

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

# **Revista do Hospital Universitário/UFMA**

## UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Natalino Salgado Filho  
Reitor

Antonio José Silva Oliveira  
Vice-Reitor

### HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Elizabeth de Sousa Barcelos Barroqueiro  
Presidente do Conselho de Administração

Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento  
Diretora Geral

Nair Portela Silva Coutinho  
Diretora Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão

Marília Cristine Valente Viana  
Diretora Adjunta de Administração e Finanças

Marina do Nascimento Sousa  
Diretora Adjunta de Planejamento

Zeni de Carvalho Lamy  
Diretora Adjunta de Serviços Assistenciais

#### Redação e Administração da Revista

Hospital Universitário/UFMA  
Rua Barão de Itapary, 227 - Centro  
São Luís - Maranhão - CEP: 65020-070  
Telefone: (98) 2109-1242  
Email: revista@huufma.br

## REVISTA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

### Editora Científica

Arlene de Jesus Mendes Caldas

### Editores Associados

Adalgisa de Souza Paiva Ferreira - UFMA  
Alcione Miranda dos Santos - UFMA  
Arlene de Jesus Mendes Caldas - UFMA  
Manuel Santos Faria - UFMA  
Natalino Salgado Filho - UFMA

### Conselho Editorial

Alcimar Nunes Pinheiro - UFMA  
Aldina Maria Prado Barral - UFBA/FIOCRUZ  
Antonio Augusto Moura da Silva - UFMA  
Antonio Rafael da Silva - UFMA  
Elba Gomide Mochel - UFMA  
Feliciano Santos Pinheiro - UFMA  
Fernando Antonio Guimarães Ramos - UFMA  
Fernando Lamy Filho - UFMA  
Jackson Maurício Lopes Costa - CPqGM/FIOCRUZ  
José Wanderley Vasconcelos - UFMA  
Luciane Maria de Oliveira Brito - UFMA  
Manoel Santos Faria - UFMA  
Marília da Glória Martins - UFMA  
Orlando Jorge Martins Torres - UFMA  
Raimundo Antonio da Silva - UFMA  
Sirliane Sousa Paiva - UFMA  
Zeni de Carvalho Lamy - HUUFMA

### Secretária

Ana Luzia de Sá Magalhães  
(Bibliotecária)

### Editoração Eletrônica

João Lindoso Farias Neto

### Tiragem

500 exemplares

Revista do Hospital Universitário / UFMA, periódico biomédico de divulgação científica do Hospital Universitário da UFMA, v.1, n.1, 1995- São Luís, 1995.

v. 8, n. 2, 2007

*Semestral.*

(ISSN – 1677-4647)

*I. Ciências da Saúde – periódicos. I. Universidade Federal do Maranhão II. Hospital Universitário.*

CDU: 61(05)

*Editorial*

<b>Importância do envolvimento dos professores, alunos e profissionais de saúde na produção científica do Hospital Universitário .....</b>	<b>7</b>
--	----------

*Artigos / Articles*

<b>Conhecimento de mulheres sobre o motivo para a realização do parto cesáreo. Laine Cortês Albuquerque, Érica Emanoela Porto Pereira, Cláudia Teresa Frias Rios, Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa, Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias .....</b>	<b>9</b>
--	----------

<b>Atuação da fisioterapia na equipe multidisciplinar no acompanhamento de pacientes com hanseníase. Anderson Mendes Caldas, Doralene Maria Cardoso de Aquino, Arlene de Jesus Mendes Caldas, Raimundo Sérgio de Oliveira Silva, Sônia Maria Ferreira da Silva .....</b>	<b>17</b>
--	-----------

<b>Estudo do pé diabético com enfoque no autocuidado. Nair Portela Silva Coutinho, Rita Ivana Barbosa Gomes, Valéria Cristina Menezes Berrêdo, Deusimar Gonçalves Araújo da Silva, Thienny Oliveira Lima.....</b>	<b>23</b>
---	-----------

<b>Estudo comparativo entre os pacientes internados em um serviço de pneumologia no início das décadas de 1990 e 2000. Antônio Viera Dias Filho, Érika Sales Lopes, Lívia Arruda de Melo, Renato Palácio de Azevedo, Maria do Rosário Silva Ramos Costa .....</b>	<b>28</b>
---	-----------

<b>Triagem do vírus HTLV 1 e 2 em gestantes atendidas no pré-natal em São Luis, 2008. Verônica Guimarães de Souza, Elba Gomide Mochel, Sâmea Cristina Santos Gomes, Christiane de Sousa Martins, Camila Moreira Santos Silva, Claudyene Pires .....</b>	<b>33</b>
---	-----------

<b>Prevalência de sintomas respiratórios sugestivos de asma em pacientes adultos atendidos em unidades de emergência. São Luís, MA. André Pereira Cabral, Aline Angélica Guimarães de Almeida, Andréia Caroline Araújo de Sousa, Fernando Moreira da Silva Neto, Maria do Rosário da Silva Ramos Costa.....</b>	<b>39</b>
---	-----------

<b>Análise epidemiológica de mulheres climatéricas atendidas em Hospital Universitário no Maranhão. Elizabeth Santos de Andrade Malheiros, Joana D'Arc Magalhães Pereira, Willane Bandeira de Sousa, Maria Bethânia da Costa Chein, Luciane Maria Oliveira Brito, Hilton Sousa Guimarães Júnior .....</b>	<b>45</b>
---	-----------

<b>Perfil clínico-epidemiológico dos portadores de hanseníase do município de Buriticupu - MA. João da Silva Rego Neto, Jackson Maurício Lopes Costa, Aldina Barral, Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa, Arlene de Jesus Mendes Caldas, Doralene Maria Cardoso de Aquino .....</b>	<b>50</b>
--	-----------

*Revisão / Review*

<b>Estratégias de enfrentamento de familiares no ambiente de unidade de terapia intensiva (UTI). Christiana Leal Salgado, Zeni Carvalho Lamy.....</b>	<b>56</b>
---	-----------

*Nota Prévia / Brief Note*

<b>Prontuário de saúde e direitos sociais. Ana Luzia de Sá Magalhães .....</b>	<b>61</b>
--	-----------

*Normas Redatoriais / Notes to Contributors*



## **Importância do envolvimento dos professores, alunos e profissionais de saúde na produção científica do Hospital Universitário**

O Hospital Universitário é um dos Órgãos Executivos Auxiliares da Universidade Federal do Maranhão. Institucionalmente compete-lhe, entre outras atribuições, servir como campo de ensino, pesquisa e extensão para as áreas de saúde e afins de graduação e de pós-graduação. A Portaria Interministerial nº 1.000, de 15 de abril de 2004, dos Ministros da Educação e da Saúde, ao estabelecer critérios e requisitos obrigatórios para a certificação como Hospital de Ensino, deu relevância à prática do ensino e da pesquisa em saúde, corroborada pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.006, de 27 de maio de 2004, segundo a qual os Hospitais de Ensino pela sua natureza e atuação, assumem um papel estratégico para o desenvolvimento das pesquisas necessárias para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde e a melhoria da qualidade de vida da população.

Os campos de prática e de ensino e pesquisa em saúde abrangem todos os espaços de produção das ações e serviços de saúde, desde a promoção junto à coletividade, às unidades ambulatoriais e hospitalares. Por intermédio das atividades de ensino, pesquisa e extensão as universidades se voltam para a criação, a produção de conhecimentos e a busca do saber.

O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) vem dando ênfase à investigação e à produção científica, criando simultaneamente condições propícias para a divulgação e disseminação desses conhecimentos para que eles possam atingir seus objetivos, contribuir para o desenvolvimento científico e tecnológico e contribuir para o bem da humanidade.

A produção científica do Hospital Universitário é resultante de um amplo processo de trabalho coletivo de professores, alunos e profissionais de saúde. Partindo de uma grande diversidade cultural acadêmica, essa comunidade se une, reúne, soma esforços e fomenta a integração de grupos de pesquisadores visando a descoberta e a construção de novos saberes, ao tempo em que essa força motriz descobre vocações, impulsiona talentos e novas práticas científicas através de inúmeros projetos de pesquisa, com investimentos na produção do conhecimento relacionado a custo-efetividade e a marcadores clínicos e laboratoriais.

A certificação do Hospital Universitário como Hospital de Ensino, entre tantos outros avanços significativos, deu um grande salto de qualidade na área de ensino, pesquisa e extensão, consolidado por meio de atos compromissados com a gratuidade da assistência com qualidade e de caráter público sustentado pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento  
Diretora Geral  
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão



## Conhecimento de mulheres sobre o motivo para a realização do parto cesáreo

### *Women's knowledge about the reason of cesarean section completion*

Laine Cortês Albuquerque<sup>1</sup>, Érica Emanoela Porto Pereira<sup>1</sup>, Cláudia Teresa Frias Rios<sup>2</sup>, Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias<sup>2</sup>, Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa<sup>3</sup>

**Resumo:** Estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa com o objetivo de investigar o conhecimento das puérperas sobre o conhecimento dos motivos para a realização do parto cesáreo. A pesquisa foi realizada com puérperas internadas em um hospital da rede pública e um hospital da rede particular. Para coleta de dados utilizou-se um questionário contendo perguntas abertas e fechadas, sendo a amostra de 330 participantes. Os resultados mostraram que das puerpéras atendidas, 72,5% era da rede pública e 41,2% da rede particular. Quanto à ocupação 45,3% e 84,4% das mulheres trabalhava fora, respectivamente no público e no privado. 51,2% das mulheres atendidas no público possuía renda familiar menor ou igual a 1 salário mínimo enquanto as atendidas no particular 71,1% possuíam renda de 3 ou mais salários mínimos. Quanto à escolaridade 50,9% e 51,1% tinham o ensino médio completo no público e no privado. Foi observado que 123 puérperas atendidas pelo serviço público e 10 atendidas pela rede particular não souberam relatar o motivo para realização do parto cesáreo enquanto as que conheciam citaram a pré-eclampsia/eclampsia e falta de passagem para o feto com mais frequência. O medo da dor do parto representou para as mulheres um motivo para justificar o parto cesáreo como o preferido. Conclui-se que há necessidade de maior envolvimento dos profissionais de saúde referente às orientações sobre as vantagens e desvantagens dos tipos de parto e informações a cerca dos motivos para a realização do parto cesáreo.

**Descritores:** Conhecimento. Mulheres. Parto cesáreo.

**Abstract:** Exploratory descriptive study with quantitative approach with the objective of investigate the knowledge of the women about the motive for the cesarean section completion. The research was made with mothers hospitalized in a unit of public system and a private one. For the collect of the data was used a questionnaire containing opened and closed questions with the sample of 330 participants. The results showed that of the mothers attended, 72,5% was from the public system and 41,2% of the private net, didn't receive orientations about the types of delivery during the prenatal care. The fear of pain of the delivery represented to the women a reason to justify the cesarean section as preferred one. It was observed that 38,6% of the mothers attended by the public system and 15,5% attended in the private net didn't know to say the for the cesarean section completion. From the known reasons was referred the eclampsy, the lack of passage for the fetus and that the passed the time for birth. It was concluded that there is a need to a bigger involvement of health professionals referring the orientations that clarify the advantages and disadvantages of types of delivery and about informations of the reasons for cesarean section completion giving to the woman the right to choose.

**Keywords:** Knowledge. Women. Reason to cesarean section.

### INTRODUÇÃO

O parto é um evento fisiológico que vai selar a maternidade e está vinculado a um sentimento a qual a mulher alcança um novo patamar em sua evolução como ser humano. Independente de como o parto é visto, não há como ficar indiferente às manifestações físicas e psicológicas que caracterizam este evento<sup>1</sup>.

Segundo Almeida e Mamede<sup>2</sup> a maternidade era um ato, específico da mulher, e assim foi considerado desde a antiguidade. Durante séculos, o saber relacionado à gravidez, parto e menstruação

era monopólio das mulheres que desempenhavam um relevante papel na história como conselheiras, comadres e parteiras, onde dar a luz era coisa de mulher. Com o passar do tempo o ciclo gravídico puerperal torna-se um processo de domínio médico, com nova lógica, onde a mulher passa de sujeito da ação a objeto desse processo. Dessa forma gradativamente a mulher perde, então, seu espaço frente ao parto e o nascimento<sup>3</sup>.

O parto cesáreo é um procedimento cirúrgico

1. Alunas do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

2. Mestres em Enfermagem. Docentes da UFMA.

3. Mestre em Ciências da Saúde. Docente da UFMA.

que, quando bem indicado, tem papel fundamental na obstetrícia moderna como redutor da mortalidade perinatal e materna<sup>4</sup>. Na gravidez normal, sem alterações durante o pré-natal e sem problemas de saúde, o parto normal deve sempre ser praticado, mas infelizmente não é a realidade de nosso país. Enquanto os países desenvolvidos apresentam taxas de cesáreas em torno de 10 a 20%, no Brasil as taxas chegam a 50% nos hospitais do SUS e até 80 a 90% nos hospitais da rede privada<sup>5</sup>.

No Brasil os índices de partos cesáreos mantem-se absurdamente elevados desde a década de 80, atualmente encontra-se em 2º lugar na realização de cesáreas; 4 de cada 10 crianças nascem por parto cesáreo, proporção 2 vezes e meia maior que o índice aceito pela Organização Mundial de Saúde – OMS<sup>6</sup>.

De acordo com Costa e Ramos,<sup>7</sup> a realização de uma cesariana eletiva antes de iniciado o trabalho de parto duplica a morbidade respiratória para cada semana anterior em que a cesariana é feita entre a 37ª e a 40ª semana. Além disso, há nas cesáreas eletivas aumento de quatro vezes a necessidade de cuidados intensivos de enfermagem, ventilação mecânica e uso de oxigenoterapia nos recém-nascidos, onde 5,5% das crianças nascidas de cesariana eletiva contra 1,6% das nascidas de parto vaginal não conseguem manter-se respirando em ar ambiente.

Reis e Ribeiro<sup>8</sup>, realizaram um estudo das complicações e mortes pós-parto onde demonstraram que nas mulheres que fazem cesariana ocorre 6 a 7 vezes mais complicações do que naquelas que fazem parto normal e que os bebês nascidos de cesariana possuem um risco 3 vezes maior de morte por complicações pós-parto do que os nascidos de parto normal<sup>8</sup>.

Para Wagner<sup>9</sup> além do risco de morrer, mulheres que escolhem a cesárea correm muitos outros riscos como: incidentes anestésicos, danos aos vasos sanguíneos com grande hemorragia, infecções freqüentes, extensão acidental da incisão uterina, danos à bexiga e a outros órgãos abdominais, cicatrizes internas e aderências.

Como citam Facundes e Cecatti<sup>10</sup>, na cesárea a mãe tem uma recuperação mais difícil o que acarreta um período maior de separação entre ela e o filho, uma demora no primeiro contato entre eles e no início da amamentação, além da diminuição da duração da amamentação, devido ao aumento no uso de analgésicos e ao maior desconforto da mãe ao lidar com o bebê.

Os elevados índices de cesáreas também trazem outras conseqüências, uma dessas é o aumento dos gastos públicos com a saúde; nos países desenvolvidos o acréscimo de 1% nas taxas de

cesáreas reflete um gasto extra de US\$ 9,5 milhões. No Brasil, onde nascem 2,5 milhões de crianças por ano, há em média 560 mil cesáreas desnecessárias que consomem quase R\$ 84 milhões, dinheiro que poderia ser utilizado em outras formas de cuidados da mãe e da criança<sup>7</sup>.

Para Oliveira et al,<sup>11</sup> o elevado número de cesáreas ocorre pelo tempo reduzido dedicado pelo profissional para acompanhar o trabalho de parto, devido as atividades simultâneas que desempenha, a falta de orientação da mulher em relação ao parto normal, a desinformação sobre a indicação da cesárea anterior, a formação do profissional voltado para intervir, a falta de enfermeiras obstétricas para a realização do parto normal, além da realização da laqueadura tubária durante a cesariana.

Segundo Facundes e Cecatti<sup>10</sup>, as razões das mulheres preferirem o parto cesáreo ao parto normal é devido ao medo da dor durante o trabalho de parto e parto, e pela crença de que a cesárea permite à mulher manter intactas a anatomia e a fisiologia da vagina e do períneo. Por outro lado, a preferência da cesariana é devido à conveniência de uma intervenção programada, que não durará mais que uma hora, ao contrário do parto vaginal que não tem horário marcado podendo ocorrer a qualquer momento do dia ou da noite, fins de semana ou feriados<sup>12</sup>.

A expectativa das gestantes quanto ao tipo de parto está relacionada à maneira como as informações sobre o assunto é disponibilizada e acessível. Durante o pré-natal a mulher grávida não é preparada psicologicamente para o parto, pois o medo e a insegurança que toda grávida experimenta são mais estimulados do que atenuados no pré-natal e no meio social em que ela vive<sup>10</sup>.

Segundo Ministério da Saúde, o pré-natal é um momento facilitador de informação e tem como função favorecer o diálogo entre o profissional de saúde, a mulher e seu acompanhante durante todo o período gravídico, incentivando-os, orientando-os e esclarecendo-lhes as dúvidas e temores em relação à gestação, trabalho de parto, parto e puerpério ou intercorrência que possa surgir no decorrer deste processo<sup>4</sup>.

Informar a sociedade das vantagens do parto normal é o caminho certo para a redução das taxas de cesáreas, pois só quando a sociedade se conscientizar da importância do parto normal é que vai passar a cobrar dos profissionais de saúde<sup>13</sup>.

Diante do exposto, este estudo se propôs a investigar o conhecimento das mulheres sobre o motivo para a realização do parto cesáreo, levantar o perfil sócio-econômico e obstétrico da clientela e investigar se a puérpera recebeu orientação sobre os tipos de parto durante o pré-natal.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem quantitativa, com puérperas que tiveram parto cesáreo em uma maternidade pública e uma maternidade particular de São Luís-Maranhão.

A coleta de dados foi realizada no período de

outubro de 2006 a março de 2007, por meio de um questionário com perguntas abertas e fechadas onde foram abordadas questões referentes a dados sócios econômicos, gineco-obstétrico, conhecimento dos motivos para realização do parto cesária e orientações



recebidas durante o pré-natal. A população em estudo foi constituída por 330 puérperas. Para o cálculo amostral foi considerado uma prevalência de 50% de partos cesáreos, uma margem de erro de 5%, nível de confiança de 95% e o poder do teste de 80%. A seleção da amostra foi feita aleatoriamente e o número de participação em cada maternidade foi calculado proporcionalmente, tomando-se como fração amostral o tamanho da população dividido pelo tamanho da amostra de 0,16. Portanto, foram selecionadas 45 puérperas da maternidade particular e 285 da maternidade pública.

Este estudo faz parte de uma pesquisa de iniciação científica intitulada: "Conhecimento de mulheres relacionado ao parto cesáreo: indicação clínica ou opção materna?" e teve apoio da Fundação

de Amparo a Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão – FAPEMA, sendo vinculada ao Núcleo de Estudo e Pesquisa em Educação e Saúde da Mulher – NEPEM do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão – UFMA.

Para a realização da pesquisa foi obtida aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário/CEP-HUUFMA, obedecendo à resolução nº 196/69 do Conselho Nacional de Saúde-CNS.

Os resultados foram codificados utilizando-se o programa EPI-INFO versão 6.4 (OMS); as variáveis selecionadas para o estudo foram analisadas em números absolutos e relativos, sendo os resultados apresentadas em tabelas e quadros.

## RESULTADOS

Os resultados mostraram que a maioria das puérperas assistidas estavam na faixa etária de 20 a 30 anos (63,9%) na maternidade pública e 62,3% na particular. Quanto à ocupação, 38,9% eram do lar, 15,8% estudantes e 45,3% trabalhavam fora, enquanto no particular 8,9% eram do lar, 6,7% estudantes e 84,4% tinham ocupação fora do lar. Quanto à renda familiar, 51,2% das atendidas na maternidade pública possuía renda menor ou igual a um salário mínimo, enquanto que no particular 71,1% possuíam renda de três ou mais salários mínimo. O estado civil de 54,0% das puérperas do público tinha união estável e no particular 66,7% se encontravam casadas. No que diz respeito à escolaridade, 50,9% das puérperas do público e 51,1% do particular possuíam ensino médio completo (tabela 1)

Observou-se que das puérperas do hospital público, 44,9% eram primigestas, 23,5% secundigestas e 31,6% multigestas, enquanto no particular 53,3% eram primigestas, 33,3% secundigestas e 13,3% multigestas. Quanto à paridade, verificou-se que no público 54,4% eram primíparas, 24,9% secundíparas e 20,7% múltiparas e no particular 77,8% eram primíparas, 13,3% secundíparas e 8,9% múltiparas. No que se refere à ocorrência de abortos anteriores, constatou-se que entre as atendidas no hospital público, 70,8% nunca abortaram e 21,1% haviam tido, um aborto; enquanto que no particular, 64,4% nunca abortaram e 28,9% tinham tido um aborto. Quanto ao número de cesáreas, das mulheres atendidas no público 68,1% citaram ter

**Tabela 1** – Dados sócio-econômicos das puérperas internadas na maternidade pública e maternidade particular. São Luís – MA / 2007.

Variáveis	Maternidade Pública		Maternidade Particular	
	f	%	f	%
<b>Faixa etária</b>				
14 a 19 anos	48	16,8	2	4,4
20 a 25 anos	116	40,7	11	24,5
26 a 30 anos	66	23,2	17	37,8
31 a 35 anos	43	15,1	13	28,9
36 anos ou mais	12	4,2	2	4,4
<b>Ocupação</b>				
Autônoma	43	15,1	10	22,2
Do lar	111	38,9	3	8,9
Estudante	45	15,8	3	6,7
Empregada doméstica	23	8,1	-	-
Funcionária pública	38	13,3	16	35,6
Técnica de enfermagem	-	-	1	2,2
Vendedora/balconista	25	8,8	11	24,4
<b>Renda familiar</b>				
Até 1 salário	146	51,2	2	4,4
De 1 a 2 salários	75	26,3	7	15,6
2 a 3 salários	13	4,6	4	8,9
3 ou + salários	51	17,9	32	71,1
<b>Estado civil</b>				
Casada	67	23,5	30	66,7
Solteira	64	22,5	11	24,4
União estável	154	54,0	4	8,9
<b>Escolaridade</b>				
Nenhuma	1	0,4	-	-
Fundamental incompleto	58	20,4	-	-
Fundamental completo	11	3,7	-	-
Médio incompleto	43	15,1	4	8,9
Médio completo	145	50,9	23	51,1
Superior incompleto	18	6,3	6	13,3
Superior completo	9	3,2	12	26,7
<b>Total</b>	<b>285</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 2** – Antecedentes gineco-obstétricos das puérperas internadas na maternidade pública e maternidade particular. São Luís – MA / 2007.

Variáveis	Maternidade pública		Maternidade Particular	
	f	%	f	%
<b>Gestações</b>				
Primigesta	128	44,9	24	53,3
Secundigesta	67	23,5	15	33,3
Multigesta	90	31,6	6	13,3
<b>Partos</b>				
Primípara	155	54,4	35	77,8
Secundípara	71	24,9	6	13,3
Múltipara	59	20,7	4	8,9
<b>Abortos</b>				
Sem aborto	202	70,8	29	64,4
Um aborto	60	21,1	13	28,9
Dois ou mais abortos	23	8,1	3	6,7
<b>Cesáreas</b>				
Uma cesárea	194	68,1	39	86,7
Duas cesáreas	69	24,2	5	11,1
Três cesáreas	19	6,6	1	2,2
Quatro ou mais cesáreas	3	1,1	-	-
Total	285	100,0	5	100,0

**Tabela 3** – Orientações recebidas sobre tipos de parto pelas puérperas internadas na maternidade pública e maternidade particular. São Luís – MA / 2007.

	Público		Particular	
	f	%	f	%
Sim	78	27,5	35	58,8
Não	205	72,5	10	41,2
Total	285	100,0	45	100,0

**Quadro 1** – Tipos de orientações recebidas durante o pré-natal pelas puérperas internadas na maternidade pública e maternidade particular. São Luís – MA / 2007.

