN, 2016).

Presídio ou penitenciária é um local de reclusão onde pessoas ficam isoladas da sociedade para cumprir determinada pena para que o infrator seja punido onde os mesmos não tenham acesso ao meio exterior. Incluindo recursos básicos, como comida ou água (LOPES, PIRES & PIRES, 2014).

A realidade das penitenciárias brasileiras é de total abandono e caos. A infraestrutura, preparo dos funcionários e mau armazenamento dos recursos são exemplos de descuido encontrados nos mesmo. No Nordeste a situação não roje do resto do país. A superlotação e infrações sociais são pendentes (KAWAGUTI, 2014).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

A higiene e saneamento é um descaso frequente. As normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS) implicam que a água deve ser mantida ausente de microrganismos. Para tal, foram estabelecidas diversas normas. Uma delas foi a portaria Nº 2.914/2011 de 12 de dezembro de 2011 que fala sobre os procedimentos de controle da água a ser consumida (BRASIL, 2011).

Portanto, para que a água possa ser corretamente armazenada, tratada e distribuída nos presídios; a mesma deve ser manuseada de forma correta. Tendo uma atenção maior nas penitenciarias, onde os prisioneiros não possuem outra fonte externa a não ser a fornecida pelos agentes penitenciários (BRAZIL, 2006). O presente trabalho teve como objetivo avaliar a possível presença de microrganismos na água armazenada para consumo no presidio masculino da cidade de Patos-PB.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa de opinião relacionada à qualidade da água consumida pelos detentos do Presidio Procurador Romero Nobrega, localizado na cidade de Patos no Estado da Paraíba.

A população será formada pela água armazenada nas caixas d'água secundarias do Presidio "Procurador Romero Nobrega" da cidade de Patos no estado da Paraíba e a amostragem foi constituída por 06 amostras, 03 de cada caixa d'água, considerando tal amostragem equivalente a 100% do total proposto.

Como critérios de inclusão na pesquisa foram coletadas amostras das caixas d'água secundárias de onde se retira a água para consumo e preparo de alimentos. Foram excluídos da pesquisa, as torneiras ou qualquer outra fonte de armazenamento e a água que não for utilizada para consumo e/ou preparo de alimento.

Esta pesquisa teve como benefícios, a melhora da qualidade da água utilizada no presidio "Procurador Romero Nobrega"; e a conscientização da importância de ter sempre acesso a água de qualidade.

A coleta de dados dar-se-á com o uso de reservatórios de vidro e condicionada em caixa de isopor com gelo, e para análise será utilizado teste colilert e estufa bacteriológica.

No momento da coleta, a pesquisadora, com uso de luvas, coletou as amostras utilizando frascos estéreis e acondicionados em uma caixa de isopor com gelo.

Para análise, as amostras foram transportadas para o Centro Vocacional Tecnológico (CVT) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) na cidade de

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Pombal–PB. As amostras passaram pelos seguintes processos: analise microbiológicas, sendo colocadas em tubos de ensaio, as mesmas foram tratadas de acordo com as normas estabelecidas pela Portaria nº 518/2004 do MS, foram cadastradas no sistema gerenciador de ambiente laboratorial - GAL (APÊNDICE A). Posteriormente foi colocada com agente tipo colilerter, utilizado como base a técnica do substrato cromogênico/enzimático, encubando em estufa bacteriológica sob a temperatura de 35º a 37º C no período de 18 a 24 horas. Sendo, após o tempo de incubação, incolor igual a negativo e amarelo igual positivo.

Para analise físico-química, foram retiradas mais 100 ml das amostras e distribuirão entre as seguintes analises:

- Cor – a análise da cor foi obtida por clorometria, utilizando o aparelho de bancada Nessler Quanti 200 (Aquatest);
- Turbidez – será determinada através do turbidímetro DMC2 (Digimed), o resultado obtido será pelo índice mefelométrico, ligando e calibrando o aparelho com uma solução padrão de acordo com as instruções do fabricante;
- pH – será realizada pelo aparelho pHmetro (Quimis/Q400), sendo previamente calibrado.

Os dados da amostra foram analisados, tabulados e tabelados utilizando o software Microsoft Excel.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta pesquisa foram analisados parâmetros físico-químicos e microbiológicos para avaliar a qualidade da água na penitenciaria masculina da cidade de Patos – PB. Analisamos a Turbidez (UT), a Cor aparente, o pH, a quantidade de ferro e o aparecimento de coliformes totais. Na qual, obtivemos os resultados abaixo (Tabela 01).

Tabela 01 – Resultado das coletas

AMOSTRAS/VARIÁVEIS		TURBIDEZ	COR	PH	FERRO	COLIFORMES
CAIXA 01	Amostra A	0,385	0,0	6,07	0,1	0
	Amostra B	0,422	0,1	6,08	0,1	0
	Amostra C	0,360	0,0	6,12	0,1	0
CAIXA 02	Amostra D	0,482	0,1	6,14	0,1	0
	Amostra E	0,455	0,1	6,19	0,1	0
	Amostra F	0,438	0,0	6,22	0,1	0

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Na portaria nº 2914/2011 MS é estipulado o valor máximo de 5,0 uT para água de abastecimento, mostra-se que todas as 04 amostras se encontraram no valor permitido.

A turbidez da água corresponde à alteração de penetração de raios solares, restringindo a realização da fotossíntese que, por sua vez, reduz a reposição do oxigênio.

Cor aparente – A cor aparente é um parâmetro físico exigido pela portaria nº 2914/2011 MS, o valor máximo permitido é 2,0 UT. As amostras estão dentro do limite apresentado.

pH – O ministério da saúde prevê valores de pH para consumo humano situados entre 6,0 e 9,5 o mesmo é usado para expressar a concentração do ion hidrogênio LPM pode ser considerado como uma das variáveis ambientais mais importantes, e é uma das mais difíceis de interpretar. No entanto, as amostras estão dentro dos parâmetros apresentando valores acima de 6.

Ferro – Os teores de ferro foram avaliados nos padrões pedidos. O organismo humano necessita de até 19 mg de ferro por dia. Os padrões de potabilidade exigem que a água de abastecimento público não ultrapasse os 0,3 mg/l.

Coliformes Totais – Os resultados da análise do parâmetro de coliformes totais mostraram que todas as amostras de água estão isentas de contaminação, ou seja, 100% de suas amostras em conformidade.

A desinfecção tem por finalidade a destruição de poliomielite não são completamente destruídos ou inativados por técnicas usuais de desinfecção.

Os resultados obtidos da análise do parâmetro E. coli das amostras de água coletadas mostram que estavam isentos de contaminação, conforme a legislação.

Este resultado é importante visto que contaminantes como E. Coli constituem a causa mais comum de infecção das vias urinarias, também provocam diarreia no mundo inteiro.

A avaliação da água das caixas d'água do presidio masculino "Procurador Romero Nobrega" da Cidade de Patos – PB apresentam resultados satisfatórios nos parâmetros físico-químicos e microbiológicos os resultados foram satisfatórios em relação a caixa d'água, contrariando os relatos dos apenados, cujo os mesmos relataram que a água estaria contaminada.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

CONCLUSÕES

Mesmo que a água, proveniente dos reservatórios cheguem ao seu destino em condições de ser consumida, a manipulação inadequada dos vasilhames, aliada a falta de higiene pessoal, pode significar importante fator de risco para a transmissão de doenças.

O consumo de água dentro de prisões surge aspectos ainda mais relevantes. A relação de água potável e direitos humanos nas instituições penitenciarias possuem várias vezes muitos irrelevantes no contexto brasileiro.

Pelo que foi visto e opiniões de detentos e agentes penitenciários. O previsível era melhorar as caixas d'água e a distribuição. A principal hipótese dizia que não, ao realizar a pesquisa, contudo, surpreendeu-me com o resultado negativo para qualquer anormalidade (parasitas).

As reclamações não surgiram de uma quantidade exorbitante de patologias referentes à água, mas má distribuição e armazenamento, individual ou coletivo, referente à população carcerária que se mantem inadequadas.

Superada a questão da higiene, a população carcerária tem direitos, contudo, vale salientar que foram liberadas para a pesquisa a água armazenada nos dois reservatórios de água. O que não significa dizer que no momento do consumo, a água esteja isenta de microrganismos. Faltando a mesma que é distribuída e consumida individualmente. Deixando em destaque a importância de outra pesquisa analisando esses métodos. Tendo em vista a possibilidade de contagio através dos canos e no manejo dos agentes e dos detentos.

Sendo escasso o aspecto da vida carcerária em relação aos direitos humanos, apesar de encontrar-se minimizados, sua influência no cotidiano mostra-se fragilizada pela falta de estrutura.

Assim, através dos resultados dos exames afirmo que a água na penitenciaria masculina "Procurador Romero Nobrega" da cidade de Patos – PB respeita os direitos humanos dos reclusos no que se refere a qualidade da água armazenadas nas suas caixas d'água. Se referindo a norma do MS Nº 2.914/2011.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigilância e controle da qualidade da água para consumo humano.** Brasília, DF, 2006.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

BRASIL. CONAMA (Conselho Nacional do Meio Ambiente). Resolução nº 274 de 29 de novembro de 2000. **Especifica parâmetros e limite associados aos níveis de qualidade de água requeridos para balneabilidade.** Brasília, DF: IBAMA, 2000.

BRASIL. Ministério da Casa Civil. Constituição Federal. Brasília. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm> Acesso em: 10/05/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 518, de 25 de março de 2004. Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e de outras providencias. **Diário Oficial da União.** Brasília, 2004 mar. n. 26, p. 266-270.

CONAMA (Conselho Nacional do Meio Ambiente). Resolução nº 357 de 17demarço de 2005. **Classifica as águas doces, salobras e salinas e especifica os parâmetros e limites associados aos níveis de qualidade requeridos para seu aproveitamento.** Brasília, DF: IBAMA, 2005.

FRANCELINO, M. R.; FERNANDES FILHO, E. I.; RESENDE, M. Terra e água na reforma agrária do semiárido norte-rio-grandense. **Editora Agriambi,** v.6, n.1, p.183-187, 2002.

GANGBAZO, G.; PESANT, A. R.; BARNETT, G. M; CHARUEST, J. P.; CLUIS, D. Water contamination by ammonium nitrogen following the spreading of manure and mineral fertilizers. **Journal Enviroment Quality**, v.24, p.420-425, 1995.

KAWAGUTI, L. **Prisões-modelo apontam soluções para crise carcerária no Brasil.** BBC Brasil. 2014. Disponível em: < http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/03/140312_prisoes_modelo_abre_lk> Acesso em: 17/05/2016.

LEPRUN, J. C. **Primeira avaliação das águas superficiais do Nordeste. Relatório de fim de convênio de manejo e conservação do solo do Nordeste brasileiro.** Recife: SUDENE, 1983, p.91- 141.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

LIMA, W.P.; ZAKIA, M.J.B. **Indicadores hidrológicos em áreas florestais.** Série técnica IPEF: São Paulo, 1998, p. 33-44.

LOPES, Hálisson Rodrigo; PIRES , Gustavo Alves de Castro; PIRES, Carolina Lins de Castro. Organização penitenciária e os tipos de estabelecimentos prisionais no Brasil. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVII, n. 120, jan 2014. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14117>. Acesso em 27/05/2016.

MOHANTY, R.K; VERMA, H.N; BRAHMANAND, P.S. Performace evoluation of rice integration system in rainfed medium land ecosystem. **Aquaculture.** New York, 2004. v.230, p.125-135.

PISSARRA, T.C.T. 1998. **Avaliação quantitativa das características geomórficas de microbacias hidrográficas de 1a ordem de magnitude em quatro posições do sistema de drenagem.** Dissertação. Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Universidade Estadual Paulista, Jaboticabal, 1998.

REBOUÇAS, A.C. **Água no Brasil: abundancia, desperdício e escassez.** Analise e Dados. Salvador, 2003. v. 13, p. 341-345.

SETTI, A.A.S; LIMA, J.E.F.W; CHAVES, A.G.M; PEREIRA, I.C. **Introdução ao gerenciamento de recursos hídricos.** Edição Multimídia. Brasília, 2001. 2ª edição.

SILVA, A.R.D. **A privatização de presídios como mecanismo garante dos direitos fundamentais constitucionais na execução penal: Uma tendência factivel ou falaciosa?** Araçatuba. 2010. Disponível em: <http://www.clubjus.com.br/?artigos&ver=2.29733> Acesso: 10/05/2016.

THEODORO, P.S.P. **Água:** Fonte de Vida. Organizadores: Arminda Sacini Messias, Marcos Roberto Nunes Costa, Recife, Unicamp, 2005.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

VEGA, M.; PARDO, R.; BARRADO, E.; DEBAN, L. **Assessement of seasonal and polluting effects on the quality of river water by exploratory data analysis.** Water Research, v.32, n.12, p.3581-3592, 1998.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ANÁLISE DOS DESAFIOS À REGULAÇÃO DE GESTANTES

HEALTH CARE NETWORK: ANALYSIS OF THE CHALLENGES TO THE REGULATION OF PREGNANT WOMEN

Ewelinne dos Santos Almeida de Sobral[1]
Ana Karla Bezerra da Silva Lima[2]
Carlos Bezerra de Lima[3]

RESUMO - Assistência de qualidade, de fácil acesso às gestantes possibilita reconhecer precocemente fatores de risco para morbidade e mortalidade materna, permitindo intervenções apropriadas e em tempo hábil. Com a criação da Rede Cegonha vislumbrou-se uma medida nacional de melhor acesso aos serviços públicos de saúde, visando assegurar à mulher direito ao planejamento reprodutivo e humanização na atenção à gravidez, ao parto e puerpério, assegurar à criança o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. A rede está organizada em quatro componentes: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, Sistema Logístico, incluindo-se Transporte Sanitário e Regulação.; porém, há uma grande dificuldade principalmente com os últimos componentes. Assim, esta pesquisa objetiva levantar na literatura os desafios à regulação de gestantes na Rede de Atenção à Saúde. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de abordagem descritiva. As referências descrevem dificuldades de acesso das gestantes aos serviços hospitalares em trabalho de parto, de implantação e execução da Rede de Atenção à saúde das gestantes desde a capacitação e insuficiência de profissionais à ampliação dos leitos e ambiência inadequada dos estabelecimentos de saúde. Contudo, as modificações ao longo do tempo representam melhoria na assistência às gestantes.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Rede de atenção à saúde. Regulação de gestantes.

---

[1] Enfermeira. Concluinte do curso de Especialização em Obstetrícia.
[2] Enfermeira. Especialista em LIBRAS
[3] Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela UFRJ. Coordenador do Curso de Bacharelado em Enfermagem da FAST.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

ABSTRACT - Quality care that is easily accessible to pregnant women makes it possible to recognize early risk factors for maternal morbidity and mortality, allowing appropriate and timely interventions. With the creation of the Stork Network, a national measure of better access to public health services was envisaged, aiming to assure women the right to reproductive planning and humanization in the care of pregnancy, childbirth and the puerperium, to assure the child the right to safe birth, growth and development. The network is organized into four components: Prenatal, Childbirth and Birth, Puerperium and Integral Attention to Children's Health, Logistic System, including Sanitary Transport and Regulation .; however, there is a great difficulty mainly with the last components. Thus, this research aims to raise in the literature the challenges to the regulation of pregnant women in the Health Care Network. This is a bibliographical research, with a descriptive approach. The references describe difficulties in accessing pregnant women to hospital services in labor, implantation and execution of the Network of Attention to pregnant women 's health since the training and insufficiency of professionals to the extension of the beds and inadequate ambience of health facilities. However, the changes over time represent an improvement in care for pregnant women.

Keywords: Access to health services. Network of health care. Regulation of pregnant women.

INTRODUÇÃO

Fazendo-se uma retrospectiva na organização social brasileira, percebe-se que os sistemas de saúde: públicos e privados apresentaram graves problemas, que levaram seguimentos organizados da população a reivindicar melhorias no acesso da população aos serviços de saúde e qualidade na assistência. Tais manifestações repercutiram na Constituição Federal de 1988, subscrevendo a saúde como direito de todos e dever do Estado, que deve garantir acesso universal a serviços resolutivos de saúde. Neste contexto, a perspectiva brasileira com visão para a saúde da mulher tem buscado mudanças desde a década de 1990, principalmente quanto à gestação, parto, nascimento e puerpério. Entretanto, o cuidado prestado à população alvo nestes ciclos não tem evidenciado garantia da integralidade da assistência para uma melhor qualidade na atenção obstétrica (PATAH, 2011).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

A partir de tais dificuldades, o modelo de atenção à saúde preconizado pelo Ministério da Saúde precisava de mudanças para torná-lo mais resolutivo, sob essa perspectiva foi criada em 2010 a logística de Rede de Atenção à Saúde (RAS) com a definição do principal objetivo: sistematizar a integração das ações e serviços de saúde, na tentativa de tornar efetivos os princípios de integralidade, humanização, qualidade e a atenção contínua (BRASIL, 2010) Assim, na assistência às mulheres no período gravídico puerperal necessita que após a criação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) seja garantida a integralidade do fluxo para ser possível a efetividade e eficiência, entretanto, nos dias atuais é observado uma fragmentação entre as redes, contrariando o propósito definido em sua formulação (GOTTEMS, 2015).

Como forma de reforçar as estratégias criadas pelo Ministério da Saúde para enfrentar as problemáticas tais como os altos índices de mortalidade materna, violências consideradas como obstétricas, deficientes qualidades das Redes que garantiam o parto e nascimento; foi criada a Rede Cegonha com a finalidade de desenvolver ações para ampliar e qualificar o planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério, além de acompanhamento do crescimento da criança até os dois anos de idade (BRASIL, 2011).

A partir de tais pressupostos, o problema que irá servir de fio condutor para o desenvolvimento deste estudo e procedimentos de análise será o questionamento sobre quais os desafios envolvidos na regulação de gestantes na Rede de Atenção à Saúde. Dessa forma, este estudo objetivou conhecer os desafios correspondentes à regulação de gestantes na Rede de Atenção à Saúde. Assim, esta pesquisa se justifica pela regulação da Rede de Atenção à Saúde da gestante apresentar dificuldades no que corresponde ao acesso e qualidade da assistência Peri-natal, tendo em vista a relevância do estudo para uma reestruturação da rede de atenção à saúde e universalidade na assistência.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica desenvolvida mediante uma abordagem descritiva que, considerando que se trata de um tipo de estudo que gera conhecimentos para aplicação prática centrada na solução de problemas específicos (GIL, 2010).

A população do estudo foi constituída por todos os artigos científicos que integraram as bases de dados pesquisados. A amostra constou dos artigos que abordaram a temática inerente ao objeto deste estudo. A coleta do material deu-se a partir dos

seguintes termos descritores ou palavras chave: Acesso aos serviços de saúde, gestantes, saúde da mulher, em integração com o tema pesquisado.

O levantamento de material para análise neste foi realizado no período compreendido entre os meses de dezembro de 2015 e fevereiro de 2017. Fizeram parte dos critérios de inclusão todos os artigos científicos publicados nas bases pesquisadas: LILACS, SCIELO, BIREME, a partir das palavras- chave e tiverem coesão com a temática do estudo. Foram excluídos todos os artigos que não se enquadraram nos critérios de inclusão ou forem publicados em período anterior ao ano de 2010, exceto publicações essenciais.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Na atual conjuntura internacional das sociedades, todos os países passam por contradições entre transição demográfica e epidemiológica devido à excessiva carga de doenças, o que ocorre principalmente nos países em desenvolvimento. As inúmeras mudanças nos padrões de comportamento das sociedades modernas têm sido extensivas a todas as classes sociais, atingindo, de igual modo, todas as faixas etárias. Estas maneiras diferentes de pensar, agir e se relacionar, tem criado uma nova visão de mundo, alterando os valores anteriormente estabelecidos pelas culturas outrora vigentes. Deste modo, o enfoque biopsicossocial das pessoas tem mudado, resultando em alterações significativas dos padrões relacionados às formas de existir na atualidade. (CERQUEIRA-SANTOS; PALUDO et al., 2010). Tais questões incidem diretamente no controle social como um desafio, significando um elemento motivador para deliberação dos sistemas de atenção à saúde, na contemporaneidade (MENDES, 2011).

Particularmente no Brasil, uma tentativa de solução para tal situação surgiu com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), criada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 4.279, com vigência a partir de 31.12.2010. Esta portaria definiu redes de atenção à saúde como "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado" (BRASIL/MS, 2010, pag. 01).

Essas tecnologias são integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e administrativos, visando a garantir a integridade do cuidado em saúde. A operacionalização dessas redes dá-se sob a perspectiva de maior eficácia na promoção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema regional de saúde, contribuindo para

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

o avanço do processo de efetivação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em outros termos, a gestão do cuidado na rede de atenção à saúde busca a organização dos serviços de saúde com foco na integração da linha de cuidado a fim de que as gestantes possam reduzir a peregrinação para busca de leitos hospitalares no trabalho de parto e a mortalidade materno-infantil (PINTO, 2015).

REGULAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Ações de caráter regulatório vêm sendo implantadas ao longo da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) nas três esferas do governo, levando em consideração a responsabilização / co-gestão dos avanços; a descentralização veio como uma reflexão do processo de regulação dos serviços de saúde, que caracteriza como eminentemente cartorial (FARIAS, 2010).

A regulação está fortemente atrelada a um mecanismo financeiro, que se destaca prioritariamente por meio de portarias de transferências de recursos em conformidade com a política de indução exercida pelo Ministério da Saúde. Entretanto, a qualidade da assistência sofre interferência da insuficiência de financiamento dos serviços que diariamente apresentam uma grande demanda, e por muitas vezes não promovem resolutividade (CASTRO, 2010). Com o aumento das fragilidades da população o Ministério da Saúde buscou através da Portaria nº 1.459/2011estruturar as redes já existentes em temáticas, entre elas está a Rede Cegonha, que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses após o nascimento (GIOVANINE, 2014).

A Rede Cegonha tem como objetivos: fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011,).

A busca por artigos que mencionassem especificamente a Rede de Atenção à Saúde das gestantes foi difícil, pois os artigos tratam desses assuntos de forma separada: redes de atenção à saúde X saúde da gestante; ainda que essa revisão bibliográfica tenha aumentado o entendimento do que seria inicialmente trabalhado. Contudo, é perceptível que o movimento de descentralização tanto político quanto administrativo vem enfatizando o poder da municipalização, entretanto, há elevação da responsabilização municipal mesmo quando não existe contrapartida financeira para isso (MENDES, 2011).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Muitas já foram as mudanças promovidas, com resultados positivos para a gestante no parto, nascimento, puerpério e à criança no primeiro mês de vida. Porém, a qualidade da atenção à saúde da mulher ainda deixa a desejar. Diversos são os fatores que interferem nos indicadores de saúde voltados para a mulher, principalmente quando ela se encontra na condição de gestante, tais como: serviços fragmentados com implicações para deslocamento, transporte e acolhimento; financiamento da Rede insuficiente com grave limitação de recursos; regulação precária do sistema de saúde; gestão pouco resolutiva (SOUZA, 2011).

Na Portaria 1.459 de 2011 há a disposição da garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidades, ampliação do acesso e melhoria na qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e acesso às ações do planejamento reprodutivo. Entretanto, compreende-se que estes componentes versam sobre a humanização na assistência ao pré-natal, parto e nascimento; investimentos previstos para que a estrutura dos locais de atendimento ao parto esteja adequada; desenvolvimento de sistemática de referência e contra-referência; dentre outros pontos, este último é um dos maiores gargalos do sistema de saúde que busca garantir uma assistência de qualidade (KUSCHNIR et al., 2011; BRASIL, 2011).

O acesso geográfico à assistência ao parto, relacionado à oferta desigual de serviços de saúde de qualidade, representa um dos componentes de vulnerabilidade da mãe e do concepto (ALMEIDA; SZWARCWALD, 2012). Estes fatores em associação com iniqüidades sociais acabam por serem importantes determinantes das mortes maternas (LEITE; ARAUJO, 2011). Assim, as peregrinações são visíveis, prioritariamente por falta de leitos, equipes incompletas, desafios diariamente enfrentados na Rede de Atenção à saúde das gestantes que proporcionam risco de mortalidade tanto para a mãe quanto ao recém- nascido, mesmo que as Unidades de Saúde estejam utilizando a Classificação de Risco como um instrumento organizador do fluxo das gestantes que procuram as portas de entrada, no qual deveriam gerar um modelo que promove atendimento rápido e efetivo (NORONHA, 2012).

Um subsídio para redução das peregrinações das gestantes está na criação de vinculação da atenção básica, onde o pré-natal é realizado, com a atenção secundária, onde o parto é assistido, pois se a gestante já conhecesse a maternidade de referência para a qual ela deveria se deslocar no momento do trabalho de parto, e que esta referência fosse realmente garantida, à realidade de saúde seria outra. Além disso, ocorreria a diminuição das peregrinações e efetiva garantia dos direitos de saúde previstos no Sistema Único de

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Saúde(SUS) e complementação das estratégias para a redução da mortalidade materna e infantil (LIMA et al., 2015).

Apesar de o parto ser um evento classificado de urgência devendo o sistema de saúde garantir assistência adequada no tempo necessário, ele também é um evento previsível e anunciado. No entanto, a garantia desta assistência permanece sendo uma grande incerteza para os usuários do SUS, pois o acesso aos serviços de atenção ao parto nem sempre ocorre de modo oportuno e com a qualidade almejada pela Rede Cegonha e em função das dessas barreiras de acesso ao parto, destaca ainda o grande número de óbitos maternos e óbitos neonatais precoces (PEREIRA, 2015). Ressalte-se que a acessibilidade na assistência ao parto, que é proposta pela Rede Cegonha, constitui um desafio para a maioria das Regiões de Saúde, pois o que se observa no contexto da atenção ao parto é o predomínio de um sistema fragmentado, com pontos de atenção isolados e que oferecem ações pulverizadas e pouco resolutivas (ARAUJO, 2012).

Outro ponto a destacar é a realização de intervenções obstétricas desnecessárias para "otimizar" o tempo do cuidado como descrito por Rattner et al. em 2013, referindo que muitas gestantes são submetidas a procedimentos e práticas desnecessárias que se associam a um linha de produção, o grande número de cesarianas realizadas, práticas essas que podem ser consideradas como um processo patológico do processo de parto. Dessa forma, verifica-se que todas as problemáticas discutidas na Rede de Atenção à Saúde interferirão na qualidade da assistência, tais como: Garantia de boa assistência em nível de atenção primária, garantia da realização dos exames e serviços complementares necessários, transporte seguro e confortável e referência com adequada classificação de risco e humanização na atenção ao parto e puerpério.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos avanços nas políticas públicas de saúde, na implantação do Sistema Único de Saúde no contexto social brasileiro, ainda convivemos com desigualdades na organização dos serviços, especialmente, com deficiências na atenção à saúde das gestantes, prioritariamente aquela recebida no momento do parto, tornando a vinculação da gestante à maternidade frágil, pois as gestantes buscam a maternidade apenas no momento do parto, por decisão própria, além de que a regulação dos serviços deixa a desejar.