Orientações recebidas no pré-natal	Público	Particular
	f	f
Vantagens para mãe e bebê no parto normal	34	6
Recuperação pós parto normal mais rápida	30	7
Parto cesáreo é realizado em caso de risco de morte	13	5
Risco de infecção e complicação no parto cesáreo	18	8
Sobre o parto normal sem dor devido à anestesia	3	-
Sobre vantagens e desvantagens dos tipos de parto	18	13
Sinais do parto normal	2	-
Não lembra	5	-

**Quadro 2** – Motivos para realização do parto cesáreo de acordo com conhecimento das puerpéras. São Luís – MA / 2007

Motivos para realização do parto cesáreo	Público	Particular
	f	f
Medo da dor	4	20
Realizar laqueadura	12	2
Pré-eclâmpsia /eclâmpsia	46	10
Bebê passou da hora de nascer	37	8
Não tive passagem nem força	112	-
A bolsa rompeu antes do tempo	42	-
O bebê não estava na posição certa	27	2
Cesárea anterior	6	2
Bebê grande por causa do diabetes gestacional	6	1
Parto gemelar	6	1
Má formação fetal/hidrocefalia	5	-
Não sei	123	10

sido submetida a uma cesárea, 31,9% duas ou mais; as do hospital particular apresentaram percentual de 86,7% para uma cesárea e 13,3% duas ou mais cesáreas (tabela 2).

Quanto a orientações recebidas durante o pré-natal sobre os tipos de parto, observou-se que 72,5% e 41,2 ( público e privado) não recebeu orientação (tabela 3).

As orientações mais recebidas pelas mulheres durante o pré-natal foram referentes às vantagens

para a mãe e o bebê no parto normal, à recuperação no pós-parto, riscos e complicações do parto cesáreo e vantagens e desvantagens dos tipos de parto. (quadros 1).

Os motivos para a realização do parto cesáreo mais referido foram: a falta de passagem do feto, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, medo da dor e o bebê passou da hora de nascer. Chama atenção o número de mulheres (133) que referiram não saber o motivo (quadro 2).

## DISCUSSÃO

No presente estudo, evidenciou-se um maior percentual de puérperas na faixa etária de 20 a 30 anos o que segundo Rezende e Montenegro<sup>13</sup> é considerado período ideal para a gestação. Em relação à ocupação das puérperas atendidas tanto no público e no particular (45,3% e 84,4%) respectivamente citaram trabalhar fora. Segundo Tedesco et al<sup>14</sup>, há maior índice de parto cesáreo das mulheres que exercem atividades extra domiciliares, pois estas optando pelo parto cesáreo, podem determinar a data e a hora para a sua realização, não comprometendo suas atividades profissionais.

Quanto à renda familiar, observou-se que entre as puérperas no hospital público, 51,2% possuía renda menor ou igual a um salário mínimo, enquanto que no particular 71,1% possuíam renda de três ou mais salários. Estudo realizado por Pinheiro<sup>15</sup> demonstrou que pacientes de melhor condição social apresentam maiores índices de cesárea. Menezes<sup>16</sup> cita que a maior taxa de cesáreas ocorre na rede privada, onde as mulheres têm mais liberdade de escolha, maior poder econômico, cultural e melhores condições de atendimento.

No que diz respeito à escolaridade, observou-se que a maioria das puérperas das duas instituições possuía ensino médio completo. Trevisan et al,<sup>17</sup> citam que a saúde não está apenas relacionada com a disponibilidade dos serviços de saúde, mas

está também ligada à capacidade de autocuidado da população, o que por sua vez é influenciada diretamente pelo seu nível de instrução.

Os resultados mostraram que em relação à gestação, 44,9% e 53,3% das puérperas eram primigestas e quanto à paridade, 54,4% e 77,8 eram primíparas, respectivamente do público e do particular. Segundo Carniel et al<sup>18</sup>, entre as primíparas há um maior índice de cesárea. No que se refere à ocorrência de abortos anteriores, constatou-se que 21,1% das puérperas atendidas na rede pública e 28,9% na rede particular já tinham um aborto. Quanto ao número de cesáreas, chama atenção o fato das puérperas já ter realizado de duas ou mais cesárea. Segundo Fernandes et al<sup>19</sup> há a tendência de que após um primeiro parto cesáreo, o parto seguinte seja também cesáreo. Estudo de Cury e Menezes<sup>20</sup> concluíram que 64,2% das gestantes com cesariana prévia preferiram repetir o mesmo tipo de parto, contra apenas 9,8% das gestantes com parto vaginal anterior.

Observou-se que 72,5% das puérperas atendidas pelo público e 41,2% no particular não recebeu nenhuma. Quanto a orientação sobre os tipos de parto durante o pré-natal este estudo assemelham-se com os encontrados por Hotimsky et al.<sup>24</sup>, Trevisan et al.<sup>17</sup>, Silveira e Oliveira et al.<sup>11</sup> onde a maioria das mulheres entrevistadas relataram não ter recebido qualquer orientação para o parto durante a gravidez. Segundo

o Ministério da Saúde<sup>4</sup>, o pré-natal no contexto do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), deve assegurar à assistência integral a sua clientela permitindo o atendimento oportuno nos aspectos preventivos, educativos e terapêuticos. Desta forma a gestante deve ser compreendida e atendida adequadamente durante a assistência pré-natal de forma que os anseios e carências que a gestação lhe acarreta, sejam estes fisiológicos, psicológicos ou educacionais sejam atendidos<sup>4</sup>.

Ainda sobre as orientações durante o pré-natal, o profissional de saúde tem a função de expor de forma clara, honesta e sem preconceitos, todos os prós e os contras de um parto normal e cesáreo, além de ouvir, acompanhar, tirar dúvidas e, principalmente respeitar a decisão da mulher.

Dos motivos conhecido foram citados: a falta de passagem do feto, pré-eclampsia/eclampsia, o bebê passou da hora de nascer e medo da dor. Estudo realizado por Tedesco et al.<sup>14</sup> aponta que o medo da dor e do sofrimento provocado pelo parto normal é a principal razão apontada pelas mulheres que gostariam que os seus partos fossem cesáreos. A dor do parto representa aspecto de decisão para a mulher principalmente quando atendidas na rede particular onde a decisão é fortalecida e oportunizada.

Segundo Oliveira et al.<sup>11</sup> existe uma crença de que a cesárea eletiva, decidida com antecedência, permitirá à mulher ter um parto sem qualquer dor. Outro aspecto relacionado à cesárea eletiva de acordo com Wagner<sup>9</sup> é o tempo do trabalho de parto, pois um parto normal leva uma média de doze horas e acontece a qualquer hora, já a cesárea leva em média cerca de vinte minutos e pode ser marcada convenientemente.

Segundo Carniel et al.<sup>18</sup> a cesárea prévia está entre as principais indicações médicas para partos cirúrgicos subseqüentes, embora haja possibilidade de realização de parto normal nessa situação, se houver

condições maternas e fetais favoráveis. A realização da prova de trabalho de parto em gestantes com cesárea anterior é procedimento seguro, com boas chances de sucesso e uma das medidas possíveis para se reduzirem às taxas de repetição de cesárea<sup>21</sup>.

Dentre os motivos referidos para realização da cesárea, foi apontada a laqueadura tubária. Concordando com estudo realizado por Hotimsky et al<sup>22</sup> onde evidenciou a realização da cesárea como um meio de acesso à laqueadura tubária.

A Lei Federal nº 9.263/96 sobre o planejamento familiar em seu art. 10 afirma ser vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade<sup>23</sup>.

Segundo Barbosa et al<sup>24</sup> somente com um programa de planejamento familiar efetivo, com o fornecimento e o acesso a todos os métodos contraceptivos, bem como a implantação real das leis e portarias de planejamento familiar existentes no Brasil, é que se conseguirá quebrar a associação nociva “cesárea – laqueadura”.

Neste estudo chama atenção que 133 mulheres não souberam relatar o motivo de seus partos terem sido cesáreo, assemelhando-se aos estudos de Barbosa et al<sup>24</sup>, realizado em duas maternidades do Rio de Janeiro onde as mulheres tinham conhecimentos insuficientes sobre o motivo da realização da cesárea. De acordo com Oliveira et al.<sup>11</sup>, muitas mulheres são submetidas à cesárea, mas desconhecem a indicação de tal procedimento. Deixar de informar a mulher o motivo da realização da cesárea é desconsiderar seu direito com pessoa e violar princípios éticos, refletindo atitude profissional autoritária. Portanto todo procedimento realizado ou solicitado, a mulher tem o direito de ser informada com palavras simples sobre os motivos da conduta, ela tem o direito de escolher quando qualquer procedimento tenha mais de uma opção para ser realizado<sup>25</sup>.

## CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que o conhecimento relacionado a motivos para realização do parto era desconhecido por muitas mulheres e mostra a necessidade de mudança de atitude dos profissionais de saúde referente às orientações sobre tipos de parto para que esclareçam os motivos para a realização do parto cesáreo.

Uma mulher bem preparada, com certeza terá um melhor parto e mais disposição para cuidar do seu bebê, estando mais tranqüila e compreendendo o que irá lhe acontecer, colaborará, suportará melhor e sentirá menos dor durante o parto do que uma pessoa apavorada, tensa ou assustada, que desconhece o que está acontecendo<sup>8</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Amaral MC. *Acompanhando o trabalho de parto: visão da enfermeira obstetra*. 2001[capturado 2006 abr 28]. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.com.br>.
2. Almeida AM, Mamede MV. Enfermeira obstétrica/ parteira: importante para a saúde da mulher? *Femina* 1991;10(2): 673-674.
3. Camara MFB, Medeiros M, Barbosa MA. Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. *Rev Eletrônica de Enfermagem* [on-line], 2000 Jan/Jun;2(2)[capturado 2006 abr 28] [cerca de 15 p.]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de saúde da mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília; 2001.

5. Galleta MAK. *Tipos de Parto*. 2007[capturado 2007 mar 5]. Disponível em: <http://www.drgalleta.com.br/articles.php?id=40&page=4>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. *Assistência Institucional ao Parto, ao Puerpério e ao Recém Nascido*. Brasília;1991.
7. Costa SM, Ramos JGL. A questão das cesarianas. *Rev Bras de Ginecol e Obstet* [periódico na internet], 2005 Out; 27(10):571-574 [capturado em 2006 ago 30]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n10/27569.pdf>.
8. Reis AOA, Ribeiro MAA. *Parto normal e cesárea*. 2007. [capturado 2007 mar 5]. Disponível em: <http://www.fozdoiguacu.pr.gov.br/noticias/link59.htm>.
9. Wagner M. *Cesárea: escolher e perder*. 2007. [capturado 2006 set 27]. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.com.br/ac019.html>.
10. Facundes A, Cecatti JG. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cad Saúd Pública*. [periódico na internet], 1991 Jun; 7(2): 150-173[capturado 2006 set 27]. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X1991000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1991000200003&lng=en&nrm=iso).ISSN0102-311X
11. Oliveira SMJV, Riesco MLG, Miya CFR, Vidotto P. Tipo de Parto: expectativa das mulheres. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. [periódico da internet], 2002 Out; 10(5): 667-674[capturado 2006 set 27]. Disponível em: [http://www.scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692002000500007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000500007&lng=en&nrm=iso).
12. Rattner D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúd pública*. [periódico da internet], 1996 Fev;30(1):19-33 [capturado 2007 jun 22]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-8910199600100004&lng=pt&nrm=iso&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910199600100004&lng=pt&nrm=iso&lng=pt).
13. Rezende J, Montenegro CAB. *Obstetrícia fundamental*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
14. Tedesco RP, Maia Filho NL, Mathias L, Benez AL, Castro VCL, Bourroul G M et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. [periódico da internet], 2004 Nov-Dez; 26(10) 791-798[capturado 2007 jul 5]. Disponível em: [http://scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032004001000006](http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004001000006).
15. Pinheiro RS. *Modelo para tipo de parto*. In: Desigualdade na utilização de serviços hospitalares na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. 2000 [tese-online] Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000. [capturado 2007 jul 5]; Disponível em: <http://paho.org/Portuguese/HDP/HDR/s%C3%A9rie23composite.pdf>.
16. Menezes A. *Assessoria de comunicação e imprensa*. UNICAMP. 2006. [capturado 2007 mar 5]. Disponível em: [http://unicamp.br/unicamp/canal\\_aberto/clipping/agosto2006/clipping060814\\_correiopop.html](http://unicamp.br/unicamp/canal_aberto/clipping/agosto2006/clipping060814_correiopop.html).
17. Trevisan MR, Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet*. [periódico da internet], 2002 Jun; 24(5):293-299 [capturado 2007 jul 5]. Disponível em: [http://scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032002000500002&script=sci\\_arttext](http://scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032002000500002&script=sci_arttext).
18. Carniel EF, Zonolli ML, Morcillo AM. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). *Rev Bras Ginecol Obstet* [periódico da internet] 2007 Jan;29(1): 34-40. [acessado 2007 jul 5]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032007000100006&tlng=en&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000100006&tlng=en&lng=en&nrm=iso).
19. Fernandes AMS, Bedone AJ, Leme LCP, Fonsechi-Carvasan GA. Características relacionadas ao primeiro e último parto por cesárea. *Revista da Associação Médica Brasileira*. [periódico da internet], 2002 Abr; 53(1): 53-58 [capturado 2007 jul]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302007000100020&lng=en&nrm=iso&tlng=e](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000100020&lng=en&nrm=iso&tlng=e)
20. Cury AF, Menezes PR. Fatores associados à preferência por cesareana. *Rev Saúd Pública* [periódico da internet], 2006 Abr; 40(2): 226-232 [capturado 2006 set 27].Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=p](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=p)
21. Cecatti JG, Andreucci CB, Cacheira PS, Pires HMB, Silva JLP, Aquino MA. Fatores associados à realização de cesáreas em primíparas

- com uma cesárea anterior. *Rev Bras Ginecol Obstet.* [periódico da internet] 2000 Abr; 22(3): 175-179 [capturado 2007 jul 5]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032000000300009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032000000300009).
22. Hotimsky SN, Rattner D, Venâncio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saúde Pública.* [periódico da internet], 2002 out;18(5):1303-1311 [capturado 2006 set 27]. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000500023&lng=pt&nrm=iso&lng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500023&lng=pt&nrm=iso&lng=pt)
23. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e da outras providências. *Senado Federal.* [online], 2007[capturado 2007 jul 5] Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=142894>
24. Barbosa GP, Giffin K, Ângulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D'Orsi E, Reis ACGV. Parto Cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cad Saúde Pública.* [periódico da internet] 2003 Dez; 19(6): 1611-1620[capturado 2007 mar 5]. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X200300600006](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X200300600006)
25. Fernandes S, Oshiro R. *Tipos de parto.* [online] 2007 [capturado 2007 mar 5]. Disponível em: [http://guiadobebe.uol.com.br/parto/direitos\\_no\\_parto\\_e\\_posparto.htm](http://guiadobebe.uol.com.br/parto/direitos_no_parto_e_posparto.htm).

## Atuação da fisioterapia na equipe multidisciplinar no acompanhamento de pacientes com hanseníase

### *Action of physical therapy multipurpose team in the monitoring of patients with leprosy*

Anderson Mendes Caldas<sup>1</sup>, Doralene Maria Cardoso de Aquino<sup>2</sup>, Arlene de Jesus Mendes Caldas<sup>2</sup>, Raimundo Sérgio de Oliveira Silva<sup>3</sup>, Sônia Maria Ferreira da Silva<sup>4</sup>

**Resumo:** Realizou-se um estudo descritivo com 51 pacientes portadores de hanseníase atendidos em um Centro de Referência no período de janeiro a setembro de 2007, com o objetivo de demonstrar a importância da fisioterapia na reabilitação de pacientes com hanseníase. Os dados foram coletados dos prontuários por meio de um formulário com perguntas referentes à idade, sexo, escolaridade, forma clínica, grau de incapacidade e tratamento. Observou-se uma maior frequência de pacientes com a forma clínica dimorfa (56,5%), com escolaridade de ensino fundamental incompleto (33,3%), na faixa etária entre 15-30 anos (51,0%), e o sexo masculino (64,7%). Na avaliação neurológica no início do tratamento, 33,0% apresentavam grau II de incapacidade antes do tratamento e após o tratamento o grau I obteve 43,0%. Conclui-se que a fisioterapia desempenha um papel importante no diagnóstico precoce das incapacidades motoras e neurológicas dos portadores de hanseníase, utilizando recursos específicos e manobras em sua reabilitação, consequentemente reduzindo o grau de incapacidade dos pacientes.

**Descritores:** Hanseníase; Grau de incapacidade; Fisioterapia.

**Abstract:** There was a descriptive study with 51 patients with leprosy treated at a Reference Center from January to September 2007, aiming to demonstrate the importance of physiotherapy in the rehabilitation of leprosy patients. Data were collected from medical records using a form with questions regarding age, gender, education, clinical form, degree of disability and treatment. There was a higher frequency of patients with clinical Dimorphous (56.5%), with education of primary school (33.3%), aged between 15-30 years (51.0%) and sex male (64.7%). In neurological evaluation at the start of treatment, 33.0% had grade II of disability before treatment and after treatment the degree I earned 43.0%. We conclude that physiotherapy plays an important role in early diagnosis of motor and neurological impairments of people with leprosy, using specific resources and maneuvers in his rehabilitation, therefore reducing the degree of disability of patients.

**Keywords:** Leprosy; Degree of disability; Physiotherapy.

### INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença muito antiga, com uma terrível imagem na história e na memória da humanidade. Desde a Antiguidade tem sido considerada uma doença contagiosa, mutilante e incurável, provocando rejeição e discriminação do doente e sua exclusão da sociedade. Durante muito tempo, os doentes foram confinados e tratados em leprosários. Esses aspectos deram origem ao estigma da doença e ao preconceito contra o doente<sup>1</sup>.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a hanseníase é endêmica nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Apesar da redução drástica no número de casos, a hanseníase representa um sério problema de saúde pública no Brasil e, também, no mundo. Nas Américas, o Brasil

é o país com o maior número de casos da doença, com 77.154 casos em registro ativo e coeficiente de prevalência igual a 4,42 casos por 10.000 habitantes, no ano de 2002, detendo assim, 85% dos pacientes deste continente. Em nível mundial ocupa o segundo lugar, sendo superado apenas pela Índia.<sup>2,3,4</sup>

O Maranhão se destacou como o segundo estado do Brasil e o primeiro da região Nordeste na prevalência da hanseníase, com 4.274 casos em registro ativo e coeficiente de prevalência igual a 7,36 casos por 10.000 habitantes, em 2002, perdendo apenas para o estado do Mato Grosso (24,81/10 mil hab)<sup>3</sup>.

A hanseníase não é apenas uma doença de pele, mas também dos nervos periféricos. O processo

1. Aluno do curso de graduação em fisioterapia do Centro Universitário do Maranhão - UNICEUMA.

2. Doutoradas em Patologia Humana. Enfermeiras. Docentes da Universidade Federal do Maranhão - UFMA

3. Fisioterapeuta.

4. Enfermeira da Secretaria Estadual de Saúde - SES/MA.

inflamatório desses nervos é um aspecto importante dessa patologia que, clinicamente, pode ser silencioso ou pode ser evidente, agudo, acompanhado de dor intensa, hipersensibilidade, edema, perda de sensibilidade e paralisia dos músculos<sup>1</sup>.

As incapacidades físicas são classificadas em diferentes graus, que variam de zero (sem incapacidade) a II (com incapacidade limitada de movimento), com base nos parâmetros do Ministério da Saúde (MS) e da OMS. A presença de incapacidades em pacientes em alta medicamentosa é um indicador de diagnóstico tardio, de tratamento inadequado e da falta de um profissional na área de reabilitação.<sup>3,5</sup>

A identificação das lesões neurológicas é feita por meio da inspeção dos olhos, nariz, mãos e pés; palpação dos troncos nervosos e periféricos; avaliação da força muscular e avaliação de sensibilidade nos olhos, membros superiores e inferiores. A avaliação neurológica deve ser realizada no momento do diagnóstico, semestralmente, na alta do tratamento, e sempre que houver queixa.<sup>3</sup>

Assim sendo, o fisioterapeuta desempenha um papel importante no diagnóstico precoce das incapacidades motoras e neurológicas dos portadores de hanseníase, utilizando-se, principalmente, de um trabalho multidisciplinar em que haja a prevenção das incapacidades aos pacientes propensos a tê-las e atenção maior aos que já possuem, sendo feito o acompanhamento neurológico (nas avaliações neurológicas) constatando a eficácia do medicamento administrado. Em pacientes com incapacidades motoras são trabalhados os alongamentos das estruturas comprometidas e a cinesioterapia ativa-assistida/ativa, além de orientações sobre auto-cuidados explanadas ao paciente durante o atendimento.

O presente estudo apresenta como objetivos demonstrar a importância da atuação da fisioterapia na reabilitação de pacientes com hanseníase; caracterizar a população de estudo quanto à faixa etária, sexo, escolaridade, situação conjugal, ocupação e renda familiar; e identificar as formas clínicas da hanseníase; identificar o grau de incapacidade no início do tratamento e na alta.

### Referencial teórico

A hanseníase é endêmica nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Apesar da redução drástica no número de casos, a hanseníase representa um sério problema de saúde pública no Brasil, apresentando distribuição irregular, com altos índices de prevalência em alguns estados, como o Maranhão, por exemplo.<sup>2,3</sup>

A grande maioria da população exposta, apresenta resistência ao Bacilo de Hansen, desenvolvendo infecções subclínicas que se curam espontaneamente. Apenas uma pequena parcela

da população apresenta características de resposta imunológica que favorecem o desenvolvimento da doença, aspecto que sofre influência de fatores individuais e ambientais. Entre as pessoas que adoececem, o grau de imunidade varia e determina a evolução da doença.<sup>2</sup>

Além das condições individuais, outros fatores relacionados aos níveis de endemia são as condições socioeconômicas desfavoráveis, assim como situações precárias de vida e de saúde e o elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente.<sup>3</sup>

A atual política de controle da hanseníase previu a sua eliminação como problema de saúde pública até o ano de 2005, ou seja, a taxa de prevalência deverá ser inferior a um doente para cada 10.000 habitantes, em todo o mundo. No Brasil, apesar da evidência no progresso rumo à eliminação da hanseníase como problema de saúde pública e da redução da taxa de prevalência em mais de 80% nos últimos quinze anos e, de dois estados terem eliminado a hanseníase e, quatro estarem em vias de eliminação, esta meta torna-se pouco realista ao observar-se a situação isolada de outros estados em que a prevalência ainda encontra-se muito elevada. A exemplo, do Maranhão cuja prevalência encontra-se bem acima da média nacional<sup>3</sup>. Para a OPAS<sup>5</sup>, todo programa de prevenção e tratamento de doenças deve partir do conhecimento concreto dos doentes e não de informações estimadas.

O Ministério da Saúde<sup>3</sup> define como caso de hanseníase para tratamento, quando um ou mais dos seguintes achados encontram-se presentes: lesão de pele com alteração de sensibilidade, espessamento de tronco nervoso ou baciloscopia positiva na pele.

A avaliação neurológica e da função motora de grupos musculares específicos deve ser feita principalmente nos pacientes em tratamento, com a finalidade de detecção precoce de incapacidades. Seqüelas bem definidas podem ser encontradas já no período do diagnóstico, tais como: paralisia facial do tipo periférico unilateral ou bilateral, ou paralisia do ramo orbicular do nervo zigomático, provocando o lagofalmo, epífora e exposição da córnea; mão em garra (garra do quarto e quinto quirodátilos ou garra completa); mão caída; pé caído, garra de artelhos que pode ser acompanhada do mal perfurante plantar.<sup>3,6</sup>

Na palpação, deve ser avaliado o calibre do nervo em comparação com o contra-lateral, a presença de dor, fibrose ou nodulações. Os nervos comumente avaliados são: o nervo ulnar, o mediano, radial e radial cutâneo nos membros superiores; o tibial posterior e o fibular comum nos membros inferiores e, grande auricular e nervo facial no segmento cefálico.<sup>3</sup>

Periodicamente o paciente deverá ser reavaliado pelo fisioterapeuta realizando a goniometria do membro acometido, a inspeção e palpação além da orientação básica para os auto-cuidados.<sup>7</sup>

### MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo com pacientes portadores de hanseníase, atendidos pelo Programa

de Controle de Hanseníase no Centro de Saúde Dr. Genésio Rego, localizado na avenida dos Franceses,



s/n vila Palmeira, município de São Luís-MA<sup>8</sup>.