A Rede de Atenção à Saúde da Mulher é uma temática a ser amplamente discutida em âmbitos nacional, estadual e municipal, tendo em vista uma sobrecarga dos estados e

municípios na assistência prestada à gestante que procura o pré- natal, inclusive até o puerpério. Ressalte-se que a qualidade na assistência prestada às gestantes dependerá da consolidação de uma rede perinatal integrada, hierarquizada e regionalizada, e da qualificação dos processos assistenciais, em especial ao parto e nascimento, bem como nos dois primeiros anos de vida da criança. Uma rede que garanta o acesso universal aos serviços de saúde à gestante no pré-natal, em trabalho de parto, no parto e puerpério.

Para promover a humanização na atenção ao parto e nascimento é fundamental que os gestores dos sistemas de saúde utilizem como base estudos de casos baseados em evidências científicas. As evidências comprovadas por pesquisas científicas que foram capazes de modificar os processos de gerir e cuidar em saúde e que tiveram bom resultado na prática podem ser um instrumento importante na aplicação de políticas públicas. Dessa forma, verifica-se a necessidade da realização constante de estudos que ofereçam subsídios à reflexão, ao planejamento e implementação de ações assistenciais à saúde da mulher que perpassa todo o ciclo gravídico-puerperal e que possam subsidiar as políticas públicas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, W. S.; SZWARCWALD, C. L. Mortalidade e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 1, p. 68-76, 2012.

ARAUJO, F. R. F. **A bioética da proteção e as implicações morais no acesso desigual ao parto: o caso de uma maternidade de referência no agreste de Pernambuco.** Recife: FIOCRUZ, 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece sobre as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html, acesso em 21 de dezembro de 2015 às 23:49.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 1.459de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html, acesso em 18 de dezembro de 2015 às 20:50.

CASTRO, A. L. B; MACHADO, C. V.A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. saúde pública**, v. 26, n. 4, p. 693-705, 2010.

FARIAS, S. F; et al. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, 2011.

GIOVANNI, M. D. **Rede Cegonha: da concepção à implantação**. 2014.

GOTTEMS, L.B.D; MORAIS, T.C.P; GONÇALVES, A.C; et al Acesso à Rede de Atenção a gestação, parto e nascimento na perspectiva das usuárias.**Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.06, n°. 01, p.95 , 2015

KUSCHNIR, R; LIMA,L. D; BAPTISTA, T. W. F; MACHADO, C. V. Qualificação de Gestores do SUS: Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS.Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial do Ministério da Saúde. **EAD/ENSP/Fiocruz**, 2011.

LEITE, R.M.B.et al. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.10, p.1977-1985. 2011.

LIMA, A. E. F; SILVA, L. J; MAIA, M. L; PEREIRA, A. L. F; ZVEITER, M; SILVA, T. M. A. Assistência ao parto após a implementação do Programa Cegonha Carioca. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 16, n. 5, p. 631-8, 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 549, 2011.

NORONHA, G. A; TORRES, T. G; KALE, P. L. Análise da sobrevida infantil segundo características maternas, da gestação, do parto e do recém nascido na coorte de

nascimento de 2005 no Município do Rio de Janeiro-RJ, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 3, p. 419-430, 2012.

RATTNER, D.; AMORIM, M.; KATZ L. **Implementação da humanização na atenção a partos e nascimentos pelo Ministério da Saúde.** In: Urbanetz AA & Luz SH (orgs.). PROAGO. Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia: Ciclo 10. Porto Alegre: Artmed/Pan-americana Editora Ltda., 2013.

SOUZA, J. P. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. **RevBrasGinecol Obstet**.; v.33, n. 10, p: 273-279,2011.

PATAH,L.E.M; MALIK, A.M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev Saúde Publica**.;v.45, n.1, p 185-94, 2011.

PEREIRA, Ilza Rafaela de Almeida. **A acessibilidade ao parto na V Região de Saúde de Pernambuco, um estudo de caso do hospital regional**. 2015. 63 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2015.

PINTO, G. L. **Um ensaio sobre a gestão da atenção materna e infantil no Sistema Único de Saúde**,2015.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

HABILIDADES TÉCNICAS DOS ENFERMEIROS FRENTE ÀS EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

Kiev Henriques de Oliveira
Sheila da Costa Rodrigues
Cristina Costa Melquíades Barreto
Ana Paula Dantas

RESUMO - As portas hospitalares de urgência e emergência são definidas como os serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências e emergências clínicas, pediátricas, obstétricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas. A equipe de saúde deve ser integralmente responsável pelo usuário a partir do momento de sua chegada, devendo proporcionar um atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais. A capacitação necessária para atuar nas unidades de emergência é importante para o exercício da enfermagem em setores de emergência que lidam com pacientes em iminente risco de vida. A pesquisa constitui analisar e identificar habilidades técnicas dos enfermeiros frente ás emergências pediátricas. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, a amostra foi realizada com 25 enfermeiros que pertencem ao quadro de funcionários do hospital infantil Noaldo Leite no município de Patos. De acordo com os dados analisados no que se refere-se a faixa etária 68% possui 31 a 40 anos de idade, tempo de formação 76% tem 5 a 10 anos, tempo de formação como enfermeiro na instituição refere 52% tem 5 a 10 anos. 80% dos enfermeiros não recebem do hospital capacitação e aperfeiçoamento. Relatando as dificuldades encontradas para uma boa assistência e reconhecer melhoras para uma assistência diante a uma emergência pediátrica.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica;serviços médicos de emergência;cuidados de enfermagem.

ABSTRACT - Emergency and emergency hospital gates are defined as the services installed in a hospital unit to provide uninterrupted care to the set of spontaneous and referenced demands of emergencies, clinical, pediatric, obstetric, surgical and / or trauma. The health team should be fully responsible for the user from the moment of their arrival, and should provide a warm service that respects the sociocultural specificities. The

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

necessary training to act in the emergency units is important for the exercise of nursing in emergency departments that deal with patients at imminent risk of life. The research constitutes analyzing and identifying technical skills of nurses in the face of a pediatric emergency. It is a descriptive study, with a quantitative approach, the sample was performed with 25 nurses who belong to the four employees of the children's hospital NoaldoLeite in the municipality of Patos. According to the data analyzed regarding the age group 68% are 31 to 40 years of age, training time 76% has 5 to 10 years, training time as a nurse in the institution refers 52% have 5 to 10 years. 80% of the nurses do not receive training and improvement from the hospital. Reporting the difficulties encountered for good care and recognizing improvements for pediatric emergency care.

Keywords: pediatric nursing; Emergency medical services; nursing care.

INTRODUÇÃO

A unidade de emergência, conhecida como pronto-socorro (PS), é representada por uma rotina dinâmica, na qual, um grande número de pacientes é atendido diariamente nas 24 horas do dia. Trata-se de um local para o atendimento aos casos de urgência e emergência, sabendo-se que esses últimos são aqueles que implicam em risco de vida. Esses serviços constituem componentes de destaque no contexto do atendimento emergencial no Brasil que é permeado por uma grande sobrecarga de trabalho devido ao alto número de atendimentos realizados, muitas vezes, superior à capacidade de recursos instalada.

As portas hospitalares de urgência e emergência são definidas como os serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências e emergências clínicas, pediátricas, obstétricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas. A equipe de saúde deve ser integralmente responsável pelo usuário a partir do momento de sua chegada, devendo proporcionar um atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais (BRASIL, 2013).

Segundo Rodrigues o (PS) pediátrico é uma unidade de emergência e por esse motivo deveria atender pacientes que necessitam de tratamento imediato. A crença de que o serviço de emergência tem atendimento mais ágil e concentrado faz com que haja uma superlotação do mesmo.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Nas situações emergenciais, a criança é quase sempre a principal vítima, necessitando de uma atenção especial dada as peculiaridades biológicas e psicológicas e as características próprias desse grupo populacional no país, sujeito aos agravos decorrentes das doenças prevalentes na infância, necessitando de recursos materiais e humanos especializados para o atendimento emergencial (TACSI, 2004).

Diversos fatores colocam a criança em situação de risco. Entre as causas que demandam assistência nas unidades de atendimento pediátrico estão às doenças respiratórias, os estados convulsivos, as intoxicações, os acidentes e traumas, provocando, muitas vezes, a parada cardiorrespiratória, que constitui a emergência médica de maior importância na área pediátrica (TACSI, 2004).

Os profissionais Enfermeiros que atuam na unidade de emergência devem receber treinamento específico, tanto técnico e científico, quanto uma educação continuada voltada para o autoconhecimento, o que exige deles domínio de suas próprias emoções e conhecimento de seus limites e de suas possibilidades.

A capacitação necessária para atuar nas unidades de emergência é importante para o exercício da enfermagem em setores de emergência que lidam com pacientes/clientes em iminente risco de vida. Wehbe e Galvão (2003) trazem os Padrões da Prática de Enfermagem em Emergência da Associação Americana de Enfermagem (AAE), desde 1983, sendo definidos em três níveis de competência: o primeiro requer competência mínima para o enfermeiro prestar atendimento ao paciente traumatizado; no segundo o profissional necessita formação específica em enfermagem em emergência e no último nível o enfermeiro deve ser especialista em área bem delimitada e atuar no âmbito pré e intra-hospitalar.

Os níveis de competência são primordiais para delimitar e restringir a atuação de enfermeiros não especializados em unidades de emergência, uma vez que, a realidade vivenciada nas unidades dos Hospitais do Brasil, que se percebe, é uma contratação temporária de pessoal não obedecendo ao critério técnico para inserir os profissionais nessas unidades de cuidados críticos, sendo essa prática uma medida de caráter clientelista (ROCHA 2012).

O presente, estudo objetiva contribuir com as pesquisas científicas sobre como os enfermeiros são habilitados no trabalho acerca a sua atuação perante ás urgências pediátricas

Tendo em vista essa problemática, surgiram os seguintes questionamentos: Qual a importância do conhecimento científico e prático do enfermeiro frente a uma emergência pediátrica? O enfermeiro tem o autoconhecimento das suas próprias ações

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

voltadas a uma assistência de emergência digna a uma criança? Os enfermeiros recebem da unidade, treinamentos específicos, tanto técnicos e específicos?

Considerando escassas as pesquisas referentes às habilidades do enfermeiro na participação a assistência voltada ás emergências pediátricas, objetiva-se identificar as práticas de enfermagem eficazes perante uma emergência pediátricas, em um hospital infantil na cidade de Patos-PB.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem quanti-qualitativa. Os Estudos descritivo-exploratórios são pesquisas que coletam descrições detalhadas de variáveis, utilizam os dados para justificar e avaliar as condições e práticas existentes ou sugerir planos para melhorar a atuação profissional na atenção à saúde (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; MINAYO, 2006).

O universo populacional é constituído por enfermeiros que atuam em diversas alas médicas do Hospital Infantil Noaldo Leite na cidadede Patos-PB. E a amostra do estudo foi composta por 25 profissionais, 10 não responderam o questionário por difícil acesso e por não aceitar participar da pesquisa. Como critério de inclusão, foi utilizado: profissionais com mais de um ano de serviço e o critério de exclusão os profissionais que não estavam presentes no momento da coleta.

O instrumento utilizado para coleta foi um questionário, que se caracteriza como uma técnica de fácil obtenção de dados onde são formuladas questões previamente elaboradas. Este foi dividido em dois itens: Identificação e aspectos sócio demográficos e dados relacionados ao tema da pesquisa.

Antes da coleta dos dados, o projeto foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, com o número do CAAE:64672817.1.0000.5181. Os dados foram coletados no período de fevereiro e março de 2017, com tempo previsto de 15 minutos para a resposta de cada participante, no próprio setor de atendimento.

Antes de iniciar a coleta, os usuários foram informados dos objetivos do estudo e de todos os seus direitos em participar ou desistir da pesquisa quando assim desejar. Após a coleta dos dados, os mesmos foram analisados estatisticamente de acordo com as variáveis quantitativas e variável qualitativa será feita a análise do discurso do sujeito coletivo. E, os resultados foram expressos em tabelas para melhor compreensão dos resultados e discussão dos mesmos.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

O desenvolvimento deste estudo respeitou os pressupostos da Resolução 466/2012 que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, normatizada pelo Conselho Nacional de Saúde, desta forma, garante o anonimato dos participantes deste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise dos resultados foi possível constatar as características dos funcionários no que diz respeito aos dados demográficos: Em relação à faixa etária: 5 (20%) enfermeiros afirmaram ter entre 25 a 30 anos, 17 (68%) afirmaram ter de 31 a 40 anos, 3 (12%) entre 45 a 50 anos.

Em relação ao tempo de formação, 3 (12%) dos enfermeiros afirmaram ter entre 1 a 5 anos, 19 (52%) de 5 a 10 anos, 3 (12%) de 10 a 15 anos.

Ao que se refere ao tempo de atuação na instituição, 11 (44%) trabalham na instituição de 1 a 5 anos, 13 (52%) entre 5 e 10 anos e 1 (4%) entre 10 e 15 anos.

Tabela 1 – Caracterização da amostra quanto aos: Dados demográficos. Enfermeiro (Enf.) n = 25. Patos-PB, 2017.

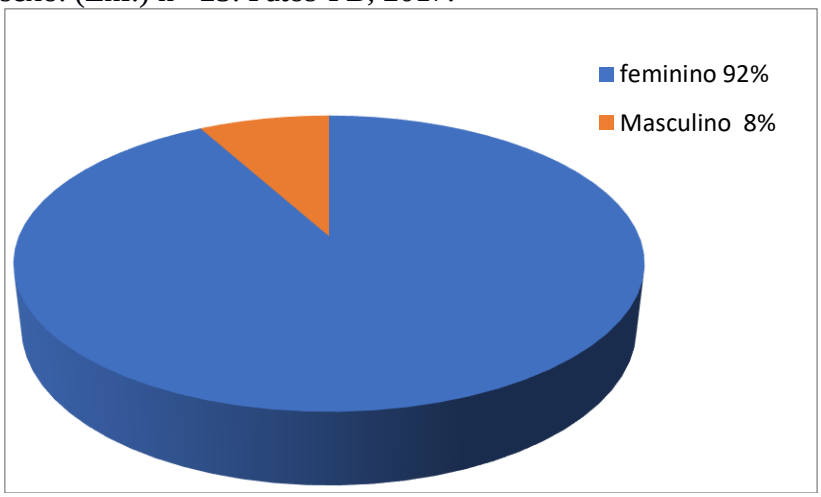
Variáveis			**Especificação**	**“ ”**	**%**
Idade			25 a 30 anos	5	20%
			31 a 40 anos	17	68%
			45 a 50 anos	3	12%
Tempo de formação			1 a 5 anos	3	12%
			5 a 10 anos	19	52%
			10 a 15 anos	3	12%
Tempo de atuação na instituição	1 a 5 anos	11	44%		
	5 a 10 anos	13	52%		
	10 a 15 anos	1	4%		

Fonte: Dados da pesquisa, 2017

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Gráfico 1- Caracterização da amostra quanto à: Distribuição e numérica percentual referente ao sexo. (Enf.) n= 25. Patos-PB, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

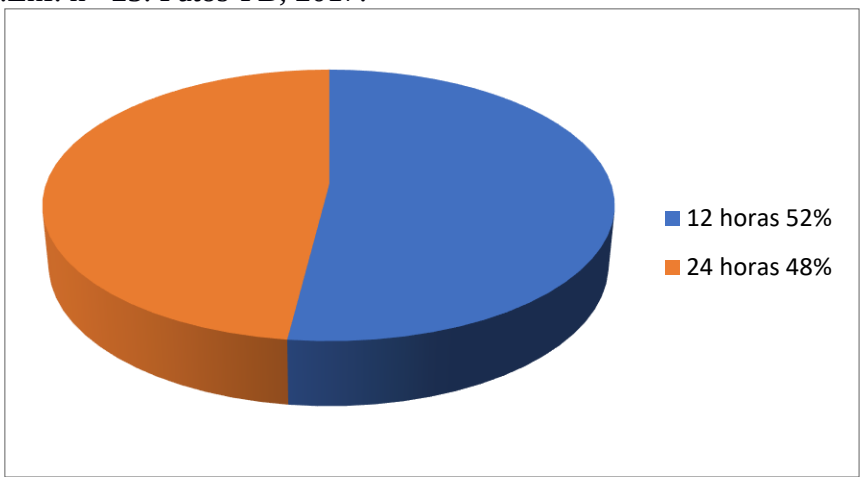
A maioria dos sujeitos pertencia ao sexo feminino (92%), o que mostra que a enfermagem continua sendo uma profissão essencialmente desenvolvida por mulheres, como vem ocorrendo ao longo da história(FRANÇA,2012).

Percebe-se que há um número maior de profissionais do gênero feminino, do que do gênero masculino. Segundo Souza et al. (2014), os homens que estão postos no meio profissional da enfermagem, tem peso maior, uma vez que de certa forma os adentram em uma circunstância de questionamento sobre qual seria seu papel em um universo visto como feminino, além de evidências de preconceitos sociais relacionando o homem e a enfermagem com a homoafetividade.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Gráfico 2- Distribuição e numérica percentual da amostra acerca o turno do expediente.Enf. n= 25. Patos-PB, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

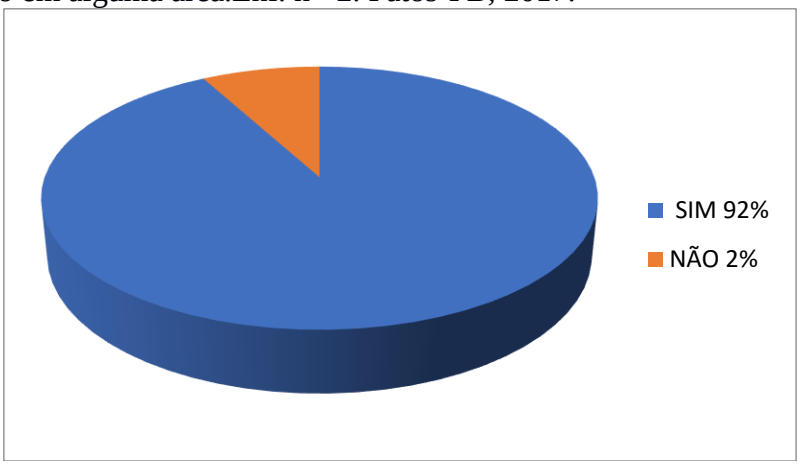
O gráfico 1 revela que entre os 25 enfermeiros entrevistados,52%(13) da amostra trabalham em turno de trabalho de 12 horas,e 48%(12) trabalham em turno de 24. Relatando um alto índice também dos enfermeiros que trabalham em plantões de 24 horas.

Enfermeiros estressados estão mais susceptíveis à ocorrência de acidentes e enfermidades relacionadas ao trabalho e podem, ainda, desenvolver suas atividades de forma ineficiente, resultando certamente em conseqüências negativas ao indivíduo e/ou à população assistida (MOUSTAKA ,2010).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Gráfico 3-Distribuição numérica e percentual da amostra cerca se o enfermeiro possui especialização em alguma área.Enf. n= 2. Patos-PB, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

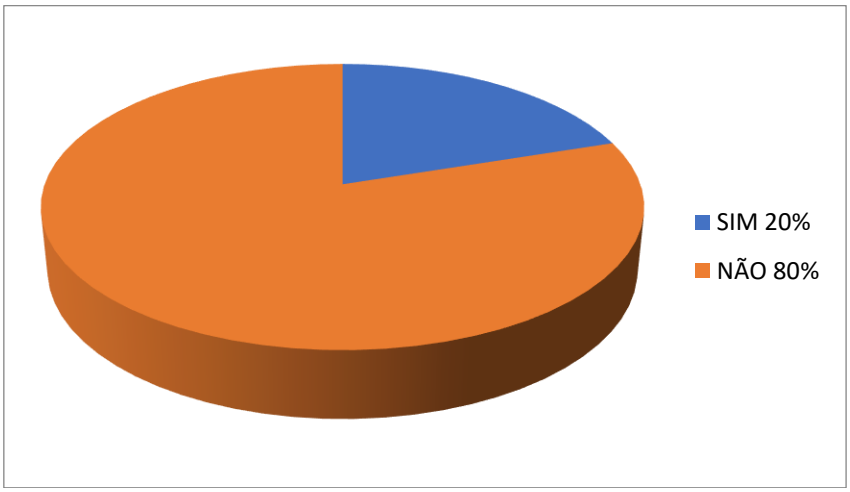
De acordo com o gráfico, 23(92%) dos entrevistados afirmam obter curso de especialização embora nem todos possuem curso especializado em urgência e emergência e apenas 2 (8%) relataram que não tem especialização.

A capacitação necessária para atuar nas unidades de emergência é importante para o exercício da enfermagem em setores de emergência que lidam com pacientes/clientes em iminente risco de vida. Wehbe e Galvão (2003).

Assim, como é importante e necessário manter uma educação continuada atuante proporcionando o autoconhecimento, é fundamental também que os enfermeiros estejam capacitados profissionalmente com Cursos de Pós-graduações em Enfermagem em Emergência e atualizados com freqüente participação em congressos e eventos científicos voltados para a enfermagem e, exclusivamente, para a atenção às emergências. Dessa forma, terão mais habilidade e segurança ao desenvolver ações nas UE direcionadas para pacientes/clientes com alto risco de vida.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Gráfico 4- Distribuição e numérica percentual da amostra acerca seo hospital faz busca contínua por capacitação e aperfeiçoamento profissional para atuação eficaz do enfermeiro.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

De acordo com gráfico 4,verifica-se que dos 20 entrevistados 80% da amostra,afirma que o hospital não faz busca contínua por capacitação e aperfeiçoamento do profissional e 20% diz que o hospital faz buscas de capacitações continuas.

Para Pavelqueires (1997), os profissionais que atuam na UE devem receber treinamento específico, tanto técnico e científico, quanto uma educação continuada voltada para o autoconhecimento, o que exige deles domínio de suas próprias emoções e conhecimento de seus limites e possibilidades.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Tabela: 5 **Questão:** 10 e 12
[QUESTÃO 10] Quais as maiores dificuldades que você tem frente a uma urgência pediátrica?
[QUESTÃO 12] O que você acha que deveria mudar para melhorar a assistência diante de uma emergência pediátrica?

Questionário	Discussão do sujeito
10)Quais as maiores dificuldades que você encontra frente a uma emergencia pediátrica?	"Falta de materiais e equipamentos" *sujeitos: 2,3,4,6,11,12,13,14,15,17,18,20,22,23,24,25.* "Falta de profissionais capacitados e especializados" *sujeitos: 2,4,8,9,10,15,17,18,20,21,22 e 24.* "Espaço físico" *sujeitos: 7,11e 24.* "Não encontram dificuldades" *sujeitos: 1 e 19.* "Nervosismo" *sujeitos: 2,8,11 e 16.* "Falta de privacidade" *sujeitos: 2.* "Melhoria da estrutura física" *sujeitos: 3,7 e 24.*
12) o que você acha que deveria mudar para melhorar a assistência diante de uma emergência pediátrica?	"Capacitação continuada para médicos e enfermeiros e disponibilidade médica" *sujeitos: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,21,23,,24 e 25.* "Melhoria de Equipamentos" *sujeitos: 2,3,4,5,9,13,15,17e 19.* "Fazer busca pela humanização da equipe" *sujeitos: 8e 20.* "Seguir protocolo emergencial" *sujeito: 22*

Após essa etapa, somam-se as idéias centrais semelhantes, agrupando-as em categorias que representam essas idéias semelhantes. Assim, o trabalho pode também ser estudado sob o ponto de vista quantitativo (LEFÈVRE et al., 2000).

Observamos no quadro 1 que as maiores dificuldades encontradas pelo enfermeiro foi a falta de equipamentos e materiais necessários isso foi citado(16 vezes). O que chama a atenção neste quadro, e o número significativo de enfermeiros que a falta de profissionais capacitados e especializados (12 vezes).O que faz com que a assistência a criança no momento de uma emergência seja paupérrimo.

Diante da listagem do quadro 2 as principais melhorias para uma boa assistência diante a uma emergência pediátrica foram citadas em grande numero pelos profissionais enfermeiros foi a capacitação continuada dos profissionais,ao qual o hospital não disponibiliza, foi citado (24vezes).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Constatamos, portanto, que a maioria das dificuldades/barreiras encontradas pelos enfermeiros no desenvolvimento de suas atividades em educação continuada é de ordem administrativa, financeira e organizacional da instituição, dificultando assim, a operacionalização da mesma, direcionada ao pessoal de enfermagem (DAVIM, R.M.B, 1999).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desse trabalho permite considerar que a assistência de enfermagem diante de uma emergência pediátrica, em consequência da sua complexidade, não se esgota somente nesta análise, que teve como local, diversos setores de atendimento emergencial um hospital público na cidade de Patos-PB. É necessário aprofundamento, a partir de outros temas e em outras instituições.

O estudo permitiu constatar que o tempo de atuação do profissional diante aos resultados obtidos, identificando as dificuldades e barreiras vivenciadas pelos enfermeiros da instituição em questão da falta de matérias, profissionais especializados, estrutura física do âmbito emergencial, equipamentos necessários disponíveis e o nervosismo dos pais. Constatando que a maioria dos enfermeiros o desenvolvimento da educação continuada.

Na área da saúde, por lidar diretamente com a vida dos seres humanos, o desempenho dos profissionais é acompanhado pela expectativa de altos níveis de competência e de responsabilidade no seu trabalho. Faz-se necessário a realizações de capacitações, onde as mesmas são fundamentais para alcançar um objetivo comum, que é recuperar ou salvar a vida de uma criança numa situação de emergência.

Desta maneira, espera-se que esse estudo venha a contribuir e fornecer subsídios no desenvolvimento de pesquisas que utilizem abordagem sobre o atendimento emergencial pediátrico, envolvendo profissionais da enfermagem a fim de adequar à prática profissional e a situação de trabalho na emergência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo- se as diretrizes para a organização do componente

hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:<http://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1592/1518>Acesso em 15 Abril 2017.

DAVIM, R.M.B.; TORRES, G.de V.; SANTOS, S.R.dos. Educação continuada em enfermagem: conhecimentos, atividades e barreiras encontradas em uma maternidade escola. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 43-49,dezembro1999.Disponível em:<www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewFile/596/1237> Acesso em 20 abril2017.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C; TEIXEIRA, J. J. V. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias doSulEDUCS, 2000.Disponívelem:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-00959.pdf> Acesso em:14 de Maio 2017.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação crítica, utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342D003000400005>. Acesso em:15 abr 2017.

MOUSTAKA E, CONSTANTINIDIS TC.Sources and effects of Work-related stress in nursing. Health Sci J. 2010;4(4):210-6.Disponivel em:<scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-00959.pdf.>Acesso em :15 Abril 2017.