O espaço físico compreende três salas para atendimento médico, uma sala para consultas de enfermagem e outra para atendimento do terapeuta ocupacional e fisioterapia. A equipe multiprofissional é composta de enfermeiros, médicos, psicólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

A população do estudo foi constituída por todos os indivíduos, de primeira consulta, atendidos no período de janeiro a agosto de 2007.

Os dados foram coletados por meio de um formulário, no qual constavam perguntas sobre a doença, tais como: classificação da patologia, forma clínica, classificação operacional, grau de incapacidade no início e no momento da alta. Também foram levantadas informações epidemiológicas como: faixa

etária, sexo, escolaridade e ocupação. A coleta dos dados foi realizada nos prontuários dos pacientes.

Para análise das formas clínicas da hanseníase adotou-se a classificação de Madri (1953) definida no VI Congresso Internacional de Leprologia que orienta como formas clínicas: indeterminada (I), dimorfa (D), virchowiana (V) e tuberculóide (T). A definição das formas clínicas foi feita a partir das características relacionadas pela OMS e adotada pelo Ministério da Saúde, que considera para classificação operacional as formas paucibacilares (indeterminada e tuberculóide) e multibacilares (dimorfa e virchowiana).<sup>3,5</sup>

Os dados foram inseridos e analisados em um programa de computador tipo EPI-INFO-2000 e são apresentados em frequências absolutas e relativas.

## RESULTADOS

Foram avaliados 51 pacientes portadores de hanseníase de um Programa de Referência no município de São Luís-MA. Destes, a maioria era do sexo masculino (64,7%) com instrução variando de ensino fundamental incompleto até ensino superior completo (92,2%). Quanto à ocupação, as mais freqüentes foram estudantes (25,5%); doméstica / do lar (19,6%); e pedreiro (13,7%) (Tabela 1).

As formas clínicas Dimorfa e Vichorwiana foram mais freqüentes no sexo masculino (31,0% e 25,5% respectivamente), e na faixa etária entre 15 e 30 anos de idade (25,5%). Já a forma tuberculóide foi mais freqüente no sexo feminino (6,0%). Por outro lado, a forma clínica Indeterminada não foi detectada em nenhum caso novo (Tabela 2).

Na avaliação neurológica, antes do tratamento, foi observada a presença de algum grau de incapacidade física em 64,5% dos pacientes examinados. Destes, 31,5% apresentaram Grau I e 33,0% Grau II de incapacidade. Quanto ao sexo, observou que o masculino (23,5%) teve uma porcentagem mais elevada em relação ao feminino (8,0%) no Grau I. No Grau II, também, o sexo masculino (25,5%) se destacou em relação ao feminino (8,0%). Já no Grau Zero, notou-se predomínio do sexo feminino (20,0%) em relação ao masculino (15,5%). Considerando-se a faixa etária prevaleceram os pacientes entre 15-30 anos de idade (51,0%) em relação aos com mais idade (Tabela 3).

Quando os pacientes foram avaliados no final do tratamento sobre a incapacidade física, observou-se com uma maior freqüência o Grau I (43,0%), em que 33,0% eram do sexo masculino e 10,0% do feminino. Números que demonstram uma melhora do Grau de força muscular, mas, permanecendo a diminuição da sensibilidade principalmente em membros superiores (MMSS) e membros inferiores (MMII). Pacientes entre 15-30 anos de idade apresentaram maior percentual (21,0% e 20,0%, respectivamente) de Grau de incapacidade que os demais (Tabela 4).

Analisando os graus de incapacidades antes e após o tratamento por forma clínica, observou-se que a forma clínica dimorfa obteve destaque tanto no

Grau de incapacidade inicial (57,0%) quanto no Grau de incapacidade na alta (56,0%). Entre os portadores da forma tuberculóide, observou-se maior freqüência de Grau de incapacidade inicial em Grau Zero e Grau II com 4,0% respectivamente, e Grau I apresentou apenas 2,0%. Já no final do tratamento houve uma diminuição de Grau Zero (2,0%) e um aumento de Grau I (4,0%), o Grau II permaneceu com o mesmo valor (4,0%). A forma dimorfa, em início de tratamento, apresentou o Grau II com um número mais elevado de casos do que os demais (21,5%), e uma diminuição no final do tratamento (17,5%). Na forma vichorwiana, o Grau II de incapacidade se manteve o mesmo, tanto no início como no final do tratamento (6,0%) (Tabela 5).

**Tabela 1.** Características demográficas e socioeconômicas dos pacientes com hanseníase. São Luís-MA, 2007.

Características	f	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	33	64,7
Feminino	18	35,7
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	04	7,8
Ensino fundamental incompleto	17	33,3
Ensino fundamental completo	10	19,6
Ensino médio incompleto	11	21,6
Ensino médio completo	08	15,7
Ensino superior incompleto	-	-
Ensino superior completo	1	2,0
<b>Ocupação</b>		
Estudante	13	25,5
Pedreiro	7	13,7
Vigilante	2	3,9
Doméstica/do lar	10	19,6
Outros	19	37,3
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 2.** Distribuição da população segundo forma clínica, idade e sexo. São Luís-MA, 2007.

Características	Forma clínica (n=51)								Não classificada	
	Indeterminada		Tuberculóide		Dimorfa		Vichorwiana		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%		
<b>Sexo</b>										
Masculino	-		2	4,0	16	31,0	13	25,5	2	4,0
Feminino	-		3	6,0	13	25,5	2	4,0	-	
<b>Idade (anos)</b>										
15-30	-		3	6,0	14	27,0	8	15,5	1	2,0
31-45	-		2	4,0	8	15,5	5	10,0	-	
46-60	-		-		4	8,0	1	2,0	1	2,0
61-75	-		-		3	6,0	1	2,0	-	
Total	-		5	10,0	29	56,5	15	29,5	2	4,0

Fonte: Prontuários do Centro de Saúde Dr. Genésio Rego

**Tabela 3.** Distribuição da população segundo grau de incapacidade no início do tratamento, idade e sexo. São Luís-MA, 2007.

Características	Grau de incapacidade no início do tratamento (n=51)					
	Grau Zero		Grau I		Grau II	
	f	%	f	%	f	%
<b>Sexo</b>						
Masculino	8	15,5	12	23,5	13	25,0
Feminino	10	20	4	8,0	4	8,0
<b>Idade (anos)</b>						
15-30	6	11,5	8	15,5	12	24,0
31-45	6	11,5	5	10,0	4	8,0
46-60	5	10,0	1	2,0	-	
61-75	1	2,0	2	3,5	1	2,0
Total	18	35,0	16	31,0	17	34,0

**Tabela 4.** Distribuição da população segundo grau de incapacidade depois do tratamento, idade e sexo. São Luís-MA, 2007.

Características	Grau de incapacidade no momento da alta (n=51)					
	Grau Zero		Grau I		Grau II	
	f	%	f	%	f	%
<b>Sexo</b>						
Masculino	5	10,0	17	33,0	11	21,5
Feminino	9	17,5	5	10,0	4	8,0
<b>Idade (anos)</b>						
15-30	5	10,0	11	21,0	10	20,0
31-45	5	10,0	7	13,0	3	6,0
46-60	4	8,0	2	4,0	-	
61-75	-		2	4,0	2	4,0
Total	14	28,0	22	42,0	15	30,0

**Tabela 5.** Distribuição da população segundo forma clínica e grau de incapacidade antes e depois do tratamento. São Luís-MA, 2007.

Características	Forma Clínica (n=51)									
	Indeterminada		Tuberculóide		Dimorfa		Vichorwiana		Não classificada	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Grau de incapacidade inicial</b>										
Grau Zero	-		2	4,0	10	20,0	5	10,0	1	2,0
Grau I	-		1	2,0	8	15,5	7	13,0	-	
Grau II	-		2	4,0	11	21,5	3	6,0	1	2,0
<b>Grau de incapacidade final</b>										
Grau Zero	-		1	2,0	9	17,5	4	8,0	-	
Grau I	-		2	4,0	11	21,0	8	16,0	1	2,0
Grau II	-		2	4,0	9	17,5	3	6,0	1	2,0
Total	-		5	10,0	29	56,0	15	30,0	2	4,0

## DISCUSSÃO

A hanseníase continua apresentando um número alto de casos no estado do Maranhão, com uma prevalência de 7/10 mil/hab, no qual, a meta seria de 1 doente entre 10 mil habitantes, segundo a OPAS<sup>5</sup>.

O gênero masculino destacou-se no estudo (64,7%), em uma proporção de quase 1,8/1 em relação ao feminino, enquanto no estudo de Silva et al.<sup>9</sup>, esta relação foi inversa de 2,8/1, sugerindo um aumento de casos no gênero feminino. O predomínio do gênero masculino também foi observado por Aquino et al.<sup>10</sup>

Com relação à idade, houve um predomínio da faixa etária de 15 a 30 anos (51,0%), sugerindo um maior acometimento de indivíduos na fase produtiva da vida. Entretanto, a concentração de casos de hanseníase em indivíduos economicamente ativos pode contribuir ao absenteísmo no trabalho e fortalecimento do estigma.

Os tipos de ocupações mais observadas foram as de estudante, vigilante, pedreiro e doméstica, assemelhando às observações de Fonseca et al.<sup>11</sup> e Aquino et al.<sup>10</sup> No aspecto laborativo a limitação funcional limita o mercado de trabalho, gerando problemas econômicos e sociais. Quanto à escolaridade, houve um predomínio de pacientes com algum grau de instrução, fato similar a outros estudos.<sup>10</sup>

No presente estudo, as formas clínicas dimorfa (56,5%) e a virchowiana (29,5%) foram as mais frequentes e apresentaram maior grau de incapacidade. Mesmo após o tratamento, muitos pacientes ainda continuaram apresentando um grau de incapacidade elevado (64,5% entre grau I e Grau II).

A situação de hiperendemicidade, associada às baixas condições socioeconômicas e ambientais, agravada pelo elevado percentual de pacientes que apresentavam incapacidades físicas em consequência da doença, pode interferir na qualidade de vida dos mesmos.

No presente estudo observou-se, em relação às formas clínicas, o maior percentual em portadores da forma dimorfa (56,5%), seguido da vichorwiana (29,5%) e tuberculóide (10,0%). Já a forma clínica indeterminada, não foi detectada em nenhum caso novo, enquanto no estudo de Borges et al.<sup>12</sup>, obtiveram o maior percentual dos casos (81,2%) nesta forma.

Dos 51 pacientes avaliados no momento do diagnóstico, 64,5% foram detectados graus I e II; necessitando, portanto, de orientação e aplicação de técnicas simples de prevenção<sup>13</sup>. Já após o tratamento, 27,5% dos pacientes ainda permaneceram com Grau II de incapacidade. Este último geralmente provoca deformidades, em consequência da doença.

Mesmo após o tratamento, alguns pacientes ainda se encaminharam periodicamente ao Centro de Referência, para reavaliação pelo Fisioterapeuta, por precaução, e realizar monitoramento mais preciso dos mesmos.

A Fisioterapia, por meio da avaliação neurológica, possui um importante papel no diagnóstico clínico e funcional do paciente portador de Hanseníase<sup>14,15,16</sup>. Confirmado o diagnóstico, é planejada uma série de exercícios para sua reabilitação usando principalmente técnicas da Cinesioterapia e orientações gerais de autos cuidados como forma de tratamento e prevenção da doença.

## CONCLUSÃO

A fisioterapia realiza um trabalho tanto na prevenção quanto no diagnóstico clínico e funcional. Através da avaliação neurológica é possível se detectar vários achados importantes como déficit motor e a perda da sensibilidade do paciente tanto em face como em MMSS e MMII.

A fisioterapia, portanto, desempenha um papel importante na equipe multidisciplinar no acompanhamento aos pacientes com hanseníase, realizando um diagnóstico precoce das incapacidades motoras e neurológicas dos portadores de hanseníase, utilizando recursos específicos e manobras para sua reabilitação.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de prevenção de incapacidades*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
2. Carrasco MAP, Pedrazzani, ES. Situação epidemiológica da hanseníase e dos seus comunicantes em Campinas. *Revista da Escola de Enfermagem*, 1993 ago São Paulo; 27( 2): 214-218.
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Guia para controle da hanseníase*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Velloso AP, Andrade V. *Hanseníase: curar para eliminar*. Porto Alegre: Edição das Autoras; 2002.
5. Organização Panamericana de Saúde –OPAS. *Hanseníase* [capturado 2007 set 30] Disponível em:<http://www.opas.org.br>.
6. Castro MC. *Hanseníase na Penitenciária de Pedrinhas: aspectos epidemiológicos*. [Monografia]. São Luís(MA); Universidade Federal do Maranhão. Curso de Enfermagem. 2006. 49p.
7. Ghikas PA, Clopper M. *Fisioterapia e reabilitação: estudos de casos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
8. Maranhão. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Saúde Dr. Genésio Rêgo. *Programa Estadual de Controle da Hanseníase: dados de prontuários de pacientes*. São Luís; 2007.
9. Silva AR et al. *Projeto Buriticupu: relatório de* 1993. Santa Luzia: UFMA; 1994. (Documento mimeografado).
10. Aquino DMC, et al. Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão. São Luís- MA. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2003 jan-fev;36.(1):57-64.
11. Fonseca PHM, et al. *Hanseníase no Estado do Maranhão*. Análise de 5.274 casos. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, 1983; 57:175-177.
12. Borges E, et al. Determinação do grau de incapacidade em hansenianos não tratados. *Caderno de Saúde Pública*, 1987 Rio de Janeiro jul/set; 3.
13. Leite EPF, Silva MB. *Atuação do fisioterapeuta na prevenção de incapacidades*. [Trabalho apresentado para conclusão da disciplina de Prática Supervisionada II]. João Pessoa(PB); Universidade Federal da Paraíba;1995.
14. Higa D, Papa EC. **Recursos fisioterapêuticos utilizados na hanseníase**. Projeto de Graduação. 1998.
15. Lehman LF, et al. *Avaliação neurológica simplificada*. Belo Horizonte: ALM International; 1997.
16. Rebelatto J.R, Batomé SP. *Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais*. São Paulo: Artes Médicas; 1998.

## Estudo do pé diabético com enfoque no autocuidado

### *Study about the diabetic foot focusing the self care*

Nair Portela Silva Coutinho<sup>1</sup>, Rita Ivana Barbosa Gomes<sup>2</sup>, Valéria Cristina Menezes Berrêdo<sup>3</sup>, Deusimar Gonçalves Araújo da Silva<sup>4</sup>, Thienny Oliveira Lima<sup>5</sup>

**Resumo:** Estudo descritivo sobre pé diabético enfocando o autocuidado como fator determinante na reabilitação em um grupo de 36 pacientes cadastrados no Programa de Diabetes do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão-Unidade Presidente Dutra. Tem por objetivos caracterizar a população estudada e conhecer a importância do autocuidado para o cliente com pé diabético. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a fevereiro de 2003. Os resultados demonstraram que 53% dos pacientes são do sexo feminino e 47% do masculino, que 61% apresentam grau de escolaridade entre nível fundamental incompleto e completo, com renda familiar mensal de 1 a 2 salários mínimos; 34% dos entrevistados são portadores de diabetes entre 13 a 16 anos e 44% têm pé diabético por um período inferior a 2 anos; 58% possuem pouco conhecimento sobre a doença e 25% afirmam não ter conhecimento algum; 55% responderam que a assistência de enfermagem é boa, 56% dos pacientes sofreram algum tipo de amputação dos membros inferiores e 47% não realizam as ações de autocuidado. Concluímos que os pacientes têm baixos salários, portanto passam por dificuldades financeiras e que há um déficit na prática do autocuidado e aumento do número de amputações dos membros inferiores.

**Descritores:** Pé diabético; Autocuidado; Enfermagem.

**Abstract:** A descriptive study about diabetic foot. It's focusing the self care as a determinative factor in the whitewashing in a group de 36 patients registered in the program of diabetes in the University Hospital Presidente Dutra of the Federal University of Maranhão. It has since objectives charactrize the studied population and to know the importance of the selfcare for the patient with diabetic foot. The colletion of data was carried out in the period of january the february of 2003. The result of the research demonstrates that 53% of the patients is of the feminine sex and 47% ar of the masculine, that 61% presents degree of schooling between basic incomplete and complete level; with family monthly income from 1 to 2 minimum wages, 34% of the interviiwed ones is bearers of diabetes between 13 to 16 years and 44% it has diabetic foot for inferior period to 2 years; 58% possuem little knowledge about the disease, 25% affirms someone does not know; 55% answered that the presence of nursing is good, 56% of the patients suffered some type of amputation of the inferior members and 47% did not carry out the actions of selfcare. We end the patients have low salaries, so they pass difficulties financiers and what there is a deficit of in the practice of self care and increase of the number of inferior members amputation.

**Keywords:** Diabetic foot; Self care; Nursing

### INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é um grupo heterogêneo de doenças que alteram a homeostasia através de anormalidades endócrino-metabólicas. Caracteriza-se por distúrbios no metabolismo das proteínas, carboidratos e lipídios decorrentes de uma deficiência relativa ou absoluta de insulina e/ou por sua ação deficiente nos tecidos-alvo. Trata-se de uma doença ainda hoje sem cura, que já atinge a

180 milhões de pessoas diagnosticadas no mundo inteiro.<sup>1</sup>

Atualmente, é considerada um problema de saúde pública devido ao elevado índice de complicações graves que prejudicam não só a qualidade de vida como também a produtividade e sobrevida do indivíduo.<sup>1</sup>

É, também, a terceira causa principal de

1 Mestre em Pedagogia Profissional. Docente da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

2 Mestre em Saúde e Ambiente. Docente da UFMA

3 Mestre em Enfermagem. Docente da UFMA

4 Enfermeiras. Hospital Universitário - Unidade Presidente Dutra - HU/UFMA.

mortes por doença, em especial, as cardiovasculares responsáveis pela diminuição na sobrevivência e causa freqüente de mortalidade desses pacientes<sup>1</sup>. Entretanto, são as lesões dos pés, juntamente com as infecções dos mesmos, que irão responder como principal causa de admissões hospitalares, incapacidade física, morbidade e mortalidade entre os diabéticos.

O diabetes traz não só conseqüências físicas ao indivíduo, como também sociais e econômicas. O alto índice de amputações não-traumáticas dos membros inferiores, associado à dificuldade de cicatrização, requer um maior tempo de internação com conseqüente crescimento dos custos financeiros.

A maioria dos estudos demonstra que os diabéticos são mais suscetíveis a úlceras do que os não-diabéticos. De fato, a má oxigenação tecidual concorre para uma resposta imune inadequada ou, em decorrência da perda de sensibilidade, a pessoa com neuropatia pode não adotar as medidas protetoras necessárias.

O pé neuropático, com alterações isquêmicas, é ainda mais vulnerável, pois, desprovido de defesas protetoras, torna-se alvo perfeito para traumatismos e invasões bacterianas.<sup>2</sup> Portanto, deve-se ficar atento a quaisquer sinais de hiperemia, fissuras ou bolhas para a procura de assistência médica ou de enfermagem, a fim de evitar o agravamento do quadro.

Torna-se, então, necessária a adoção de medidas que visem a proteger o cliente de lesões que poderão progredir para um quadro clínico grave, bem como são de fundamental importância as

informações acerca dessas medidas de proteção, pois educar é transferir conhecimentos e, por meio destes, convencê-los a cumprirem suas dietas, exercícios e prescrições.<sup>3</sup>

O enfermeiro exerce uma função relevante na monitorização, apoio, avaliação e educação. A meta da enfermagem em relação ao cliente com diabetes é reduzir a morbimortalidade com melhora da sua qualidade de vida.

A assistência de enfermagem deverá manter um controle otimizado da glicemia, o mais próximo possível do normal, pois esse cuidado irá impedir a progressão de lesões decorrentes do diabetes. A equipe de enfermagem deverá estimular o cliente quanto às mudanças necessárias para a sua recuperação, ou seja, orientá-lo quanto à importância da adoção de hábitos de vida mais saudáveis, ensinando os cuidados adequados para a prevenção dos problemas nos pés e ainda sua avaliação diária, pois a detecção precoce é uma forma de garantir maior rapidez no tratamento.

A prática do autocuidado contribui efetivamente para a promoção e manutenção da saúde. As pessoas são capazes e desejam desempenhar o auto-cuidado para si e para os membros de sua família, pois o autocuidado é parte da vida necessária à saúde, ao desenvolvimento humano e bem-estar.<sup>4</sup>

O paciente diabético deverá receber especial atenção do enfermeiro por ser mais vulnerável ao agravamento rápido das lesões e possíveis infecções devido à falta de cuidados gerais e de higiene necessários à prevenção. A educação em saúde é um dos instrumentos principais para prevenir tal seqüela.

## MÉTODOS

Estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado no Ambulatório de Endocrinologia do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra, localizado em São Luís - MA, que é uma unidade de referência para todo o Sistema Estadual de Saúde do Maranhão. A população em estudo foi constituída de 36 pacientes, portadores de pé diabético, cadastrados no Programa do Diabético. O estudo teve como base a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, que sistematiza as ações de enfermagem para as necessidades terapêuticas do autocuidado.

Os dados foram coletados nos meses de janeiro e fevereiro de 2003, com pacientes que apresentavam o diagnóstico de diabetes mellitus, do tipo 1 e 2,

nos horários em que os pacientes aguardavam a realização da consulta.

Foi utilizado um questionário com perguntas abertas e fechadas preenchido por meio de entrevista individual e observados os aspectos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96, sendo o projeto avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. A concordância da participação na pesquisa se deu mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os resultados foram analisados, codificados estatisticamente e apresentados sob a forma de figuras.

## RESULTADOS

Quanto às características da população pesquisada, constatou-se que 44% dos pacientes estão com idade superior a 60 anos, 31% na faixa de 50 a 59 anos e 6% de 31 a 40 anos. Identificou-se que 53% são do sexo feminino e 47%, do masculino. Com relação à escolaridade, 14% não alfabetizados, 33% possuem nível fundamental incompleto, 28% fundamental completo e 6% nível médio incompleto. No que diz respeito ao estado civil, 61% da população estudada é casada, 25% é solteira e 14% é viúva.

Em se tratando da renda familiar, 17% dos pacientes não possuem renda fixa (varia de 1 a 2 salários mínimos), 17% recebem 1 salário mínimo, 25% recebem 2 salários mínimos e 33% dos entrevistados ganham de 3 a 4 salários mínimos.

Em relação ao tempo da doença, observamos que 34% dos pacientes têm de 13 a 16 anos como portadores de diabetes, 17% possuem 17 a 20 anos e 8% há mais de 20 anos, perfazendo um total de 59% da população que possui diabetes por um longo

período, ou seja, há mais de 13 anos. Perguntados sobre o tempo que estavam com pé diabético, 44% responderam estarem doentes em intervalo de zero a 2 anos, 31% de 4 a 6 anos, 11%, de 8 a 10 anos e 8% acima de 10 anos.

O tipo de calçado usado pelos pacientes diabéticos é muito importante para a prevenção de agravos à sua saúde, sendo que 44% afirmaram que geralmente usam sapatos abertos; porém 39% afirmaram fazer uso, normalmente, de chinelos tipo “Havaianas”.

No que diz respeito ao tipo de lesão externa apresentada nos pés, 45% da população relataram comprometimento da cicatrização de feridas de origens diversas, 25% apresentaram ulcerações podais, 56% sofreram amputação total ou parcial dos membros inferiores e 44% não se submeteram a qualquer tipo de amputação. Este é um quadro agravante, pois o elevado índice de amputações revela a evolução inevitável do diabetes mal controlado (figura 1).

Quanto aos conhecimentos que a população estudada possui sobre o diabetes, 58% informaram ter pouco conhecimento, 25% afirmam não ter conhecimento, perfazendo um total de 83% de pessoas que possuem pouco ou nenhum conhecimento sobre a doença.

Em relação ao grau de importância da prática

do autocuidado, 83% da população consideram muito importante, 11% consideram pouco importante e 6% não consideram importante (figura 2).