SILVA, V.Y.N.E.; KARSHIWABARA, T.G.B. Ergonomia aplicada à medicina no centro cirúrgico. **Braz. J. Surg. Clin. Res.,** v.4, n.3, pp.41-44, 2013. Disponível em: <www.mastereditora.com.br/download-297>. Acesso em:10 maio 2017

TACSI Y.R C; VENDRUSCOLO D.M.S.Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.12 no.3 Ribeirão Preto May/June 2004.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000300005> .Acesso em: 15 fevereiro 2017

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

WEHBE, G.; GALVAO, C. M. O enfermeiro de Unidade de Emergência de Hospital Privado: algumas considerações. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p 86 – 90 mar/abr. 2001. Disponível em::<scielo.br/scielo.php?pid=S010411692001000200012&script=sci_abstract&tlng=PT> Acesso em 22 Março2017.

PAVELQUEIRES S, Educação continuada de enfermeiros no atendimento inicial à vítima de traumatismos. [Dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1997. Disponível em:scielo. br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300005> Acesso em:22 Abril 2017.

ROCHA, Elivania Costa de Almeida.Atuação do enfermeiro em urgência e emergência,2012. Disponível em: egov.ufsc.br/portal/conteudo/atuação-da-enfermagem-em-urgências-e-emergências. Acesso em: 27 de maio 2017.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

TRAQUEOSTOMIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: VISÃO DO ENFERMEIRO

TRACHEOSTOMY IN THE UNIT OF INTENSIVE THERAPY: VISION OF THE NURSE

Renata Santos Silva de Góes[1]
Surellyson Oliveira Pereira da Silva[2]
Carlos Bezerra de Lima[3]

RESUMO - O termo traqueostomia refere-se à operação que realiza a abertura e a exteriorização da luz traqueal. Trata-se de um dos procedimentos cirúrgicos mais antigos. A compreensão acerca da traqueostomia se faz crucial ao profissional enfermeiro que assume assistir em Unidade de Terapia Intensiva, pois é um procedimento que comumente ocorre. Portanto, a realização deste estudo se justifica na perspectiva de assistir com qualidade e resolutividade pacientes submetidos ao procedimento de traqueostomização, provendo assistência de enfermagem pilarizada na prudência e perícia de suas condutas. Este estudo constitui-se de uma revisão da literatura especializada, considerando os artigos publicados nos últimos nove anos. Espera-se que o mesmo contribua para o crescimento científico na temática de traqueostomia e enfermagem, pois o que foi verificado, por meio da pesquisa para a construção deste artigoo, é que essa temática ainda é incipiente diante da realidade que é o referido procedimento nas Unidades de Terapia Intensiva, sob uma assistência multidisciplinar, e em especial à luz do olhar do enfermeiro.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem. Traqueostomia. Unidade de terapia intensiva.

---

[1] Enfermeira. Concluinte do curso de Especialização em Urgência e emergência
[2] Enfermeiro. Especialista em Nefrologia
[3] Enfermeiro. Doutor em enfermagem. Coordenador do curso de Bacharelado em Enfermagem da FAST.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

ABSTRACT - The term tracheostomy refers to the operation that performs the opening and the exteriorization of the tracheal lumen. This is one of the oldest surgical procedures. The understanding about tracheostomy becomes crucial to the nurse practitioner who assumes to attend an Intensive Care Unit, since it is a procedure that commonly occurs. Therefore, the accomplishment of this study is justified in the perspective of assisting with quality and resolving patients submitted to the tracheostomization procedure, providing nursing assistance pillarized in the prudence and expertise of their conducts. This study is based on a review of the specialized literature, considering articles published in the last nine years. It is hoped that it contributes to the scientific growth in the theme of tracheostomy and nursing, because what was verified, through the research for the construction of this article, is that this theme is still incipient in view of the reality that is the aforementioned procedure in the Intensive Care Units, under a multidisciplinary care, and especially in the light of the nurse's gaze.

Keywords: Nursing care. Tracheostomy. Intensive care unit.

INTRODUÇÃO

O sistema respiratório é formado por diversos órgãos que trabalham interligados para que o processo de respiração possa acontecer de maneira eficiente. Quando, por algum motivo há a interrupção da respiração, se faz necessária a realização de medidas que permitam a sobrevivência. Dentre essas medidas, podemos citar a traqueostomia (SILVA et al., 2009).

O termo traqueostomia é atribuído à operação por meio da qual se realiza a abertura e a exteriorização da luz traqueal. Tem por finalidade contornar um obstáculo mecânico das vias aéreas superiores, diminuindo a resistência respiratória, possibilitando a ventilação pulmonar por meio dessa via e, também, facilitando a remoção de secreções em excesso, provenientes da traquéia e dos brônquios (CASTRO et al., 2014).

Trata-se de um dos procedimentos cirúrgicos mais antigos (VIANNA; PALAZZO ARAGON, 2011). A primeira traqueostomia bem sucedida foi relatada em 1546, atribuída a Brasavola. Apesar desse sucesso, a traqueostomia foi raramente realizada nos séculos seguintes, pois se acreditava que qualquer procedimento na traqueia era igual à sentença de morte. Somente em 1923, Chevalier Jackson padroniza a técnica cirúrgica com refinamentos, reduzindo a mortalidade das traqueostomias de 25% para 2% (RICZ et al., 2011).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Quanto às questões epidemiológicas, estudos realizados por Aranha et al. (2007) apud Oliveira et al. (2010) observaram baixos índices de mortalidade em pacientes traqueostomizados, além disso, verificou menor mortalidade na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ao se comparar com pacientes com intubação translaríngea.

Na maioria das vezes, esse procedimento, está indicado nos pacientes com tempo prolongado de ventilação mecânica (VM), no manuseio dos portadores de desmame difícil da prótese ventilatória ou para facilitar a higiene das vias aéreas, oferecendo maior segurança e conforto para o paciente. Desta forma, permitindo a retirada do tubo traqueal e a diminuição da sedação durante a VM, podendo possibilitar a redução do tempo de ventilação artificial, da incidência de pneumonia e do tempo de internação hospitalar (MENDES; RANEA; OLIVEIRA, 2013). Desde a sua primeira descrição, a traqueostomia vem sofrendo diversas modificações nos procedimentos técnicos e em sua aplicabilidade. Atualmente, tornou-se objeto de muitos estudos clínicos, os quais avaliam o tempo de sua realização, benefícios, riscos e técnicas utilizadas (VIANNA; PALAZZO ARAGON, 2011).

Dessa forma a traqueostomia vem se tornando cada vez mais comum nas últimas décadas, impulsionada pela introdução da traqueostomia percutânea e suas supostas vantagens em relação à intubação translaríngea, evoluindo de um procedimento realizado apenas nos centros cirúrgicos até uma versão mais recente e com popularidade crescente que pode ser realizada a beira do leito. Com isso deixou de ser um procedimento realizado quase exclusivamente por equipes cirúrgicas, quando clínicos e intensivistas também podem e passam a realizá-la (SILVA, 2014).

Recomenda-se que a traqueostomia precoce (até 48h do início da ventilação mecânica) em pacientes com previsão de permanecer por mais de 14 dias em ventilação mecânica reduzem a mortalidade, a pneumonia associada à ventilação mecânica, os tempos de internação em Unidades de Terapia Intensiva e de ventilação mecânica (GOLDWASSER et al., 2007). Entretanto, a prática deste procedimento ainda é controversa, devido a inexistência de diretrizes para selecionar qual paciente deve ser submetido a ela, assim como o período ideal para a sua realização. Estes fatores colaboram para que a sua realização seja baseada em aspectos clínicos subjetivos, transformando-a em decisão individual de cada serviço ou do próprio intensivistas (ARANHA; METALOUN; RIBEIRO, 2007).

Assistir em Unidades de Terapia Intensiva e conhecer os procedimentos que ali são executados, seja especificamente de enfermagem, seja pertencente à equipe multiprofissional, se faz indispensável explorar os fundamentos científicos,para com isso só não saber como faz, e sim saber o porquê e para que deve ser feito todo e qualquer

procedimento. Pois, só desta forma será possível, de fato, alcançar a real efetividade da assistência. Assim, a compreensão acerca da traqueostomia se faz crucial ao profissional enfermeiro que assume assistir em Unidade de Terapia Intensiva, pois é um procedimento que comumente ocorre, e o conhecimento prévio é uma responsabilidade firmada no Decreto nº 94.406/87 que regulamenta a lei nº 7.498/86, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem.

A relevância para realizar este estudo está centrada na condição de contribuir para o fortalecimento de tornar ciência a traqueostomia, uma vez que este procedimento, que é rotina na UTI, ainda tem insuficiência de produção científica. Como também fomentar o enriquecimento dos conhecimentos da equipe multiprofissional que assiste no referido setor, em especial, à enfermagem. Assim, a realização deste estudo deu-se na perspectiva de assistir com qualidade e resolutividade pacientes submetidos ao procedimento de traqueostomização, provendo assistência de enfermagem pilarizada na prudência e perícia de suas condutas.

Sob esta perspectiva, surge o questionamento que motiva à realização deste estudo: Como está sendo discutida, na literatura, a traqueostomia na Unidade de Terapia Intensiva à luz do olhar da Enfermagem? Com vistas a responder a tal questionamento foi delineado o objetivo que segue: Analisar na literatura científica revisada neste estudo, como o procedimento e as características inerentes à traqueostomia vêm sendo discutidos e apreender essa conduta rotineira na Unidade de Terapia Intensiva, sob o olhar do enfermeiro.

METODOLOGIA

O trabalho desenvolvido constituiu-se de uma pesquisa aplicada, com abordagem qualitativa, que seguiu os preceitos dos estudos exploratórios.Para assim contemplar e fundamentar a pesquisa bibliográfica que segundo Gil (2010) é constituída a partir de material já elaborado de livros e artigos científicos.

Assim este estudo constitui-se de uma revisão da literatura especializada, realizada entre Junho e Agosto do ano de 2017, mediante uma consulta a alguns sites que disponibilizam periódicos com artigos científicos selecionados através de busca no banco de dados do Scielo e da Bireme, a partir das fontes Medline e Lilacs. A pesquisa considerou os artigos publicados nos últimos 9 anos. Esta busca foi realizada utilizando às terminologias cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde criados pela Biblioteca Virtual em Saúde desenvolvido a partir do Medical SubjectHeadings da U.S.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

National Library ofMedicine.Os descritores utilizados na busca dos artigos que pilarizaram esse estudo foram Enfermagem, Traqueostomia e UTI.

CONCEITO E INDICAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA

Traqueostomizar consiste na abertura da traquéia para o meio externo, com a finalidade de contornar um obstáculo mecânico das vias aéreas superiores, diminuindo a resistência respiratória, possibilitando a ventilação pulmonar por meio dessa via e, também, facilitando a remoção de secreções traqueobrônquicas em excesso (CASTRO et al., 2014). Trata-se de uma abertura cirúrgica realizada na parede anterior da traquéia, através da qual é inserida uma cânula que serve como atalho para conduzir o ar até os pulmões, garantindo a manutenção de via aérea aberta (RICZ et al., 2011 apud Parecer COREN/SC Nº 006/CT/2015).

Apesar da realização de traqueostomias em grande número, nos pacientes sob ventilação mecânica, as indicações, o momento e a técnica operatória, ainda são controversas. Os principais questionamentos são: realização precoce ou tardia, a incidência de pneumonias, avaliação em longo prazo do desmame da ventilação mecânica e a duração do desmame (MARSICO; MARSICO, 2010).

A pesquisa realizada verificou que os estudos recentes sobre intubação prolongada em adultos sugerem um aumento no risco de dano traqueal a partir da segunda semana de intubação. Por essa razão frequentemente é adotado na Unidade de Terapia Intensiva uma política de traqueostomizar pacientes a partir da segunda semana de intubação quando se é esperado um aporte de ventilação mecânica prolongado (SILVA; SOUZA, 2008).

As principais indicações são obstruções das vias aéreas, intubação orotraqueal prolongada, tempo prévio ou complementar a outras cirurgias bucofaringolaringológicas, facilitar aspiração das vias aéreas, síndrome da apneiahipopnéia do sono, síndromes neurológicas que levam a fraqueza muscular progressiva com prejuízo da ventilação. Podendo ser usada por período indefinido de tempo, sendo a sua retirada dependente principalmente da causa base que levou a realização (COREN/BA 2015).

Entretanto, é importante saber que apesar de facilitar o acessoà árvore traqueobrônquica para aspiração e remoção de secreções, a presença da traqueostomia não capacita o paciente a deglutir, ao contrário, pode resultar em maior dificuldade de deglutição, aumentando a aspiração. No entanto, a mais comum indicação para realização da traqueostomia é a ventilação mecânica prolongada (RICZ et al., 2011).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Especificamente em se tratando de traqueostomizar crianças, Fraga; Souza; Kruel (2009) declaram em seus estudos que a decisão de realização de traqueostomia na criança é complexa e depende de vários fatores, incluindo a gravidade da obstrução da via aérea, a dificuldade e o tempo de entubação e a condição médica subjacente da criança. Cada um desses fatores deve ser avaliado em conjunto pelo pediatra e pelo cirurgião, e a indicação da traqueostomia deve ser baseada nas condições individuais de cada criança.

Traqueostomizar é um procedimento mais amplo que, além da abertura artificial na traqueia, envolve manobras para construção do estoma, com suturas nas bordas da pele do pescoço, podendo ser temporária nas laringectomias parciais ou definitivas na laringectomias totais (ANDERSON & ANDERSON, 2001 apud FREITAS, 2012). Esta abertura pode ser classificada quanto à finalidade, podendo ser preventiva, quando realizada com tempo prévio, ou complementar a outras cirurgias, quando se teme dificuldade respiratória intra ou pós-operatória, como ocorre nas cirurgias endorais e hipofaringe, que causam edema obstrutivo regional.

Ainda classificando a traqueostomia quanto à finalidade, esta pode ser curativa que ocorre em situações que assegura a manutenção da via aérea, como nas obstruções laríngeas por neoplasias, estenoses laringotraqueais ou processos infecciosos que causam edema de glote. E Paliativa sendo utilizada em paciente terminal, sem possibilidade de tratamento, com o intuito de promover conforto respiratório (RICZ et al., 2011). Especificamente para efeito didático, as indicações para as traqueostomias são subdivididas em obstrução mecânica das vias aéreas superiores; obstrução das vias aéreas devido à retenção de secreções pulmonares; e câncer de cabeça e pescoço (ROCHA. et al 1999 apud FREITAS, 2012).

Alguns trabalhos tentam estabelecer comparações entre a traqueostomia aberta e a percutânea. Vários fatores devem ser considerados, uma vez que, alguns comparam a duração do procedimento entre a traqueostomia percutânea realizada no leito e a traqueostomia aberta realizada na sala de operações, na qual é adicionado o tempo de transporte até o bloco operatório (MARSICO; MARSICO, 2010).

A traqueostomia aberta é um procedimento cirúrgico realizado por um cirurgião e consiste em uma abertura no interior da traqueiaonde é colocada uma cânula de traqueostomia com finalidade de substituir um tubo orotraqueal, desviar uma obstrução das vias aéreas superiores, diminuir o espaço mortoanatômico, facilitar remoção de secreções traqueobrônquicas e facilitar o desmameventilatório. Anteriormente este procedimento era realizado no centro cirúrgico por ser umlocal onde há todos os cuidados assépticos e equipamentos necessários, atualmente esteprocedimento vem sendo rotineiro nas Unidades de Terapia Intensiva para ocasionar maiorconforto, segurança e menos

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

riscos no transporte para o cliente que irá ser submetido a ela (FIGUEREDO; VIANA; MACHADO, 2008).

VANTAGENS E COMPLICAÇÕES

A literatura revisada nesta pesquisa mostrou que os principais benefícios da traqueostomia são a menor taxa de autoextubação, possibilidade de fonação e de ingestão oral, melhora da higiene oral e manuseio facilitado do paciente pela equipe, entre outros (MENDES; RANEA; OLIVEIRA, 2013). Apontam-se possíveis vantagens da traqueostomia em relação à intubação translaríngea prolongada: conforto do paciente; implemento de via área segura, redução de lesões laringotraqueais causadas pelo tubo e redução do tempo de ventilação mecânica (OLIVEIRA et al., 2010).

Para sistematizar, Marciso; Marciso (2010) aprofundam as principais vantagens que incluem a prevenção de lesões laríngeas secundárias a intubaçãoprolongada, é mais confortável para os pacientes, facilita a mobilização e os cuidados de enfermagem. A traqueostomia dispensa ou diminui a sedação, necessária na intubação orotraqueal, facilita e acelera o desmame da ventilação mecânica, permite aspirações traqueais efetivas, limpeza da árvore traqueobrônquica e diminui a incidência de pneumonias, melhora a higiene oral e reduz o trauma na cavidade oral.

Após cinco a sete dias de traqueostomia, já existe um trajeto traqueocutâneo bem estabelecido, o que facilita a reintrodução da cânula e a transferência dos pacientes para unidades de cuidados intermediários (MARSICO; MARSICO, 2010). Ressalte-se que o procedimento de traqueostomizar pode ser definitivo ou provisório e resultará em deficiência funcional e estética, como a alteração da fala e a modificação da imagem corporal, a qual poderá afetar a autoestima desse paciente e a relação com outras pessoas, prejudicando relacionamentos pessoais e o convívio social (CASTRO et al., 2014).

A incidência de morbidades decorrentes da traqueostomia varia de 4% a 10% e a mortalidade é menor que 1%. A complicação mais comum é a hemorragia observada no pós-operatório imediato (3,7%), seguida pela obstrução da cânula por secreção (2,7%) e o deslocamento da cânula (1,5%) (RICZ et al., 2011). Dentre as principais complicações o Parecer do COREN/BA Nº 0012/2015 nos mostra as ocorridas na troca de cânulas, em especial, aquelas relacionadas diretamente com o procedimento, tais como a dificuldade na retirada e na introdução da cânula, podendo conduzir à hipoventilação e consequente hipóxia por não se efetuar a manobra com rapidez e segurança.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Apesar de promover enormes benefícios ao paciente, a traqueostomia deve ser realizada com técnica apropriada e os cuidados aplicados corretamente, pois apesar de não serem frequentes, as complicações podem levar ao óbito (RICZ et al., 2011). No entanto, essas complicações ocorrem geralmente associadas a outros fatores intervenientes.

Tedde; Togoro; Higa (2011) afirmam que as complicações poder ser classificadas em: Complicações graves que são objetivamente definidas e mais facilmente notadas por morte, parada cardiorrespiratória, pneumotórax, pneumomediastino, fístula traqueoesofágica, mediastinite, sepse, hemorragia intratraqueal pós-operatória, obstrução e deslocamento da cânula e estenose traqueal; Complicações intermediárias percebidas através dedessaturaçãointraoperatória, lesões da parede traqueal posterior, erro na introdução da cânula, reversão de percutânea para técnica clássica, aspiração, pneumonia, atelectasia e lesão de cartilagens traqueais e; Complicações menores têm um componente de subjetividade maior, e o seu relato depende da diligência com que são pesquisadas. Elas incluem: hemorragia intraoperatória, falso trajeto da cânula, dificuldade de introdução da cânula, enfisema subcutâneo, hemorragia pós-operatória da ferida, celulite, traqueíte e problemas tardios como fístula traqueocutânea, queloides e cicatrização não estética.

Independente do tipo de traqueostomia é imperioso compreender o custo benefício que esse procedimento pode oferecer, e valorizar as vantagens na condução de pacientes em VM, sobretudo entre os que precisam de controle sobre as vias aéreas, como é o caso daqueles com grave comprometimento do nível de consciência. Nessa população, parece que ela pode facilitar o desmame, reduzindo, com segurança, a exposição dos pacientes aos riscos da VM e, assim, ter um impacto positivo sobre a mortalidade (PINHEIRO, 2010).

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Para que a efetiva assistência de enfermagem ao paciente traqueostomizado seja alcançada, se faz necessária uma assistência planejada, individualizada e holística, sendo a educação em saúde uma ferramenta que valoriza os contextos sociais, econômicos e culturais, aliados ao processo de promoção da saúde (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011 apud CASTRO et al., 2014). Um cuidado fundamental que a equipe de enfermagem deve adotar como atribuição diária é a educação de pacientes, familiares e cuidadores sob sua responsabilidade, principalmente tratando-se de pacientes que serão

submetidos à cirurgia com grandes modificações fisiológicas e psicológica, como no caso dos que se submetem a traqueostomização (LENZA et al., 2013).

Os cuidados de enfermagem com a cânula de traqueostomia são orientados por Mortonet al. (2007 apud COREN/SP 2013), e na fase aguda envolvem afixação adequada, manutenção do balão com volume e pressão mínimos para obstruir a via aérea sem extravasamento de ar, evitar tracionar a cânula, contenção e/ou orientação do paciente,controle da dor, mudança de fixação (cadarço) e curativo frequentes, além de limpeza do estomae da cânula por meio da aspiração endotraqueal e em caso de sonda metálica, o cuidado rotineiro com atraqueostomia consiste em limpar pelo menos a cada 8 horas e trocar a cânula interna diariamenteou de acordo com o protocolo da instituição.

O cuidado com a traqueostomia constitui-se em desafio para os profissionais da enfermagem, pois envolve habilidades de observação e detecção precoce de sinais de complicações, tais como sangramento, infecção no estoma, obstrução e pneumonia. Por outro lado, diante desse cotidiano, os desafios para a enfermeira não se limitam apenas a ter conhecimentos técnicos científicos para realizar o cuidado com a traqueostomia, mas oferecer os cuidados ao paciente contemplando os aspectos biopsicossocial e espiritual (FREITAS, 2012).

A aspiração é uma parte essencial do cuidado de enfermagem na traqueostomia, com alguns pacientes com mais necessidades que outros, é interessante saber que a aspiração ideal é aquela que, quando realizada, remove a maior quantidade de secreção, com um mínimo de dano ao tecido e um mínimo de hipóxia (FARIAS; FREIRE; RAMOS, 2006).

Portanto a assistência de enfermagem ao traqueostomizado tem respaldo legal, que conforme Parecer COREN/BA 012/2015 diz que

> Entendemos que o profissional enfermeiro, dentro do âmbito da equipe de enfermagem, tem competência legal e cientifica para manipular, realizar a troca da cânula descartável ou metálica da traqueotomia em âmbito domiciliar desde que a indicação do tipo da cânula e o desmame da mesma estejam prescritos pelo profissional médico. Ressaltamos a importância de o enfermeiro certificar-se de que o pertuito cutâneo traqueal esteja bem estabelecido, garantindo que não haja perda da via artificial e sinta-se tecnicamente capacitado para tal, para que seu ato não venha implicar em imperícia, negligência ou imprudência. Vale lembrar a importância dos Enfermeiros em respaldar suas ações em protocolos institucionais que padronize os cuidados prestados e que as ações descritas devem ser fomentadas pela elaboração efetiva da

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

> Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) prevista na Resolução COFEN 358/09.

Assim, complementando e reafirmando, Castro et al. (2014) apresenta condutas que podem e devem ser assumidas com perícia pela enfermagem ao paciente envolvido no processo de traqueostomia, que é a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em que no decorrer de todo o seu valioso processo se pode aplicar o fornecimento de informações, conhecimentos e habilidades sobre a cirurgia e suas consequências, que facilitarão a adaptação do paciente às novas condições e o tornará participante na sua preparação e recuperação.

Porém, Barichello (2002 apud FREITAS, 2012) nos orienta a ficarmos atentos para que não percamos a nossa essência diante dos desafios, enquanto enfermeiros envolvidos em um contexto hospitalar, mas precisamente de uma Unidade de Terapia Intensiva, explica que não devem se limitar apenas a ter conhecimentos técnicos científicos para realizar o cuidado com a traqueostomia, mas oferecer sempre os cuidados ao paciente contemplando e considerando todos os seus aspectos biopsicossocial e espiritual.

Desta forma, a valorização da comunicação do traqueostomizado é divulgada nos estudos de Gaspar (et al., 2015), que diz que a partir da comunicação desenvolvida com o paciente, pode identificar suas necessidades, informar e esclarecer sobre procedimentos ou situações que ele deseja saber, promover o relacionamento do paciente com outros pacientes, com a equipe multiprofissional ou com familiares, desenvolver educação em saúde, trocar de experiências e mudança de comportamentos, entre outros. Estes são alguns dos papeis da comunicação em que a equipe de enfermagem pode estar envolvida, o que não impede que o paciente seja também sujeito ativo destas ações.

CONCLUSÃO

Com a realização do estudo se verificou na literatura pesquisada que são bem conhecidas as indicações e os benefícios para a realização da traqueostomia, porém as complicações e os riscos ainda necessitam melhores esclarecimentos. Constatou-se, e reafirmou-se que a educação em saúde é uma ferramenta de grande valia para sistematizar a assistência de enfermagem ao paciente traqueostomizado, para com isso se puder prestar o cuidado, em seu sentido mais amplo, que é inerente à enfermagem.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

De modo geral, à luz do olhar do enfermeiro, podemos concluir que se faz necessário ao paciente traqueostomizado o cuidado e acompanhamento que deve ser individualizado, holístico e multidisciplinar, sob a perspectiva da humanização na assistência. Assim, espera-se que este estudo contribua para o crescimento científico na temática de traqueostomia e enfermagem, pois o que foi verificado, por meio da pesquisa para a construção desse estudo,é que essa temática ainda é incipiente diante da realidade que é o referido procedimento nas Unidades de Terapia Intensiva, sob uma assistência multidisciplinar, e em especial à luz do olhar da enfermagem.

REFERÊNCIAS

CASTRO, A. P. et al. Educação em Saúde na Atenção ao Paciente Traqueostomizado: Percepção de Profissionais de Enfermagem e Cuidadores. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2014; 60(4): 305-313. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_60/v04/pdf/04-artigo-educacao-em-saude-na-atencao-ao-paciente-traqueostomizado-percepcao-de-profissionais-de-enfermagem-e-cuidadores.pdf> Acesso em: 25 Jul. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM BAHIA – BA. Troca de cânula de traqueostomia pelo Enfermeiro em domicilio Nº 012/15. Disponível em: < http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-n%E2%81%B0-0122015_17394.html> Acesso em: 25 Jul. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM SANTA CATARINA - SC. Parecer Técnico Nº 006/CT/2015. Atividades profissionais de Enfermagem / Área cirúrgica: troca de cânula de traqueostomia. Disponível em: < http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/Parecer-006-2015-troca-de-c%C3%A2nula-de-traqueostomia-CT-Alta-e-M%C3%A9dia-complexidade.pdf > Acesso em: 25 Jul. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM SANTA SÃO PAULO – SP. Troca de Cânula de Traqueostomia por Enfermeiro. Parecer Nº 006/2013 – CT. Disponível em: < http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2013_6.pdf > Acesso em: 25 Jul. 2015.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

FARIAS G.M.; FREIRE, I.L.S.; RAMOS, C.S. Aspiração endotraqueal: estudo em pacientes de uma unidade de urgência e terapia intensiva de um hospital da região metropolitana de Natal-RN. **Revista Eletrônica Enfermagem.** 2006. Disponível em: <htpp://www.fen.ufg.br/revista/revista8>. Acesso em: 19 de Jul. 2015.

FIGUEIREDO, N.M.A.; VIANNA,D.L.; MACHADO,C.A. M. **Tratado Prático de Enfermagem.** vol.2, 2ª Ed ,São Paulo:Yendis,2008.

FREITAS, A. A. S**. Os Cuidados Cotidianos Aos Homens Adultos Hospitalizados Com Traqueostomia Por Câncer Na Laringe.** Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2012. 244 f. il.2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v04/pdf/17-revisao-dissertacao-cuidados-cotidianos-homens-adultos-hospitalizados-traqueostomia-cancer-laringe.pdf>Acesso em: 25 Jul. 2015.

FRAGA, J. C.; SOUZA, J. C. K; KRUEL, J. Traqueostomia na criança. **Jornal de Pediatria** - Vol. 85, Nº 2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v85n2/v85n2a03.pdf> Acesso em: 27 Ago. 2015.

GASPAR, M. R. F. et al. A equipe de enfermagem e a comunicação com o paciente traqueostomizado. Rev. CEFAC vol.17 no. 3 São Paulo May/June 2015. Dsponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516 -18462015000300734> Acesso em: 14 Ago. 2015.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008.
MARSICO, P. S; MARSICO, G. A. Traqueostomia. Pulmão RJ 2010; 19(1-2): 24-32. Disponível em: < http://sopterj.com.br/profissionais/_revista/2010/n_01-02/06.pdf> Acesso em: 25 Jul. 2015.

GOLDWASSER, R.et al. Desmame e interrupção da ventilação mecânica. **Rev. bras. ter. intensiva** [online]. 2007, vol.19, n.3, pp. 384-392. ISSN 1982-4335. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2007000300021. > Acesso em: 08 Set. 2015.

LENZA, N. F. B. et al. Fístula Faringocutânea em paciente oncológico: implicações para a enfermagem. **Rev.Bras.Cancerol.** 2013 Mar; 59(1): 89-94.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

MENDES, F.; RANEA, P.; OLIVEIRA, A. C. T. de. Protocolo de desmame e decanulação de traqueostomia. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 10, n. 20, jul./set. 2013. Disponível em: <http://revista.lusiada.br/index.php/ruep/article/viewFile/100/u2013v10n20e69> Acesso em: 25 Jul. 2015.

OLIVEIRA, C. D. et al. Aspectos epidemiológicos de pacientes traqueostomizados em unidade de terapia intensiva adulto de um hospital de referência ao Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Rev.Bras. Ter Intensiva. 2010; 22(1): 47-52. Disponível em: <http://sopterj.com.br/profissionais/_revista/2011 /n_03/09.pdf> Acesso em: 25 Jul. 2015.

PINHEIRO, B. V. et al. Traqueostomia precoce versus traqueostomia tardia em pacientes com lesão cerebral aguda grave. **J BrasPneumol**. 2010;36(1):84-91. Disponível em: <file:///C:/Users/MariaJuraci/Downloads/2010_36_1_14_portugues.pdf> Acesso em: 25 Ago. 2015.

RICZ, H. M. A. et al. Traqueostomia. **Medicina** (Ribeirão Preto) 2011; 44(1): 63-9. Disponível em: < http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp7_Traqueostomia.pdf> Acesso em: 25 Jul. 2015.

SILVA, T. B**. Traqueostomia em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva de hospitais públicos do Distrito Federal:** Prevalência, indicações, tempo para realização do procedimento e técnica.Dissertação (Mestrado em Ciências e Tecnologias em Saúde)—Universidade de Brasília. Brasília: 2014. Disponível em: < http://repositorio.unb.br/handle/10482/16156> Acesso em: 25 Jul. 2015.

SILVA, L. C. et al**. Cuidados de Enfermagem ao Cliente com Traqueostomia por Estenose Traqueal**. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Transformação sociale Sustentabilidade Ambiental. Disponível em:<http://www.abeneventos. com.br/anais_61cben/files/01214.pdf> Aceso em: 15 Ago 2015.

SILVA, V. S.; SOUZA, L. C. N. A. Traqueostomia em crianças: indicações, cuidados e acompanhamento – revisão de literatura e proposta de protocolo. **In Monografia.** 2008. Disponível em: < http://www.paulomargotto.com.br/documentos/Monografia-2008-Traqueostomia.pdf> Acesso em: 25 Jul. 2015.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

TEDDE, M. L.; TOGORO, S. Y.; HIGA, R. M. Traqueostomia percutânea. **Pulmão RJ** 2011;20(2):59-63. Disponível em: <http://sopterj.com.br/profissionais/_revista/2011/n_02/11.pdf> Acesso em 28 Ago. 2015.

VIANNA, A.; PALAZZO, R. F.; ARAGON, C. Traqueostomia: uma revisão atualizada. **Pulmão RJ 2011;20(3): 39-42 3**. Disponível em: <http://sopterj.com.br/profissionais/_revista/2011/n_03/09.pdf> Acesso em: 25 Jul. 2015.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

VÍTIMA POLITRAUMATIZADA COM TRAUMA TORÁCICO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-HOSPITALAR

Sandra Regina Silva Calado[1]
Carlos Bezerra de Lima[2]

RESUMO - O termo politraumatismo é empregado quando ocorrem lesões múltiplas, determinadas por agentes mecânicos que possam comprometer diversos órgãos e sistemas do corpo. Os profissionais de enfermagem ocupam lugar de suma importância na equipe de emergência, cabendo ao enfermeiro coordenar e direcionar as ações de enfermagem. Assim, este estudo tem como objetivo analisar os principais cuidados de enfermagem ao indivíduo com trauma torácico no atendimento pré-hospitalar. A amostra foi constituída por 15 artigos, publicados no período de 2009 a 2015. Os achados evidenciaram que o maior quantitativo de publicações foi encontrado no ano de 2012. Dentre as complicações no trauma torácico foram evidenciadas as fraturas de costelas, o hemotórax, o pneumotórax, a febre, o empiema e enfisema subcutâneo. Entre os principais agravos ao traumatismo torácico, estão lesões neurológicas pulmonares, cardíacas, vasculares, abdominal, as hemorragias e infecção e que nesses pacientes pioram significativamente o prognóstico. Os diagnósticos de enfermagem elencados no estudo foram: Risco para infecção, integridade da pele prejudicada, mobilidade física prejudicada, dor aguda, conforto prejudicado, padrão respiratório ineficaz, integridade tissular prejudicada e ansiedade. Conclui-se que a produção cientifica acerca da temática mostra-se de grande importância, subsidia conhecimentos aos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem. Atendimento pré-hospitalar. Traumatismo torácico.

ABSTRACT - The term polytraumatism is used when multiple injuries occur, determined by mechanical agents that may compromise the various organs and systems

---

[1] Concluinte do Curso de Especialização em Urgência e Emergência pela FABEX.
[2] Enfermeiro. Doutor em enfermagem pela UFRJ. Professor da Faculdade Santíssima Trindade.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

of the body. Nursing professionals occupy a place of paramount importance in the emergency team, with the nurse being responsible for coordinating and directing nursing actions. Thus, this study aims to analyze the main nursing care of the individual with chest trauma in the prehospital care. The sample consisted of 15 articles, published in the period from 2009 to 2015. The findings evidenced that the largest number of publications was found in the year 2012. Among the complications in chest trauma were rib fractures, hemothorax, pneumothorax , fever, empyema, and subcutaneous emphysema. Among the major injuries to thoracic trauma are pulmonary, cardiac, vascular, abdominal, hemorrhagic and infection neurological lesions, which in these patients significantly worsen the prognosis. The nursing diagnoses listed in the study were: Risk for infection, impaired skin integrity, impaired physical mobility, acute pain, impaired comfort, ineffective respiratory pattern, impaired tissue integrity, and anxiety. It is concluded that the scientific production on the subject is of great importance, besides promoting knowledge to the health professionals.

Keywords: Nursing care. Prehospital care. Thoracic trauma**.**

INTRODUÇÃO

O traumatismo torácico evidencia-se com grande importância nos dias atuais devida à incidência e pelo aumento da gravidade e da mortalidade decorrida das lesões. Isto se deve ao aumento no número, poder energético e variedade dos mecanismos lesivos como por exemplo, a maior velocidade dos automóveis, violência urbana, e dentro desta, o maior poder lesivo dos armamentos, além de outros fatores. As lesões de tórax são divididas naquelas que implicam em risco imediato à vida e, portanto, devem ser pesquisadas no exame primário e naquelas que implicam em risco potencial à vida e que, portanto, são observadas durante o exame secundário (SANTOS, 2010).

A avaliação inicial sistematizada de vítimas de traumas trouxe importantes avanços na condução desses indivíduos. No atendimento a um sujeito poli traumatizado, separar as medidas diagnósticas das terapêuticas com frequência é impraticável. A restrição do tempo imposta pela gravidade das lesões impede a utilização dos recursos propedêuticos sofisticados. A complexidade e a multiplicidade das lesões somadas à necessidade de iniciar rapidamente o atendimento do poli traumatizado predispõem a um atendimento por vezes caótico. No entanto, é importante estabelecer prioridades de

avaliação e tratamento no atendimento inicial desses indivíduos, baseadas nas lesões que impedem ou comprometem as funções vitais (CARVALHO; JÚNIOR, 2009).

O atendimento ao indivíduo traumatizado exige do enfermeiro competências e habilidades técnicas e científicas, bem como liderança para desempenhar atividades com resolutividade e segurança ao paciente, em tempo hábil, de forma interdisciplinar com a equipe multiprofissional. Outro desafio ao enfermeiro é desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção de complicações e agravamento da situação, o que exige que o profissional se mantenha atuante e comprometido com a sociedade (KOLHS, 2013).

O interesse para a realização do presente estudo parte do interesse em conhecer as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro socorrista no contexto da assistência pré-hospitalar ao paciente politraumatizado com trauma torácico. Assim, surgiu a seguinte questão norteadora: Quais os cuidados de enfermagem que devem ser prestados ao paciente politraumatizado com trauma torácico no atendimento pré-hospitalar?

Buscando responder a este questionamento, o presente estudo tem como objetivo geral: apreender os principais cuidados de enfermagem necessários à vitima politraumatizada com trauma torácico no atendimento pré-hospitalar. E como objetivos específicos: identificar nas publicações as avaliações que devem ser realizadas com foco nos agravos ao politraumatizado; descrever as principais complicações do trauma torácico; determinar os diagnósticos de enfermagem para o cuidar do politraumatizado nos artigos científicos. Sob esta perspectiva, este estudo poderá contribuir com o enfermeiro, pois destacará o seu papel durante o atendimento pré- hospitalar ao paciente politraumatizado com trauma torácico, devido à gravidade das lesões, como também evidenciar a importância dos cuidados que devem ser prestados a este tipo de paciente.

REFERENCIAL TEÓRICO

Avaliações necessárias à vítima de trauma

No momento do atendimento à vítima de trauma é fundamental que haja uma boa avaliação da mesma para que seja tomada a decisão correta. Na avaliação primária, realiza-se uma visão geral do estado da vítima, verificando padrões respiratórios e circulatórios, bem como o estado neurológico. Identificadas as situações que apresentem risco de morte, o profissional deve realizar intervenções de urgência até

estabilizar a vítima e transportá-la até o hospital. Após a estabilização, se o tempo permitir, uma avaliação mais detalhada de lesões sem risco de morte ou lesões que comprometem algum membro deve ser realizada.

As etapas realizadas devem ser rápidas e eficientes, evitando que vitimas em estado crítico permaneçam por longos períodos no local do trauma. O atendimento pré-hospitalar é considerado crucial, pois o tempo decorrido desde o momento do trauma até o tratamento definitivo é considerado como o "Período de Ouro". Dependendo de como e do tempo que levou esse atendimento, vidas podem ser salvas (NAEMT, 2007) (NAEMT, 2007).

Em outros termos, o profissional atuante no atendimento à vítima de trauma deverá realizar toda a avaliação inicial e determinar os cuidados necessários para manter/salvar a vida no menor espaço de tempo possível. As principais avaliações nesse momento em ordem de prioridades são: vias aéreas, ventilação, oxigenação, controle de hemorragia, perfusão e função neurológica. Ressalte-se que o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) nas situações de trauma deverá ser realizado pelos profissionais com rapidez, organização e com eficiência, permitindo que o atendimento e remoção das vítimas sejam a partir de uma adequada tomada de decisão. (SANTOS, 2007).

Esse atendimento é dividido em três etapas. A primeira é o controle da cena: a partir do momento em que a equipe se aproxima do local do acidente irá avaliar toda situação, assegurar a sua própria segurança, das vítimas e demais presentes, para assim agir de acordo com a avaliação pertinente ao mecanismo do trauma. A segunda etapa é a abordagem primária, procedimento sem mobilizar a vítima seguindo o método ABCDE: Vias Aéreas, Controle da Cervical, Respiração, Circulação, Estado neurológico e Exposição da vítima em busca de outras lesões. A terceira é a abordagem secundária, avaliando detalhadamente todos os segmentos do corpo, reavaliar o ABCDE, realizar curativos; providências quanto à remoção da vitima para tratamento hospitalar (SANTOS, 2007).

Politraumatismo

O termo politraumatismo é usado para em casos de lesões múltiplas de diversas naturezas, determinadas por agentes mecânicos podendo comprometer diversos órgãos e sistemas, ou seja, o termo é empregado quando mais de uma região do corpo sofre lesões concomitantes intencional ou acidentalmente (SANTOS *et al.*, 2010).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

No atual contexto social brasileiro vem sendo observado um processo crescente de acidentes com traumas. Há informações na literatura revisada neste estudo de que ocorreram 127.633 óbitos por traumas no Brasil em 2005, representando 12,67% do total de óbitos. A principal causa de morte entre um e 39 anos de idade foi trauma; morreram 58.969 adultos entre 20 e 39 anos. Em dezembro de 2007, foram contabilizadas 76.583 internações por traumas no País, incluindo-se aqueles os que sofreram lesões temporárias ou permanentes (BRASIL, 2008).

Em âmbito mundial, o trauma representa a terceira causa de morte no atual contexto social. De acordo com dados estatísticos apresentados por autores referenciados neste estudo, em média, a cada dia, 170.000 homens, mulheres e crianças sofrem traumatismos, sendo que aproximadamente 400 morrem como resultado de suas lesões (VIEIRA; MAFRA; ANDRADE, 2011).

Características do trauma torácico

Um dos maiores conjuntos de ossos do corpo humano é a caixa torácica. Ela tem como principal função proteger, formando uma barreira de proteção aos órgãos de vital importância, que são o coração e os pulmões. O esterno, um dos ossos mais resistentes da caixa torácica, fica diretamente sobre o coração e é o que mais oferece proteção. A caixa torácica também serve como uma câmara onde os pulmões podem se expandir para a respiração (GARGULINSKI, 2010).

O traumatismo torácico é classificado como aberto, fechado ou penetrante, podendo ocorrer isoladamente ou em combinação com outras lesões. O trauma fechado ocorre por uma compressão súbita ou pressão positiva sobre a parede torácica. O tipo mais comum dessa categoria de trauma é provocado pelos acidentes automobilísticos. O trauma penetrante é causado quando um objeto estranho penetra na parede torácica. O trauma de tórax aberto é causado geralmente por ferimentos. Os mais comuns são ferimentos por arma branca (FAB) e ferimento por arma de fogo (FAF) (SANTOS, 2010).

Para Silveira, Souza, Alves (2007), o comprometimento da função respiratória pós-trauma torácico ocorre em diferentes graus, de acordo com a causa que o provoque; sendo as mais frequentes: o hemotórax, o pneumotórax, o enfisema subcutâneo e as secreções brônquicas. De acordo com o autor supracitado as manifestações clínicas variam conforme o estado clínico da vítima, agente etiológico e patologia primária. Microrganismos anaeróbios comprometem intensamente o estado geral e a evolução do

quadro. Em geral ocorre aumento na frequência respiratória, dor pleurítica, hipertermia, tiragem intercostal, alteração dos ruídos adventícios e comprometimento do estado geral.

Assistência de enfermagem ao indivíduo politraumatizado

A abordagem da humanização no atendimento inicial do politraumatizado comporta diferentes vertentes de investigação, entre elas estão as relações com o acidentado, foco central deste estudo, com a equipe assistencial e tecnologia. Nesse sentido, é importante salientar que as vítimas atendidas nesse serviço não são patologias ou objetos de investigação científica, são o sujeito e a razão do atendimento que está sendo realizado (SANTOS, 2007).

Nesse contexto, o enfermeiro que atua em unidades de emergência necessita ter competência e habilidade quanto a "conhecimento científico, prático e técnico, afim de que possa tomar decisões rápidas e resolutivas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente" (SILVA; SILVA, 2012).

O atendimento à vítima de múltiplos traumas requer uma atenção ainda mais especializada, visto que suas particularidades e necessidades de tomadas de decisões devem ser muito mais rápidas, principalmente nas primeiras horas do trauma, que são cruciais para o bom prognóstico desse paciente. Logo, o enfermeiro, junto com a sua equipe, deve utilizar os conhecimentos que detém na tentativa de reduzir as possíveis iatrogenias, como também minimizar os danos e potencializar o tratamento para esses pacientes específicos (BERTONCELLO, 2013).

Nesse atendimento, o enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados ao paciente de acordo com suas prioridades e, no sistema hospitalar, tem como atribuição a realização dos diagnósticos e prescrições dos cuidados de enfermagem, para os quais este planejamento é um instrumento essencial para assistência à vida. Também o fato de ter uma equipe de saúde treinada e coordenada nas ações e equipamentos disponíveis influencia a sobrevida do atendimento à vítima de trauma (BERTONCELLO, 2013). Ressalte-se que o enfermeiro como coordenador da equipe de enfermagem deve programar e priorizar a assistência a ser prestada, considerando as diferenças que se apresentam nessas vítimas e estabelecer medidas preventivas e reparadoras, em um cenário em que o tempo entre a vida e a morte é tênue (SALLUM; SOUSA, 2012).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Um item muito importante, e que não deverá ser esquecido pelo enfermeiro durante a prestação de assistência em uma unidade de emergência é a sistematização da assistência de enfermagem aplicada junto ao indivíduo politraumatizado (SALLUM; SOUSA, 2012).

METODOLOGIA

Esta pesquisa consiste de uma revisão integrativa da literatura consubstanciada por meio da análise do conhecimento e das evidências relatadas sobre o assunto abordado em tela. A pesquisa integrativa é um levantamento, seleção e documentação de toda bibliografia já publicada sobre o assunto que está sendo pesquisado, em livros, revistas, jornais, boletins, monografias, teses, dissertações, material cartográfico, entre outros. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com o material já escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto (LAKATOS; MARCONI, 2009).

A realização da pesquisa passa por etapas a serem seguidas como: delimitação do tema e questão norteadora, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudo, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, análise dos conteúdos abordados, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento. Considerando a questão norteadora e os objetivos do estudo, os dados foram coletados nas bases eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Eletronic Library On-line (SCIELO). Estudos publicados duplamente na mesma revista eletrônica, ou encontrados em mais de uma revista, foram considerados uma única vez. Os descritores utilizados foram: Assistência de Enfermagem. Traumatismo torácico. Atendimento pré-hospitalar.

Critérios de inclusão: foram utilizados os artigos científicos referentes à assistência de enfermagem ao politraumatizado com trauma torácico no pré-hospitalar, escritos em português, publicados no período de 2009 a 2015, resultantes de pesquisas primárias quantitativas, qualitativas e estudos teóricos e com acesso on-line em texto completo. Definiu-se este período de publicação, seis anos, pela possibilidade de selecionarmos informações mais recentes sobre o assunto, visto que este tema se apresenta em constante estudo. Não foram selecionados estudos de 2016 e 2017 porque não foram identificados artigos científicos que atendessem aos critérios de inclusão, bem como a questão norteadora.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Os critérios de exclusão adotados foram: artigos científicos sem o acesso on-line, escritos em outros idiomas que não os selecionados para o estudo, que não apresentavam texto completo e que não respondiam à questão norteadora. Nas buscas de artigos nas bases de dados e revistas eletrônicas, encontrou- se 15 artigos nas bases de dados LILACS, e SCIELO. A seleção das produções compreenderá em duas etapas: a 1ª a partir da inclusão do título com o resumo e a 2ª, a partir de leitura do artigo na íntegra.

Para o registro das informações extraídas dos artigos os dados foram organizados em formulário específico, contendo os seguintes indicadores definidos pelos autores: período de publicação, base de dados, modalidade do estudo, periódicos publicados, complicações do trauma torácico, agravos do trauma torácico e diagnósticos de enfermagem. Nesta etapa da revisão foi realizada uma comparação dos dados extraídos dos artigos, para poder visualizar a convergência e divergência entre os resultados dos estudos analisados, através de tabelas e gráficos. As informações foram apresentadas através de uma síntese e comparação dos achados de acordo com os autores das produções que compreenderão a mostra deste estudo, através de tabelas e gráficos.

ANALISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Nesta etapa estabeleceram-se algumas variáveis relevantes para a apreciação das literaturas cientificas sobre a temática pesquisada, evidenciadas na **tabela 1**.

Tabela 1 – Distribuição dos artigos de acordo com o período de publicação.

ANO DO PERÍODO	*f*	%
2009	3	20
2010	2	13
2011	2	13
2012	4	27
2013	3	20
2014	1	7
2015	0	0
TOTAL	**15**	**100**

FONTE: Dados da pesquisa, 2017.

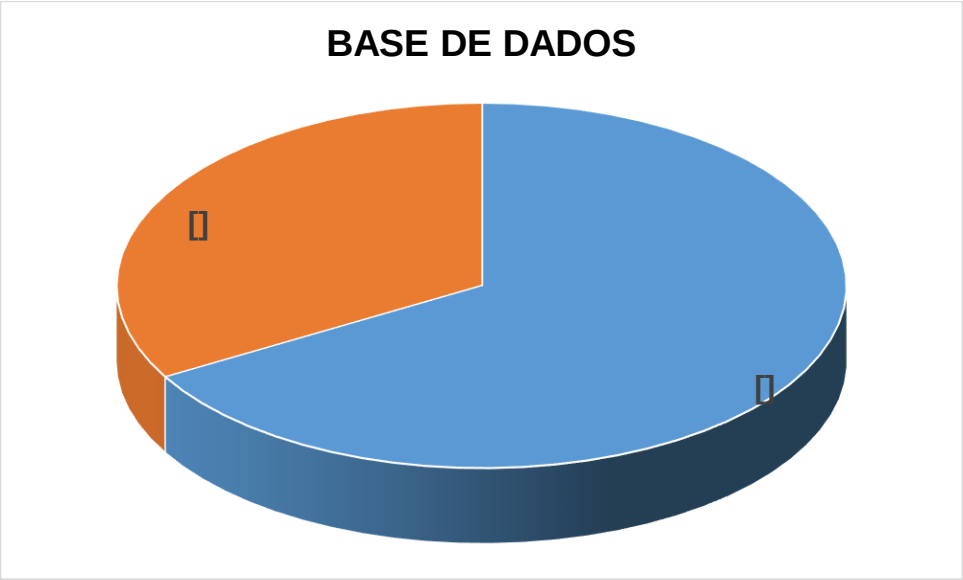
Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Conforme observado na tabela 1, a publicação dos artigos entre 2009 e 2015 referentes ao tema contabilizou 15 artigos, sendo que de 2009 a 2011 foram publicados 7 artigos, com3 publicações (20%) em 2009, 2 (13%) em 2011 e 2 (13%) em 2011. Os artigos concentraram-se entre 2012 e 2013 totalizando 08 artigos, sendo 04 (27%) artigos publicados em 2012 e 03 (02%) artigos em 2013, apenas 01 artigo em 2014 (7%) e nenhum artigo foi encontrado no ano de 2015.

Conclui-se então que a prevalência de publicações a cada ano teve um aumento e diminuição significante tornando, uma fragilidade maior a esse tema, quanto à necessidade de promover conhecimento mais abissal ao Traumatismo Torácico, bem como a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). O gráfico 1 apresenta a distribuição dos artigos relacionados nas bases de dados acessadas para a construmão do presente trabalho:

Gráfico 1– Distribuição dos artigos conforme as bases de dados pesquisadas.



FONTE: Dados da pesquisa, 2017.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

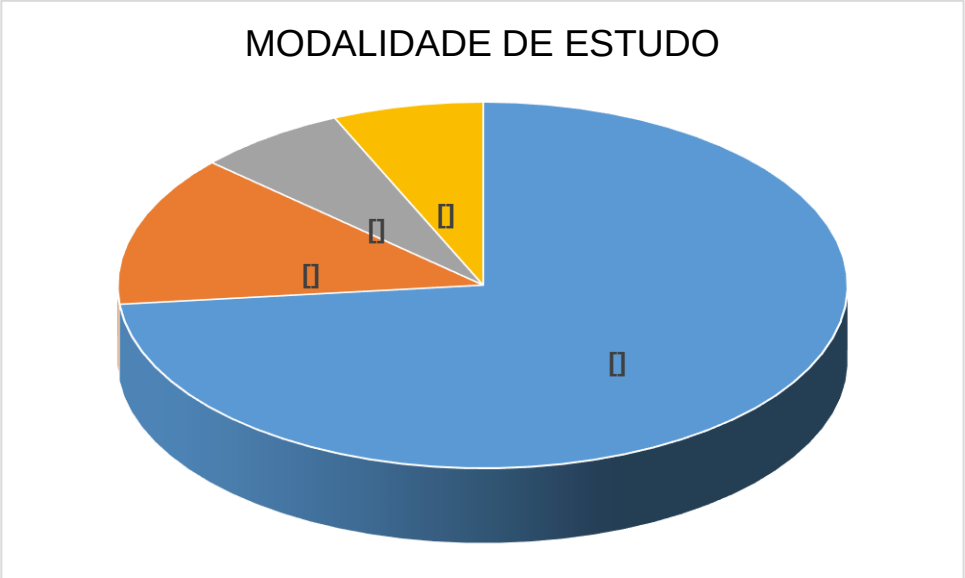
Artigo

Observando o gráfico 1 acima, pode-se concluir que a maior fonte de artigos foi a SCIELO com 10 (67%) dos artigos encontrados, seguido da LILASC com 05 (33%) artigos. A Scientific Electronic Library Online - SCiELO é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. Tem por objetivo o desenvolvimento de uma metodologia comum para a preparação, armazenamento, disseminação e avaliação da produção científica em formato eletrônico (SCIELO).

A LILACS é o mais importante e abrangente índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe. Há 30 anos contribuindo para o aumento da visibilidade, acesso e qualidade da informação em saúde na Região.

As revistas brasileiras de enfermagem têm buscado aprimoramento esforçando-se, para que não apenas acompanhem, mas atendam às demandas próprias de cada tempo. A inclusão na coleção SCIELO assegurou a visibilidade e a internacionalização, despertando o interesse de autores estrangeiros, principalmente latino-americanos, para nela publicar os resultados da pesquisa (CABRAL, 2013).

Gráfico 2– Distribuição dos artigos conforme as modalidades pesquisadas.



FONTE: Dados da pesquisa, 2017.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

No gráfico 02 observa-se um predomínio de 11 (73%) artigos cuja modalidade é do tipo original, 02 (13%) do tipo pesquisa. Vale salientar que foi encontrado apenas 01 (7%) artigo de revisão e 01 (7%) artigo de ensino.