Quanto ao autocuidado, 69% dos entrevistados se consideram capazes de realizar suas atividades de autocuidado e 31% não se julgam com essa capacidade por comprometimento da memória, da acuidade visual, mobilização articular diminuída, comprometimento físico, deficiência de conhecimentos acerca das conseqüências relacionadas à falta de cuidados necessários e recursos financeiros diminuídos. Dos entrevistados 53% relataram que praticam os cuidados preventivos diariamente (inspeção diária, lavagem e secagem cuidadosa dos pés, uso de sapatos confortáveis, uso de cremes hidratantes entre outros). Porém, um índice bastante elevado, 47% da população, afirma que não pratica esses cuidados diariamente, contribuindo dessa forma para o desenvolvimento de infecções (figura 3).

Observou-se que 86% da população estudada afirmam que entendem as orientações dadas pela equipe de enfermagem, 14% revelam que às vezes entendem, mas pedem esclarecimentos e ninguém afirmou que não entende as orientações. Quanto à assistência de enfermagem, 55% dos entrevistados consideram o atendimento bom, 28% acham regular, 11%, satisfatório e 6% consideram excelente (figura 4).

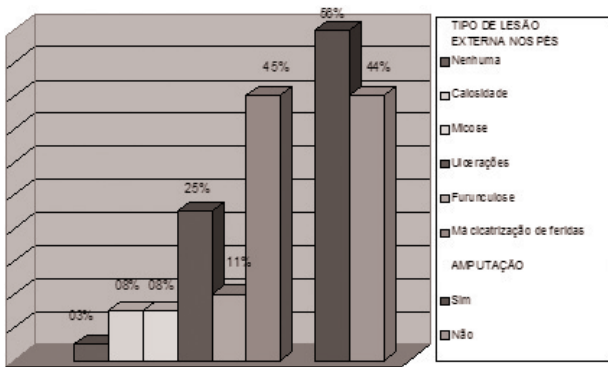


Figura 1 - População segundo tipo de lesão externa nos pés e amputação. Ambulatório de Endocrinologia do HUPD, São Luís-MA, 2003.

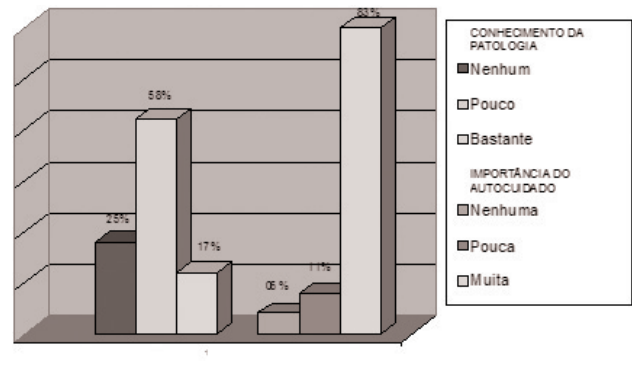


Figura 2 - População segundo conhecimento sobre a patologia e a importância da prática no autocuidado, no Ambulatório de Endocrinologia do HUPD, São Luís-MA, 2003.

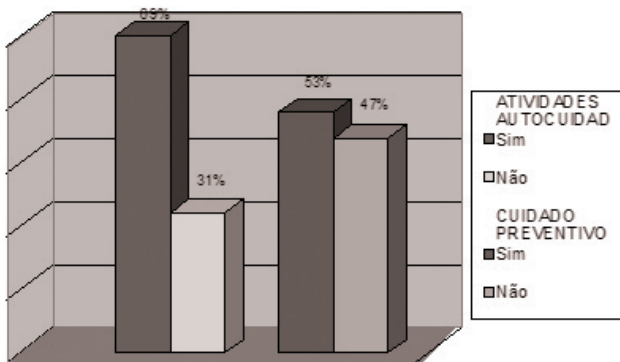


Figura 3 - População segundo capacidade de autocuidado e prática regular dos cuidados preventivos, no Ambulatório de Endocrinologia do HUPD, São Luís-MA, 2003.

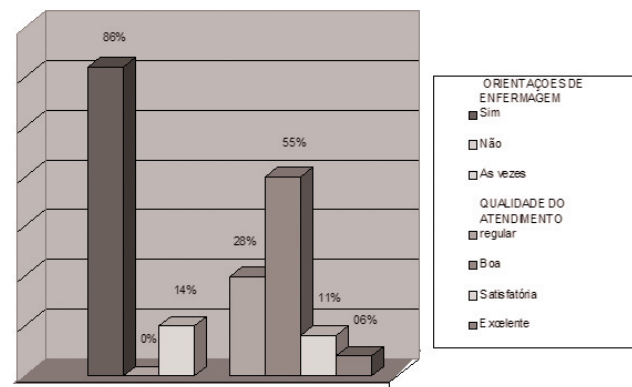


Figura 4 - População segundo entendimento das orientações e qualidade do atendimento de Enfermagem, no Ambulatório de Endocrinologia do HUPD, São Luís-MA, 2003.

## DISCUSSÃO

A maioria dos pacientes estudados, 59%, informou estar com diabetes há 13 anos, 44% têm idade superior a 60 anos, e 45% apresentam comprometimento de cicatrização de feridas diversas, confirmando achados estatísticos que revelam o aumento da prevalência das complicações de acordo com a idade e duração da doença, constituindo-se em características de alto risco para o desenvolvimento de infecções nos pés, a duração do DM por mais de 10 anos e idade superior a 40 anos.<sup>1</sup>

Considerando terem sido encontrados 53% pacientes do sexo feminino e 47% do masculino, a pequena diferença demonstra que o pé diabético acomete homens e mulheres em uma proporção igual.<sup>5</sup>

A baixa escolaridade constitui fator agravante que compromete a capacidade de aprendizado e a realização do autocuidado, influenciando no tratamento e no plano de educação da clientela<sup>1</sup>.

O fato de a maioria dos entrevistados ser casada, é fator positivo, levando em consideração que essas pessoas podem contar com o auxílio do cônjuge em suas tarefas diárias do tratamento

Entre a população estudada, 94% afirmam que não fazem uso de bebida alcoólica, hábito que pode causar hipoglicemia quando ingerida em períodos de jejum, risco esse aumentado quando se tomam insulina e sulfoniluréias. A bebida não deve conter açúcar em sua composição e sua ingestão depois de exercício intenso deve ser evitada. Em caso de pacientes com hipertrigliceridemias, obesos ou em mau controle metabólico seu consumo é totalmente proibido.<sup>3</sup>

A nicotina provoca, no organismo, alterações de artérias e arteríolas, levando à aterosclerose precoce e suas conseqüências. O indivíduo com diabetes deve parar de fumar ou reduzir, se possível, a fim de diminuir a vasoconstrição e melhorar o fluxo sanguíneo.<sup>6</sup>

A incidência de complicações crônicas depende da duração da doença e, principalmente, de seu controle. O tempo de duração do pé diabético pode influenciar na sua classificação, bem como sua profundidade, presença ou não de edema, pulsos distais, infecção e tecido necrosado. Em indivíduos mal controlados poderá rapidamente evoluir para a gangrena e conseqüente necessidade

de amputação.<sup>7</sup>

A grande maioria dos pacientes entrevistados utiliza calçados inadequados que podem provocar lesões nos pés. Todo traumatismo é nocivo e perigoso, por isso os sapatos devem ser macios, nem apertados nem excessivamente folgados. A falta de cuidados apropriados deixa os pés expostos a lesões e traumatismos que podem comprometer a sua integridade, levando a conseqüências desastrosas.<sup>8</sup>

A dificuldade na cicatrização, observada em grande parte da população, ocorre devido ao diabetes mal controlado. Quando existe deficiência no suprimento sanguíneo ou quando há altas taxas de glicose no sangue ou ainda ausência de ácido ascórbico, a produção de fibroblastos e colágenos, essenciais para a cicatrização, fica prejudicada.<sup>5</sup> Um grande número de amputações das extremidades inferiores ocorre anualmente em pessoas diabéticas, e estima-se que mais da metade delas poderiam ser preveníveis através dos cuidados apropriados com os pés.<sup>9</sup> Por vezes uma simples infecção em um artelho pode levar à amputação de membro e a perda da vida.

O diabetes é uma doença crônica que exige uma vida de comportamento e autocontrole especiais, por isso, os pacientes devem não só aprender as atividades de autocuidado diário, como também devem dominar os conceitos e as habilidades necessárias para o tratamento do diabetes a longo prazo e de suas complicações potenciais.<sup>1</sup>

Os pacientes precisam assumir uma grande dose de responsabilidade por seu autocuidado, tornando-se parceiros daqueles que tratam do seu diabetes, que proporcionam a supervisão de enfermagem, da dieta e tratamento médico. É importante avaliar os pacientes quanto a essas barreiras e pedir auxílio aos membros da família quando qualquer tipo de complicação comprometer ou impedir o aprendizado do autocuidado.<sup>10</sup>

Este resultado constitui fator positivo dada a relevância dessas informações. A implicação primordial da Enfermagem é a educação, pois a partir da compreensão da doença e de seu tratamento, a pessoa consegue participar melhor de um plano individualizado de controle.<sup>10</sup>

## CONCLUSÃO

Um índice preocupante detectado na presente pesquisa foi que 56% dos entrevistados sofreram algum tipo de amputação dos membros inferiores e que 47% não realizam as tarefas de autocuidado diariamente. Pelas dificuldades apresentadas o sistema de saúde deve garantir a atenção aos pacientes diabéticos que às vezes por muito pouco perdem os membros e/ou a vida. E, nesse contexto, a Enfermagem tem muito a contribuir considerando que

o planejamento das ações educativas e a orientação adequada facilitará o entendimento e aprendizagem para o autocuidado.

A aplicação dos pressupostos da teoria do autocuidado fortalecerá ainda mais a independência e o interesse dos pacientes, que por serem pessoas portadoras de diabetes necessitam de cuidados especiais.



REFERÊNCIAS

1. Smeltzer SC, Bare BG, Brunner - Suddarth. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
2. Rocha JLL, et al. Aspectos relevantes da interface entre diabetes mellitus e infecção. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 2002 jun; 46(3): 221-229.
3. Fraige FF. *Endocrinologia e metabologia* [capturado 2003 mar 30]. Disponível em: <<http://www.medstudents.com>>.
4. Leopardi MT. *Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática*. Florianópolis: NFR/UFC, Ed.Papa-Livros;1999.
5. Thomaz JB, et al. Pé diabético. *ARS Cvrandi*, 1996 São Paulo; 29(3): 61-104.
6. Nettina, MS. *Prática de enfermagem*. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
7. Oliveira R. *Diabetes dia-a-dia*. Rio de Janeiro: REVINTER;1995. 362 p.
8. Arduino F. *Diabetes melitus*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1980.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de doenças crônico-degenerativas. *Orientações básicas para o diabetes*. 2.ed. Brasília (DF): MS; 1993.
10. Harkness HGR, Dincher J. *Fundamentos e prática da enfermagem: atendimento completo ao paciente*. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

## Estudo comparativo entre os pacientes internados em um serviço de pneumologia no início das décadas de 1990 e 2000

*Comparative study between patients admitted to pneumology service in the beginning of 1990 and 2000 decades*

Antônio Vieira Dias Filho<sup>1</sup>, Érika Sales Lopes<sup>2</sup>, Lívia Arruda de Melo<sup>2</sup>, Renato Palácio de Azevedo<sup>2</sup>, Maria do Rosário Silva Ramos Costa<sup>3</sup>

**Resumo:** As doenças respiratórias constituem a principal causa de internações hospitalares, tendo grandes implicações nos gastos de saúde pública no Brasil. O objetivo desse estudo foi comparar características clínicas e epidemiológicas de pacientes internados no Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Presidente Dutra-HUUFMA no início da década de 1990 com os pacientes do início da década de 2000. Os dados foram obtidos em estudo transversal e descritivo, que incluiu 100 pacientes, e foram analisados no programa Epi-info 6.04. As doenças mais prevalentes na amostra atual foram: pneumonia (20%), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (16%), bronquiectasia (15%), tuberculose (14%) e neoplasia maligna (13%), assim como ocorreu na década de 1990. A distribuição de doenças por faixa etária e sexo foi semelhante nos dois períodos. As doenças mais associadas ao tabagismo foram doença pulmonar obstrutiva crônica (100%), câncer de pulmão (69%) e tuberculose (64%), nas duas amostras. Confirmou-se a carga tabágica de 20 maços/ano como grau de exposição predisponente a doença pulmonar obstrutiva crônica (81%) e ao câncer de pulmão (100%). Os cinco sintomas mais referidos pelos pacientes foram os mesmos nos dois períodos: tosse, dispnéia, expectoração, febre e cefaléia. Observou-se um aumento de 13% para 67% na solicitação de Tomografia computadorizada de tórax e uma redução de 29% para 3% no número de PPD e de 23% para 6% de solicitações de broncoscopia. O maior número de óbitos foi em relação à década de 1990, sendo em sua maior parte por neoplasia maligna em estágio terminal. Não houve diferenças significativas entre os dois períodos de estudo.

**Descritores:** Doenças respiratórias; tabagismo; exames complementares.

**Abstract:** Respiratory diseases are the main cause of hospital admissions, and have great implications on public health expends. The objective of this study was to compare the clinical and epidemiological features of patients admitted to pneumology service of Hospital Universitário Presidente Dutra in the beginning of 1990 decade with patients admitted in the early years of 2000 decade. The data was obtained in an observational, transversal and descriptive study that included 100 patients, and was analyzed using the statistical program Epi Info 6.04. The most prevalent diseases in the recent sample were: pneumonia (20%), COPD (16%), bronchiectasis (15%), tuberculosis (14%) and malignant tumors(13%), as well as occurred in the 1990 decade. The diseases distribution were the same regarding age and sex for the two periods. The diseases most related to smoking were COPD(100%), pulmonary cancer (69%), and tuberculosis (64%), in both samples. We have confirmed the smoking load of 20 packs/year as a level of exposition that predispose to COPD (81%) and lung cancer (100%). The five most related symptoms were the same on both periods: cough, dyspnea, expectoration, fever and headache. We observed a raise of 13% to 67% on the request of Thorax CT and a reduction of 29% to 3% on the number of PPD and of 23% to 6% on bronchoscopy requests. In our sample we have a higher number of deaths compared to the 1990 decade sample, being due in most part to malignant neoplasias in terminal stages. There was not significant results between two study periods.

**Keywords:** Respiratory diseases; tobacco; complementary exams.

### INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias são responsáveis pela maioria das consultas em clínica médica geral, sendo de grande relevância clínica e epidemiológica. Acarretam para o sistema de saúde grande gasto com tratamentos, principalmente nas doenças crônicas,

que necessitam de constantes internações.

Os pacientes com sintomas respiratórios, sempre buscam atendimento médico pelo incômodo que os mesmos determinam, sendo os mais comumente relatados, a dispnéia (falta de ar) e a tosse<sup>1</sup>. Outro

1. Médico. Residente em Cirurgia - Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA

2. Aluno do Curso de Medicina - UFMA

3. Doutora em Pneumologia. Docente da UFMA

grande motivador da busca pelo auxílio médico é o temor de serem marginalizados pela população por estarem com alguma doença respiratória crônica, como a tuberculose, relacionada a um baixo nível sócio-econômico.

As infecções respiratórias, como bronquite, bronquiolite, broncopneumonia e outras formas de pneumonia, são de ocorrência muito comum na prática clínica e patológica. Nesta época de tabagismo, poluição do ar e outros inalantes ambientais, a bronquite crônica e o enfisema tornaram-se extremamente prevalentes, não esquecendo da asma, cuja prevalência mundial situa-se em torno de 10%<sup>2</sup>. A incidência de neoplasia maligna de pulmão vem aumentando, principalmente entre as mulheres. Devemos lembrar que os pulmões geralmente estão comprometidos na maioria das doenças terminais, estando os pacientes freqüentemente apresentando edema pulmonar, atelectasia e broncopneumonia.

Num levantamento epidemiológico realizado em um Hospital Universitário de Caxias do Sul (RS)

por Godoy, et al<sup>3</sup>, a principal causa para internação hospitalar por doença respiratória foi a doença pulmonar obstrutiva crônica-DPOC (41,3%), seguida por pneumonia (29,8 %) e asma brônquica (9,6%), sendo que 145 foram do sexo masculino (63,3%) e 83 do sexo feminino (36,7%). Cento e setenta e três pacientes (75,8%) tinham idade superior a 50 anos.

No início da década de 90 (1992-1996) estudo realizado por Magalhães Júnior<sup>4</sup>, relata uma amostragem estatística de 100 pacientes internados na Enfermaria de Pneumologia do Hospital Universitário Presidente Dutra, em relação às doenças respiratórias mais freqüentes, os sinais e sintomas, condições de alta e os exames complementares mais solicitados.

Desta maneira, justifica-se o presente estudo no sentido de comparar os pacientes estudados por Magalhães Júnior<sup>4</sup> na década de 1990 com os pacientes internados no período de 2001 a 2005, a fim de observar se ocorreram mudanças nas características clínicas e epidemiológicas dos pacientes desses dois períodos.

### MÉTODOS

Estudo transversal e descritivo, tendo como fonte de dados o levantamento dos prontuários dos pacientes internados no Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra - Universidade Federal do Maranhão (HUPD-UFMA), durante o período de 2001 a 2005 e posteriormente, um estudo comparativo com os pacientes internados no início da década de 1990.

Dos 753 prontuários foi selecionada uma amostra aleatória de 100 pacientes, através de sorteio por computador. Os prontuários que não puderam ser localizados (cerca de 16%) foram substituídos por outros.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a março de 2006 por meio de uma ficha

contendo os dados clínicos e epidemiológicos, como: sexo, idade, procedência, escolaridade, história de tabagismo sinais e sintomas, diagnóstico, exames complementares e condição de alta.

Para a realização do estudo o projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário em atendimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados coletados foram analisados no programa Epi-Info 6.04 (CDC, EUA), buscando determinar as porcentagens de cada dado, e a relevância estatística. Os testes de comparação estatística foram o qui-quadrado com nível de significância < 5 %. ( $p < 0,05$ ).

### RESULTADOS

Foram estudados 100 prontuários dos 753 pacientes internados no Serviço de Pneumologia da Clínica Médica do HUPD no período de 2001 a 2005. Quanto ao sexo, houve um ligeiro predomínio do sexo masculino, representando 54% dos pacientes, sem relevância estatística à diferença encontrada em relação ao início da década de 1990. Em relação à faixa etária, encontramos pacientes variando de 15 a 94 anos, com uma média de 54,02 anos.

A pneumonia foi a doença mais prevalente, assemelhando-se ao estudo de Magalhães Júnior<sup>4</sup>, representando 20% das internações, sendo distribuída em todas as décadas de forma quase homogênea. Em seguida as doenças mais freqüentes foram bronquiectasia e tuberculose. Foi feito um cruzamento entre a faixa etária e as doenças mais encontradas, nas décadas em estudo para identificar as variáveis predominantes em cada década (Quadro 1).

No cruzamento dos diagnósticos definitivos com o sexo dos pacientes, observou-se que, embora não tenha havido significância ( $p=0,36$ ), houve tendências,

que se mostraram semelhantes às que foram encontradas no estudo de Magalhães Júnior<sup>4</sup>, tendo maior tendência para o sexo masculino a tuberculose (68%) e a DPOC (56%), e uma tendência para o sexo feminino da bronquiectasia (60%) e da asma (60%).

Na amostra dos pacientes internados no início da década de 2000, 56 declararam história de tabagismo, 41 negaram e em 3 prontuários não constava essa informação. Observou-se predomínio do sexo masculino na população com história positiva para tabagismo, somando 36 casos (64%) dos tabagistas, contra 20 no sexo feminino (36%). Nos prontuários de não tabagista observou-se ligeira predominância do sexo feminino com 58% dos casos. Reafirmando os dados obtidos no trabalho da década de 90.

No cruzamento de doenças pela história de tabagismo, as 16 internações por DPOC (100%) estavam relacionadas a história positiva de hábito tabágico. Percebeu-se também predomínio de tabagista nos pacientes internados por neoplasia maligna de pulmão (69%) e tuberculose (64%). Esses

dados reiteram os obtidos no estudo da década de 90. (figura 1).

No estudo dos sintomas, dados colhidos dos registros da anamnese, o cruzamento dos dados da década de 2000, e os obtidos na década de 1990, foi observado basicamente a mesma ordem de importância nas referências dos sintomas, embora tenha ocorrido maior frequência de relatos de sintomas na década de 2000, talvez por um maior detalhamento das anamneses.

Os sintomas mais referidos pelos pacientes na amostra estudada foram: tosse (86%), dispnéia (81%), expectoração (66%), febre (48%), dor torácica (41%). Os sintomas mais referidos no estudo comparativo na década de 1990 foram os mesmo, embora a dor torácica tenha sido mais valorizada: tosse (55%), dispnéia (55%), dor torácica (44%), expectoração (40%) e febre (39%).

Ao comparar os exames solicitados foram excluídos exames laboratoriais de rotina: hemograma, exame de urina, parasitológico de fezes, bioquímica básica e eletrólitos.

Neste estudo a radiografia simples do tórax foi o exame complementar mais solicitado (99%), seguida da tomografia computadorizada de tórax (67%), exame de escarro (38%), Eletrocardiograma

(35%), espirometria (18%), exame do líquido pleural (13%), exame histopatológico (13%), marcadores tumorais (13%).

No estudo da década de 1990 os exames complementares mais solicitados foram: radiografia de toras (87%), exame de escarro (48%), PPD (29%), broncoscopia (23%), histopatológico (21%), Eletrocardiograma (17%), tomografia computadorizada de tórax (13%).

Em relação ao desfecho da internação, os pacientes, em sua maioria, foram de alta considerados como melhorados (75%). Seis pacientes foram considerados curados (6%), sendo 5 casos de pneumonia e 1 caso de bronquiectasia (lobectomia).

Percebeu-se maior número de evoluções para óbito no estudo referente à década de 2000 (11%), sendo: 5 óbitos pro neoplasia maligna, 2 óbitos por DPOC, 2 óbitos por pneumonia, 1 óbito por edema agudo de pulmão e 1 óbito por hipertensão pulmonar. Os 3 óbitos da década de 1990 foram 1 por neoplasia, 1 por DPOC e 1 por pneumonia.

Esse aumento de óbitos foi atribuído à maior média de idade, com acréscimo de 4 pacientes da faixa etária da 9ª década e de 2 pacientes da 10ª como também ao estágio terminal da maioria dos casos de neoplasias pulmonares diagnosticadas.