Na classificação dos estudos de pesquisa original, quanto ao contexto em que se realizaram, o ambiente hospitalar de emergência teve destaque, ao concentrar 5 estudos (46%), o Serviço Móvel de Urgência (SAMU) contou com 4 (36%), o Departamento de Polícia Rodoviária Federal com 1 (9%) e as instituições de ensino superior apresentaram 1 (9%).

Tabela 2 – Distribuição dos estudos, segundo os periódicos.

PERÍODOS	f	%
REVISTA do Colégio Brasileiro de Cirurgia.	3	20
Revista Texto Contexto Enfermagem	2	13
Revista da Escola de Enfermagem da USP	1	7
Revista de Enfermagem UFPE Online	1	7
Acta Paulista de Enfermagem	1	7
Revista Brasileira de Enfermagem.	1	7
Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery	1	7
Jornal Fundamental Care Online	1	7
Revista Einstein	1	7
Revista Dor	1	7
Rev. Eletr. Enf. [Internet]	1	7
TOTAL	**15**	**100**

FONTE: Dados da pesquisa, 2017.

A tabela 2 sintetiza o número de periódicos totalizando 10 revistas, onde diversifica as origens das revistas com ênfase a 3 (20%) dos artigos a Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgia, 2 (13%) dos artigos a Texto Contexto Enfermagem. Convêm avultar que a Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Acta Paulista de Enfermagem, Revista Brasileira de Enfermagem, Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery, Jornal Fundamental Care Online, Revista

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Einstein, Revista Dor e Rev. Eletr. Enf. [Internet], publicaram apenas 1 (7%) dos estudos, cada.

As complicações do trauma torácico encontradas nos artigos científicos desta revisão integrativa se apresentam na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos artigos conforme complicações do trauma torácico

COMPLICAÇÕES	AUTORES	f	%
Fratura de Costelas	Frigo et al., 2013; SCAPOLAN et al., 2010.	2	67
Hemotórax Coagulado	WESTEPHAL et al., 2009. SCAPOLAN et al., 2010; FRIGO et al., 2013.	3	100
Pneumotórax	FRIGO et al., 2013; SCAPOLAN et al., 2010.	2	67
Febre	WESTEPHAL et al., 2009.	1	33
Empiema	WESTEPHAL et al., 2009.	1	33
Enfisema Subcutaneo	Frigo et al., 2013.	1	33

FONTE: Dados da pesquisa, 2017.

A Tabela 3 demonstra que existem diversas complicações que podem aparecer no trauma torácico. Encontrou-se 03 (20%) autores dos artigos para os quais se evidenciaram as complicações no trauma torácico: fraturas de costelas 02 (67%), Hemotórax 03 (100%), pneumotórax 02 (67%), febre 01 (33%), empiema 01 (33%) e enfisema subcutâneo 01 (7%).

Em estudo retrospectivo realizado com 124 vítimas de trauma torácico por Westephal *et al.*, (2009), foi evidenciado que as complicações foram observadas em 22,5% dos pacientes, sendo que as mais comuns foram hemotórax em nove pacientes.

Estudo realizado na cidade de São Paulo com 100 pacientes atendidos no ano de 2006, ao longo de seis meses, no Serviço de Emergência da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP), o hemotórax destacou-se com maior predominância com 45%, seguido do pnemotorax com 15% e fraturas de costelas com 5% nas complicações do trauma torácico (SCAPOLAN *et al.*, 2010).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Em estudo retrospectivo realizado com 124 pacientes por Westephal et al., (2009), evidenciou-se que as complicações devido ao trauma torácico foram, febre e empiema pleural.

No estudo realizado com 49 vítimas com possível diagnóstico de trauma torácico internados no Hospital público de referência à politraumatizados na cidade de Chapecó/SC/Brasil, evidenciou que 47,3% (n=09) pacientes apresentaram exclusivamente hemotórax; 10,5% (n=02) pacientes manifestou exclusivamente fratura de costela; 5,2% (n=01) paciente apresentou exclusivamente pneumotórax; 5,2% (n=01) paciente manifestou enfisema subcutâneo (FRIGO *et al.*, 2013).

Tabela 4 – Distribuição dos artigos conforme os agravos do trauma torácico.

AGRAVOS	AUTORES	f	%
Lesão Neurológica	Gonsaga et al., 2013; Simões et al., 2012.	2	50
Lesão Pulmonar	Westphal et al., 2009; Simões et al., 2012; Gonsaga et al 2013; Frigo et al., 2013.	4	100
Lesão Cardíaca	Westphal et al., 2009; Gonsaga et al 2013; Simões et al., 2012.	3	75
Lesão Vascular	Westphal et al., 2009.	1	25
Lesão Abdominal	Frigo et al., 2013.	1	25
Hemorragia	Simões et al., 2012; Gonsaga et al., 2013.	2	50
Infecção	Simões et al., 2012; Gonsaga et al., 2013.	2	50

FONTE: Dados da pesquisa, 2017.

Constata-se na tabela 5 que 04 autores dos artigos selecionados (27%) citam os principais agravos ao traumatismo torácico. Há um consenso entre eles de que as lesões neurológicas, pulmonares, cardíacas, vasculares, abdominal, as hemorragias e infecção nesses em pacientes pioram significativamente o prognóstico.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

No estudo realizado com 49 pacientes com possível diagnostico de trauma torácico internados no Hospital público de referência a politraumatizados na cidade de Chapecó/SC/Brasil, foi evidenciado que quanto à localização das lesões houve como principal agravo 20,4% (n=10) casos confirmados de lesões exclusivamente pulmonares, 6,1% (n=03) casos de lesões exclusivamente abdominais (FRIGO *et al.*, 2013).

Em estudo retrospectivo realizado com 124 pacientes por Westephal et al., (2009), Observou-se uma frequência maior das lesões pulmonares (38%), com predomínio no pulmão esquerdo (52,7%). Seguido destas, estão às lesões cardíacas (30%), com acometimento mais frequentes dos ventrículos direito e esquerdo com 30% cada. As lesões vasculares vêm em seguida com 36 casos (28,6%). As lesões vasculares mais encontradas foram de veias e artérias torácicas internas (26%), seguidas por lesões de vasos musculares (19%), artérias intercostais, veia cava inferior, veia cava superior, aorta torácica e vasos pulmonares.

Em um estudo realizado com 18 pacientes em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da cidade de Catanduva – SP, durante o atendimento com a Unidade de Suporte Avançado, constatou que dos agravos observados, 11 pacientes apresentaram sequelas neurológicas (61,1%), três hemorrágicas (16,7%), duas pulmonares (11,1%), uma cardiológica (5,6%) e uma infecciosa (5,6%) (GONSAGA *et al.*, 2013).

Simões *et al.*, (2013) ao analisar a qualidade do atendimento pré-hospitalar realizado pelas agências em Vitória-ES, evidenciou que os principias agravos o traumatismo torácico foram: as lesões neurológicas, pulmonares, cardíacas, seguida da infecção e da hemorragia.

As informações referentes aos diagnósticos de enfermagem que caracterizam o politraumatizado foram extraídas dos artigos científicos desta revisão e serão demonstrados na tabela 5.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Tabela 5- Distribuição dos artigos conforme Diagnósticos de Enfermagem.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	AUTORES	f	%
Risco de Infecção	SALLUM; SOUSA 2012; CYRILLO et al., (2009).	2	100
Integridade da Pele Prejudicada	SALLUM; SOUSA 2012; CYRILLO et al., (2009).	2	100
Mobilidade Física Prejudicada	SALLUM; SOUSA 2012; CYRILLO et al., (2009).	2	100
Dor Aguda	SALLUM; SOUSA 2012; CYRILLO et al., (2009).	2	100
Conforto Prejudicado	SALLUM; SOUSA 2012.	1	50
Padrão Respiratório Ineficaz	CYRILLO et al., (2009).	1	50
Integridade Tissular Prejudicada	CYRILLO et al., (2009).	1	50
Ansiedade	CYRILLO et al., (2009).	1	50

FONTE: Dados da pesquisa, 2017.

Conforme demonstrados na tabela acima foram encontrados somente 02 (8,8%) artigos referentes aos diagnósticos de enfermagem no período que sucede o atendimento ao politraumatizado, o que pode estar tangenciada à falta de conhecimento sobre o processo de implantação da SAE, bem como à resistência dos profissionais em implementar esse sistema na urgência.

Revelou-se, portanto, que os diagnósticos: Risco para infecção, Integridade da pele prejudicada, Mobilidade física prejudicada, Dor aguda, Conforto Prejudicado, Padrão Respiratório ineficaz, Integridade Tissular Prejudicada e Ansiedade foram citados pelos 02 (100,0%) autores.

Nos estudos de Sallum e Sousa (2012), o diagnóstico de enfermagem, Risco de infecção, foi o mais frequente e teve como principais fatores de risco (procedimentos invasivos, trauma e exposição ambiental aumentada a patógenos). Esse achado aponta para a necessidade de medidas de segurança nas intervenções invasivas no setor de

emergência e no atendimento pré-hospitalar, visto ser elevado o número de procedimentos invasivos que as vítimas necessitam e, concomitantemente, há exposição ambiental aumentada aos patógenos no atendimento dos casos de trauma.

Nos estudos de Cyrillo *et al.*, (2009), o diagnóstico de enfermagem Risco para Infecção é conceituado pela NANDA como: "estar em risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos"; ele foi estabelecido em 21 (91%) vítimas. No cenário do APH Móvel Avançado reduzir a infecção por microrganismos patogênicos é fundamental. As principais causas de mortalidade das vítimas de traumas físicos, no hospital, são o choque hipovolêmico, nas primeiras horas, e a infecção é a causa tardia mais frequente.

Os diagnósticos de enfermagem, Integridade da pele prejudicada e mobilidade física prejudicada têm estreita relação com as lesões mais frequentes nas vítimas de trauma: as lesões de superfície externa e de extremidades. Reafirmando essa relação, esses diagnósticos apresentaram como fatores relacionados mais frequentes, além do rompimento de superfície da pele, destruição da camada da pele, tecido lesado e tecido destruído, como características definidoras. Tais observações trazem à tona a necessidade de valorizar as intervenções específicas perante esses diagnósticos de enfermagem que têm sido pouco discutidas pelos enfermeiros que atuam e pesquisam na área de trauma (SALLUM; SOUSA, 2012).

Nos estudos de Cyrillo *et al.*, (2009), o diagnóstico de enfermagem integridade da pele prejudicada foi evidenciada em 05 (21,7%) vítimas. A pele constitui-se na barreira primária de proteção, sendo de fundamental importância que as características de sensibilidade, elasticidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso sejam preservadas. É considerado o maior órgão do corpo humano, portanto está mais sujeita a sofrer ferimentos do que qualquer outro tecido, pois reveste toda superfície externa do organismo. Durante o atendimento às vítimas trauma, o enfermeiro do APH Avançado Móvel, deve avaliar a perda da integridade de tecidos conectivos, músculos, tendões e tecido conjuntivo ósseo os quais constituem uma ameaça pelo risco de sangramento, infecção e trauma secundário, apontados como fatores determinantes de sobrevida.

O diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada é definido pela NANDA como "limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades". As lesões decorrentes de eventos traumáticos que acometem essa necessidade resultam em deficiências e incapacidades temporárias ou permanentes as quais podem comprometer a capacidade para as atividades diárias, bem

como, a qualidade de vida. Este diagnóstico foi identificado nas vítimas acometidas por arma de fogo, ferimento transfixante, acidente motociclístico e atropelamentos (CYRILLO *et al.*, 2009).

Em um estudo foram avaliados 407 pacientes maiores de 18 anos atendidos no Pronto Socorro desse hospital. Os diagnósticos de enfermagem dor aguda e de conforto prejudicado mostraram nesta investigação uma forte relação, visto que 92% das vítimas que tiveram diagnóstico de conforto prejudicado relacionaram seu desconforto à presença de dor. A literatura aponta o problema de subavaliação e subtratamento da dor aguda no setor de emergência que em nosso meio é de, aproximadamente, 70,0%. Uma das razões para a reduzida importância conferida à analgesia no setor de emergência é a própria situação de urgência e emergência, nas quais os aspectos de ressuscitação e estabilização do quadro impõem-se como prioritários (SALLUM; SOUSA, 2012).

São absolutamente indispensáveis o estabelecimento das prioridades no atendimento ao politraumatizado, mas é fundamental o questionamento sobre outros aspectos que favoreçam a qualidade da assistência, tais como a inclusão da avaliação e controle da dor, utilização de instrumentos objetivos para a avaliação da intensidade dolorosa, uso de protocolos e os benefícios dessas práticas (SALLUM; SOUSA, 2012).

Estudo realizado em um Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU), da Secretaria Municipal de Ribeirão Preto com 23 pacientes destaca-se que a dor é uma das principais consequências do trauma e a dor aguda foi um diagnóstico frequente no presente estudo. Apesar de ser subjetiva, a dor é considerada uma experiência sensorial e emocional desagradável, e cada indivíduo aprende o seu significado, mediante experiências relacionadas com eventos vividos. No caso da vítima de trauma, geralmente a dor está associada à lesão tecidual, presente ou em potencial e pode causar diversos prejuízos ao organismo (CYRILLO *et al.*, 2009).

No diagnóstico de enfermagem padrão respiratório ineficaz, a necessidade de o organismo obter oxigênio por meio da ventilação, da difusão e perfusão e da eliminação de dióxido de carbono é definida como necessidade de oxigenação, sendo imperativa para a sobrevivência das pessoas e assim produzir energia para manter a vida. As necessidades fisiológicas devem ser atendidas pelo menos em um nível mínimo, para a sobrevida do corpo ou da espécie. Assim, nas situações de emergência, as necessidades fisiológicas têm prioridade em relação às demais, mas independente disto o enfermeiro deverá estar atento a interação de todas as outras necessidades (CYRILLO *et al.*, 2009).

Na presença do diagnóstico de enfermagem Integridade Tissular Prejudicada, o foco de atenção do enfermeiro no APH Avançado Móvel será a integridade estrutural e

função fisiológica da pele. Portanto, a avaliação das lesões deve levar em conta o risco de infecção, o controle da temperatura, o controle de sangramento; uma vez que podem comprometer também outras categorias diagnósticas alocadas nas necessidades de circulação, sensopercepção e termorregulação. Ressalte-se que o conhecimento sobre o mecanismo do trauma pode prover dados às equipes do APH e do atendimento hospitalar e consequentemente propiciar a identificação precoce de possíveis danos complexos na área da lesão (CYRILLO *et al.*, 2009). De acordo com a NANDA, o diagnóstico de Ansiedade é definido como "um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por uma resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); um sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça". Este diagnóstico foi identificado em 10 (43,5%) vítimas de trauma (CYRILLO *et al.*, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O politraumatismo é atualmente, um sério problema de saúde pública por apresentar elevadas taxas de mortalidade. O aumento progressivo do número de pessoas vitimadas de politraumatismo, seja por acidentes ou por violência, faz com que os profissionais que compõem as equipes de pré-atendimento necessitem de treinamento e capacitação para realizarem um atendimento de maneira eficiente, rápida e com segurança para o paciente e para a equipe.

O serviço de atendimento pré-hospitalar é o primeiro atendimento prestado à vítima de politrauma. Tal atendimento tem a finalidade de prevenir lesões, manter a integridade física e a vida do paciente, por meio de medidas corretas, especializadas e sistematizadas para um possível transporte do paciente, pois o mesmo necessita ser removido para uma unidade hospitalar.

Neste estudo percebeu-se a necessidade de se realizar um atendimento pré-hospitalar sequenciado para um melhor desenvolvimento das ações e procedimentos adequados a situação do paciente vítima de trauma torácico, com o objetivo de minimizar maiores danos ao paciente, evitar a morte e o agravamento do quadro clínico, preservando os sinais vitais, minimizando a morbimortalidade, otimizando o prognóstico através da promoção e proteção da saúde da vítima.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

O enfermeiro é um profissional que atua de maneira ativa no atendimento pré-hospitalar e assume com os demais profissionais da equipe de pré-atendimento a responsabilidade dos cuidados da vítima até a chegada na unidade hospitalar. Observa-se na prática do atendimento pré-hospitalar que o enfermeiro que atua nesse tipo de serviço necessita de características específicas para o serviço como a formação específica na área de urgência e emergência, habilidade técnica para a realização dos procedimentos e também capacidade física e outras características como de lidar com estresse, tomada de decisão imediata, de definição, prioridades e perfil de trabalho em equipe.

Verificou-se nesse estudo que é importante o conhecimento técnico e científico quanto ao atendimento de pacientes vítimas de trauma torácico, para que o profissional de enfermagem possa alcançar uma assistência de forma qualificada, holística e humanizada e realizar os procedimentos de maneira adequada.

Faz-se necessário a realização de atividades de educação continuada para capacitar e treinar não só o enfermeiro, como toda a equipe de saúde que presta cuidados em equipes de pré-atendimento. O desenvolvimento de atividades de educação continuada também pode contribuir para práticas adequadas em procedimentos invasivos e desta forma minimizar as infecções e possíveis complicações na evolução do quadro clínico do politraumatizado e consequentemente, reduzir os custos com o atendimento deste paciente.

A sistematização de enfermagem na prática clínica compõe o campo de ação da enfermagem científica, baseada nas evidências e na construção de um saber legítimo da profissão. Assim, identificar diagnósticos de enfermagem das vítimas de trauma, possibilita aos enfermeiros que atuam neste cenário detectar e controlar os riscos precocemente e planejar individualmente o cuidado prestado a esses pacientes por meio de intervenções específicas, fundamentadas cientificamente, capazes de proporcionar ações eficazes e imediatas.

Diante da escassez de estudos sobre a sistematização da assistência a vítimas de trauma, este estudo permitiu identificar os principais diagnósticos de enfermagem nesta clientela específica, os quais poderão fornecer importantes subsídios para futuras investigações, sobretudo abordando intervenções de enfermagem.

Inicialmente, pensou-se que haviam muitos trabalhos publicados sobre a temática. No entanto, no decorrer da pesquisa foi observado que a produção científica referente a assistência de enfermagem no atendimento pré-hospitalar ao paciente com trauma torácico era escassa. Diante disto, espera-se que esse estudo contribua para

auxiliar profissionais que trabalham em serviços de urgência e emergência pré-hospitalar e desperte o interesse dos mesmos em publicar suas experiências para troca de informações entre os profissionais.

REFERÊNCIAS

BERTONCELLO, K.C.G. et al. Diagnósticos de risco e propostas de intervenções de Enfermagem aos pacientes vítimas de múltiplos traumas. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, v.15, n.2, abr-jun, 2013. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.19497. Acesso em: 01 de junho de 2017.

CARVALHO, M.V.; JÚNIOR, I.F. Via aérea definitiva no trauma. 2009. Disponível em: http://www.uff.br/ph/artigos/vaereadef.pdf. Acesso em: 09 de junho de 2017.

CYRILLO, R. M .Z. et al. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço pré-hospitalar avançado móvel**.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. V.11, n.4. 2009. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a06.htm. Acesso em: 03 de Junho de 2017.

FRIGO, J. et al. Trauma torácico: análise da população atendida em um hospital publico de referencia no trauma. Rev enferm UFPE online., Recife, v.7, n.8, ago. 2013. Disponível em: http://web.b.ebscohost.com<. Acesso em: 08 de junho de 2017.

GONSAGA. R.A.T. et al. Avaliação dos parâmetros gasométricos dos traumatizados durante o atendimento pré-hospitalar móvel. Rev. Col. Bras. Cir. São Paulo, v.40n. 4. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v40n4/v40n4a07.pdf. Acesso em: 03 de junho de 2017.

KOLHS, J.F.M. et al. Trauma torácico: análise da população atendida em um hospital público de referência no trauma. Rev enferm UFPE on line. Recife, v.7, n.8, ago. 2013. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4015/6985. Acesso em: 03 de junho de 2017.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Fundamentos de metodologia científica. 6ª ed. São. Paulo: Atlas, 2006.

NAEMT. National Association of Emergency Medical Technicians. Phtls: Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

SALLUM, A.M.C.; SOUSA, R.M.C. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma nas primeiras 6 horas após o evento. Acta Paul Enferm. São Paulo, v. 25, n. 2. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200016 Acesso em: 01 de junho de 2017.

SANTOS, A.E. Humanização em serviços de emergência. In: Calil AM, Paranhos WY. O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo: Atheneu; 2007.

SANTOS, N.S. et al. Atendimento de enfermagem na sala de emergência ao paciente politraumatizado- o protocolo em evidencia. XIV Encontro latino americano de iniciao cientifica e X Econtro Latino Americano de Pós Graduação- Universidade do Vale do Paraíba. São Paulo. 2010. Disponível em: www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/.../RE_0109_0919_01.pdf.Acesso em: 06 de junho de 2017.

SANTOS, G.S. Atendimento incial ao politraumatizado. 2010. Disponível em>http://estudmed.com.sapo.pt/traumatologi/atendimento_inicial_politraumatizado_2.htm<. Acesso em: 07 de junho de 2017.

SANTOS, N. C. M. Urgência e emergência para enfermagem: do atendimento pré-hospitalar APH à sala de emergência. São Paulo: Iátria, 2007.

SCAPOLAN, M.B. et al. Trauma torácico: análise de 100 casos consecutivos. Einstein. São Paulo, v. 8, n. 3, jul./set. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n3/pt_1679-4508-eins-8-3-0339.pdf. Acesso em: 03 de junho de 2017.

SILVA, F.C.; SILVA, R.C.L. O enfermeiro e as práticas assistenciais para o cliente politraumatizado no setor de emergência. Rev enferm UFPE on line. Recife, v. 3, n. 4,

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Oct./Dec. 2009. . Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/92/2917. Acesso em: 01 de junho de 2017.

SILVEIRA, D.C.A.; SOUZA, L.F; ALVES, N. Incidência e complicações de trauma torácico no hospital de emergência e trauma senador Humberto lucena. Nova fisio, 2007. Disponível em >http://www.novafisio.com.br/incidencia-e-complicacoes-de-trauma-toracico-no-hospital-de-emergencia-e-trauma-senador-humberto-lucena/< Acesso em: 10 de junho de 2017.

SIMÕES, R.L. et al. Atendimento pré-hospitalar à múltiplas vítimas com trauma simulado. Rev. Col. Bras. Cir. São Paulo. V. 39, n.3. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912012000300013 Acesso em: 03 de junho de 2017.

SOUZA, A.N. et al. Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem; São Paulo: Atheneu; 2010.

SOUZA V.S; SANTOS, A.C; PEREIRA, L.V. Perfil clínico-epidemiológico de vítimas de traumatismo torácico submetidas a tratamento cirúrgico em um hospital de referência. Scientia Medica. Porto Alegre, v. 23, n. 2, 2013. Disponível em >http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/11174/9652<. Acesso em: 10 de junho de 2017.

VIEIRA, C.A.S.; MAFRA, A.A..et al / Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Protocolo Clínico sobre Trauma. –Belo Horizonte 2011. Disponível em >http://www.saude.pr.gov.br>. Acesso em: 08 de junho de 2017.

WESTPHAL, F.L. et al. Trauma torácico: análise de 124 pacientes submetidos à Toracotomia. Rev. Col. Bras. Cir. São Paulo, v. 36, n. 6, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912009000600004. Acesso em: 03 de junho de 2017.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ULTRAJE AOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DA MULHER

Vanessa dos Santos Silva[1]
Madson Maia Cavalcante[2]
Yasmin Morais de Castro Bilro[3]
Fabiana Torres Barbosa[4]
Robson Marciano Souza da Silva[5]
Raimundo Valdocí de Melo Júnio[6]

RESUMO - Deve-se considerar a existência de um panorama geral da evolução histórica dos direitos sexuais e reprodutivos, junto aos principais acontecimentos que fundamentaram tal construção da mulher quanto a ser de direitos e individualidades no processo do parto. No Brasil, uma em cada quatro mulheres são vítimas de violência obstétrica, seja no atendimento público ou privado. Essa modalidade de violência configura-se nas mais diversas formas de perversidade como: ameaças verbais, assédio moral, violência física, utilização de técnicas e métodos obstétricos ultrapassados e inadequados durante procedimentos assistenciais, dentre outros. É verificável que

[1]Graduada em Enfermagem pela Universidade Potiguar. Pós-graduanda em Urgência e Emergência e UTI pela Universidade Brasileira de Ensino Pesquisa e Extensão. Preceptora em Saúde da Universidade Potiguar. Docente da Capacitar Cursos. E-mail: vanessasfidelis25@yahoo.com.
[2]Graduado em Enfermagem pela Universidade Potiguar. Enfermeiro voluntário do Hospital Psiquiátrico Professor Severino Lopes. E-mail: madsonmaia@live.com.
[3]Graduada em Enfermagem pela Universidade Potiguar. E-mail: yasminmorais_93@hotmail.com.
[4]Graduada em Enfermagem pela Universidade Potiguar. Especialista em Gestão em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Metropolitana de Ciências e Tecnologia. Enfermeira Assistencial da Unidade de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Natal-RN. Preceptora em Saúde da Universidade Potiguar. E-mail: fabianatb.enfa@gmail.com.
[5]Graduando em Enfermagem pela Universidade Faculdade Maurício de Nassau. E-mail: robson.marciano.s@outlook.com.
[6]Mestre em enfermagem. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Docente da Universidade E-mail: potiguar. profjr@unp.br.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

atualmente o país vivencia um momento de transição histórica no que diz respeito ao campo obstétrico. A premissa de humanização no parto é um dos pontos mais discutidos entre os profissionais do âmbito. A humanização é um dos desafios decisivos entre os profissionais da saúde para a garantia de direitos nessa área de assistência. Contudo, é necessária a sensibilidade de cada profissional e a pactuação junto às mulheres, família e sociedade. A afirmação da mulher em seu lugar de protagonismo em todo o ciclo evolutivo de gestação (da concepção ao pós-parto), é atestar que suas conquistas históricas, seus desejos, anseios e direitos sejam respeitados.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Violência contra à mulher. Puérpera. Parto humanizado.

ABSTRACT - It is necessary to consider the existence of a general view of the historical evolution of the sexual and reproductive rights, near the main events that based such a construction of the woman as for a being of rights and individualities on the process of the childbirth. In Brazil one in each four women is a victim of obstetric violence, be in the public or private service. This violence kind shapes in more several forms of perversity as: verbal threats, moral siege, physical violence, use of techniques and outdated and unsuitable obstetric methods during proceedings assistance, among others. It is checkable that at present the country survives a moment of historical transition what concerns the obstetric field. The humanization premise in the childbirth is one of the points most discussed between the professionals of the extent. The humanization is one of the decisive challenges between the professionals of the health for the rights guarantee in this presence area. Nevertheless, there is necessary the sensibility of each professional and a pact near the women, family and society. The affirmation of the woman at his place of protagonism in the whole evolutive gestation cycle (of the conception to powders-childbirth), is to attest that his historical conquests, his wishes, longings and rights will be respected.