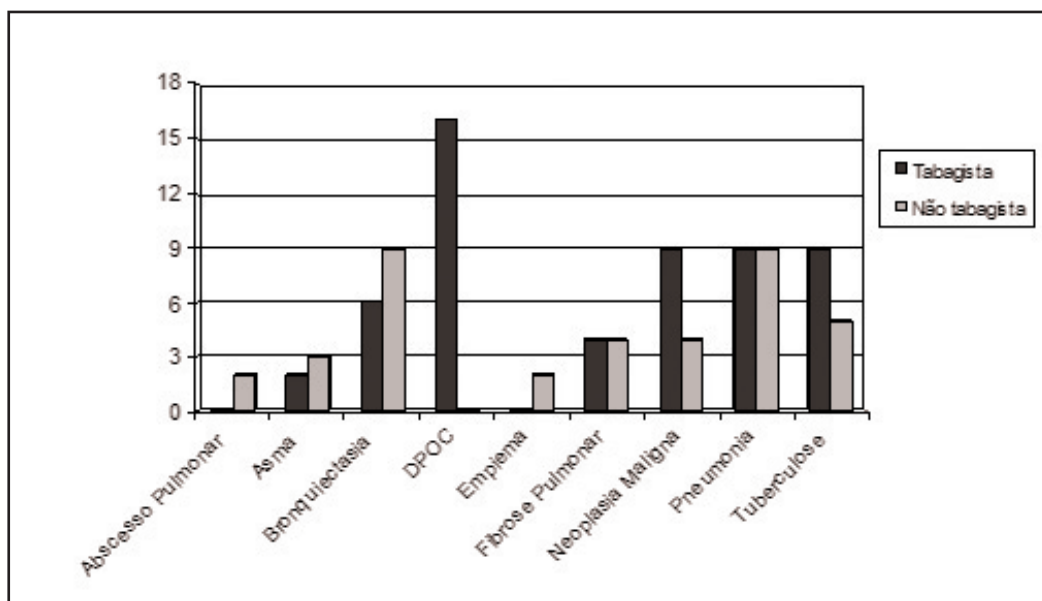
**Quadro 1** - Distribuição das doenças por faixas etárias dos pacientes estudados no início da década de 2000. São Luís-MA. 2006

Diagnóstico	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	Total
Abscesso Pulmonar	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Anemia Ferropriva	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Asma	0	2	1	0	1	1	0	0	0	5
Bronquiectasia	2	2	1	4	1	3	1	1	0	15
DPOC	0	0	0	1	3	5	5	2	0	16
Edema Agudo de Pulmão	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Empiema	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Faringite	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Fibrose Pulmonar	0	0	0	0	4	2	2	0	0	8
Hirpetensão Pulmonar	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Neoplasia Maligna	0	0	0	4	1	3	3	1	1	13
Pneumonia	2	3	2	1	4	2	2	3	1	20
Tromboembolismo Pulmonar	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Tuberculose	1	3	2	2	3	2	1	0	0	14
Total	8	11	8	13	17	19	15	7	2	100

## DISCUSSÃO

Diante dos resultados dos anos de 2001 a 2005, as doenças mais prevalentes foram: pneumonia (20 casos), DPOC (16 casos), bronquiectasia (15 casos), tuberculose (14 casos), neoplasias malignas (13 casos), fibrose pulmonar (8 casos), asma (5 casos). Em comparação com a década de 1990, o estudo encontrou menos casos de tuberculose e mais casos de fibrose pulmonar. As doenças que mostraram uma tendência para o sexo masculino foram: tuberculose (78%) e DPOC (56%). As doenças que proporcionalmente atingiram mais pacientes do

sexo feminino foram: bronquiectasia (60%) e asma (60%). Tendência semelhante ao observado na década de 1990. Quanto ao hábito tabágico reafirmamos os dados da década de 1990, nos quais o sexo masculino mostrou-se mais associado ao tabagismo; a diferença entre mulheres fumantes e não-fumantes não foi significativa nos dois períodos. Vale ressaltar a redução do número de prontuários que não constava a informação acerca da história de tabagismo caindo de 12 para 3 prontuários, o que mostra uma melhora entre esses 2 períodos, uma vez que essa informação



**Figura 1** - Doenças dos pacientes tabagistas e não tabagistas no início da década de 2000. São Luís, Ma - 2006.

é de suma importância na investigação clínica dos pacientes com doenças respiratórias.

As doenças que estiveram mais relacionadas ao tabagismo foram: DPOC (100%), neoplasia maligna de pulmão (69%) e tuberculose (64%). E naqueles com história de tabagismo, 100% das neoplasias estavam associadas a carga tabágica igual ou superior a 20 maços/ano e 81% dos casos de DPOC. Dos 4 casos de neoplasias malignas não associadas ao tabagismo, 3 eram do sexo feminino, cujos cânceres de pulmão estão relacionados ao tabagismo em cerca de 50%<sup>5</sup>.

Dos pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão que fumavam, 100% possuíam uma carga tabágica superior a 20 maços/ano. Daqueles com diagnóstico de DPOC, 81% possuíam uma carga tabágica maior que 20 maços/ano. A carga tabágica superior a 20 maços/ano representa grau de exposição predisponente para DPOC e câncer de pulmão<sup>6</sup>.

Os sintomas mais referidos pelos pacientes foram: tosse (86%), dispnéia (81%), expectoração (66%), febre (48%) e dor torácica (41%). Semelhante ao que ocorreu na década de 1990, embora a dor torácica tenha sido o 3º sintoma mais referido. No estudo de Lima e Lemle<sup>7</sup> no Hospital Clementino Fraga no Rio de Janeiro (RJ) foram encontrados os mesmos sintomas como principais: tosse (85,7%), dispnéia (50%) e dor torácica (43%). Assemelhando

aos resultados encontrados nesse estudo.

Os exames complementares mais solicitados foram: radiografia simples do tórax (99%), seguida da tomografia computadorizada de tórax (67%). Notou-se, então, o avanço da solicitação da tomografia computadorizada de tórax entre as duas décadas, exame este que tem se constituído como padrão-ouro para o diagnóstico de muitas doenças. Talvez esse tenha sido o responsável pela redução no número de broncoscopia, exame mais invasivo e de mais difícil acesso no hospital. Observou-se também uma redução na solicitação do PPD (Prova Tuberculínica) como exame complementar, em parte pelo menor número de casos de tuberculose, mas também pela diminuição da importância desse exame no diagnóstico da tuberculose, já que ele, isoladamente positivo, indica apenas infecção pelo bacilo de Koch e não basta para o diagnóstico de doença<sup>8</sup>. Nos pacientes vacinados pela BCG esse exame pode perder o seu valor. Deve sempre ser solicitado em pacientes infectados com o HIV<sup>2</sup>.

A condição de alta mais encontrada foi: melhorado (75%), assim como na década de 1990 (74%). Embora tenhamos constatado um acréscimo no número de óbitos de 3 casos (início dos anos 1990) para 11 casos (início dos anos 2000).

## CONCLUSÃO

Os dados obtidos através do presente estudo permitem as seguintes conclusões:

1º Não houve diferença entre a prevalência das doenças respiratórias estudadas nas duas décadas. Para ambos os períodos, a pneumonia continuou sendo a doença mais prevalente.

2º Os pacientes do sexo masculino foram mais prevalentes em doenças associadas ao tabaco como DPOC e câncer de pulmão.

3º Houve um aumento do número de solicitações de tomografias computadorizadas de tórax na década de 2000 para melhor esclarecimento diagnóstico.

## REFERÊNCIAS

1. Drazen JD, Weinberger E. *Avaliação do paciente com doença do sistema respiratório*. In: Braunwald E, et al (Ed.). Harrison: Medicina Interna. 15. ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill; 2002;2:1525-1528.
2. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. III Consenso Brasileiro no Manjo da Asma, *Jornal de Pneumologia*, 2002 jun São Paulo; 28(s.1).
3. Godoy DV, et al. Doenças respiratórias como causa de internações hospitalares de pacientes do Sistema Único de Saúde num serviço terciário de clínica médica na região nordeste do Rio Grande do Sul. *Jornal de Pneumologia*, 2001 jul/ago São Paulo; 27(4): 193-198.
4. Magalhães JO. *Amostragem Estatística das Doenças do Aparelho Respiratório de Pacientes Internados no Hospital Universitário Presidente Dutra no Período de 1992 a 1996* [Monografia]. São Luís(MA): Universidade Federal do Maranhão; 1999. 43 p.
5. Instituto Nacional de Câncer - INCA. *Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil em 2006*[capturado 2006 jun 20]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006>.
6. Campos LEM, Cordeiro JG. *Avaliação clínica do sistema respiratório*. In: López M, Laurentys-Medeiros J. *Semiologia Médica: as bases do diagnóstico clínico*. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2004; 1(32): 593-619.
7. Lima FPS, Lemle A. Sinais e sintomas de enfermidade respiratória / Signs and symptoms of respiratory diseases. *J Bras Med* 1993 jan/fev; 64(1/2):75-81.
8. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Encontro Nacional de Tuberculose. *Jornal de Pneumologia*, 2006 jun São Paulo;32(s.3) [capturado 2006 out 20].Disponível://www.jornaldepneumologia.com.br/portugues/suplementos.

## Triagem do vírus HTLV 1 e 2 em gestantes atendidas no pré-natal em São Luis, 2008

*Selection of virus HTLV 1 and 2 in pregnant taken care at the prenatal service in São Luís, 2008*

Verônica Guimarães de Souza<sup>1</sup>, Elba Gomide Mochel<sup>2</sup>, Sâmea Cristina Santos Gomes<sup>3</sup>, Christiane de Sousa Martins<sup>3</sup>, Camila Moreira Santos Silva<sup>3</sup>, Claudyene Pires<sup>3</sup>

**Resumo:** O presente trabalho teve como objetivo identificar a prevalência do HTLV-1 e 2 na triagem de gestantes atendidas no pré-natal de três serviços públicos. A metodologia utilizada foi estudo tipo transversal, realizado entre 11/02 e 03/12/2008, com 2044 gestantes em três serviços públicos de pré-natal, São Luis/MA. As pacientes foram orientadas sobre o estudo e incluídas após assinatura do TCLE e preenchimento do questionário. Participaram gestantes entre 18 e 45 anos, sem história de doenças psiquiátricas, hipertensão arterial, nefropatia, diabetes e outros que caracterizariam necessidade de pré-natal especializado. A amostra foi calculada em 2041, poder do teste de 95%, erro absoluto de 5%, foi usado programa Stata 9.0, realizado teste qui quadrado e aceito  $p < 0,05$  (95%) como limite para significância. O projeto foi aprovado pelo CEP/HUUFMA. Na triagem usou-se coleta de sangue digital em papel filtro e processada no laboratório do NUPAD - MG, para ser submetida à técnica de ensaio imunoenzimático. As gestantes que apresentaram resultado alterado foram contatadas para nova coleta de sangue venoso periférico para testes confirmatórios western blot e PCR. A pesquisa foi finalizada com 2044 gestantes avaliadas, sendo que 7 gestantes apresentaram resultados alterados, 01 indeterminado e 06 positivos, mostrando prevalência de 0.3% de resultados alterados. Sendo assim concluímos que a amostra estudada revelou que apesar de não ter sido identificada alta prevalência, faz-se necessário estudos mais amplos e que contemplem outros extratos da população para se identificar a realidade da presença do vírus no Estado do Maranhão.

**Descritores:** HTLV 1 e 2; Gestantes; Prevalência.

**Abstract:** This research had objective to identify the prevalence of HTLV-1 and 2 in the selection of pregnant taken care of in the prenatal one of three public services. It was used a transversal study, carried through between 11/02 and 03/12/2008, with 2044 pregnant in three public services of prenatal, São Luís/MA. Patients had been guided on the study and enclosed after signature of the TCLE and filling of the questionnaire. They had participated pregnant between 18 and 45 years, without history of psychiatric illnesses, high blood pressure, kidney pathology, diabetes and others that would characterize specialized necessity of prenatal. The sample was calculated in 2041, to be able of the test of 95%, absolute error of 5%, was used program Stata 9,0, carried through test qui squared and accepted  $p < 0,05$  (95%) as limit for significance. In the selection collection of digital blood in processed paper was used filter and in the laboratory of NUPAD - MG, to be submitted to the technique of imunoenzimático assay. The pregnant that had presented resulted modified had been contacted for new collection of peripheral vein blood for confirmatory tests western blot and PCR. Of the 2044 evaluated pregnant, 7 pregnant had presented resulted modified, 01 indeterminate and 06 positives, showing prevalence of 0.3%. The sample disclosed that although not to have been identified high prevalence, becomes necessary ampler studies and that they contemplate other extracts of the population to identify the reality of the presence of the virus in the State of the Maranhão.

**Keywords:** Human T-Lymphotropic virus; Pregnant women; Dagnosis serum.

### INTRODUÇÃO

Os vírus linfotrópicos humanos dos tipos 1 e 2 foram os primeiros retrovírus humanos identificados, no início dos anos 80. Em regiões consideradas endêmicas como Caribe, África e sudoeste do Japão, as taxas de prevalência do anticorpo anti-HTLV-1 e 2

varia de 3 A 15%, sendo maior em idosos e mulheres<sup>1</sup>. O vírus HTLV 1 é classificado em 4 subtipos principais: o cosmopolita, africano, japonês e melanesiano<sup>2</sup>.

Esta classificação leva em conta a origem geográfica, mas não está relacionada com o tipo de

1. Enfermeira. Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil - UFMA.

2. Doutora em Enfermagem. Docente da UFMA.

3. Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem - UFMA. Bolsistas do CNPq.

sintomatologia<sup>3</sup>. Entretanto, aparentemente mais de 90% dos infectados permanecem assintomáticos e somente 3-5% desenvolvem alguma doença durante suas vidas. Este fato pode ser dependente de fatores desconhecidos (genéticos, demográficos, ambiental e/ou outros) que poderiam variar de acordo com a localização geográfica<sup>4</sup>.

Em regiões consideradas endêmicas como o Caribe, África e sudoeste do Japão, as taxas de prevalência do anticorpo HTLV-1/2 são de 3 a 15%, sendo maiores em idosos e mulheres<sup>5</sup>. A presença do HTLV-1/2 tem sido documentada na maioria dos países sul-americanos e o vírus pode ser considerado endêmico no continente<sup>6</sup>. A distribuição do HTLV 1 e 2 em populações ameríndias configura-se em um agrupamento do tipo 1 nas montanhas Andinas e Costa Brasileira, enquanto tipo 2 predomina em planícies da América do Sul<sup>7, 8</sup>.

O diagnóstico da infecção pelo vírus HTLV-1 é feito pela triagem com a utilização de testes sorológicos para detecção de anticorpos contra o vírus (ELISA ou aglutinação) e os de confirmação, cujo teste mais utilizado é o Western blot, no entanto este em algumas situações não consegue confirmar e/ou discriminar qual dos dois tipos do vírus está presente<sup>3</sup>. Sendo assim os testes moleculares que detectam a presença de ácidos nucleicos ou ribonucleicos do vírus, pela reação em cadeia de polimerase (PCR), permitem a diferenciação pois não dependem da produção de anticorpos contra o vírus, já que detectam o material genético do próprio vírus<sup>2, 3, 4</sup>.

É importante lembrarmos que estudos anteriores que utilizavam apenas testes sorológicos podem ter subestimado a real prevalência do vírus na população estudada, podendo ter ocorrido erro diagnóstico, pois são testes que são dependentes da disponibilidade e apresentação dos anticorpos da pessoa.<sup>1, 3</sup>

A transmissão do vírus HTLV 1 ocorre por contato sexual sem uso de preservativo, sangue, uso de drogas injetáveis e por via vertical através essencialmente do aleitamento materno. Por via sexual a transmissão é mais efetiva do homem para a mulher podendo chegar a 60,8% contra 0,4% da

mulher para o homem segundo um estudo conduzido no Japão.<sup>1, 3, 5</sup>

Outra via importante de transmissão do vírus é a via hematogênica, através do sangue e seus derivados, cuja taxa de transmissão já chegou a 12% principalmente até antes de ser obrigatória triagem sorológica do vírus nas doações de sangue nos hemocentros. No Brasil tornou-se obrigatória a triagem a partir de 1993<sup>9, 10</sup>.

O compartilhamento de seringas entre usuários de drogas injetáveis, e que sejam portadores do vírus, apresentando linfócitos infectados é uma forma de transmissão do vírus, alcançando a prevalência de 8 a 28%, mas nesta o predomínio é do vírus tipo 2 em relação ao tipo 1, e tal fato mostrou-se mais evidente em países da Europa<sup>6</sup>.

A última forma de transmissão é a via vertical, mulheres soropositivas podem transmitir o vírus por via transplacentária (bem menos freqüente) e através de aleitamento materno natural<sup>10, 11, 12</sup>. O tempo de aleitamento materno também se caracteriza como fator determinante para a taxa de transmissão; quanto maior o tempo de aleitamento, maior é a prevalência de filhos de mães soropositivas serem também soropositivos<sup>1, 2, 6, 10, 11, 12, 13, 14</sup>.

Dentre os indivíduos infectados pelo vírus HTLV tipos 1 e 2 no mundo, as estimativas indicam que o Brasil possui o maior número absoluto<sup>3, 12</sup>. Desde 1989 vários estudos registram a ocorrência do vírus HTLV 1 e 2, além de doenças associadas a estes vírus no Brasil<sup>3, 7, 12</sup>. Estima-se que dois milhões de brasileiros estejam infectados pelo vírus HTLV, sendo a prevalência variável nos diversos estados brasileiros, com um gradiente sul-norte, sendo os estados da Bahia, Pernambuco, Pará e Maranhão considerados de alta endemicidade para estes vírus<sup>7, 12</sup>.

Tal fato reforçou a necessidade de realização de estudo que identificasse a prevalência do vírus HTLV 1 e 2 em gestantes em três serviços públicos de pré-natal, visto que o exame não é realizado como rotina no Estado do Maranhão apenas na triagem de doações de sangue no Hemocentro, como sorologia obrigatória desde 1993.

## MÉTODOS

Para realização da pesquisa definiu-se o estudo como transversal, descritivo, no período de fevereiro a dezembro de 2008 em três serviços público de pré-natal; sendo um hospital Universitário e duas maternidades estaduais. Foram incluídas na amostra mulheres grávidas, com idade entre 18 e 45 anos, atendidas nestes serviços de pré-natal dentro do período referido e que concordassem em participar do estudo após serem abordadas e informadas sobre o objetivo do mesmo; somente participaram após a aceitação e assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cujo projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Os fatores de não inclusão foram definidos como mulheres grávidas com necessidade de pré-natal especializado devido às

questões clínicas e emocionais já envolvidas, grávidas com distúrbios psiquiátricos, estados depressivos previamente diagnosticados por terem prejudicada sua capacidade de discernimento e decisão quanto à participação no estudo.

A amostra foi calculada em 2041 gestantes, baseada na prevalência de HTLV em gestantes já encontradas em alguns estados brasileiros e outras partes do mundo; sendo assim a média de prevalência ficou em 2.4%. A população foi considerada infinita, com poder do teste de 95% e um erro absoluto de 5%, os dados foram trabalhados com auxílio do programa Stata 9.0 para avaliação de variáveis como idade, procedência e outras, pelo teste do c2 em tabelas de contingência de dupla entrada. Foram abordadas 2070 gestantes, 1256 gestantes no pré-natal "A", 739



no pré-natal “B” e 78 no pré-natal “C”, sendo que 26 (1,27%) recusaram participação na pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por 5 pesquisadoras, sendo 01 mestranda e 4 alunas da graduação. Estas foram orientadas, treinadas e supervisionadas pela mestranda. A coleta constituiu-se de preenchimento de questionário composto de perguntas fechadas assim como coleta de sangue capilar em papel filtro com utilização dos EPI's pertinentes. Cada papel filtro recebeu identificação da paciente com nome e numeração. O material foi mantido por até 04 horas em temperatura ambiente, posição horizontal para secagem e posteriormente armazenado em caixa de isopor dentro de refrigerador.

**RESULTADOS**

Das 2044 gestantes avaliadas, 7 (0.3%) gestantes apresentaram resultados alterados na fase de triagem, 01 indeterminado e 06 positivos. A média de idade foi 25 anos (figura 1); 35.12% são solteiras com companheiros, 41.10% de cor da pele parda, 55.56% das gestantes com ensino médio completo nasceram em São Luis p=0.001 (figura 2); 54.21% iniciaram atividade sexual ente 15 e 18 anos, 49.12%

A seguir foi enviado por correio para o laboratório de Triagem Neonatal – NUPAD da UFMG, Belo Horizonte, onde todas as amostras de sangue em papel de filtro foram testadas para detecção de anticorpos IgG maternos anti-HTLV utilizando o kit Q-PREVEN HTLV 1+2 - DBS da BIO-OXFORD. É um teste de imunoenensaio enzimático (ELISA) que foi desenvolvido especificamente para a detecção de anticorpos anti-HTLV-1 e/ou HTLV-2 em amostras de sangue seco coletadas em papel filtro S&S 903.

A paciente cuja amostra apresentou resultado indeterminado ou positivo foi contatada para nova coleta de sangue periférico para testes confirmatórios, caracterizando a segunda etapa.

das gestantes na faixa etária de 21 a 25 anos relataram não usar com freqüência preservativo nas relações sexuais e 38.64% daquelas com idade entre 26 e 30 anos nunca usam preservativo nas relações sexuais, revelando correlação estatsicamente significativa p=.000 (figuras 1 e 3); 54,99% são primigestas, 15,22% foram amamentadas pelas mães e outras pessoas.

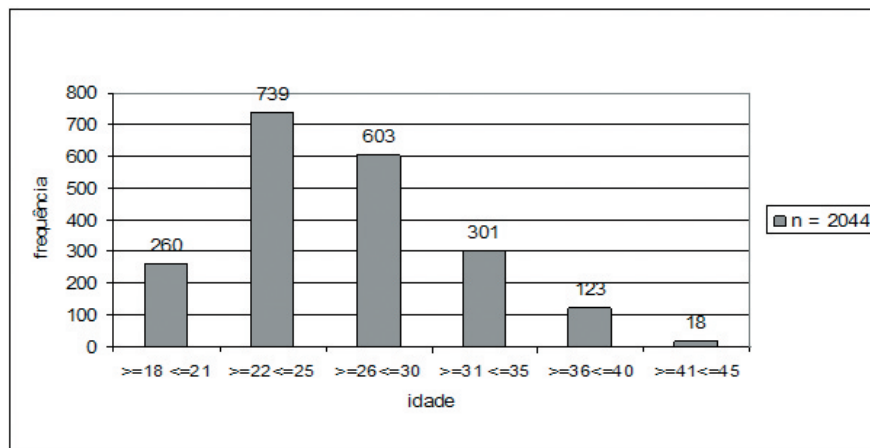


Figura 1 – Distribuição gestantes segundo a faixa etária, São Luís – 2008

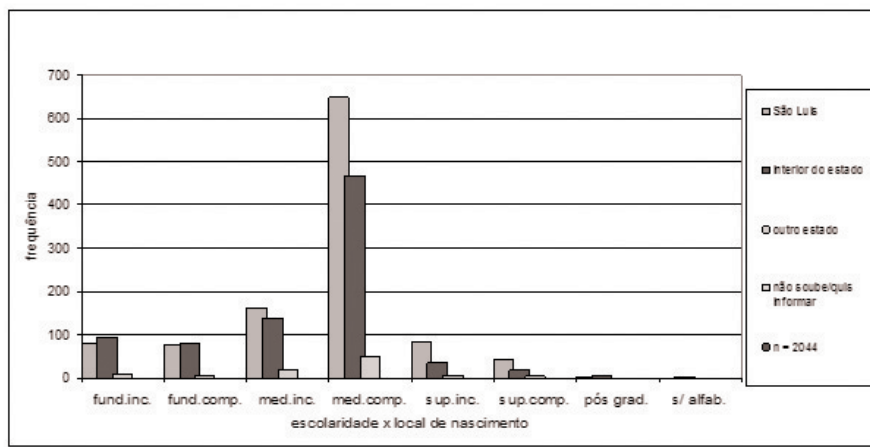


Figura 2 – Distribuição das gestantes segundo escolaridade e local de nascimento. São Luís – 2008.

Pearson chi2(18) = 44.3369 Pr = 0.001

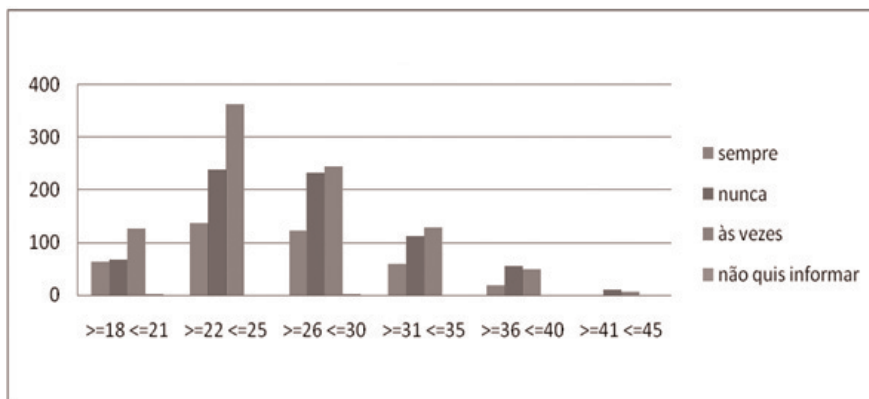


Figura 3 – Distribuição das gestantes submetidas à triagem, segundo faixa etária e uso de preservativo, São Luís – 2008.  
 Pearson  $\chi^2(15) = 42.1804$  Pr = 0.000

Dentre as gestantes, 31.9% dessas que já tiveram filhos, referiram já ter praticado aleitamento cruzado. Quanto ao uso de drogas ilícitas, 65.63% (21) já usaram ou usam drogas ilícitas e tem/tiveram relacionamento com parceiros usuários de drogas, 10.93% tem/tiveram relacionamento com parceiro usuário de drogas, mostrando significância estatística  $p=0.000$  (Tabela 1). Quanto ao uso do preservativo e

sua relação com o resultado do exame de triagem para o vírus HTLV 1 e 2 entre as gestantes pesquisadas, não houve correlação estatisticamente significativa  $p=0.778$ . Entretanto a cor da pele mostrou correlação estatística e de significância ( $p=0.004$ ) entre as gestantes, principalmente naquelas cujos resultados foram alterados na triagem, conforme ilustram os gráficos 1, 2 e 3 e as tabelas 1, 2 e 3.

Tabela 1 - Distribuição das gestantes segundo uso de drogas ilícitas e/ou parceiros, São Luis – 2008.

Uso de drogas ilícitas pela gestante	Uso de drogas ilícitas pelo parceiro					Total
	Sim		Não		Não sabe / não quis informar	
	f	%	f	%	f	%
Sim	21	65,63	11	34,38	-	32
Não	219	10,93	1692	84,47	92	4,59
Não sabe / não quis informar	-	-	8	88,89	1	11,11
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>11,74</b>	<b>1711</b>	<b>83,71</b>	<b>93</b>	<b>4,55</b>
						<b>2044 100,00%</b>

Pearson  $\chi^2(4) = 93.0868$  Pr = 0.000

Tabela 2 - Distribuição das gestantes segundo uso de preservativo e resultado do teste ELISA p/ o vírus HTLV, São Luis - 2008.

Uso de preservativo	Resultado do ELISA p/HTLV em gestantes					Total
	Positivo		Negativo		Indeterminado	
	f	%	f	%	f	%
Sempre usa	2	0,49	404	99,51	-	406
Nunca usa	3	0,42	714	99,58	-	717
Usa às vezes	1	0,11	914	99,78	1	0,11
Não sabe / não quis informar	-	-	5	100	-	5
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>0,29</b>	<b>2037</b>	<b>99,66</b>	<b>1</b>	<b>0,05</b>
						<b>2044</b>

Pearson  $\chi^2(6) = 3.2386$  Pr = 0.778

**Tabela 3** - Distribuição das gestantes segundo resultado do teste ELISA p/ o vírus HTLV e cor da pele\*, São Luis - 2008.

Cor da pele*	Resultado do ELISA p/HTLV em gestantes						
	Positivo		Negativo		Indeterminado		Total
	f	%	f	%	f	%	
Branca	1	0,33	302	99,67	-	-	303
Preta	-	-	336	100	-	-	336
Cor de índio	-	-	25	100	-	-	25
Amarela	-	-	78	98,73	1	1,27	79
Parda	2	0,24	838	99,76	-	-	840
Outros	3	0,70	426	99,30	-	-	429
Não sabe / quis informar	-	-	32	100	-	-	32
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>0,29</b>	<b>2037</b>	<b>99,66</b>	<b>1</b>	<b>0,05</b>	<b>2044</b>

Pearson  $\chi^2(12) = 28.7846$  Pr = 0.004

\* Cor da pele auto referida

## DISCUSSÃO

Este estudo descreve e analisa características sociodemográficas, epidemiológicas e comportamentais de 2044 gestantes submetidas à triagem do vírus HTLV 1 e 2. A prevalência encontrada nesta amostra foi de 0,3%, três vezes maior do que a encontrada no estudo de prevalência da infecção pelo HTLV no estado de Mato Grosso do Sul (0,1%)<sup>10</sup>, contudo próxima ao encontrado em estudos brasileiros e de países de menor prevalência. Em populações endêmicas para a infecção, as taxas de prevalência são mais elevadas, como no Japão (3,7; 5,4%)<sup>7, 8</sup> Guiana Francesa (4,4%)<sup>9</sup>, Peru (2,3%)<sup>10</sup> e Jamaica (2%)<sup>11</sup>. No entanto, em países não endêmicos, as taxas de prevalência são acentuadamente menores, como na Espanha (0,064%) e Reino Unido (0,39%)<sup>11</sup>.

Em outros estudos nacionais de prevalência da infecção pelo HTLV, foram obtidos resultados diversos: em mulheres pesquisadas em Salvador /BA (0,84%)<sup>12</sup> e Botucatu (SP) (0,1%)<sup>13</sup>, que mostram

proximidade com a taxa de prevalência encontrada entre as gestantes sul-mato-grossenses (0,1%)<sup>10</sup>. Não houve significância estatística na correlação do resultado da triagem com estado civil ou faixa etária, com p valor de 0,760 e 0,820 respectivamente, fato que concorda com um estudo conduzido no Recôncavo baiano com 408 gestantes<sup>15</sup>. Por outro lado, a cor da pele mostrou significância estatística, com p valor de=0.004, embora tenha sido auto referida o que impossibilitou a comparação deste resultado com outros estudos onde o avaliador era o determinante da cor da pele da paciente.

Quanto ao uso de preservativo 80,14% afirmaram nunca usar ou não usar frequentemente o dispositivo em relações sexuais; valor compatível com estudo realizado entre mulheres com sorologia positiva o vírus HTLV em Salvador (2007), onde 86.1% das mulheres assintomáticas também afirmaram uso irregular ou não uso de preservativo sexual<sup>16</sup>.

## CONCLUSÃO

A amostra estudada revelou que as gestantes apresentam características que justificam a triagem do vírus HTLV 1 e 2 durante o pré-natal, no entanto são necessários estudos mais amplos e de outros extratos de faixa etária ou estudo populacional para identificar a real situação da presença do vírus no Estado do

Maranhão. Resultados mais expressivos podem nortear a avaliação da necessidade de implantação da triagem desse como obrigatória no pré-natal, visto a suma importância na prevenção da transmissão vertical do vírus HTLV, possibilitando medidas preventivas para evitar outras vias de transmissão.

## REFERÊNCIAS

- Catalan-Soares BC, Proietti FA, Carneiro-Proietti ABF. Human T-cell lymphotropic viruses (HTLV) in the last decade (1990-2000): epidemiological aspects. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2001;4(2):81-95.
- Carneiro-Proietti A B. HTLV-I Associated Infective Dermatitis may be an Indolent HTLV-I Associated Lymphoma. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 2000;4:101-102.
- Proietti FA, Carneiro-Proietti AB, Catalan-Soares B, Murphy E. Global Epidemiology of HTLV-1 infection and associated diseases. *Oncogene*, 2005, Inglaterra;24:6058-6068.
- Colin DD, Alcantara LCJ, Santos FLN, Uchoa R, Tavares-Neto J. Prevalência da infecção pelo vírus linfotrópico humano de células T e fatores de risco associados à soropositividade em doadores de sangue da cidade de Rio Branco, AC, Brasil (1998-

- 2001). *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2003;36(6): 677-683.
5. Catalan-Soares BC, Carneiro-Proietti ABF, Proietti FA. HTLV-I/II and blood donors: determinants associated with seropositivity in a low risk population. *Revista de Saúde Pública* 2003;37(4):470-476.
  6. Carneiro-Proietti AB, Catalan-Soares B, Proietti FA, GIPH. HTLV in South America: is it a public health concern?. *Journal of Biomedical Sciences*, 2002 Basel Suíça; 2002;9: 587-595.
  7. Carneiro-Proietti AB, Proietti FA, Catalan-Soares B. Os vírus linfotrópicos de células T humanas (HTLV) na última década (1990-2000)-Aspectos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2001;4 (2): 81-95.
  8. Carneiro-Proietti AB, Ribas JG, Catalan-Soares B, Martins ML, Brito-Melo G, Martins-Filho O, Pinheiro SR, Proietti FA, GIPH; et al. Infecção e doença pelos vírus linfotrópicos humanos de células T (HTLV-I/II) no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2002;35: 499-508.
  9. Coelho-dos-Reis JGA, Rocha RDR, Brito-Melo GEA, Ribas JG, Carneiro-Proietti ABF, Catalan-Soares B, Barbosa-Stancioli EF, Grupo Interdisciplinar de Pesquisas em HTLV, Martins-Filho AO. Avaliação do desempenho de parâmetros imunológicos como indicadores de progressão clínica da infecção crônica pelo HTLV-1. *Rev Soc Bras Med Trop*, 2007 jan/feb Uberaba;40(1).
  10. Catalan-Soares B, Carneiro-Proietti AB, Proietti, FA, GIPH. Heterogeneous geographical distribution of Human T Cell lymphotropic viruses I and II (HTLV-I/II): serological screening prevalence rates in blood donors from large urban areas in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2005 ;21:926-931.
  11. Figueiró-Filho EA, Lopes AHA, Senefonte FRA, Souza Junior VG, Botelho CA, Duarte G. Infecção pelo vírus linfotrópico de células T humanas e transmissão vertical em gestantes de estado da Região Centro-Oeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2005;27(12):719-25.
  12. Santos JID, Lopes MADA, Deliége-Vasconcelos E, Couto-Fernandez JC, Patel BN, Barreto ML, et al. Seroprevalence of HIV, HTLV-I/II and other perinatally-transmitted pathogens in Salvador, Bahia. *Rev Inst Med Trop São Paulo* 1995; 37(4): 343-8.
  13. Olbrich Neto J, Meira DA. Soroprevalência de vírus linfotrópico de células T humanas, vírus da imunodeficiência humana, sífilis e toxoplasmose em gestantes de Botucatu – São Paulo – Brasil: fatores de risco para vírus linfotrópico de células T humanas. *Rev Soc Bras Med Trop*, 2004 jan/feb;37(1).
  14. Bittencourt AL. Vertical transmission of HTLV-I/II: a review. *Rev Inst Med Trop*, 1998 S. Paulo;40(4).
  15. Magalhaes TS. Prevalência da infecção pelo vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV) tipo-1 em gestantes de uma cidade do Recôncavo Baiano. *Rev Bras Ginecol Obstet* [online]. 2007;29(3):166-166[acesso em: 2007 dez 10]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032007000300012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032007000300012&script=sci_arttext).
  16. Moxotó I, boa-Sorte N, Nunes C, Mota A, Dourado AD, Galvão-Castro B. Perfil sociodemográfico, epidemiológico e comportamental de mulheres infectadas pelo HTLV-1 em Salvador-Bahia, uma área endêmica para o HTLV. *Rev Soc Med Trop*, 2007 jan/feb Uberab;40(1).

## Prevalência de sintomas respiratórios sugestivos de asma em pacientes adultos atendidos em unidades de emergência. São Luís - MA, Brasil

*Prevalence of suggestive asthma's respiratory symptoms in adult patients attended in emergency units of São Luís - MA, Brazil*

André Pereira Cabral<sup>1</sup>, Aline Angélica Guimarães de Almeida<sup>2</sup>, Andréia Caroline Araújo de Sousa<sup>2</sup>, Fernando Moreira da Silva Neto<sup>2</sup>, Maria do Rosário da Silva Ramos Costa<sup>3</sup>

**Resumo:** A asma é uma doença crônica complexa com muitos fenótipos clínicos em adultos e crianças, o que tem implicações para a prevenção, diagnóstico e tratamento. Este trabalho tem como objetivo estudar a prevalência de sintomas respiratórios sugestivos de asma em pacientes adultos atendidos em unidades de emergência de São Luís-MA. Investigou-se dados relacionados ao sexo, idade e tratamento utilizado no setor de emergência. Estudo descritivo, retrospectivo, em quatro unidades de emergência, analisando dados relativos ao ano de 2002. Verificou-se que do total de 127.433 das fichas clínicas analisadas 5% tinham sinais ou sintomas sugestivos de asma; 54% dos pacientes eram do sexo feminino; 39% dos pacientes estavam em faixa etária entre 20 e 39 anos; no que se refere aos sinais e sintomas, foi encontrado o termo "cansaço" em 30,36% das fichas e a definição asma em metade 49,01% das fichas. O esquema de terapia mais utilizado foi a terapia dupla, com 47,%; mas o esquema mais utilizado, foi a combinação com bronco dilatador adrenérgico, bronco dilatador não-adrenérgico e corticóide, em 34% dos casos; a classe de drogas mais utilizada foi o bronco dilatador adrenérgico, em 93% dos pacientes. O estudo mostrou que a prevalência de asma em São Luís-MA é equiparada com a de outros locais no mundo. Os muitos termos utilizados para definir asma, mostram uma indefinição médica quanto ao diagnóstico; e o tratamento em São Luís difere do tratamento em outros estudos, pela prioridade da terapia dupla ou tripla, e do pouco uso de corticóide isolado ou na terapia dupla.

**Descritores:** Asma; Prevalência; Terapêutica; Sinais; Sintomas.

**Abstract:** The asthma is a complex chronic disease with many clinical phenotypes in adults and children. Thus having implications on the prevention, diagnosis and treatment of this illness. This article has the objective to study the prevalence of suggestive asthma's respiratory symptoms in adult patients attended in emergency units of São Luís. Furthermore we studied the data related to gender and age of the patients, and treatment prescribed on those emergency units. It was made a descriptive, retrospective study, in four emergency units of São Luís, analyzing the data related to the year of 2002. On the study we found out that 5% of the analyzed clinical files had signals or symptoms suggestive of asthma; according to the gender, 54% of the patients were of the female sex; 39% of the patients were between 20 and 39 years of age; as for the signals and symptoms, we found the term "fatigue" in 30,36% of the files and the definition asthma in almost half (49.01%) of the files. The most prescribed therapy was the double therapy, with 47%; and the drug combination of BD adrenergic, BD non-adrenergic and corticosteroids were seen in 34% of the cases; the most used drug class was the BD adrenergic, seen in 93% of the patients. Thus, the study showed that the prevalence of asthma in São Luís is equally compared with other places around the world. The many different terms used to define asthma, show a medical unreliability about the diagnosis; and the treatment in São Luís differs from the treatment in other studies for the priority of the double or triple therapy, and for the low isolated corticosteroids use or its use in the double therapy.

**Keywords:** Asthma; Prevalence; Therapy; Signals; Symptoms.

### INTRODUÇÃO

A asma é uma doença crônica considerada complexa com muitos fenótipos clínicos em adultos e crianças, o que tem implicações para a prevenção, diagnóstico e tratamento.

O diagnóstico da asma deve ser baseado em condições clínicas e funcionais e na avaliação da alergia. São indicativos de asma: 1) um ou mais dos seguintes sintomas: dispnéia, tosse crônica,

1. Médico.

2. Aluno do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

3. Doutora em Pneumologia. Docente da UFMA

sibilância, aperto no peito ou desconforto torácico, particularmente à noite ou nas primeiras horas da manhã 2) sintomas episódicos, 3) melhora espontânea ou pelo uso de medicações específicas para asma (broncodilatadores, antiinflamatórios esteróides), 4) diagnósticos alternativos excluídos<sup>1</sup>.

Entretanto o diagnóstico de asma não é realizado corretamente em muitos pacientes. O diagnóstico é simples quando na presença de múltiplos ataques de chiado, precipitados por estímulos específicos e aliviados pelo uso de broncodilatadores. Mas dificuldades podem surgir nos extremos de gravidade da doença. Achados encontrados na asma leve são comuns na população geral, como chiado eventual precipitado por resfriados. Na asma grave, a função pulmonar pode não retornar ao normal entre os ataques, o que traz dificuldade para separar asma de outras doenças obstrutivas crônicas como Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC e bronquiolites<sup>2</sup>.

Pesquisas epidemiológicas utilizam amplamente questionários escritos sobre sintomas respiratórios para medir a frequência de asma na população. Entre os estudos populacionais mais abrangentes para comparação de prevalências de asma estão o International Study of Asthma and Allergies in Childhood<sup>3</sup> que estabelece métodos padronizados para pesquisas em crianças e adolescentes, e o European Community Respiratory Health Survey<sup>4</sup> desenhado para investigação epidemiológica em adultos jovens (20 a 44 anos), ambos implementados na década de 1990.

No Brasil, o protocolo ISAAC<sup>3</sup> já foi utilizado em algumas regiões, após a tradução e validação do questionário, enquanto da população adulta ainda não dispomos de qualquer informação epidemiológica comparável em nosso meio<sup>5</sup>. O Projeto de Maçaira, et al.<sup>5</sup> buscou um escore para o módulo de asma padronizado escrito do ISAAC<sup>3</sup>, em contraposição ao diagnóstico clínico e funcional, propondo uma nota de corte capaz de discriminar adultos asmáticos.

É importante a padronização dos instrumentos de medida e da nomenclatura utilizada para a doença asma, para podermos obter informações relevantes

sobre o comportamento dessa condição e sobre os fatores de risco suscetíveis de prevenção. A falta de um marcador biológico ou fisiológico exclusivo da asma, ou ainda a falta de especificidade dos sintomas de asma e a variabilidade de expressão clínica da doença entre os pacientes ou em um mesmo paciente, tornam essas definições insatisfatórias por serem mais descritivas do que assertivas<sup>6</sup>.

Segundo o ISAAC<sup>3</sup> o Brasil encontra-se em 8º lugar no ranking mundial, com uma prevalência média de asma de 20% em crianças. A prevalência da asma em adultos jovens e em idosos, varia entre 4 e 9 %, a morbidade e mortalidade são maiores nos pacientes mais velhos. A taxa de morte atribuída à asma é 14 vezes maior para pessoas com 65 anos ou mais velhas quando comparada com a faixa etária de 18 a 35 anos, com 89,8 mortes versus 6,3 mortes por milhão, respectivamente<sup>7</sup>.

No Brasil, a asma aguda é responsável por aproximadamente 12% do atendimento em serviço de emergência em adultos e 16% em crianças<sup>2</sup>.

Estima-se que 60% dos casos de asma sejam intermitentes ou persistentes leves, 25% a 30% moderados e 5% a 10% graves. Os asmáticos graves são a minoria, mas representam a parcela maior em utilização de recursos<sup>1</sup>.

No Brasil, poucos trabalhos informam sobre a prevalência da asma, apesar de ter dados que mostram um aumento no número de internações e indícios de que esta prevalência esteja aumentando.

A maioria dos pacientes com sintomas sugestivos de asma é atendida nos pronto-socorros; e conseqüentemente, só recebe tratamento emergencial para sua enfermidade, negligenciando assim o tratamento de manutenção.

Este trabalho pretende analisar o atendimento médico à pacientes adultos com sinais respiratórios sugestivos de asma, em quatro unidades de emergência em São Luís-MA. Uma vez que ainda não há dados epidemiológicos dessa região descritos na literatura, pretende-se ainda traçar o perfil dos pacientes adultos em relação ao sexo, idade, sintomas e terapêutica inicial empregada.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo onde foram analisadas as fichas clínicas de pacientes adultos com sintomas sugestivos de asma atendidos em quatro unidades de emergência de São Luís - MA no período de janeiro a dezembro de 2002.

Os dados foram coletados no período de janeiro a dezembro de 2004 e o preenchimento da ficha-protocolo foram a partir das fichas-clínicas de atendimento emergencial de cada unidade, que continham: a) dados de identificação (nome, idade, cor, sexo, profissão); b) sinais e sintomas apresentados pelo

paciente; c) resumo dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Foram excluídas do estudo, as fichas clínicas de atendimento de emergência que tinham infecções das vias aéreas superiores (IVAS) como diagnóstico, ou antibióticos em sua terapêutica.

Todas as fichas de atendimento emergencial foram analisadas e organizadas no programa Spreadsheet da OpenOffice.org 1.1. As variáveis foram analisadas em frequência simples.

**RESULTADOS**

Foram analisadas 127.433 fichas clínicas de pacientes atendidos em quatro unidades de emergência. O total de fichas clínicas analisadas em cada Unidade Mista foi: 37.981 no Bequimão, 34.085 no Maiobão, 22.744 no Itaqui-Bacanga e 32.623 no Coroadinho.

Foram separadas as fichas clínicas de pacientes adultos atendidos com sintomas respiratórios sugestivos de asma, e obtido um total de 6.635 fichas clínicas.

Dos 6.635 pacientes incluídos no estudo, 3024 (45,58%) eram do sexo masculino e 3611 (54,42%) eram do sexo feminino.

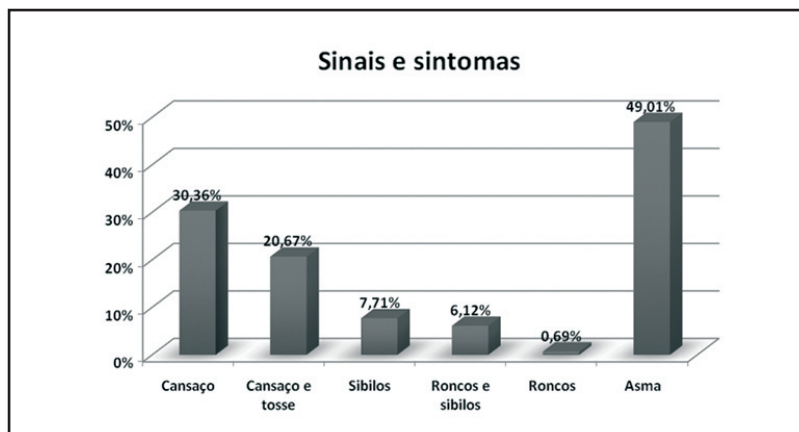
Dentre as diferentes faixas etárias encontradas, 1.110 (16,73%) pacientes tinham entre 13 e 19 anos; 2615 (39,41%) entre 20 e 39 anos; 2462 (37,11%) entre 40 e 69 anos e 448 (6,75%) acima de 70 anos.

Quanto aos sinais e sintomas sugestivos de asma utilizados para definir a doença pelos profissionais médicos, foi encontrado a denominação cansaço em

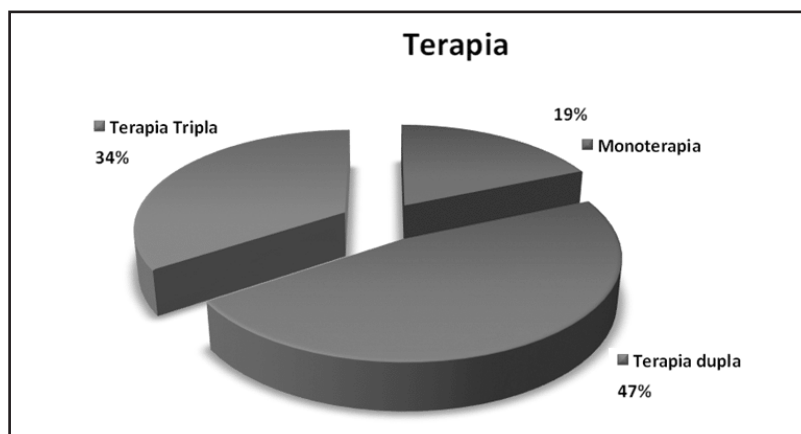
2015 (30,36%) das fichas clínicas analisadas; cansaço e tosse em 1372 (20,67%); sibilos em 307 (7,71%); roncos e sibilos em 244 (6,12%); roncos em 46 (0,69%) e o termo asma em 3252 (49,01%) (figura 1).

Em relação a terapia utilizada, 1234 (18,60%) das fichas clínicas prescritas com monoterapia; sendo que destes, 939 (14,15%) são de bronco dilatador (BD) adrenérgico, 254 (3,83%) de bronco dilatador não-adrenérgico e 41 (0,62%) de corticóide. A terapia dupla prescrita foi de 3123 (47,07%), e tinha como principais medicamentos a terapia com BD adrenérgico e BD não-adrenérgico em 1761 (26,54%), BD adrenérgico e corticóide em 810 (12,21%) e corticóide e BD não-adrenérgico em 552 (8,32%)(figura 2).

A terapia tripla foi encontrada em 2278 (34,33%) das fichas (figura 3). Separadas por classe, as drogas tinham a seguinte ordem de prescrição: BD adrenérgico em 6195 (93,37%) dos casos; BD não-adrenérgico em 4652 (70,11%) e corticóide em 3483 (52,49%) (figura 4).