Keywords: Obstetric violence. Violence against woman. Pregnant woman. Humanized childbirth.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

INTRODUÇÃO

A assistência à mulher em seu ciclo gestacional, no parto e pós-parto é uma tarefa que necessita da compactuação entre os profissionais da saúde, família e comunidade. O parto, um processo natural, tem a capacidade de incitar altos níveis de ansiedade e angústia, expectativas, excitação e anseios, tornando à mulher uma nova mãe a ser inserida no âmbito social. No contexto histórico, o parto era assistenciado por parteiras, mulheres que obtinham conhecimentos proeminentes de um processo empírico, e que ensinavam às puérperas orientações para o pós-parto e para o cuidado ao recém-nascido (GUERREIRO et al., 2012).

A partir da década de 1980, discussões acerca de um modelo assistencial que atendesse a todas as necessidades da mulher tomou notoriedade social, tornou-se uma das maiores temáticas entre os profissionais obstetras. Sem dúvida, um marco para a inicialização de um pensar humanizado. Ainda no momento desse marco histórico, a Organização das Nações Unidas (ONU) interveio quanto à busca de evidências científicas que comprovassem as eficácias em relação ao modelo assistencial prestado e que a ausência delas, culminasse na elaboração de um novo plano de assistência à mulher em seu ciclo gravídico, no parto e pós-parto (WHO, 1998; BRASIL, 2014).

Atualmente, o Brasil vivencia um momento de transição histórica no que diz respeito ao campo obstétrico. A premissa de humanização no parto é um dos pontos mais discutidos entre os profissionais da saúde. É importante salientar que, o atual modelo de assistência, ainda é centrado no ambiente hospitalar, inserido no contexto médico e que apresenta riscos à parturiente. O modelo de medicalização ainda é presente no cotidiano dessas mulheres, por vezes, uma rotina desnecessária e arriscada que configura em violência obstétrica. Entende-se por violência obstétrica qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que cerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, exprimido através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos (ANDRADE, 2014).

Reconhecer a individualidade de cada mulher é o primeiro passo para traçar um plano assistencial em sua parturição. Restringir à mulher de ser a protagonista de todo o processo do parto é aniquilar os seus direitos reprodutivos. Uma vertente dos profissionais obstetras luta hoje pela abolição da episiotomia. Durante muitos anos, essa prática obstétrica foi difundida pelas principais escolas médicas, todavia, sem base em ensaios clínicos para se verificarem sua eficácia e importância. Na última década, muitos estudos,

revisões sistemáticas e meta-análises evidenciaram que não há base científica para a manutenção dessa prática de rotina (COSTA et al., 2015; FARIAS, 2015).

Na verdade, o que se tem evidenciado são intercorrências no intra e pós-operatório dessas mulheres. A organização Mundial de saúde (OMS) preconiza que em cerca de 10% dos partos utilize-se a prática de episiotomia, entretanto, essa taxa está bem distante da realidade das rotinas institucionais. A parturição por via normal é o mais seguro para a mulher e o bebê, todavia, as taxas de cesarianas são numerosas e distantes da taxa preconizada pela OMS. Ocasionalmente, muitas dessas mulheres em seu ciclo gravídico - apesar de inicialmente preferirem o parto normal - acabam optando pelo parto cesáreo em decorrência de experiências dolorosas e desnecessárias em um momento anterior, ou por relatos de experiências traumáticas de mulheres próximas ao seu convívio (LEAL, et al., 2014).

A gestante tem o direito à escolha de seu parto, de seu acompanhante e de uma equipe profissional que se comprometa eticamente a atendê-la e a respeitá-la, necessitando de "apenas um grau substancial de entendimento e liberdade de alguma coerção, e não um entendimento pleno ou uma completa ausência de influência" (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2002, p. 141).

As crescentes discussões acerca da assistência ideal à mulher na gestação, parto e pós-parto viabilizam a reconstrução de uma equipe multidisciplinar mais humanizada e, que está comprometida a garantir e respeitar à singularidade, anseios e escolhas de cada uma das assistenciadas.

Neste sentido, alguns questionamentos devem ser destacados. Dentre eles: o que é e como se configura a violência obstétrica? Como os direitos reprodutivos de cada mulher têm sido garantidos e respeitados frente à violência obstétrica sofrida por aquelas?

A violência praticada contra à mulher durante o trabalho de parto tem sido um contexto motivador de aflição, que aparece permanentemente fundamentada nas condições físico-emocionais de quem a assistência. Como também, nas condições de trabalho, no sistema de saúde em clara desorganização. Na verdade, é como se tudo estivesse sendo violentado e ultrajado (SANTOS E SOUZA, 2015).

Há fatores institucionais que fomentam e agravam os danos na assistência ao parto. Precariedade no sistema de atendimento, sobrecarga de trabalho, formação profissional deficiente e/ou falha na educação continuada são alguns exemplos dos problemas cotidianos.

Desse modo, é importante orientar e educar os profissionais da saúde, e/ou do campo obstétrico, quanto aos diversos fatores que envolvem e comprometem à saúde da mulher em seu ciclo gravídico, parto e pós-parto. Como também, evidenciar as diversas

práticas de violência obstétrica inseridas na assistência às parturientes e os impactos causados que repercutem em suas vidas enquanto mulher, mãe e ser social.

Observando os aspectos apresentados, o interesse pela temática foi resultante da observação dos mais diversos casos de denúncias e relatos de mulheres que afirmam terem sido vítimas de algum dos inúmeros tipos de violência obstétrica.

Em uma sociedade cada vez mais moderna, com o avanço dos direitos femininos e reprodutivos, e o acesso às plataformas de redes de interação (internet), trazer à tona a discussão sobre a problemática atual de estudo, é imprescindível para o combate a tais práticas, como também a garantia e a efetividade da promoção e assistência à saúde à gestante e à puérpera.

Visando estes aspectos, o presente estudo teve como objetivo conhecer os principais tipos de violência obstétrica e os seus impactos gerados na vida da mulher, quanto um ser individual e social.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica, cujo método escolhido foi a revisão sistemática da literatura, de caráter exploratório e de natureza qualitativa. É basicamente um tipo de investigação compenetrado em questões bem definidas, que visam identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes disponíveis (MENDES, 2008).

No processo de elaboração, foram analisados os seguintes pontos: estremar o tema; estabelecimento dos parâmetros de inclusão e exclusão dos estudos; interpretação dos resultados; e o compêndio do conhecimento.

Para a triagem de seleção dos artigos foram utilizados os seguintes descritores: violência obstétrica; violência contra à mulher; puérpera; parto humanizado. Considerou-se na pesquisa as enunciações que abordassem e repontassem as seguintes temáticas: impactos gerados na vida da mulher, o papel do profissional de enfermagem e/ou da saúde, e os direitos das mulheres como um ser individual e social.

Utilizou-se como base de pesquisa, as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências e Saúde (LILACS), na Biblioteca Eletrônica Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE). Todas inseridas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Para a triagem dos artigos, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos em texto completo voltados às experiências e relatos de mulheres e

profissionais da saúde, sobre parturientes que foram vítimas de violência obstétrica antes e durante o parto, e pós-parto, nos idiomas inglês, espanhol e português. Publicados e disponíveis *online* ou impressos em revistas científicas, no período entre 2002 a agosto de 2016. Livros do campo obstétrico disponíveis em biblioteca e manuais do Ministério da Saúde também serviram de base para construção do texto, entre os anos de 1996 a agosto de 2016. Entretanto houve a prevalência das fontes de informações datadas entre os anos de 2014 e 2016.

Foram utilizados como critério de exclusão os documentos cujo acesso, na íntegra, implicasse o pagamento de taxa. O período da pesquisa foi entre março de 2016 a setembro de 2016.

RESULTADOS

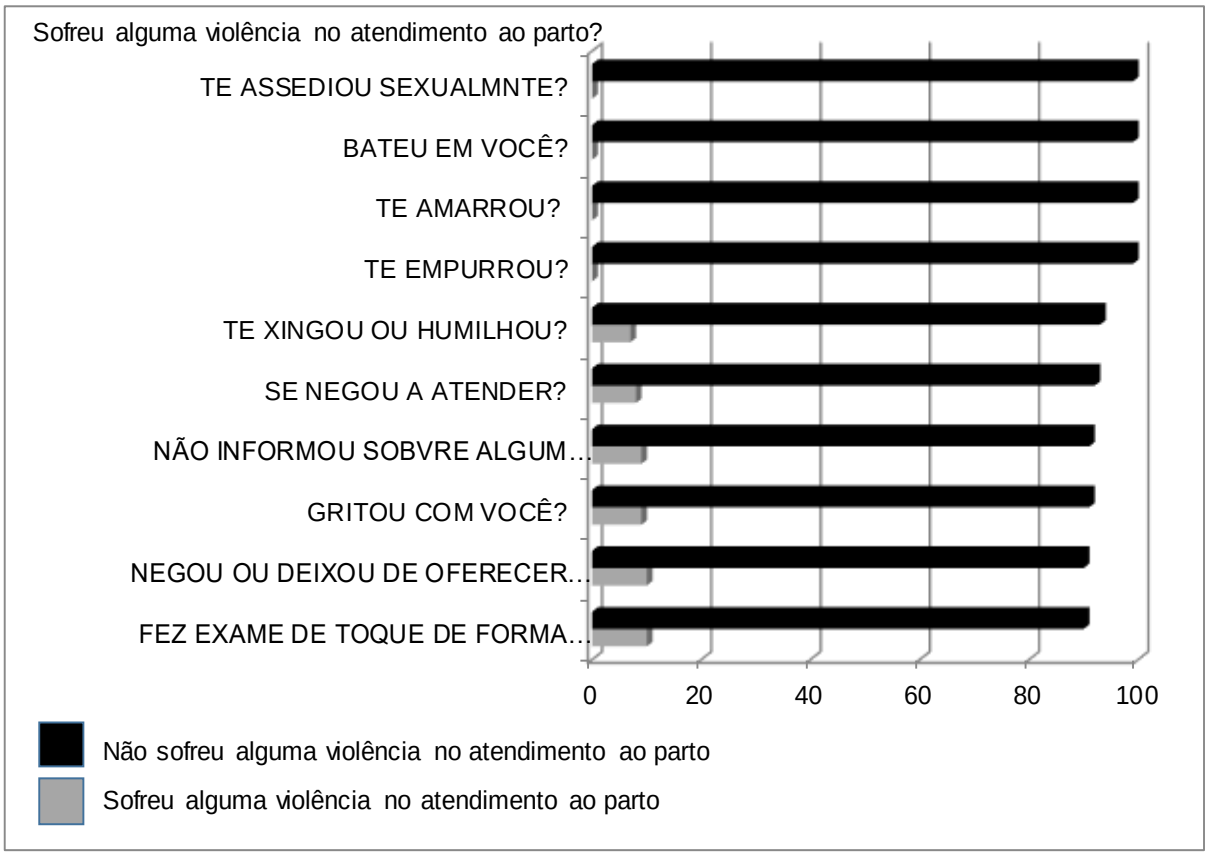
A Fundação Perseu Abramo, que é uma instituição fundada desde 1996 com o intuito de desenvolver pesquisas de opinião de caráter político-social, uniu-se ao Serviço Social do Comércio (SESC) para o desenvolvimento de uma pesquisa que revelasse o caráter do atendimento prestado às parturientes. O SESC por sua vez, é uma instituição privada fundada em 1946 (pelo Decreto-Lei n° 9.853, autorizado pelo o Presidente Eurico Gaspar Dutra) que atua nas áreas da educação, saúde, lazer, cultura e assistência (PERSEU ABRAMO E SESC, 2010).

Uma em cada quatro mulheres no Brasil são vítimas de violência obstétrica. Vejamos o gráfico 1 a seguir:

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Gráfico 1 – Violências sofridas durante o parto



Fonte: Fundação Perseu Abramo e SESC, 2010.

Em uma análise a respeito das diversas formas de violência obstétrica, a tabela apresenta a incidência maior em algumas intervenções rotineiras, sem o consentimento explícito da parturiente ou que a agride diretamente, gerando o desrespeito à sua autonomia, danos à saúde do corpo e, cicatrizes psicológicas para à vida da mulher no processo de parto.

Assédio moral, ameaças verbais e violência física, além de procedimentos invasivos e ultrapassados, são mais comuns que o imaginado no cotidiano das assistências prestadas às mulheres no parto. Observe o quadro 2 abaixo:

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Quadro 1 - Principais tipos de violência e frases comuns na agressão verbal.

Tipo de violência velada	Frases frequentes
• Restrição da gestante ao leito, sem direito à mobilidade.	*"Fica quieta senão vai doer mais"!*
• O não respeito à escolha da mulher pelo o parto vaginal.	*"Agendando a cesárea... você pode escolher o dia e a hora do seu parto meu bem"!* *"É melhor fazermos cesariana... pois o parto normal esgarça a vagina e assim você pode preservar suas relações sexuais e dar mais prazer ao seu marido"!* *"Vamos fazer cesárea, pois o mundo evoluiu e você não precisa parir feito um animal com desconforto e muita dor... com a cesárea você não terá nenhum desconforto"!*
• Jejum forçado.	*"Você não pode comer"!*
•Agressões e humilhações verbais.	*"Por que você não vai ter bebê na sua terra"?*
• Misoginia (ódio ou aversão às mulheres ou a tudo aquilo de representação feminina).	*"Mulher é um bicho sem vergonha mesmo... sofre e grita e no próximo ano tá aqui de novo"!*
• Não deixar que a mulher grite ou converse.	*"Não grita... pois seu bebê não vai nascer pela boca"!* *"Na hora de fazer não gritou"!*
• Isolamento da mulher sem direito à acompanhante.	*"É melhor seu marido não assistir o parto, senão ele ficará com nojo de você"!*
• Utilizar meios farmacológicos sem autorização da mulher (ocitocina).	*"Abra as pernas, pois se não vai amassar a cabeça do bebê"!*
• Indução do parto.	*"Você não pediu... agora aguenta"!*
• Manobra de Kristeller (manobra obstétrica executada durante o parto que consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê).	*"Quem entrou agora vai ter que sair"!*

Fonte: RODRIGUES, et al.; SILVA, et al., 2014.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Condutas apresentadas no quadro 2 estão constantemente inseridas no âmbito obstétrico. Ainda que muitos desses procedimentos não acrescentem nada de positivo durante o parto, muito pelo o contrário, essas práticas estão incorporadas no cotidiano das casas de saúde (RODRIGUES, et al.; SILVA, et al., 2014).

Ainda há os fatores que dificultam à assistência ao parto pelos os profissionais da saúde e fomentam o processo de violência institucional, gerando danos e agravos ao equilíbrio mental da parturiente. Os principais problemas estão no quadro 3:

Quadro 2 – Principais dificuldades dos profissionais na assistência e as evidências cotidianas.

Dificuldades	Evidências Cotidianas
• Inexistência da educação continuada.	O não desenvolvimento de atividades socioeducativas nos direitos sexuais, reprodutivos e de cidadania, reduz o ciclo de aperfeiçoamento das práticas assistenciais;
• A não qualificação adequada (formação na modalidade *Stricto Sensu* {programas de mestrado e doutorado abertos a candidatos diplomados em cursos superiores de graduação}**).**	Em paradoxo ao crescimento e a implementação de políticas governamentais que promovem o crescimento e o desenvolvimento da pós-graduação no país, ainda são inúmeras as regiões desprovidas de programas e de doutores em Enfermagem;
• A falta de humanização dos profissionais.	A humanização da assistência ao parto como é preconizada pelo Ministério da Saúde não condiz com a realidade nas várias instituições. Apesar do conhecimento dos profissionais acerca dos principais aspectos da humanização, dificuldades para a mudança em suas práticas assistenciais são evidentes;
• Sobrecarga de trabalho.	O acúmulo de tarefas, o ambiente físico indevido, o reduzido quantitativo de tempo, o déficit de materiais e de recursos humanos se configuram enquanto algumas das condições evidenciadas na prática profissional;
• A falta de interatividade multidisciplinar.	Para o êxito do trabalho multidisciplinar da saúde é necessária uma comunicação clara, respeitando as competências e autonomia de cada profissional. Infelizmente há uma falha

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

	evidente em grande parte das rotinas institucionais;
• Falta de autonomia profissional.	Apesar das leis regulamentadoras que regem e auxiliam o exercício da profissão, a maioria dos profissionais (de enfermagem), ainda se apresentam frágeis politicamente, o que limita a sua autonomia profissional e os torna, muitas vezes, subordinados a outros profissionais;
• Falta do cumprimento das etapas da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem).	Verifica-se que a deficiência no cumprimento das etapas da SAE e em sua implementação são dificuldades que impedem uma assistência difusa de forma regular e com êxito.

Fonte: ARAÚJO, 2016; SOUSA, et al., 2014.

O quadro 3 apresenta os principais desafios na assistência ao parto e as evidências cotidianas da maioria das equipes de saúde.

DISCUSSÕES

As mulheres configuram a maioria da população brasileira. São as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), portanto, projetam um segmento social fundamental para as políticas públicas de saúde. Secularmente, há um histórico de desigualdades de poder entre homens e mulheres, que implica em forte impacto nas condições de saúde da população feminina. Outras variáveis como raça/etnia e situação de pobreza intensificam ainda mais tais desigualdades, portanto necessitam ser analisadas na formulação, implementação e avaliação de estratégias de intervenção governamental. Porém, levando-se em conta a cronologia dos direitos, é bastante recente a emergência dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos (BRASIL, 2004).

A conjuntura da atual conceituação de direitos reprodutivos foi fundamentada na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), que aconteceu entre os dias 5 e 13 de setembro de 1994, na Cidade do Cairo. Esta conferência tem significado muito relevante no contexto da luta das mulheres por seus direitos no âmbito reprodutivo (LIMA, 2013).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

São constantes os relatos sobre maus-tratos sofridos pelas mulheres em todo o globo terrestre. Não apenas limitado ao momento do parto, mas em todo o processo da gestação e puerpério violando seus direitos, dignidade e respeito. Em um mundo cada vez mais globalizado, as denúncias tornaram-se um processo de vivência cotidiana.

A emancipação da mulher construída ao longo dos séculos, a luta constante por direitos de igualdade e equidade de gênero, desencadeou uma discussão social quanto aos caminhos adotados em relação aos seus direitos sexuais e reprodutivos.

A Constituição Federal inclui no Título VII da Ordem Social, em seu Capítulo VII, art. 226, § 7º, a responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento familiar (BRASIL, 1996), onde os direitos reprodutivos estão definidos da seguinte forma:

> Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência. (BRASIL, 1996, p. 23).

Garantir de fato que tais direitos sejam alcançados, é uma necessidade emergente e precisa da pactuação entre os diversos setores sociais.

O mau uso de procedimentos obstétricos e suas consequências

Dados da Fundação Perseu Abramo e SESC apontam problemas na assistência ao parto como: procedimentos dolorosos, falta de analgesia (uso de anestésicos ou analgésicos para dor), negligência, violência verbal e até física. Bem como, técnicas comprovadamente ineficazes.

Primordialmente, as diferentes técnicas e procedimentos obstétricos foram desenvolvidos com o intuito de reduzir a morbimortalidade, tanto da mãe, como do neonato. Como também, para a monitorização e controle da gravidez e o parto. Porém, há evidências científicas de que algumas dessas técnicas utilizadas não conjecturam o conforto, nem da mãe, nem do recém-nascido (técnicas estas, que não possuem utilidades

para o parto, apenas são utilizadas para a "facilitação" dos procedimentos médicos), assim configurando a violência obstétrica (RODRIGUES, 2014).

Existem técnicas utilizadas durante o parto que são de grande utilidade se realmente necessárias. A exemplo disso, a episiotomia que é adotada quando a abertura para a passagem no neonato não é suficiente, e uma possível laceração do aparelho vaginal possa ocorrer. A episiotomia deve ter um uso profilático, visando à prevenção do sofrimento fetal e materno. É indicada em cerca de 10% a 15% dos partos normais, entretanto, é executada em 90% dos partos normais realizados em ambientes hospitalares em todo o Brasil. Além da ausência de benefícios, o uso desnecessário dessa incisão pode causar consequências negativas descritas na literatura, tais como: aumento de hemorragia no pós-parto, prolongamento do uso de sondas urinárias, uso de anestésicos mais potentes, dor no período puerperal, maior tempo de internação, formação de hematomas, infecção pós-natal, uso de antibióticos, incontinência fecal e urinária, formação de fístulas e dispareunia (dor durante o ato sexual), além do comprometimento psicológico da mulher. Observa-se que o uso descaracterizado dessa técnica pode acarretar dados irreversíveis, ou até mesmo, à morte (COSTA, 2015).

O parto cesáreo, que consiste na incisão cirúrgica nas paredes abdominal e uterina para a extração do feto do útero materno, é utilizado em partos de alto risco a fim de evitar complicações e salvar a vida da mãe e bebê em situações de emergência. São exemplos: situações de sofrimento fetal agudo, placenta prévia, lesão por herpes ativa no momento do trabalho de parto, prolapso de cordão, feto em posição transversal, desproporção céfalo-pélvica e eclampsia na gravidez (VELHO, 2012).

Entretanto, o Brasil apresenta elevadas taxas de cesárea, que continuam crescentes ao longo dos anos: de 38,9%, em 2000, a 46,5%, em 2007. Dados preliminares de 2008 indicam 48,4%. O grande problema é que essa cirurgia eletiva geralmente é assistenciada e definida por um profissional médico ou tecnológico onde a sua escolha é baseada na praticidade procedimental. A cesárea acarreta um risco inúmeras vezes maior comparado ao parto vaginal, podendo causar à mulher riscos de hemorragias, infecções puerperais, embolia pulmonar, complicações anestésicas e a morte. Em relação ao feto, há riscos altíssimos do desenvolvimento de problemas respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, anóxia e a morte (VIEIRA E LIMA, 2012).

Na prática da assistência ao parto, ainda é numeroso o registro de procedimentos que comprovadamente são ineficazes, agressivos, invasivos e impróprios por pesquisadores e profissionais da saúde. O uso de enema (introdução de água no ânus para lavagem intestinal), raspagem dos pelos pubianos, infusão intravenosa no trabalho de parto, o uso da posição litotômica com ou sem estribos, Manobra de Valsalva (manobra

que visa aumentar a pressão intratorácica, diminui o retorno venoso ao coração e aumenta a pressão arterial), o exame de toque excessivo e o "ponto do marido", são outros exemplos de práticas utilizadas na violência institucionalizada (WHO, 1998; CIELLO, 2012).

A violência obstétrica traz para a mulher resultados físicos e psicológicos em grandes proporções que variam de dores pélvicas até o risco de morte perinatal. Acarretando traumas e sequelas psicológicas inúmeras vezes irreparáveis. O parto é um momento singular para cada mulher e, para tanto, o esperado é que os profissionais compreendam suas individualidades respeitando suas limitações e anseios, oferecendo atenção e acolhimento para um parto mais humanizado possível.

As dificuldades e os desafios na assistência à mulher durante o parto

O modelo brasileiro de assistência ao parto e nascimento é prevalentemente intervencionista, colocando-os como eventos proeminentemente médicos. O que acarreta na penalização da mulher ao se ignorar a fisiologia e os aspectos socioculturais do parto, tendo como resultado altos índices de morbimortalidade materna e perinatal que não se apresentam compatíveis com os avanços tecnológicos ao nosso alcance. A falta de qualificação da equipe multiprofissional, sobrecarga de trabalho, a ausência de autonomia profissional de acordo com as competências, problemas de caráter estrutural, intensificam a qualidade do processo de parto que se distancia do modelo idealizado (VOGT, SILVA E DIAS, 2015).

O conceito de humanização da assistência ao parto inclui diversos aspectos. Muitos destes estão relacionados a uma reformulação na cultura hospitalar, para a efetiva construção de uma assistência voltada para as necessidades das mulheres. As modificações na estrutura física são muito relevantes, transformar o espaço hospitalar num ambiente mais acolhedor e favorável à implementação de práticas humanizadoras na assistência podem transformar todo o processo (ARAÚJO, 2016).

Sabe-se que um parto dito com práticas humanizadas é aquele que não se utiliza de práticas desnecessárias, para tal, a gestante deve ser respeitada de maneira holística. Quando não ocorrem tais características e/ou há a utilização de práticas agressivas no processo de parturição, há a omissão de uma assistência humanizada (HIRSCH, 2014).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

CONCLUSÃO

Apesar de a Constituição Federativa Brasileira prever igualdade de gêneros, a prevalência de violência contra à mulher, unicamente pela condição de ser mulher, é preocupante. Um ponto a se destacar é que essa condição cultural reflete também no atendimento à saúde da mulher, principalmente no campo da obstetrícia. A voz das mulheres que ecoava (e ainda ecoa) por seus direitos sexuais e reprodutivos só foi ouvida significativamente há pouco mais de uma década.

A emancipação da mulher ao longo dos séculos, a conquista do direito ao voto, à alfabetização, as disputas por espaços de poder e o acesso às novas tecnologias (plataformas de redes sociais), uma das maiores ferramentas nesse processo, foi o que incumbiu de uni-las a uma causa comum, além das novas diretrizes implantadas na saúde pública pelo Ministério da Saúde para a garantia dos direitos individuais da mulher e a humanização na assistência ao parto.

O termo "violência obstétrica" agrupa atos de desrespeito, assédio moral e físico, abuso e negligência no parto. E apesar disso, apenas nos últimos anos vem sendo levado a sério por profissionais da saúde, administradores hospitalares, sociedade civil e na Justiça.

Entretanto, ainda são muitos os desafios a serem alcançados. Abandonar velhas técnicas obstétricas institucionais, que são cientificamente ineficazes, é o maior dos desafios da assistência à parturiente.

A proposta de humanização da assistência ao parto vem ao encontro de duas grandes urgências das mulheres na sociedade. Em primeiro lugar, a necessidade de ofertar através do sistema público de saúde um serviço que não seja utilizado apenas por quem não tem outra alternativa, mas um serviço que devolva com qualidade às mulheres, o direito de parir com dignidade e em condições que garantam sua segurança e a de seu filho. A segunda urgência, parte da premissa de que a mulher, ao vivenciar este acontecimento, tenha o direito de protagoniza-lo para que o parto deixe de ser um evento meramente biológico, mas sim, uma experiência humana e transcendente.

Todo o processo de parturição deve ser experimentado, pela puérpera de acordo com suas expectativas que podem estar demonstradas em um plano previamente discutido e elaborado. Visando todos estes aspectos, como é possível humanizar algo, que por si só, é humano?

Há uma dificuldade eminente de se lidar com o termo "humanização" pelo fato de este resultar na condição de humanizar o que é humano. O que se torna um problema, que só pode ser julgado, quando se entende que só se é humano quando se expressa

determinados padrões de conduta, ou seja, a expressão de condutas harmoniosas e de respeito à vida. Algo pré-estabelecido historicamente como uma convenção social. O homem é de natureza benfeitora e sua condição de desumano está implicitamente relacionada às relações estabelecidas socialmente, que são resultantes de um determinado tipo de estrutura coletiva. Neste sentido, o caráter humano foi construído historicamente e, portanto, pode ser desconstruído. Porém, estes profissionais se apresentam dispostos a abandonar velhos hábitos institucionalizados e se reeducarem para garantir um processo voltado ao ideal? Voltar ao seu estado de humanidade inata?