**Figura 1** - Termos utilizados pelos médicos no diagnóstico da doença asma. São Luis-MA.2005



**Figura 2** - Esquema de terapia indicada na Asma. Unidades de Emergência. São Luis/MA. 2005.

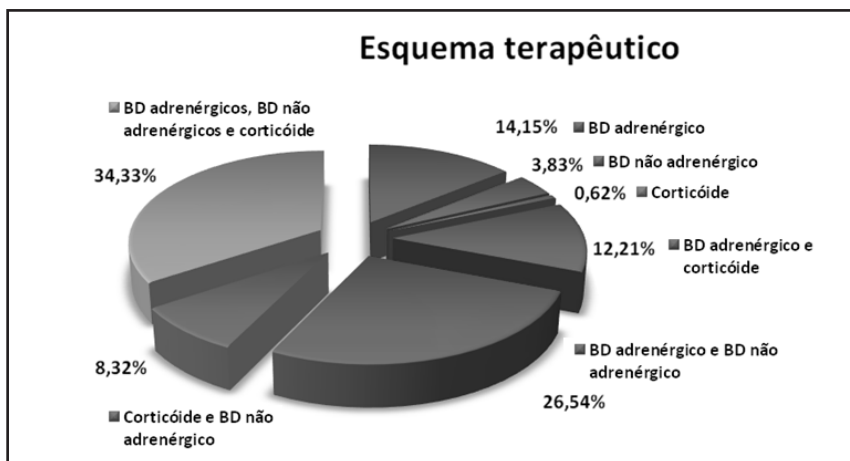


Figura 3 - Distribuição das drogas utilizadas na terapia da Asma. Unidades de Emergência. São Luis/MA. 2005.

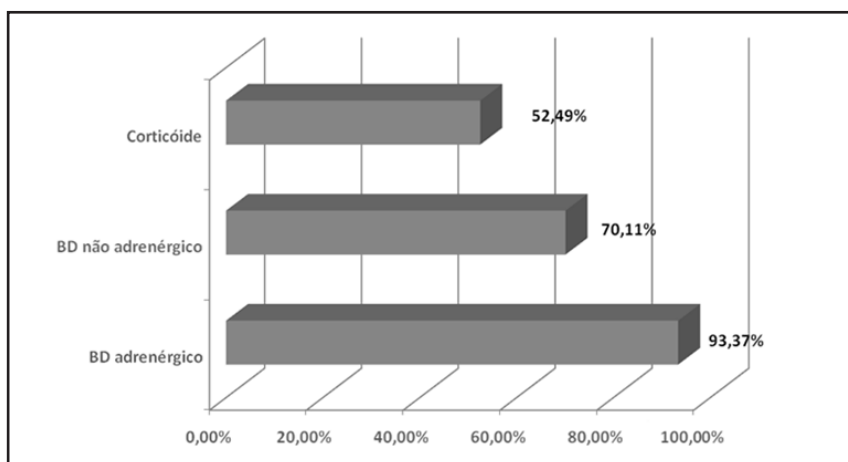


Figura 4 - Drogas prescritas no tratamento da Asma. Unidades de Emergência. São Luís/MA. 2005

## DISCUSSÃO

Dos 127.433 casos atendidos em unidades de emergência da cidade de São Luís no ano de 2002, 6.635 pacientes adultos (5,0%) apresentaram sinais e sintomas sugestivos de asma. Observou-se que o índice de prevalência do nosso estudo foi equiparado à estatística de prevalência de asma na Bélgica (1991) de 3,7% e da Austrália (1990) de 6,3%<sup>8</sup>. No Brasil, temos um estudo feito em Brasília, aplicando o questionário da União Internacional Contra a Tuberculose, que encontrou prevalência de asma de 7,3% em adultos e crianças<sup>2</sup>. Um fator importante para subestimar a asma seria a infra-estrutura deficiente do serviço de saúde pública, que superlota os serviços de emergência, subestimando assim, as reais emergências médicas.

Um fator que pode ter diminuído o índice de prevalência de asma, seria a dificuldade médica de um diagnóstico conclusivo e a retirada do protocolo daqueles pacientes que tinham infecções de vias aéreas superiores (IVAS) em seu diagnóstico, ou então, que continham antibióticos em sua terapêutica.

Houve um predomínio de pacientes do sexo feminino (54,4%). Essa relação confirma o encontrado na literatura médica, que mostra a relação entre os pacientes com sintomas de asma no adulto maior para o sexo feminino, diferentemente do que ocorre na infância, cuja prevalência masculina é maior<sup>9</sup>.

As diferentes prevalências nas faixas etárias estabelecidas mostram a maior parcela dos atendimentos para pacientes na faixa etária entre 20 e 39 anos de idade, seguidos dos pacientes com idade entre 40 e 69 anos. A menor prevalência de atendimento a pacientes com idade entre 13 a 19 anos se deve ao pequeno intervalo desta faixa etária. Na faixa etária definida para pacientes acima de 70 anos, tivemos uma baixa prevalência compatível com a média de idade da população brasileira, que faz do Brasil um país jovem.

A dificuldade no diagnóstico de asma e na identificação dos seus sinais e sintomas sugestivos tornou-se clara com os inúmeros termos utilizados para a definição da doença. Inúmeras fichas clínicas



continham apenas os sinais e sintomas, e outras continham também um termo diagnóstico. O termo "cansaço" foi encontrado em 2015 fichas clínicas, o que equivale a 30,3% das fichas. Os termos "cansaço e tosse" estavam juntos em 20,6% dos casos. Em menor número, encontramos os termos "sibilos", "roncos e sibilos" e "roncos", constando em 4,6%, 3,6% e 0,6% das fichas clínicas, respectivamente.

O termo diagnóstico asma, estava contido em 3252 fichas clínicas avaliadas pelo estudo, que equivale a 49% do total de fichas. Lembrando que é considerado como diagnóstico de asma, em todos aqueles pacientes que tinham como diagnóstico na ficha clínica, os termos: asma, asma brônquica e bronquite asmática.

O estudo analisou o esquema terapêutico empregado quanto ao número e as diferentes classes de drogas utilizadas para o tratamento de asma nas unidades de emergência. Quanto ao número de drogas, a terapia dupla foi o maior índice de escolha médica. A terapia tripla e a monoterapia vêm em seguida respectivamente. Comparando esses índices com os que encontramos no relatório de atendimento ambulatorial e de emergência nos Estados Unidos nos anos de 1993-94<sup>10</sup>, observa-se que também encontramos a terapia dupla como primeira escolha médica. A monoterapia e a terapia tripla teriam ordem de escolha invertida aos resultados aqui encontrados.

Quando se pesquisou o esquema terapêutico, de maneira discriminada, foi encontrada a terapia com o uso de BD adrenérgico, BD não adrenérgico e corticóide como sendo a mais prescrita nas fichas clínicas pelos médicos. O tratamento com BD adrenérgico e BD não adrenérgico vem em segunda escolha seguida da monoterapia com BD adrenérgico. Foi encontrada ainda como escolha terapêutica, a terapia com BD adrenérgico e corticóide, BD não adrenérgico e corticóide, BD não adrenérgico e a monoterapia com corticóide nas fichas clínicas analisadas.

Conclui-se que a prevalência do atendimento de pacientes com sinais e sintomas sugestivos de asma em São Luís (5%) é próxima aos índices nacionais e internacionais. A prevalência de mulheres asmáticas é maior que a de homens asmáticos. A dificuldade no diagnóstico da asma ficou claro na variedade de termos utilizados para definição de sinais e sintomas.

Dados acima, quando comparados com os dados norte-americanos de 1993-94<sup>10</sup>, mostram diferença quanto à escolha das drogas para o tratamento de emergência da asma. O tratamento mais utilizado no outro país foi do BD adrenérgico isolado (terceira escolha no estudo), em 22,1% do total de atendimentos. O tratamento com BD adrenérgico e corticóide perfaz um total de 18,3% dos tratamentos de emergência norte-americanos naqueles anos, sendo que no nosso estudo, foi apenas o quarto em escolha médica. Em 7,6% dos casos do estudo citado, o tratamento foi realizado com monoterapia de corticóide, assemelhando-se aos resultados deste estudo.

Quanto ao uso de drogas nos pacientes com sinais e sintomas sugestivos de asma, não levando em conta ao tipo de terapia, o estudo mostrou o uso de BD adrenérgico em 93,37% dos pacientes, BD não adrenérgico em 70,11% e corticóide em 52,49%. Ainda comparando com o relato norte-americano, a droga com o uso em maior número de pacientes nos Estados Unidos foi o BD adrenérgico (62%), dado compatível com o estudo em São Luís-MA. A segunda droga em uso foi o corticóide (41%), seguida pela classe BD não-adrenérgica (20%). No estudo norte-americano, há ainda relato do uso de antiinflamatórios não-esteróides em 9% dos pacientes<sup>10</sup>.

Observou-se que os médicos das unidades de emergência utilizam a classe de droga BD não adrenérgico muito além do uso norte-americano. O corticóide, como monoterapia, não foi de grande escolha para os médicos pesquisados neste estudo, mas uma importante ferramenta segundo relato do outro país. Os resultados mostraram que as instruções recomendadas pelo III Consenso Brasileiro no Manejo de Asma<sup>1</sup> não são seguidas rigidamente pelos médicos das unidades de emergência. Uma simples atualização dos profissionais ou leitura do consenso poderia mudar o perfil de atendimento nas unidades de emergências e possivelmente o curso da doença.

## CONCLUSÃO

Em apenas metade das fichas clínicas, o termo asma constava como diagnóstico do paciente. O esquema terapêutico mais utilizado foi a terapia dupla. O tratamento mais utilizado foi a terapia utilizando BD adrenérgico, BD não-adrenérgico e corticóide em conjunto.

## REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. *J Pneumol*, 2002; 28: S10-15.
2. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. *J Pneumol*, 1998; 28: 173-196.
3. International Study of Asthma and Allergy in Childhood - ISAAC. *Manual 1992*. Auckland New Zeland: ISAAC; 1992. 47p.
4. Burney PG, et al. The European Community Respiratory Health Survey. *Eur Respir J*, 1994; 7: 954-960.
5. Maçãira EF, Algranti E, Stelmach R, Ribeiro M, Nunes MPT, Mendonça EMC, et al. Determinação

- de escore e nota de corte do módulo de asma do International Study of Asthma and Allergies in Childhood para discriminação de adultos asmáticos em estudos epidemiológicos. *J Bras Pneumol*, 2005;31(6):477- 485.
6. Pizzichini MMM. Definir asma para estudos epidemiológicos: essa meta pode ser alcançada?. *J Bras Pneumol*, 2005;31(6):VI-VIII.
  7. Center for Disease Control and Prevention. *Asthma mortality and hospitalization among children and young adults: United States, 1980-1993*. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1996; 45:350-353.
  8. Global Initiative for Asthma - GINA. *Global Strategy for asthma management and prevention* [text on the Internet]. Bethesda (MD): National Institutes of Health; 2002 [capturado 2003 nov 20]. Disponível em <<http://www.ginasthma.com>>.
  9. Gissler M, Jarvelin MR, Louhiala P, Hemminki E. Boys have more health problems in childhood than girls: follow-up of the 1987 Finnish birth cohort. *Acta Paediatr*, 1999; 88:310-314.
  10. Burt CW, Knapp DE. *Ambulatory care visits for asthma: United States, 1993-94*. Advance data from vital and health statistics; no. 277. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics; 1996.

## Análise epidemiológica de mulheres climatéricas atendidas em Hospital Universitário no Maranhão

### *Epidemiological profile of climateric women attended at tertiary service in Maranhão state*

Elizabeth Santos de Andrade Malheiros<sup>1</sup>, Joana D'Arc Magalhães Pereira<sup>2</sup>, Willane Bandeira de Sousa<sup>2</sup>, Maria Bethânia da Costa Chein<sup>3</sup>, Luciane Maria Oliveira Brito<sup>3</sup>, Hilton Sousa Guimarães Júnior<sup>4</sup>

**Resumo:** Estudo transversal com o objetivo conhecer o perfil clínico-demográfico de mulheres atendidas no Ambulatório de Climatério do Hospital Universitário Materno-Infantil em São Luís – MA, no período de agosto a dezembro de 2005. Foram aplicados 300 questionários com perguntas abertas e fechadas referentes à identificação da paciente, queixas, antecedentes pessoais, dados sócio-demográficos, tocoginecológicos e outras comorbidades. A média de idade observada foi de 47 anos. Houve predominância de mulheres pardas (62,3%), casadas (52%), com ensino fundamental incompleto (45,3%) e do lar (50,3%). As principais queixas decorriam da Síndrome Climatérica (27,7%). Dentre os antecedentes tocoginecológicos houve predomínio de laqueadura tubária em 121 mulheres (40,3%), perineoplastia em 100 (33,3%), e cesariana em 54 (18%). Dentre as patologias associadas observou-se maior prevalência das doenças cardiovasculares (29,7%) e doenças osteoarticulares (23,7%). Foi observada alta prevalência de doenças crônicas tais como, doenças cardiovasculares e osteoarticulares associadas ao período do climatério. Torna-se necessário a identificação dessas patologias na consulta ginecológica para que as mesmas possam ser detectadas precocemente já que a associação destas patologias com o período do climatério pode acarretar um maior comprometimento da qualidade de vida dessas mulheres.

**Descritores:** climatério; epidemiologia; mulheres.

**Abstract:** Accomplished transversal study with objective describing the demographical and clinical profile of women attended in the Climateric Ambulatory of Hospital Universitário Materno-Infantil em São Luís-Ma, at the time from August to December of 2005, in which 300 questionnaire with open and closed questions through an interview were evaluated according to the symptoms of Climateric Syndhrome, background tocoginecológica and others associated diseases. The observed mean age was 47 years. There was a higher prevalence of mulatto women (62.3%), married (52%), with primary school (45.3%) and housewives (50.3%). The main complaints stemmed from the Climacteric Syndrome (27.7%). Among the background tocoginecológica there was a predominance of tubal sterilization in 121 women (40.3%), perineoplasty in 100 (33.3%) and cesarean section in 54 (18%). Among the associated diseases was a higher prevalence of cardiovascular diseases (29.7%) and osteoarticular diseases (23.7%). Was observed prevalence of major chronic diseases such as cardiovascular diseases and osteoarticulares associated with the climacteric period. It is necessary to identify these diseases in gynecological consultation so that they can be detected early because the combination of these pathologies with the climacteric period may cause a greater impairment of quality of life of these women.

**Keywords:** climateric; epidemiology; women.

### INTRODUÇÃO

O climatério representa o período de vida da mulher em que ocorre a transição da fase reprodutiva para a não reprodutiva, coincidindo com o declínio gradual da função ovariana e a ocorrência da menopausa. Este processo, que tem início por volta dos 45 anos e pode se estender até os 65 anos,

muitas vezes está associado com alterações que afetam o bem estar físico, social, espiritual e emocional das mulheres, trazendo desconfortos em maior ou menor grau<sup>1,2</sup>. É, portanto, um processo de profundas mudanças físicas e emocionais, que sofre influência de fatores inerentes à história de vida pessoal e familiar,

1. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família.

2. Médica. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

3. Doutora em Medicina (Mastologia). Docente da UFMA.

4. Acadêmico de Medicina da UFMA

ao ambiente, à cultura, aos costumes, ao psiquismo, dentre outros<sup>3</sup>.

O climatério apresenta-se num processo de expansão devido ao envelhecimento progressivo da população mundial. Atualmente, em países desenvolvidos, 95% das mulheres vivenciam a menopausa, e 50% atingem os 75 anos. Em nações subdesenvolvidas e em desenvolvimento, 86% das mulheres nascidas na década de 70 ultrapassarão os 75 anos<sup>4</sup>.

No Brasil, em 1999, as mulheres com mais de 40 anos correspondiam a 32% da população feminina do país, com projeção de um aumento ao redor de 11% até 2010. Enquanto, segundo dados censitários, a expectativa de vida feminina no ano 2000 chegava aos 75,6 anos, a masculina não ultrapassava os 64,8 anos<sup>5</sup>.

Trata-se de um fenômeno natural que consiste em atresia folicular e redução da secreção hormonal ovariana. É sabida a relação existente entre a atresia folicular e fatores genéticos. Durante este período observam-se variações hormonais, sendo a mais importante uma elevação dos níveis de FSH e redução de estrógenos. Nota-se também uma variação na secreção de androgênios<sup>5</sup>. Sabe-se que a deficiência da produção de estrógenos acarreta

uma série de mudanças clínicas (atrofia genital, sintomas vasomotores, insônia, aumento da perda de massa óssea) e psicológicas (labilidade emocional, irritabilidade<sup>6</sup>. Outras intercorrências podem se dar mais tardiamente, como osteoporose e doenças cardiovasculares<sup>5</sup>.

Silva, et al<sup>7</sup>, em um estudo com 70 mulheres na peri e pós-menopausa, encontrou elevada prevalência de transtornos depressivos no climatério (34,3%), assim como, significância na relação entre antecedentes psiquiátricos prévios (depressão pós-parto e transtorno disfórico pré-menstrual) e depressão na menopausa<sup>7</sup>.

Entre 30% e 50% das mulheres neste período da vida apresentam algum tipo de disfunção sexual que antes não tinham e que se relaciona etiologicamente à disfunção própria do climatério, e, na maioria das vezes, pode ser corrigida<sup>8</sup>.

Dessa forma, o presente estudo objetivou traçar o perfil das mulheres climatéricas atendidas no Ambulatório de Climatério do Hospital Universitário Materno Infantil, conhecer suas principais patologias, identificar seu comportamento e discutir informações sobre climatério com as pacientes, a fim de que elas possam utilizá-las na melhoria da sua qualidade de vida.

## MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal, em uma população de mulheres com demanda espontânea procedentes de diversas localidades do Maranhão que foram atendidas no Ambulatório de Climatério do Hospital Universitário Materno Infantil da Universidade Federal do Maranhão. O estudo foi realizado no período de agosto a dezembro de 2005.

A população amostral foi composta por 300 mulheres na faixa etária de 45 a 60 anos que foram submetidas a um questionário com perguntas abertas e fechadas, compreendendo anamnese da paciente, queixa principal, história da doença atual, antecedentes

pessoais, antecedentes tocoginecológicos, além da história social e hábitos de vida. As pacientes que concordaram em participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O instrumento utilizado foi previamente testado para verificar a sua consonância com o estudo, não sendo necessário modificá-lo. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário/UFMA com parecer nº 33104-1344/2004.

Os dados foram inseridos e tabulados no programa EPI-INFO versão 6.0 e posteriormente analisados e apresentados em gráficos e planilhas.

## RESULTADOS

Das 300 pacientes estudadas, a média de idade observada foi de 47 anos. O perfil encontrado foi o de mulheres pardas (62,3%), casadas (52%), com ensino fundamental incompleto (45,3%) e do lar (50,3%). A Figura 1 nos mostra a distribuição destas mulheres com relação à raça e estado civil.

As principais queixas existentes decorriam da sintomatologia climatérica (28%), dores ósseas e articulares (11%) e dor pélvica (11%) (Figura 2). Observou-se que 31% estavam assintomáticas no momento da avaliação e que 11,3% apresentavam mais de uma queixa.

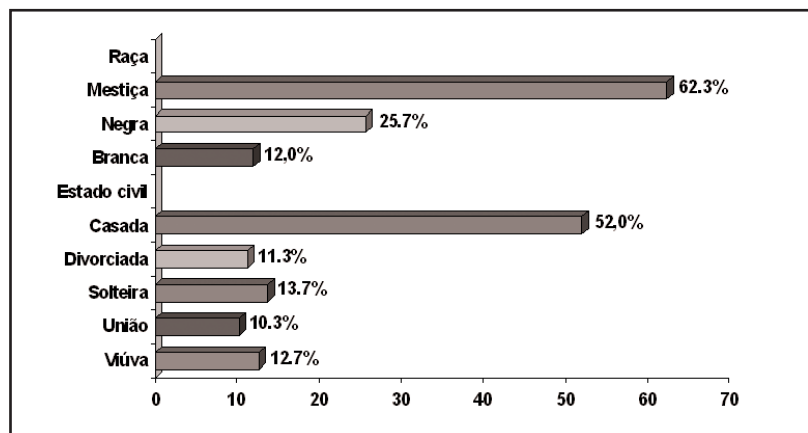


Figura 1 - Cor e estado civil das pacientes atendidas no Ambulatório de Climatério – HUUMI-UFMA. São Luís- MA, 2005.

Dos antecedentes pesquisados obtivemos uma alta prevalência de cirurgias, correspondendo a 231 pacientes (77%) de toda a população amostral, sendo que 129 (55,8%) destas submeteram-se no mínimo a duas intervenções cirúrgicas e 52 (22,5%) a três ou mais cirurgias. Entre as cirurgias mais realizadas citamos a laqueadura tubária em 121 mulheres (40,3%), perineoplastia em 100 (33,3%), e cesariana

em 54 (18%). Em seguida, histerectomia em 35 (11,6%) pacientes. (Figura 3)

Na amostra investigada foram as doenças associadas mais prevalentes: doenças cardiovasculares presente em 99 pacientes (29,7%), osteoarticulares em 71 pacientes (23,7%), gastrite em 60 (20%) seguidas de Diabetes Mellitus com 30 (10%), nefropatias (7%) e doenças respiratórias com 5,7% (Figura 4).

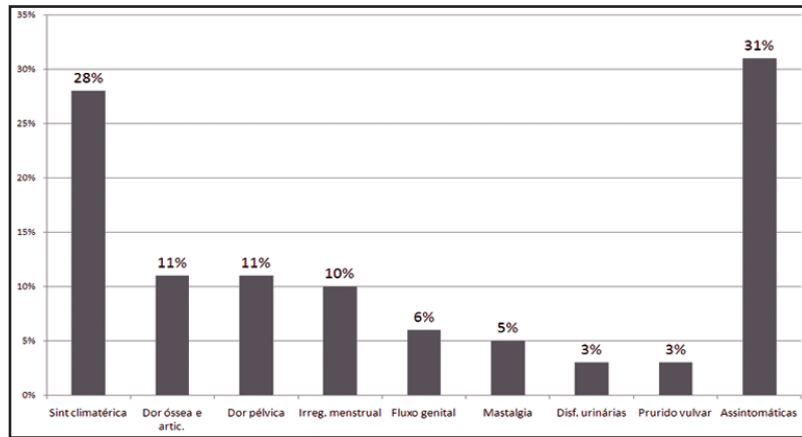


Figura 2 - Principais queixas das pacientes atendidas no Ambulatório do Climatério do HUUMI. São Luís-MA, 2005.

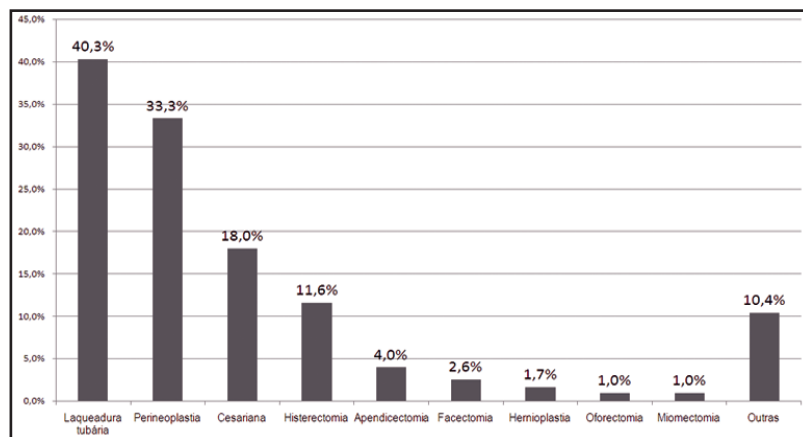


Figura 3 - Principais cirurgias submetidas às Pacientes Atendidas no Ambulatório de Climatério do HUUMI. São Luís - MA, 2005.

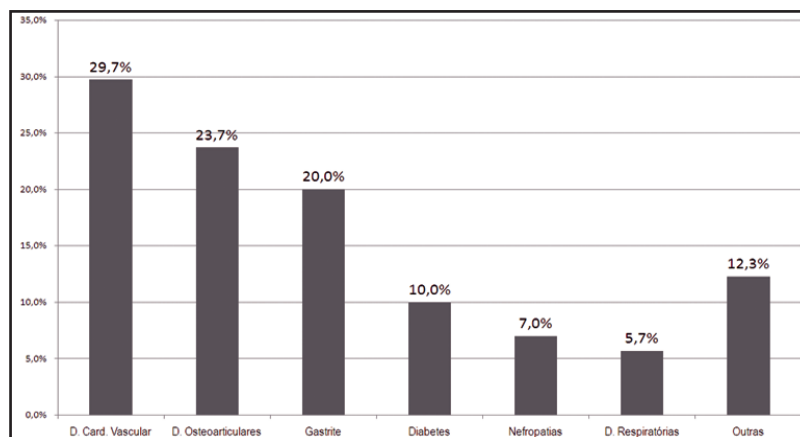


Figura 4 - Principais patologias das pacientes atendidas no Ambulatório de Climatério do HUUMI. São Luís - MA, 2005.