A perda gradativa da humanidade no âmbito profissional da saúde é decorrente do processo de transformações tecnológicas e mecanicistas. Com isso, a humanização deve ser entendida como um aspecto da realidade humana que se transforma com o passar do tempo assim como o próprio homem. Todavia, para a implantação de um modelo de assistência humanizado, torna-se evidente a necessidade de se estabelecer um pacto entre usuários e profissionais, para a transformação da condição de saúde atual.

O processo de humanização na prestação de serviço à saúde requer uma construção cotidiana e a sensibilidade de cada profissional que compõe a rede de assistência. Os impactos gerados pela a violência obstétrica, inúmeras vezes, são irreversíveis. Portanto, é imprescindível a isenção de aspectos que comprometam a garantia de direitos à saúde da mulher.

Colocar a mulher em seu lugar de protagonismo em todo o ciclo evolutivo de gestação (da concepção ao pós-parto) é garantir que suas conquistas históricas, seus desejos, anseios e

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane. **Violência obstétrica: a dor que cala.** Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas. 2014. Disponível em: < http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf>. Acesso em: 24/06/2016.

ARAÚJO, Milca Correia Marinho de. **Assistência de enfermagem ao parto normal e as principais dificuldades encontradas pelo o enfermeiro obstetra em uma maternidade referência de Campina Grande, PB.** Trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem apresentado à Universidade Estadual da Paraíba. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Campina Grande, 2016. Disponível em: <

http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/11292/1/PDF%20-%20Milca%20Correia%20Marinho%20de%20Ara%C3%BAjo.pdf>. Acesso em: 18/09/2016.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola. 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br. ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 04/04/2016.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília-DF. 2004. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 07/04/2016.

_____ MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Federal do Ceará**.** Volume 4. Brasília-DF: Cadernos Humaniza SUS, 2014. Disponível em: < http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 13/07/2016.

CIELLO, Cariny, et al. **Violência Obstétrica: "Parirás com dor".** Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br>. Acesso em: 13/05/2016.

COSTA, Marta Lima, et al. Episiotomia no parto normal: incidência e complicações. Carpe Diem: **Revista Cultural e Científica do UNIFACEX**. v. 13, n. 1. 2015. Disponível em: < https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/655>. Acesso em: 02/09/2016.

VOGT, Sibylle Emilie; SILVA, Kátia Silveira da; DIAS, Marcos Augusto Bastos. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. **Revista Saúde**

Pública, p. 304-31. 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0304.pdf>. Acesso em: 14/08/2016.

FARIAS, Aristótenes Silva. **Assistência ao parto humanizado: sensibilização da equipe de enfermagem.** Trabalho de conclusão de Curso, modalidade Projeto de Intervenção. Submetido à Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza-CE, 2010. Disponível em: < https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#>. Acesso em: 14/08/2016.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO E SESC. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado.** Núcleo de Opinião Pública da FPA. Agosto, 2010. Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra_0.pdf>. Acesso em: 10/06/2016.

GUERREIRO, Eryjosy Masculino et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, p. 315-323. Jul./set., 2012. Disponível em: < file:///C:/Users/Ana%20Claudia/Desktop/v16n3a02.pdf>. Acesso em: 09//09/2016.

HIRSCH, Olivia Nogueira. **O parto "natural" e "humanizado": um estudo comparativo entre mulheres de camadas populares e médias no Rio de Janeiro.** Tese de doutorado apresentada como requisito parcial para obtenção de grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. PUC-Rio, 2014. Disponível em: <http://www.cis.puc-rio.br/assets/pdf/PDF_CS_1438006215.pdf>. Acesso em: 14/09/2016.

LEAL, Maria do Carmo, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Rio de Janeiro-RJ: **Caderno de Saúde Pública**, v. 30, pg. 17-32. 2014.

LIMA, Sarah Dayanna Lacerda Martins. **Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres: Expressões das políticas públicas no município de Fortaleza**. Dissertação de mestrado. Fortaleza-CE, 2013.

MENDES, Karina Dal Sasso, et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Florianópolis-SC: **Texto &**

Contexto – Enfermagem, p. 758-764. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 14/06/2016.

RODRIGUES, Driéli Pacheco, et al. Violência do parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões nos resultados obstétricos e neonatais. São Paulo-SP: **Revista Escola de Enfermagem USP**, p. 206-213. 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-206.pdf>. Acesso em: 19/07/2016.

SANTOS, Rafael Cleison Silva; SOUZA, Nádia Ferreira. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. Macapá-AP: **Estação Científica (UNIFAP)**, v. 5, n. 1, p. 57-68. Jan./jun., 2015. Disponível em: < file:///C:/Users/Ana%20Claudia/Desktop/1592-8202-3-PB.pdf>. Acesso em: 08/09/2016.

SILVA, Michele Gonçalves, et al. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Revista Rene**, p. 720-728. Jul./ago., 2014. Disponível em: < https://www.google.com.br/search?q=SILVA%2C+Michele+Gon%C3%A7alves%2C+et+al.+Viol%C3%AAncia+obst%C3%A9trica+na+vis%C3%A3o+de+enfermeiras+obstetras.+Revista+Rene%2C+p.+720-728.+Jul-ago%2C+2014.&oq=SILVA%2C+Michele+Gon%C3%A7alves%2C+et+al.+Viol%C3%AAncia+obst%C3%A9trica+na+vis%C3%A3o+de+enfermeiras+obstetras.+Revista+Rene%2C+p.+720-728.+Jul-ago%2C+2014.&aqs=chrome..69i57.688j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8#>. Acesso em: 04/05/2016.

SOUSA, Francisca Maria Silva Arcanjo. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros obstetras no desempenho de suas atividades laborais. **Acta de Ciências e Saúde**. Nº 01, Volume 02. 2012.

VELHO, Manuela Beatriz, et al. Vivência do parto normal ou cesáreo: Revisão Integrativa sobre a percepção de mulheres. Revisão de Literatura. Florianopólis-SC: **Texto Contexto Enfermagem**, p. 458-466. Abr./jun., de 2012. P Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a26v21n2.pdf>. Acesso em: 28/09/2016.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

VIEIRA, Átila Brígida de Lima; LIMA, Ricardo Elias do Vale. **Crescente incidência de partos cesáreos no Brasil.** CIEGESI - Conferência Internacional de Estratégia em Gestão, Educação e Sistemas de Informação – Goiânia, GO, Brasil. P. 661-672. Jun., 2012. Disponível em: < file:///C:/Users/Ana%20Claudia/Desktop/1160-4374-1-PB.pdf>. Acesso em: 17/08/2016.

WORLD HEALTH OEGANIZATION - WHO. **Care in normal birth: a practical guide**. Geneve: Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit, 1998.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE) E SUAS IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: REVISÃO BIBLIOGRAFICA

José Rodrigo Ferreira de Oliveira[1]
Sheila da Costa Rodrigues[2]
Mona Lisa Lopes dos Santos[3]
Talita Araujo de Souza[4]
Bruno Bezerra do Nascimento[5]
Elainy Maria Dias de Medeiros França[6]

RESUMO - O Acidente Vascular Encefálico(AVE) é caracterizado como um déficit temporário ou definitivo que é provocado por uma alteração da circulação sanguínea no cérebro, podendo danificar uma ou mais partes. Após um episódio de AVE o idoso portador terá sua qualidade de vida modificada. Qualidade de Vida (QV)é definida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações O objetivo deste trabalho é analisar na literatura estudada as principais implicações do Acidente Vascular Encefálico na qualidade de vida do idoso. Trata-se de um estudo de revisão, utilizando-se bancos de dados como Scielo, Bireme, no período de janeiro a abril de 2017, utilizando os descritores controlados: Qualidade de Vida; Acidente Vascular Encefálico; Saúde do Idoso. Constatou-se que na maior parte das publicações o trabalho/produtividade, energia e mobilidade foram os domínios mais

[1] Discente concluinte do curso Bacharelado em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos. E-mail: rodrigo_ks10@yahoo.com.br
[2] Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade Católica de Santos – SP. Docente das Faculdades Integradas de Patos.
[3] Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pelas Faculdades Integradas de Patos. Docente das Faculdades Integradas de Patos.
[4] Discente concluinte do curso Bacharelado em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos.
[5] Discente concluinte do curso Bacharelado em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos.
[6] Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade Católica de Santos – SP. Docente das Faculdades Integradas de Patos.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

afetados. Destaca-se também a dependência de auto-ajuda no desenvolvimento de suas atividades diárias. O AVE caracteriza-se como um grave problema de saúde pública devido os altos índices de mortalidade que possui, mesmo quando não há mortalidade, existem sequelas que o acidente deixa.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Acidente Vascular Encefálico; Saúde do Idoso

ABSTRACT - Stroke is characterized as a temporary or definitive deficit that is caused by a change in the blood circulation in the brain, which can damage one or more parts. After an episode of AVE the elderly person will have their quality of life modified. Quality of Life (QL) is defined as the individual's perception of their position in life, in the context of the culture and value systems in which they live, and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. This study is to analyze in the studied literature the main implications of stroke in the quality of life of the elderly. It is a review study, using databases such as Sci-elo, Bireme, from January to April 2017, using the controlled descriptors: Life Quality; Stroke; Health of the Elderly. It was found that in most publications work / productivity, energy and mobility were the areas most affected. Self-help in the development of their daily activities is also highlighted. The AVE is characterized as a serious public health problem due to the high mortality rates that it has, even when there is no mortality, there are sequelae that the accident leaves.

Keywords: Quality of Life; Stroke; Health of the Elderly.

INTRODUÇÃO

Atualmente, podemos identificar no Brasil um número expressivo da população idosa. De acordo com o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE,2010) a quantidade de idosos no Brasil vêm crescendo consideravelmente nos últimos anos, estima-se que até 2050 o Brasil será um país com maior índice de idosos tendo em média 63 milhões de idosos.

Para Dágios, Vasconcellos e Evangelista (2015) este crescente envelhecimento populacional desencadeia um desafio para saúde pública, pois, proporcional ao envelhecimento da população a demanda nos serviços de saúde aumenta, além dos índices

de internações hospitalares aumentarem devido os agravos serem maior nesta fase da vida.

O governo brasileiro preocupado com a saúde dos idosos, aprovou no ano de 2006 a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa com principal objetivo de manter "recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde" (BRASIL, 2006, p. 3). Desta forma, é possível promover um envelhecimento saudável na busca pela qualidade de vida através de atitudes que o próprio ministério prioriza a esta população, tais como: alimentação adequada, prática de exercícios físicos entre outras.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) Qualidade de Vida (QV) é definido como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHO, 1995, p. 1405).

Diversos estudos apontam a importância da saúde e da QV no idoso em todo processo de envelhecimento populacional. Este fato torna-se ainda mais importante quando o idoso é acometido por alguma patologia e tem sua capacidade mental, social e espiritual afetada, fazendo com que deixe de ser um idoso participativo e torne-se um ser dependente. Reis et al.,(2016) relacionam estes fatos nos casos das doenças crônicas degenerativas, dentre elas, os autores destacam o Acidente Vascular Encefálico (AVE).

O AVE é caracterizado como um déficit temporário ou definitivo que é provocado por uma alteração da circulação sanguínea no cérebro, podendo danificar uma ou mais partes. Este pode ser de dois tipos, isquêmico ou hemorrágico e compromete a função neurológica. Existem diversos fatores de risco associados ao desenvolvimento de Acidente Vascular Encefálico (AVE), todavia, a incidência é aumentada entre os idosos que constituem a população mais vulnerável a este agravo (COSTA; SILVA; ROCHA, 2011).

Os AVE constituem um grande problema da saúde pública com taxas elevadas de letalidade e uma porcentagem significativa de sobrevivência dependente. Estima-se que anualmente 15 milhões de pessoas sofram um episódio de AVE em todo mundo. Gomes (2012) afirma que destes, 5 milhões vão a óbito e outros 5 milhões sobrevivem com alguma incapacidade permanente, trazendo danos pessoais e familiares ao paciente.

Neste cenário, identificamos que um episódio de AVE afeta diretamente o idoso, pois, esta população já faz parte do grupo de risco e estão mais propensos a ir a óbito ou tornarem-se dependentes, afetando diretamente a qualidade de vida (QV) do mesmo.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Frente as demandas geradas por esse evento este estudo justifica-se pela necessidade de cuidar da pessoa idosa no âmbito social e acesso à saúde, quanto às implicações que representam um episódio de AVE no modo de viver humano, repercutindo nos hábitos alimentares, físicos, sociais, emocionais e de controle da saúde.

Partindo do contexto da literatura exposta, surgiu-se o seguinte questionamento: quais as principais implicações na qualidade de vida dos idosos após um Acidente Vascular Cerebral? Desta forma, esta pesquisa tem por principal objetivo, identificar na literatura quais as implicações causadas a qualidade de vida do idoso após um AVE. Espera-se que esta revisão traga mais subsídios literários nesta área e contribua para a formação de acadêmicos e profissionais da saúde com informações atuais e relevantes visto que a temática ainda é escassa no meio acadêmico.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa da literatura, a qual tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema de maneira sistemática e ordenada. Para a seleção dos artigos levou-se em consideração as seguintes etapas:

Avaliação dos estudos; interpretação e discussão dos resultados; e a última etapa foi constituída pela apresentação da revisão e síntese do estudo para seleção dos artigos, foram utilizadas as seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (*Scientific Eletronic Library Online*), PUBMED e BIREME no período de janeiro a abril de 2017. A busca foi efetuada através dos termos descritores: Qualidade de Vida; Acidente Vascular Encefálico; Saúde do Idoso. Os termos foram combinados por meio dos operadores lógicos AND, OR e NOT. A amostra constou de artigos selecionados nas bases eletrônicas anteriormente citadas, utilizando-se como critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos dez anos e artigos escritos em português além de informações do Ministério da Saúde. Foram determinados como critérios de exclusão artigos disponibilizados apenas mediante taxa de acesso e pesquisas envolvendo animais.

Após a coleta de dados os artigos foram analisados e separados de acordo com a relevância para o tema, e a partir disso formou-se o contexto para discussão do presente trabalho e sendo apresentados os dados por meio de texto narrativo.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Ao final foi elaborado um pequeno resumo com as principais fontes de dados, ano de publicação, temas mais abordados e perspectivas de autores.Finalmente, os dados foram analisados e descritos sob uma visão crítica.Por se tratar de uma revisão de literatura e não envolver diretamente seres humanos esta pesquisa não passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa, nem apresenta aspectos éticos, como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

CARACTERIZANDO O ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

O Acidente Vascular Encefálico (AVC) é a principal causa de morte nos adultos do Brasil e um dos principais motivos de incapacidade em todo mundo, pois 70% dos pacientes não retornam sem danos neurológicos (GARRITANO et al., 2012).

Popularmente conhecido como “derrame cerebral” o AVC caracteriza-se como uma patologia que resulta na incapacidade do indivíduo ou pode ser fatal. A maior parte dos pacientes acometidos morrem ainda nos primeiros anos após o acidente, os que sobrevivem apresentam dificuldades de deambulação, falar, desenvolver o autocuidado e realizar tarefas diárias. A prevalência é maior em homens do que em mulheres e os idosos estão no grupo mais vulneráveis a sofrer este tipo de acidente (ARAÚJO et al., 2012).

O AVC é uma disfunção neurológica aguda que tem origem vascular, possui rápido desenvolvimento dos sinais clínicos devido os distúrbios locais ou globais com função cerebral com período de duração superior a 24 horas. É uma doença que traz consequências intermediárias, porém, gera diversos tipos de deficiências que implica consideravelmente na qualidade de vida do adoecido, tendo que possibilitar um ajustamento do paciente, família e serviço de saúde (ARAÚJO et al., 2012).

Classifica-se o Acidente Vascular Encefálico (AVE) em dois tipos: Isquêmico e Hemorrágico. No AVE Isquêmico, é quando ocorre uma embolia ou trombose arterial e pode ser classificado em Ataque Isquêmico Transitório (AIT) que é um quadro agudo onde ocorre perca da função em alguma região encefálica, podendo regredir em 24 horas. Outro tipo é o Déficit Neurológico Isquêmico Reversível que caracteriza-se na ocorrência do quadro neurológico em uma estimativa de tempo superior a 24 horas e inferior a três semanas. Ainda na classe do AVEI, existe o AVE em progressão que é quando o déficit focal pode melhorar ou pior dentro de um determinado período de tempo. Nesta situação, é preciso que ocorram avaliações neurológicas no paciente em 30 a 60 minutos. O AVE completo quando ocorre o dano neurológico e progride por mais de três semanas. O AVE

hemorrágico (AVEH), pode ser do tipo: Hemorragia Intracerebral quando ocorre um hematoma onde os sinais e sintomas neurológicos serão secundários e a hemorragia subaracnóidea onde não tem sinais de sofrimento cerebral (BRAGA; ALVARENGA;NETO, 2003).

Diversos fatores de risco estão associados ao AVE, estes, classificam-se em fatores modificáveis e não modificáveis. Dentro dos fatores não modificáveis, o principal é a idade. De acordo com alguns estudos, também existem diferenças de raça étnica e sexo no tocante a distribuição da arteriosclerose e da isquemia cerebral. A arteriosclerose é mais comum em pessoas brancas e do sexo masculino, já a arteriosclerose intracraniana, ocorre com maior frequência em pessoas negras. Outro fator não modificável é a herança genética que compreende também um risco para o AVE (LISABETH et al., 2005).

Dentre os fatores de risco modificáveis, a hipertensão arterial caracteriza-se como o principal. Indivíduos com hipertensão arterial sistólica >160 mm Hg e diastólica > 95 mmHg possuem um risco maior de AVE de até quatro vezes mais da população não hipertensa. Outros fatores modificáveis são o diabetes mellitus, uso de tabaco, obesidade, falta de atividades físicas, ingestão de bebidas alcóolicas, uso de entorpecentes, e um dos principais fatores com alto índice nos últimos tempos é o uso de anticoncepcionais (MAZZOLA et al., 2007).

De acordo com a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2011), entre os sintomas do AVE, estão: enfraquecimento, adormecimento ou paralisia da face, dificuldade de falar e engolir, alteração na visão, tontura, dores de cabeça fortes e persistentes (EINSTEIN, 2011).

QUALIDADE DE VIDA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida é definida como "a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".

Para Saba (2003) qualidade de vida é uma linha equilibrada entre responsabilidade e os prazeres de viver, estas vertentes se relacionam por um bom padrão de saúde, independência para exercer tarefas diárias, padrão de saúde adequado e bom convívio social. Para o autor, para que se obtenha uma boa qualidade de vida, existem fatores que

o indivíduo dependa para alcançar, tais como: possuir estabilidade financeira, boas condições de moradia, conforto pessoal e relação em conjunto desses fatores.

Para Francischetti, Camargo e Santos (2014) o termo qualidade de vida está diretamente relacionado a como o ser humano pode se satisfazer em suas necessidades pessoais relacionando ao estado mental, emocional e físico.

Para avaliar a qualidade de vida de uma população, Herculano et al. (2004, p.04) afirma que podem ser interpostos duas formas: a primeira é avaliar os recursos disponíveis e capacidade para manutenção das necessidades. Na segunda forma, está relacionado às necess1idades básicas, tentando medir o grau de satisfação sobre o que foi desejado, e a distância entre o que se deseja e o que se alcança.

A avaliação de qualidade de vida nos idosos é de interesse dos pesquisadores pelo fato do processo de envelhecimento da população ser cada vez mais crescente. Para Ribeiro et al. (2008) analisar a qualidade de vida é preciso que considerem-se fatores políticos e satisfação do desenvolvimento humano no âmbito de relações familiares, aspectos sociais e outros fatores que relacionam-se ao bem-estar determinado pela sociedade.

Irigaray e Trentini (2009) acrescentam que a qualidade de vida na velhice é influenciada pelos valores da pessoa e da sociedade em que ela vive. As autoras afirmam que existe uma relação entre qualidade de vida com a alegria, a amizade, o amor, a saúde, a independência, as atividades intelectuais, o bom relacionamento com a família, as boas condições financeiras, a prática de atividades físicas, dieta equilibrada, a convivência com a natureza, ser generosa e solidária. Segundo as autoras, a qualidade de vida é um "construto multidimensional".

QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO APÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Qualidade de vida tem sido uma temática bastante abordada no âmbito de pesquisa em saúde nas mais diversas patologias, todavia, ainda são escassos estudos sobre qualidade de vida associadas ao Acidente Vascular Encefálico (AVE) em idosos. Mesmo com os diversos estudos associados a qualidade de vida, ainda não foi possível alcançar um aumento de sobrevida satisfatório e manutenção da qualidade da mesma. O AVE compromete de forma substancial a vida do idoso afetado, podendo afetar até sua

satisfação de viver após a ocorrência do mesmo, pois provoca limitações físicas e emocionais.

A qualidade de vida analisada através de algumas dimensões ou domínios que fazem parte do contexto do ser humano, geralmente é afetada e tende a ficar comprometida na vigência de doenças crônicas, agudas e das sequelas instaladas. Em uma pesquisa realizada por Rangel, Belasco e Diccini (2013), teve o objetivo de avaliar a qualidade de vida após o AVE, os autores constataram nos relatos dos pacientes que a capacidade funcional, aspectos físicos, estado de saúde geral, aspectos sociais e emocionais são os mais afetados na qualidade de vida.

Costa et al, (2008) evidencia que o grau de dependência do cuidador é uma das principais implicações que afetam os idosos, pois, após o AVE por vezes as sequelas que ficam, deixam o indivíduo com incapacidade funcional de realizar suas tarefas. Para os pesquisadores, a presença do cuidador é considerada essencial no tratamento de pacientes que tiveram acidente vascular cerebral, entretanto, sua intervenção precisa ser positiva para poder influenciar na recuperação e reabilitação de pacientes, por meio de incentivos, não subestimando ou superestimando a capacidade dos mesmos.

O estado funcional é apontado como um dos domínios determinantes da qualidade de vida dos pacientes, por isso a utilização de estratégias para melhorar a função física é um diferencial útil capaz de incrementar positivamente a vida após o Acidente Vascular Encefálico. Entretanto, as estratégias dependem diretamente de suporte social e a sua falta pode explicar, em parte, a baixa qualidade de vida dos idosos após AVE (LIMA, 2010).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra final desta revisão foi constituída por quatro artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Destes, um foi encontrado na base de dados LILACS e quatro na Medline. Abaixo os artigos serão apresentados em quadros e discutidos posteriormente conforme as especificações de cada um.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Quadro 1- Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação.

Título do artigo	Nome dos autores	Objetivos	Ano	Método	Resultado	Conclusão
Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação	Edja Solange Souza Rangel; Angélica Gonçalves Silva Belasco; Solange Diccini	Avaliar a qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação	2013	Estudo transversal	Foram avaliados 181 pacientes. As dimensões do SF-36 mais comprometidas foram: capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, aspectos sociais e emocionais.	A qualidade de vida geral dos pacientes com acidente vascular cerebral, em reabilitação, está diminuída e correlacionam-se com limitações para a realização das atividades de vida diária.

Fonte: vol. 2013.

No estudo do quadro 1 verificou-se que o processo de envelhecimento aumenta consideravelmente o risco de ter um AVE. A partir dos 55 anos, a incidência duplica a cada dez anos. Diante do contexto apresentado na literatura estudada percebe-se que após um episódio de AVE o idoso portador terá sua qualidade de vida completamente afetada.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Os índices de AVE ainda são predominantes nos idosos, estes, apresentam uma qualidade de vida pior quando comparados aos pacientes jovens. Rangel, Silva e Diccini (2013) justificam este fato ao comprometimento funcional que limita os idosos de exercerem alguma atividade. Os mesmos autores, salientam que a realização de atividades de reabilitação é fundamental para o sucesso do tratamento após o acidente vascular cerebral.

Quadro 2- Relação da qualidade de vida com fatores clínicos, sócio demográficos e familiares de sujeitos pós-acidente vascular encefálico.

Título do artigo	Nome dos autores	Objetivos	Ano	Método	Resultado	Conclusão
Relação da qualidade de vida com fatores clínicos, sócio demográficos e familiares de sujeitos pós-acidente vascular encefálico.	Nadiesca Taisa Filippin; Larissa Gasparini da Rocha; Livia Rossato Dias; Caren Schlottfeld Fleck	Avaliar a QV correlacionando-a com características clínicas, sócio demográficas e familiares de sujeitos com sequelas de acidente vascular encefálico	2013	Estudo quantitativo	A maior parte da amostra foi composta por sujeitos acima dos 60 anos de idade. Relacionado a QV, observou-se um baixo escore, o que implica em uma percepção ruim dos sujeitos sobre sua QV.	O estudo forneceu uma ideia geral das condições clínicas, sócio demográficas e familiares de sujeitos pós-AVE e de sua percepção sobre a QV

Fonte: vol. 2013.

No quadro 2 conforme Flippin et al. (2013) os resultados indicaram que aspectos como papéis familiares e sociais, trabalho/produtividade, energia e mobilidade foram os

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

domínios mais afetados, no entanto todos os domínios avaliados mostraram correlações moderadas a altas com a QV, exceto a visão. A QV está relacionada, principalmente como estado cognitivo, renda, idade do primeiro AVE, idade, gênero, escolaridade, número de pessoas na residência e presença de cuidador. Isso indica que é preciso considerar mais do que fatores físicos quando se busca realizar o planejamento, acompanhamento da saúde, diante disso, é preciso cuidar da doença, mas, sobretudo garantir a QV destes sujeitos.

Quadro 3- Análise da qualidade de vida em pacientes sequelados de acidente vascular encefálico (AVE) na clínica escola integrada da faculdade Santa Maria.

Título do artigo	Nome dos autores	Objetivos	Ano	Método	Resultado	Conclusão
Análise da qualidade de vida em pacientes sequelados de acidente vascular encefálico (AVE) na clínica escola integrada da faculdade Santa Maria	Francisco Flávio Cardoso Ferreira; Amanda de Sousa Moreir; Willames Macedo Santos; Maria Juliana da Silva Sousa.	Analisar a qualidade de vida de pacientes sequelados de AVE atendidos na clínica escola integrada da faculdade Santa Maria.	2011	Estudo quantitativo	Constatou-se que entre os itens do questionário de qualidade de vida o aspecto físico e emocional foram os que apresentaram a menor média. O item da dor foi o que obteve maior escore dos componentes analisados onde três pacientes tiveram um maior valor do SF-36.	Pode-se evidenciar um impacto negativo e o baixo nível da qualidade de vida e as sequelas limitantes das pessoas acometidas por AVE.

Fonte: vol. 2011.

No estudo do quadro 3, Ferreira et al. (2011) identificou-se que as principais implicações na qualidade de vida associadas ao AVE foram a falta de mobilidade, dificuldades para voltar a trabalhar, perda da função dos membros superiores, dependência familiar, falta de energia para realizar atividades diárias entre outros agravantes que estão diretamente relacionado ao AVE que causa impacto com proporções

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

significativas. O AVE tem grande capacidade de gerar déficit no funcionamento físico, sensorial e cognitivo, com impacto no dia a dia e no desempenho do indivíduo, no que diz respeito às atividades da vida diária que afetam a qualidade de vida do mesmo.

Quadro 4- Qualidade de vida em portadores de Acidente Vascular Encefálico: uma revisão de literatura.

Título do artigo	Nome dos autores	Objetivos	Ano	Método	Resultado	Conclusão
Qualidade de vida em portadores de Acidente Vascular Encefálico: uma revisão de literatura.	Vanderson Miguel da Costa; Karina Alonso Bernardi da Costa; Marcos Francisco; Raphael Ricardo de Oliveira; Alessandro Araújo Falchembak; André Luiz Andrade; Ligia Marques Vieira; Anderson Barbosa Batista.	Avaliar a qualidade de vida de pacientes que sofreram AVE e relatar a patologia.	2015	Revisão de literatura	A qualidade de vida do paciente pós-AVE foi considerada prejudicada, salientando a importância de uma equipe multidisciplinar para aplicar instrumento de avaliação de qualidade de vida.	Todos os artigos analisados apresentam qualidade de vida rebaixada após um AVE.

Fonte: vol. 2011.

No estudo do quadro 4, foi possível identificar que o AVE traz diversas sequelas a vida do adoecido. Os autores salientam que a dinâmica familiar pode influenciar de

maneira positiva ou negativa na QV do portador. Ainda no mesmo estudo, salienta-se a importância de uma equipe multidisciplinar atuar promovendo a adaptação da família e do portador para assim possibilitar uma melhora na QV do mesmo.

CONCLUSÃO

Mediante a literatura apresentada sobre o tema, evidenciou-se que o Acidente Vascular Encefálico pode trazer diversas consequências na qualidade de vida dos idosos. Este grupo está entre os mais afetados por esse tipo de episódio, sabendo que o processo de envelhecimento já acarreta mais prejuízos a capacidade funcional do indivíduo, o episódio de AVE traz prejuízos a curto e longo prazo. Em todos os artigos expostos na pesquisa, pode-se afirmar que a qualidade de vida do idoso pós-AVE fica prejudicada, desta forma, os idosos afetados necessitam de cuidados especiais em todo âmbito de saúde individual, além de necessitar de atenção e cuidados essenciais por tornarem-se dependentes após esse acidente. O AVE caracteriza-se como um grave problema de saúde pública devido os altos índices de mortalidade que possui, mesmo quando não há mortalidade, existem sequelas que o acidente deixa. Sendo assim, faz-se necessário que ocorram novas pesquisas sobre esta temática, pois a literatura ainda é escassa sobre qualidade de vida em idosos pós AVE.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J.S.; SILVA, S.E.D.; SANTANA, M.E.; VASCONCELOS, E.V.; CONCEIÇÃO, V.M. A obrigação de (des) cuidar: representações sociais sobre o cuidado a sequelados de acidente vascular cerebral por seus cuidadores. **Rev Min Enferm.**v.16, n.1; 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000102&pid=S1809-98232013000100015000007&lng=pt>. Acesso em Março 2017.

BRAGA, J.L.; ALVARENGA, R.M.P.; NETO, J. B. M. M. Acidente vascular cerebral. **RevBrasMed**, v. 60, n. 3; 2003. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=2245&fase=imprime>. Acesso em Março 2017.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

BRASIL. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html> . Acesso em Fevereiro 2017.

COSTA, F.; OLIVEIRA, S.; MAGALHÃES, P.; COSTA, B.; PAPINI, R.; SILVEIRA, M. The Pelotas adult population know ledg eabout stroke.**J BrasNeurocirurg.**v.19, n.1; 2008. Disponível em: < http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=497829&indexSearch=ID>. Acesso em Fevereiro 2017.

COSTA, F.A.; SILVA, D.L.A.; ROCHA, V.M. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). **Ciênc. saúde coletiva**. v. 16, n.1; 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700068&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em Janeiro 2017.

COSTA, V.M et al. Qualidade de vida em portadores de Acidente Vascular Encefálico: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Sugery and Clinical Research.** v.11, n.4. 2015. Disponível em: < http://www.mastereditora.com.br/periodico/20150803_115342.pdf>. Acesso em Fevereiro 2017.

DAGIOS, P.; VASCONCELLOS, C.; EVANGELISTA, D.H.R. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos não institucionalizados participantes de um Centro de Convivência e idosos institucionalizados em JI-Paraná/RO. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 20, n. 2, 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/41571>.

EINSTEIN, S.B.I.B. Tudo sobre AVC. 2011. Disponível em: < http://www.einstein.br/Hospital/neurologia/tudo-sobre-avc/Paginas/tudo-sobre-avc.aspx. Acesso em Março 2017.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

FRANCISCHETTI, C.E.; CAMARGO, L.S.G; DOS SANTOS, N.C. Qualidade de vida, sustentabilidade e educação financeira. **Revista de Finanças e Contabilidade da Unimep**, v. 1, n. 1; 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/17-65-1-PB.pdf/>. Acesso em Fevereiro 2017.

FILIPPIN, N.T.; ROCHA, G.L; DIAS, L.R.; FLECK, C.S. Relação da qualidade de vida com fatores clínicos, sócio demográficos e familiares de sujeitos pós-acidente vascular encefálico. **Fisioterapia Brasil.** v.14, n.3. 2013. Disponível em: < file:///C:/Users/Cliente/Downloads/377-1808-1-PB.pdf>. Acesso em Fevereiro 2017.

FERREIRA, F.F.C.; MOREIRA, A.S.; SANTOS, W.M; SOUSA, M.J.S.Análise da qualidade de vida em pacientes sequelados de acidente vascular encefálico (AVE) na clínica escola integrada da faculdade Santa Maria. **Centro Científico Conhecer.** v.7, n.13. 2011. Disponível em: < http://www.conhecer.org.br/enciclop/2011b/ciencias%20da%20saude/analise%20da%20qualidade.pdf>. Acesso em Fevereiro 2017.

GARRITANO, C.R.; LUZ, P.M.; PIRES, M.L.E.; BARBOSA, M.T.S.; BATISTA, K.M. Análise da tendência da mortalidade por acidente vascular cerebral no Brasil no século XXI. **ArqBrasCardiol**. v.98, n.6; 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2012000600007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em Fevereiro 2017.

GOMES, M.J.A.R. Vidas após um acidente vascular cerebral: efeitos individuais, familiares e sociais. Portugal. [*Tese*]. Minho: Universidade do Minho; 2012.

HERCULANO, S.; PORTO, M.F.S.; FREITAS, C.M. Qualidade de Vida e Riscos Ambientais. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2010. Disponível em: < http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>. Acesso em Março 2017.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

IRIGARAY, T.Q.; TRENTINI, C.M. Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. **Estudos de Psicologia, Campinas**, v. 26, n. 3; 2009.Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n3/v26n3a03>. Acesso em Março 2017.

LIMA, M.L. Qualidade de vida de indivíduos com acidente vascular encefálico e de seus cuidadores. [*Dissertação*]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2010. 124p.

LISABETH, L.D.; SMITH, M.A.; BROWN, D.L.; UCHINO, K.; MORGENSTERN, L.B. Family history and stroke outcome in a bi-ethnic, population-based stroke surveillance study. **BMC Neurol**. v.20, n.5; 2005. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16262890>. Acesso em Março 2017.

MAZZOLA, D et al. Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clinica de fisioterapia neurológica da universidade de Passo Fundo. **Revista Brasileira de Promoção a Saúde**. v.20, n.1; 2007. Disponível em: < http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/997>. Acesso em Março 2017.

RANGEL, E.S.S.; BELASCO, A.G.S; DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Acta paul enferm**, v. 26, n. 2; 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a16>. Acesso em Março 2017.

REIS, R.D et al. Significados, para os familiares, de conviver com um idoso com sequelas de Acidente Vascular Cerebreal (AVC). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.3, n.1; 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016005027102&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em Março 2017.

RIBEIRO, A.P.; SOUZA, E.R; ATIE, S.; SOUZA, A.C; SCHILITHZ, A.O. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 13, n. 4; 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400023>. Acesso em Março 2017.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

SABA, F. Mexa-se: atividade física, saúde e bem-estar. São Paulo: Takano Editora, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. THE WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine, Maryland**, v. 41, n. 10; 1995. Disponível em: < http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf>. Acesso em Março 2017.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

EFEITO DA MELATONINA NA REDUÇÃO DO CRESCIMENTO DO CÂNCER DE MAMA

MELATONIN EFFECT ON REDUCED BREAST CANCER GROWTH

Pedro Eduardo Ricciardi Cosac
Vitor Lopes Ferreira
Laura Ferreira De Rezende Franco
Ana Elisa Saragossa Zafalon

RESUMO - Introdução: A melatonina é um importante inibidor no crescimento de células tumorais que respondem a estimulação de hormônios, em especial prolactina e estrôgenio. A exposição do tecido mamário a elevados níveis estrogênicos pode estar relacionado a etiologia do câncer mamário devido a hipofunção pineal com consequente baixa na produção de melatonina e aumento dos níveis de estrogênios circulantes. **Objetivo:** Descrever as ações antineoplásicas da melatonina. **Métodos:** Revisão sistemática realizada com buscas em bases de dados do MEDLINE (PubMed e PMC), Europe PMC e Scielo. **Resultados:** Animais tratados com Melatonina apresentam uma sobrevida maior quando comparados aos não tratados. A Melatonina foi capaz de inibir a ação estimulatória da prolactina no crescimento celular tumoral. No entanto, concentrações mais elevadas (10^{-6}M) na presença de um promotor tumoral produz efeito inverso estimulando o crescimento de células tumorais. **Conclusão:** é provável que a melatonina atue reduzindo o crescimento tumoral e a evolução deste padrão de crescimento, além de elevar a sobrevida cumulativa.

Palavras-chave: Tumor de Ehrlich; Câncer de mama; Melatonina

SUMMARY - Introduction: Melatonin is an important inhibitor in the growth of tumor cells that respond to the stimulation of hormones, especially prolactin and estrogens. Exposure of breast tissue to high estrogen levels may be related to the etiology of breast cancer due to pineal hypofunction with consequent low melatonin production and increased levels of circulating estrogens. **Objective**: To describe the antineoplastic actions of melatonin. **Methods**: Systematic review using MEDLINE databases (PubMed and PMC), Europe PMC and Scielo. **Results**: Animals treated with Melatonin had a

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

longer survival when compared to those not treated. Melatonin was able to inhibit the prolactin stimulatory action on tumor cell growth. However, higher concentrations (10-6M) in the presence of a tumor promoter produces inverse effect by stimulating the growth of tumor cells. **Conclusion**: Melatonin is likely to work by reducing tumor growth and the evolution of this pattern of growth, in addition to increasing cumulative survival.

Keywords: Ehrlich's tumor; Breast cancer; Melatonin

INTRODUÇÃO

A primeira correlação entre melatonina e câncer de mama data de 1978, quando foi postulado a possível influência da glândula pineal, principal produtora deste neuro-hormônio, na etiologia deste tipo de câncer. Para explicar tal correlação, foi sugerido que um longo período de exposição do tecido mamário a elevados níveis estrogênicos, fator que tem como causa a redução da secreção de melatonina devido a hipofunção pineal, pode estar relacionado na etiologia do câncer mamário[1]. Portanto, devido a propriedades antineoplásicas apresentadas contra uma grande variedade de neoplasias *in vitro e in vivo* pela melatonina, caracterizou-se a glândula pineal como "glândula oncostática"[2].

Aparentemente, este hormônio bloqueia os efeitos estimulatórios da prolactina no crescimento em cultura de células humanas do câncer de mama e a sua capacidade oncostática pode estar ligada a um antagonismo da ação da prolactina. Por isso, a melatonina parece ser uma importante e potencial substância que pode bloquear o crescimento celular de uma célula tumoral em resposta hormonal, em especial a prolactina e em fatores de crescimento como estradiol[3].

Um estudo realizado no Arizona, em 1988, por HILL e BLASK, demonstrou que em níveis fisiológicos a melatonina inibe a proliferação celular em quase 75%, conforme um contador de células sanguíneas, e também altera componentes celulares de células não expostas a este neuro-hormônio. Estes resultados suportam a hipótese de que a melatonina, em concentrações fisiológicas, exerce uma ação direta antiproliferativa, mas reversível, sobre o crescimento de células MCF-7 em cultura. Este efeito inibidor da proliferação está associado a mudanças marcantes nas características ultra-estruturais destes, sugestivas de uma lesão celular subletal, mas reversível[4].

A evidência de que a melatonina atua sobre o câncer de mama baseia-se na ação desta sobre hormônios pituitários e gonadais que controlam o desenvolvimento da glândula mamária e o crescimento tumoral. Estudos anteriores relacionam a concentração

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

plasmática baixa de melatonina em mulheres com câncer de mama receptor de estrógeno positivo (ER) e outros referem alta incidência desta neoplasia em mulheres com comprometimento visual. Esta relação está diretamente vinculada ao ciclo circadiano, em que a percepção pessoal do ciclo dia-noite é responsável por alterar as concentrações de melatonina[1].

Embora muitos fatores tenham sido sugeridos como causas de câncer de mama, o aumento da incidência desta doença em trabalhadoras de turnos noturnos confirma a hipótese de que a supressão da melatonina pela luz ou a sua deficiência desempenha um papel importante no desenvolvimento do câncer. A ação anti-carcinogênica das células MCF-7 foram demonstradas em concentrações fisiológicas de melatonina atingidas à noite, sugerindo que este hormônio atue como um antiestrogênico endógeno, além de diminuir a formação de estradiol a partir de andrógenos via inibição da aromatase[2].

Um grande estudo realizado no Egito e no Líbano, publicado no International Journal of Cancer Research, por ABDELMEGUID em 2008, demonstra, em seus experimentos in vitro realizados com células humanas de câncer de mama ER positivas, que a concentração fisiológica de melatonina e a presença de estradiol inibe reversivelmente a proliferação celular, aumenta a expressão de p53 e modula o comprimento do ciclo celular, além de reduzir a capacidade metastática destas células e neutralizar o efeito estimulador do estradiol na invasividade celular. Este efeito é mediado, pelo menos em parte, por um aumento induzido pela melatonina na expressão de proteínas de adesão E-caderina e β1-integrina na superfície celular. Os efeitos oncostáticos diretos da melatonina dependem da sua interação com as células tumorais estrógeno sensível. Neste sentido, tem sido demonstrado que a melatonina regula para baixo a expressão de receptores de estrógeno e inibe a ligação do complexo estradiol-receptores à resposta estrogênica do elemento (ERE) no DNA[5].

A partir de estudos em modelos animais induzidos quimicamente a possuir tumores mamários, conclui-se que as manipulações experimentais que ativam a glândula pineal ou administram melatonina prolongam a latência, reduzem a incidência e a taxa de crescimento dos tumores mamários, enquanto a pinealectomia geralmente tem os efeitos opostos. A melatonina também reduz a incidência de tumores mamários espontâneos em diferentes tipos de ratos transgênicos (c-neu e N-ras) e camundongos de linhagens com alta incidência tumoral[1].

Portanto, o objetivo deste trabalho foi elaborar uma revisão sistemática da literatura sobre as ações oncostáticas da melatonina, bem como as concentrações em que este hormônio possui tais efeitos, no sentido de encorajar estudos clínicos mais atualizados nesta área, uma vez que este hormônio tem potencial para ser de grande valia

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

no tratamento do câncer de mama e, com isso, proporcionar melhores resultados sem intervir negativamente na qualidade de vida das pacientes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Essa revisão sistemática da literatura foi realizada por meio de buscas em bases de dados do MEDLINE (PubMed e PMC), Europe PMC e Scielo, utilizando a combinação aleatória dos seguintes descritores : tumor de ehrlich, câncer de mama e melatonina. Foram pesquisados artigos em inglês e português sem limite de tempo. Com relação à amostra, foram incluídos apenas artigos originais e de revisão que mais se relacionavam com a linha de pesquisa, totalizando cinco publicações. Foram incluídas pesquisas ainda não publicadas sobre o assunto, com o objetivo de ampliar as buscas.

RESULTADOS

Tabela 1. Artigos escolhidos para análise

AUTOR (ANO)	DESENHO DE ESTDO	TAMANHO DA AMOSTRA	RESULTADOS ENCONTRADOS
ALBUQUERQUE et. al. (2013)	Estudo Longitudinal Prospectivo Caso Controle	56 camundongos fêmeas Swiss (60 dias de idade)	Animais pinealectomizados e sham-pinealectomizados tratados com estrógeno e melatonina : crescimento do tumor em 34,67% e massa tumoral inferior às do grupo controle, respectivamente. Animais pinealectomizados e sham pinealectomizados tratados com estrógeno: crescimento do tumor em 65,22% e ausência de inibição ou crescimento tumoral, respectivamente. Animais pinealectomizados e sham-pinealectomizados tratados com veículo de melatonina: ausência de inibição ou crescimento tumoral nos animais pinealectomizados.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

SILVA et. al. (2013)	Estudo Longitudinal Prospectivo Caso Controle	56 camundongos fêmeas Swiss (60 dias de idade)	Animais pinealectomizados e sham-pinealectomizados tratados com melatonina : sobrevida cumulativa semelhante ao grupo controle. Animais pinealectomizados e sham-pinealectomizados sem tratamento : sobrevida cumulativa de 71% e 67% respectivamente. Animais pinealectomizados e sham-pinealectomizados tratados com veículo e melatonina: sobrevida cumulativa de 67% e 86% ao final do experimento, respectivamente.
SILVA et. al. (2013)	Estudo Longitudinal Prospectivo Caso Controle	56 camundongos fêmeas Swiss (60 dias de idade)	Animais pinealectomizados sem tratamento e pinealectomizados tratados com veículo da melatonina tiveram as maiores evoluções do crescimento tumoral. Animais pinealectomizados tratados com melatonina, animais sham-pinealectomizados tratados com veículo da melatonina e animais sham-pinealectomizados sem tratamento tiveram evolução do crescimento tumoral inferior ao grupo controle. Animais sham-pinealectomizados tratados com melatonina apresentaram a menor evolução do crescimento tumoral em relação ao grupo controle e os demais grupos.
ABDELMEGUID, N.E. et. al. (2008)	Estudo Longitudinal Prospectivo Caso Controle	40 ratazanas Sprague-Dawley (23 dias de idade)	Animais tratados unicamente com melatonina ou unicamente com tamoxifeno: aumento dos níveis de proteína p53 insignificante em relação ao grupo controle. Animais tratados com melatonina e tamoxifeno: diminuição insignificante dos níveis de proteína p53 em relação aos animais tratados unicamente com ambos os compostos.
HILL, Steven M. and BLASK, David E. (1988)	Estudo Longitudinal Prospectivo Caso Controle	Linhagem de células MCF-7 (câncer de mama)	Inibição do crescimento celular ao se administrar concentrações fisiológicas de melatonina (10^{-9} M) observadas em humanos no período noturno.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

WILSON et. al. (1995)	Estudo Longitudinal Prospectivo Caso Controle	Linhagem de células MCF-7 e ZR-71-1 (câncer de mama)	Concentrações de melatonina de 10^{-9}M reduziram ,consideravelmente, o crescimento de ambas linhagens na presença de níveis crescentes de Prolactina (promotor tumoral). Melatonina foi capaz de inibir a ação estimulatória da prolactina no crescimento celular tumoral. Na ausência de promotor tumoral a melatonina não apresentou efeito no crescimento celular. Na presença de promotor tumoral, a melatonina em concentrações elevadas (10^{-6}M) aumentou em aproximadamente 50% o crescimento celular tumoral. O crescimento celular tumoral é significantemente menor quando se administra hormônio GH humano (25-100 ng ml^{-1}) juntamente com melatonina em comparação às células que receberam apenas GH.

DISCUSSÃO

As principais evidências provenientes de experimentos *in vivo* com modelos animais acerca da influência que o aumento da função pineal tem sobre os efeitos de um carcinógeno quando comparados a animais com hipofunção desta glândula foram: redução significativa da incidência de tumores, redução do número e do tamanho de tumores, maior frequência da incidência de regressão tumoral espontânea e menor taxa de crescimento tumoral[1]. Corroborando com essas evidências, experimentos realizados em roedores cujas glândulas pineais foram previamente removidas tiveram maior incidência de cânceres experimentais, bem como aumento da velocidade de desenvolvimento neoplásico. No entanto, grande variedade de cânceres, transplantados ou induzidos, tiveram seu crescimento e evolução inibidos com a administração exógena de melatonina[6].

Dentre as diversas ações da melatonina, aquela que possui efeitos antioxidantes é benéfica não somente por impedir o crescimento neoplásico, mas também por interromper o desenvolvimento de doenças degenerativas induzidas pelo envelhecimento, tais como a doença de Parkinson e a doença de Alzheimer[2]. Além de provocar um atraso entre as fases G_0/G_1 do ciclo celular, permitindo que a célula fique mais tempo em repouso[1,3], a melatonina ainda é capaz de diminuir a ocorrência de metástase[6].

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Este neuro-hormônio ainda pode ser responsável por um papel imunomodulatório de grande importância para doenças neoplásicas em estágio inicial: a capacidade de impulsionar a diferenciação e atividade das células de defesa NK, expressando uma função oncostática para uma diversidade de células tumorais. Além disso, a possível função anti-angiogênica da melatonina também é fundamental na contenção da expansão tumoral e, consequentemente, na disseminação[2].

No que diz respeito a produção deste hormônio, sabe-se que ele é sintetizado no período noturno, necessitando da ausência de luz para tal processo. Além disso, caso haja exposição à luz durante a noite, mesmo que por pouco período de tempo e/ou baixa intensidade luminosa, ocorre um declínio na síntese de melatonina, podendo chegar até a interrupção da produção[1]. Isso explica a associação que muitos estudos fizeram entre o desenvolvimento do câncer de mama em mulheres que trabalham em períodos noturnos, ou seja, mulheres que foram expostas cronicamente à luz durante o período noturno e apresentaram reduzidas taxas secretórias de melatonina[2].

Em um estudo realizado com mulheres no período pré-menopáusico que trabalhavam em turnos rotativos no período noturno, foi evidenciado uma redução de 56% do principal metabólito da melatonina excretado na urina (6-sulfatoximelatonina), além de elevados níveis de estradiol. Ademais, em um estudo de caso controle, foi evidenciado que as chances de uma mulher com cegueira bilateral desenvolver câncer de mama é quase a metade das chances apresentadas pelo grupo controle, demonstrando a influência que a energia luminosa tem sobre o desenvolvimento do câncer mamário. Vale ressaltar, também, que a supressão de melatonina não é dependente de luminosidade intensa e constante, visto que a baixa intensidade luminosa é igualmente efetiva[2].

Outra classe de hormônios que interfere no crescimento do tumor são os estrógenos, sendo capazes de induzir mitoses em células geneticamente modificadas e intervir no processo de apoptose celular, que é controlada pelo gene bcl-2. Ademais, a função vascular também é de responsabilidade desta classe de hormônios, segundo estudos, atuando não somente no desenvolvimento carcinogênico, mas também em inúmeros outros processos patológicos[8]. Sabe-se, além disso, que a ação oncostática da melatonina em experimentos *in vivo* é sobre o eixo reprodutivo neuroendócrino, reduzindo os hormônios prolactina e, em grande parte, o estradiol: hormônios responsáveis pelo crescimento do epitélio mamário, seja ele normal ou patológico[1].

Com relação às células humanas de câncer mamário, os tipos principais são divididos em receptor estrógeno (RE)-α positivo e RE-α negativo, o que irá caracterizar a responsividade ou não à hormônios respectivamente. Além disso, é importante ressaltar que as ações anticarcinogênicas da melatonina são mais eficientes em células RE-α

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

positivas. Por meio da linhagem de células humanas MCF-7, foi demonstrado que este neuro-hormônio, em concentrações fisiológicas obtidas à noite, é capaz de afetar a capacidade metastática dessas células, além de modular inúmeras proteínas reguladoras dependentes de estrogênio, bem como pró-oncogenes e impedir a proliferação celular via receptores de melatonina MT_1[2].

No entanto, diferentemente de algumas drogas antiestrogênicas cujo principal efeito é a ligação ao receptor estrogênico (RE), tais como o tamoxifeno, evidências sugerem que a melatonina possua um mecanismo de ação alternativo, nem mesmo influenciando a ligação do estradiol a esse receptor. Estudos posteriores mostraram que as células RE-α são capazes de se ligar e interagir com uma proteína chamada calmodulina. Dessa forma, a possível ação da melatonina seria interagir com a via de sinalização Cálcio/Calmodulina, inativando esta proteína e neutralizando a ação estrogênica.

CONCLUSÃO

Através da revisão da literatura, sugere-se que a melatonina atue reduzindo o crescimento tumoral, bem como a evolução deste padrão de crescimento, além de elevar a sobrevida cumulativa. Além disso, a concentração em que este hormônio é capaz de manifestar suas ações oncostáticas é 10^{-9}M, mesma concentração obtida em humanos durante à noite. Vale ressaltar, no entanto, que concentrações mais elevadas (10^{-6}M), na presença de um promotor tumoral, são capazes de produzir o efeito inverso, ou seja, estimular o crescimento celular de cancerosas. Por fim, a administração conjunta de melatonina e hormônio GH mostrou-se muito eficaz em reduzir o crescimento celular tumoral.

REFERÊNCIAS

Cos S, Fernández R, Mediavilla MD, Sánchez-Barceló EJ. Melatonin and mammary cancer: a short review. 2003; 10(2): 153-9.

V Srinivasan et al. **Melatonin, Environmental Light, and Breast Cancer.** 2007; 108 (3): 339-50.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Blask DE, Lemus-Wilson A, Kelly PA. Melatonin blocks the stimulatory effects of prolactin on human breast cancer cell growth in culture. 1995; 72: 1435-40.

Blask DE, Hill SM. Effects of the pineal hormone melatonin on the proliferation and morphological characteristics of human breast cancer cells (MCF-7) in culture. 1988; 48(21): 6121-6.

Abdelmeguid NE, Abdel-Moneim AM, Abou Zeinab NS, Badawi AF , Mostafa MH. **Tamoxifen and Melatonin Differentially Influence Apoptosis of Normal Mammary Gland Cells: Ultrastructural Evidence and p53 Expression.** International Journal of Cancer Research 2008; 4: 81-91. Doi:10.3923/ijcr.2008.81.91.

Jimenez GC, Lima da Silva CJF, Neto JE, Oliveira PMS, Oliveira WNK, Pereira DD. Avaliação do crescimento do tumor de erlich em camundongos swiss tratados com melatonina. XIII JORNADA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO – JEPEX 2013 – UFRPE: Recife, 09 a 13 de dezembro.

Jimenez GC, Lima da Silva CJF, Neto JE, Oliveira PMS, Oliveira WNK, Pereira DD. Análise da sobrevida de camundongos swiss implantados com tumor de erlich e tratados com melatonina. XIII JORNADA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO – JEPEX 2013 – UFRPE: Recife, 09 a 13 de dezembro.

Albuquerque YML, Jimenez GC, Lima da Silva CJF, Neto JE, Oliveira PMS, Oliveira WNK, Pereira DD. Percentual de inibição do tumor de ehrlich em camundongos swiss tratados com estrógeno e melatonina. XIII JORNADA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO – JEPEX 2013 – UFRPE: Recife, 09 a 13 de dezembro.

Temas em Saúde