## DISCUSSÃO

No presente estudo, a média de idade encontrada foi de 47 anos. A distribuição racial reflete a distribuição racial da população da cidade de São Luís, com alto índice de mestiças e negras, tendo brancas como minoria da população.

As principais queixas das pacientes entrevistadas consistem no motivo que as levou a procurar o ambulatório. Observou-se que 83 pacientes (28%) buscavam alívio ou melhora de seus sintomas climatéricos agudos, representando assim a principal queixa.

Aproximadamente 60 a 80% das mulheres referem alguma sintomatologia desagradável durante o climatério, sendo comuns os sintomas vasomotores e genitais<sup>3</sup>. Dentre os últimos, os mais freqüentes são aqueles decorrentes da atrofia urogenital, como ressecamento vaginal, dispareunia e urgência miccional, com importante repercussão na esfera sexual e na qualidade de vida das mulheres<sup>3</sup>. Segundo Silva, et al<sup>7</sup>, em estudo com mulheres climatéricas, a menopausa também está associada ao aparecimento da depressão.

Além disso, as ondas de calor são queixas comuns referidas por mulheres durante a transição climatérica. Conceitualmente, são definidas como períodos transitórios de intenso calor na parte superior do corpo, braços e face, seguidos de enrubecimento da pele e sudorese profusa. São acompanhadas de palpitações e de sensação de ansiedade. As ondas de calor freqüentemente determinam um impacto negativo na qualidade de vida, relacionando-se a alterações do sono com conseqüente fadiga, irritabilidade, desconforto físico e problemas no trabalho. No Brasil, segundo estudo de base populacional, a prevalência de ondas de calor é de 70,3% em mulheres no climatério<sup>9</sup>.

Em nosso estudo, a segunda queixa mais freqüente consiste em dores ósseas e articulares, atingindo 33 pacientes (11%), concordando com os dados encontrados por Fonseca, et al<sup>10</sup>. Observou-se ainda que 93 pacientes (31%) apresentavam-se sem queixas, buscando apenas acompanhamento clínico preventivo.

Encontrou-se prevalência de cirurgias bastante alta nesta população (77%), sendo que 55,8% das pacientes já haviam sido submetidas a duas ou mais cirurgias. A cirurgia mais freqüente foi a laqueadura tubária (40,3%), estando de acordo com dados encontrados por outro autor<sup>11</sup>.

Em algumas sociedades é alta a prevalência da esterilização cirúrgica, da histerectomia e mesmo da ooforectomia profilática durante a histerectomia realizada após a menopausa. Tem-se discutido a influência negativa da laqueadura tubária sobre a função ovariana, mas faltam estudos avaliando seus determinantes e o papel desta cirurgia na idade de ocorrência da menopausa. É discutível se a histerectomia pode determinar diminuição precoce da reserva ovariana<sup>11</sup>.

Dentre as patologias associadas mais comuns, destacam-se as doenças cardiovasculares (29,7%) e osteoarticulares (23,7%).

A doença cardiovascular é a maior causa de morte em mulheres em todo o mundo. Estudos epidemiológicos mostram que o risco relativo de isquemia cardíaca aumenta cerca de duas vezes na menopausa. Mulheres na pós-menopausa apresentam risco duas vezes maior de insuficiência coronariana, além disso, a doença cardiovascular é a principal causa de morte em mulheres na pós-menopausa<sup>12</sup>.

## CONCLUSÃO

Diante dos achados do presente estudo, nota-se a necessidade de conhecer melhor esta parcela da população feminina a fim de realizar, no Ambulatório de Climatério, um acompanhamento preventivo dessas

pacientes para reduzir a incidência de comorbidades associadas à menopausa e possibilitar uma melhoria em sua qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- Zollner YF, Acquadro C, Schaefer M. Literature review of instruments to assess health-related quality of life during and after menopause. *Qual Life Res*, 2005;14: 309-327.
- Matthews KA, Bromberger JT. Does the menopausal transition affect health-related quality of life? *Am J Med*, 2005;118: 25-36.
- Galvão LLLF, et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação da qualidade de vida no climatério. *Rev Assoc Med Bras*, set/out 2007; 53(5): 414-420.
- Nelson HD. Menopause. *Lancet*, mar 2008; 371(9614): 760-70.
- De Lorenzi DRS, et al. Fatores Associados à qualidade de Vida Após menopausa. *Rev Assoc Med Bras*, 2006;52(5):321-417.
- Vieira CS, Navarro PAA. Como diagnosticar e tratar: síndrome climatérica. *Rev Bras Med*, 2007; 64: 99-109.
- Silva MNM, et al. Depressão em mulheres climatéricas: análise de mulheres atendidas ambulatorialmente em um hospital universitário no Maranhão. *Rev Psiquiatr RS*, 2008; 30(2): 150-154.

8. Arena FJO. Influencia del Climatério y la Terapia Hormonal de Reemplazo sobre la Sexualidad Femenina. *Rev chil obstet ginecol* 2006; 71(2): 141-152.
9. Santos SA, et al. Fatores associados à intensidade das ondas de calor em mulheres em climatério. *Rev Assoc Med Bras*, nov/dez 2006; 52 (6):413-418.
10. Fonseca, AM. et al. Pacientes climatéricas atendidas em ambulatório de ginecologia preventiva. Perfil epidemiológico. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 1996; 7(1): 8-12.
11. Silveira NL, et al. Prevalência de sintomas do climatério em mulheres dos meios rural e urbano no Rio Grande do Norte, Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*, ago 2007; 29 (8):415-422.
12. Medeiros SF, et al. Epidemiologia clínica do climatério. *Rev Reprodução e Climatério*. 2003; 18: 79-86.

## Perfil clínico-epidemiológico dos portadores de hanseníase do município de Buriticupu - MA

### *Clinical and epidemiological profile of people with leprosy in Buriticupu - Maranhão, Brazil*

João da Silva Rego Neto<sup>1</sup> Jackson Maurício Lopes Costa<sup>2</sup> Aldina Barral<sup>3</sup> Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa<sup>4</sup> Arlene de Jesus Mendes Caldas<sup>5</sup> Dorlene Maria Cardoso de Aquino<sup>5</sup>

**Resumo:** A hanseníase representa um grave problema de saúde pública, pode provocar alterações físicas emocionais, sociais e econômicas podendo ocasionar estigma e preconceito tanto da família quanto da sociedade. Trata-se de estudo transversal descritivo, realizado de novembro de 2006 a julho de 2007, envolvendo 55 pacientes portadores de hanseníase com objetivo de analisar o perfil clínico e epidemiológico. O estudo foi desenvolvido no município de Buriticupu, área hiperendêmica em hanseníase, localizado na Amazônia do Maranhão. Os dados referentes a avaliação da forma clínica e as características socioeconômicas, ambientais e demográficas foram registrados em ficha padronizada. Observou-se um predomínio das formas clínicas multibacilares (56,3%), de pessoas sem nenhuma dose de BCG-ID (72,7%), casadas (40,0%), com renda familiar inferior a um salário mínimo (50,9%), lavrador (40,0%), na faixa etária de 14 a 44 anos (60,0%), do gênero masculino (60,0%), de cor parda (80,0%), 34,5% residiam em casa de taipa, 85,5% com cobertura de telha, 65,5% com piso de cimento, 85,4% com mais de 3 cômodos, 50,9% tendo duas pessoas por cômodos, 52,7% destinavam os dejetos em fossa negra, 61,8% tem a prática de queimar o lixo. Quanto ao abastecimento de água, 40,0% utiliza o poço artesiano. Conclui-se que além das características de endemicidade do município, às condições socioeconômicas podem estar relacionadas diretamente com o ciclo da hanseníase.

**Descritores:** Hanseníase, Perfil clínico-epidemiológico, Maranhão.

**Abstract:** The Hansen disease represents a serious public health problem, it can cause physical emotional, social and economic alterations, generating stigma and prejudice by the family and the society. It is a descriptive cross study, carried out of November of 2006 to July of 2007, involving 55 sick bearers of Hansen disease with objective of analyze the clinical profile and epidemiologic. The study was developed in Buriticupu, hyperendemic area in Hansen disease, located in the Amazonia of Maranhão state. The results of the evaluation of the clinical form and social-economic, environmental and demographic features were recorded in a token standardized. It was observed a predominance of the clinical multibacilars forms (56,3%), of persons without no dose of BCG-ID (72,7%), married (40,0%), with yield family lower to a most minimum salary (50,9%), farmer (40,0%), in the age group of 14 to 44 years (60,0%), of the male kind (60,0%), of brown color (80,0%), 34,5% resided at home of partition, 85,5% with cover of tile, 65,5% with floor of cement, 85,4% with more than three rooms, 50,9% with two person by room 52,7% destined the dejections in black grave, 61,8% has the practice of burn the trash, 40,0% having artesian well water supplying spring. It was concluded that besides endemic feature of the council, the social-economic conditions may be directly related with the Hansen disease cycle.

**Keywords:** Hansen disease, clinic-epidemiological profile, Maranhão.

### INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença dermatoneurológica que atinge especialmente a pele e os nervos periféricos, caracteriza-se por ter caráter crônico, infectocontagioso, de grande polimorfismo clínico e aparecimento de surtos de agudização. Quando não identificada e tratada na sua fase inicial e/ou nos períodos de agudização pode causar incapacidades e

deformidades físicas, o que a coloca como problema de saúde pública em vários países em todo o mundo<sup>1,2</sup>. As maiores prevalências da doença encontram-se no sudeste asiático, na América do Sul e na África. Em adultos, a doença ocorre na proporção de 1,5 a 1,6 homens para 1 mulher. Em relação à idade, em regiões de alta incidência, existe um pico na segunda década

1. Aluno do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

2. Doutor em Doenças Infecciosas e Parasitárias. Pesquisador do Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz - FIOCRUZ/BA

3. Doutora em Patologia Humana. Pesquisadora do Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz - FIOCRUZ/BA/CNPq

4. Mestre em Ciências da Saúde. Docente da UFMA.

5. Doutora em Patologia Humana. Docente da UFMA



seguido por uma frequência constante no período entre 30 e 60 anos.<sup>3,4</sup>

O Brasil está entre os seis únicos países do mundo que não alcançaram a meta de eliminação da hanseníase. Em 2005, a incidência registrada no país foi de 20 casos novos para cada 100.000 habitantes, o que o colocou em terceiro lugar no ranking mundial perdendo apenas para Moçambique e Nepal, e acima de Congo, Madagascar e Tanzânia, ambos considerados países pobres. Fato que levou pesquisadores a conclusões que a fome e as condições sanitárias precárias, ainda contribuem fortemente da disseminação da doença no país.<sup>5</sup>

O estado do Maranhão, segundo dados de 2000, em relação a prevalência da hanseníase, destacou-se como segundo estado do Brasil e o primeiro da região nordeste tendo notificado em 2005, 4.721 casos novos. Em 2006 a taxa de prevalência da doença no Maranhão foi de 4,86/10.000 habitantes e na capital, São Luís 4,19/10.000 habitantes. Entretanto, as taxas de grau de incapacidades são de 5,82 no Maranhão e de 6,16 em São Luís.<sup>6</sup>

O município de Buriticupu, (MA) em relação ao coeficiente de prevalência, ocupa a sétima posição entre os municípios considerados hiperendêmico tendo apresentado um coeficiente de prevalência (CP) igual a 53,66 casos por 10.000 habitantes.<sup>7</sup>

A hanseníase possui largo espectro de apresentações clínicas, cujo diagnóstico baseia-se principalmente na presença de lesões de pele, perda de sensibilidade e espessamento neural. As variadas formas clínicas de apresentação são determinadas por diferentes níveis de resposta imune celular ao *M. leprae*.<sup>8</sup>

No Brasil, a classificação dos casos de hanseníase baseia-se na reunião de Madrid (1953) que considera como formas clínicas a indeterminada (I), tuberculóide (T), dimorfa (D) e virchowiana (V). Para fins de tratamento, a Organização Mundial da Saúde, propôs uma classificação que divide os pacientes em

paucibacilares (PB), com 1-5 lesões e baciloscopia negativa, e multibacilares (MB), com mais de cinco lesões e com ou sem baciloscopia positiva.<sup>9</sup>

Com a introdução da poliquimioterapia (PQT), a partir de 1981, a prevalência da hanseníase reduziu drasticamente. A prevalência global foi reduzida em mais de 80% nos últimos 10 anos. Em 1997 a estimativa no mundo era de 1,15 milhão de casos em contraste com os 10 a 12 milhões de casos estimados na década de 70. Cerca de 0,89 milhão dos casos estavam em tratamento, no início de 1997, contra 5,4 milhões de casos em 1985. Contudo cerca de 560.000 casos novos ainda são detectados a cada ano no mundo, cerca de 2 bilhões de pessoas vivem em países onde a prevalência é maior do que um doente para cada 10.000 habitantes e, aproximadamente, 2 milhões de doentes têm incapacidades físicas devido a hanseníase.<sup>10</sup>

Entre as medidas de controle da hanseníase está a vacinação BCG intra-dérmica (BCG-ID), única vacina contra hanseníase disponível nos serviços de saúde, o programa de controle da hanseníase recomenda a administração de BCG-ID em contatos domiciliares de portadores de hanseníase, independentemente da idade, exceto portador de sorologia HIV positiva.<sup>8</sup>

De acordo com Araújo<sup>11</sup> as características epidemiológicas da hanseníase têm sido objeto de estudos, visando à compreensão, as características epidemiológicas da hanseníase, dos fatores que contribuem para a manutenção da endemia e o estabelecimento de novas estratégias no controle da doença como problema de saúde pública.

O entendimento da progressão da infecção para a doença e os benefícios que poderão ser trazidos motivou este estudo que teve o objetivo de conhecer características epidemiológicas da doença fator importante como estratégia para eliminação da doença, contribuindo com os órgãos de saúde na articulação de metas e estratégias mais eficazes na prevenção e controle da hanseníase.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal descritiva realizada com portadores de hanseníase diagnosticados, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2006, no Município de Buriticupu, localizado na Amazônia do Maranhão, distante 450 km de São Luís - MA. A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2006 a julho de 2007 sendo utilizado um questionário específico e a inspeção para investigar a vacinação BCG-ID. A amostra foi constituída por 55 portadores de hanseníase que estavam em registro ativo no período do estudo e que concordaram em participar assinando o Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a realização da pesquisa foi obtida aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HUUFMA obedecendo à resolução nº. 196/69 do Conselho Nacional de Saúde. Esta pesquisa foi financiada pelo CNPq processo nº401135/2005.

Os resultados foram codificados utilizando-se o programa EPI-INFO versão 6.4, Organização Mundial de Saúde (OMS); as variáveis selecionadas para o estudo foram analisadas em N° absolutos e relativas, sendo apresentados em figuras e tabelas.

## RESULTADOS

Foram analisados 55 portadores de hanseníase diagnosticados, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2006 e em registro ativo. Observou-se que a faixa etária predominante foi entre 15 a 44 anos (61,8%), sendo do gênero masculino (60%), da cor parda (80%) sendo casados (40%). As ocupações

mais registradas foram de lavrador (40%), doméstica (21,8%), aposentado e marceneiro ambos com percentual de 10,9%. Quanto a renda familiar, 50,9% dos portadores recebiam renda familiar mensal menor de 1 salário mínimo (Tabela 1).

Investigando-se sobre as características

ambientais e demográficas, o estudo mostrou que 87,3% residem em casa própria, 34,5% das casas de taipa, sendo 85,5% das casas cobertas de telha e 65,5% tem piso de cimento. Constatou-se que 40% dos entrevistados tinham o abastecimento de água oriunda de poço artesiano, 52,7% responderam ter fossa negra como destino dos dejetos e 61,8% utilizaram a queima do lixo. Quanto ao número de cômodos, 85,4% das casas possuem mais de três sendo que 50,0 % têm duas pessoas dormindo por cômodo; em relação à energia elétrica, 100% das casas a possuem (Tabelas 2 e 3).

**Tabela 1** – Características dos portadores de hanseníase. Buriticupu - MA, Brasil, 2007.

Características	f	%
<b>Idade</b>		
0-14	1	1.8
15-44	34	61.8
≥ 45	20	36.4
<b>Sexo</b>		
Masculino	33	60.0
Feminino	22	40.0
<b>Cor</b>		
Parda	44	80.0
Negra	7	12.7
Branca	3	5.5
Amarela	1	1.8
<b>Situação conjugal</b>		
Casado	22	40.0
Morando junto	17	30.9
Solteiro	10	18.2
Separado	5	9.1
Viúvo	1	1.8
<b>Ocupação</b>		
Lavrador	22	40.0
Doméstica	12	21.8
Aposentado	6	10.9
Marceneiro	6	10.9
Carvoeiro	2	3.6
Motorista	2	3.6
Estudante	1	1.8
Outras	4	7.2
<b>Renda familiar</b>		
< 1	28	50.9
1-2	24	43.6
3-4	3	5.5
Total	55	100

**Tabela 2** - Características ambientais e demográficas dos portadores de hanseníase. Buriticupu – MA, Brasil, 2007.

Características	f	%
<b>Abastecimento de água</b>		
Rede pública	20	36.4
Poço artesiano	22	40.0
Poço comum, cacimba	9	16.4
Outros	4	7.3
<b>Destino dos dejetos</b>		
Rede de esgoto	3	5.5
Fossa séptica	14	25.5
Fossa negra	29	52.7
Vale	4	7.3
Outros	5	9.1
<b>Lixo</b>		
Coleta pública	11	20.0
Terreno baldio	10	18.2
Queima	34	61.8
Total	55	100

**Tabela 3** - Características de moradia dos portadores de hanseníase. Buriticupu - MA, Brasil, 2007.

Características	f	%
<b>Reside em casa</b>		
Própria	48	87.3
Alugada	1	1.8
Cedida	6	10.9
<b>Tipo de moradia</b>		
Alvenaria	17	30.9
Taipa	19	34.5
Adobe	8	14.5
Não rebocada	2	3.6
Madeira	9	16.4
<b>Tipo de cobertura</b>		
Telha	47	85.5
Palha	2	3.6
Laje	1	1.8
Outros	5	9.1
<b>Tipo de piso</b>		
Cerâmica	5	9.1
Cimento	36	65.5
Chão batido	14	25.5
<b>Número de cômodos</b>		
02	2	3.6
03	6	10.9
> 03	47	85.4
<b>Pessoas por cômodos (média)</b>		
01	15	27.3
02	28	50.9
03	7	12.7
Mais de 3	5	9.1
<b>Energia elétrica</b>		
Sim	55	100.0
Total	55	100

Em relação às formas clínicas, foram encontrados 15 (27,3%) portadores da forma indeterminada; 9 (16,4%) tuberculóide, 16 (29,1%) dimorfa, 7 (12,7%) virchowiana e 8 (14,5%) não classificada. Considerando resultados quanto a classificação operacional, observou-se que, 43,7% dos entrevistados apresentavam a forma paucibacilares e

56,3% a forma multibacilar.

Observou-se que em relação ao número de dose de BCG-ID; 72,7% dos portadores não possuíam cicatriz; apenas 25,5% possuíam uma cicatriz caracterizando uma dose e 1,8% possuíam duas cicatrizes caracterizando duas doses (Figuras 1 e 2).

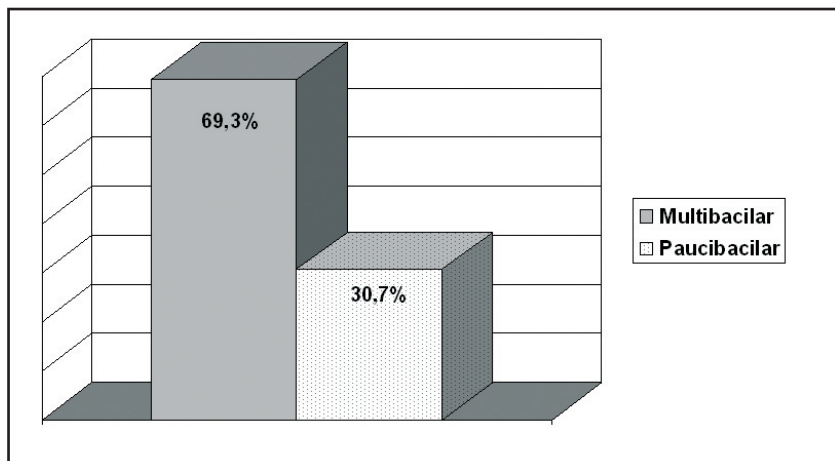


Figura 1 - Forma clínica dos portadores de Hanseníase. Buriticupu - MA, Brasil, 2007.

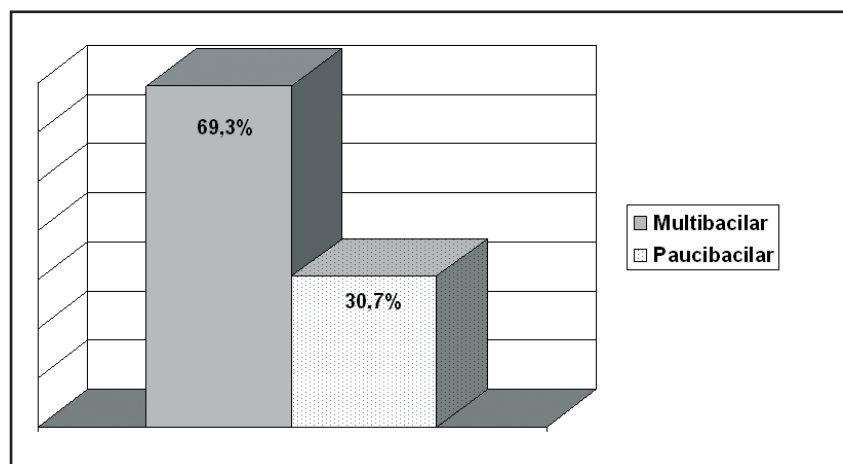


Figura 2 - Doses de BCG-ID nos portadores de hanseníase. Buriticupu - MA, Brasil, 2007.

## DISCUSSÃO

No Presente estudo, evidenciou-se um maior percentual de portadores da forma dimorfa (29,0%). Este estudo foi semelhante ao referido por Aquino et al<sup>12</sup>, onde essa forma clínica apresentava-se com o percentual de 28,0%.

Ao agrupá-las por classificação operacional, constatou-se um predomínio das formas multibacilares (56,3%). Estes resultados assemelharam-se ao do estado do Ceará, onde foi observado um predomínio das formas multibacilares (65,8%), sugerindo que, na maioria dos casos, o diagnóstico está sendo feito após a evolução da fase inicial (forma indeterminada) da doença para as formas virchowiana ou dimorfa.<sup>13</sup> Tal resultado foi referido também por Pedrosa et al<sup>14</sup>, em estudo realizado em São Luís - MA, com um percentual de 84,4% das formas multibacilares. Porém os resultados deste estudo divergem dos resultados

encontrados por Aquino et al<sup>15</sup>, em estudo na região de Buriticupu - MA, onde o predomínio foi das formas paucibacilar.

Ainda em relação à forma clínica, pode-se observar um aumento na detecção de casos na forma indeterminada (27,3%) em relação ao estudo de Aquino et al<sup>12</sup> que revelou uma detecção de 22,2%. Este resultado pode estar relacionado às iniciativas de implementação do programa de controle da hanseníase desempenhado pelo município.

O predomínio das formas multibacilares (MB) neste estudo pode sugerir a demora no diagnóstico da doença. Sabe-se da importância da forma Indeterminada para o início do tratamento, pois o portador apresenta poucos bacilos, não funcionando como fonte de infecção. Além disso, o diagnóstico precoce e o tratamento no início da doença evitam

a polarização para formas que apresentam potencial incapacitante (T, D e V).<sup>16</sup>

Em relação ao número de doses de BCG-ID, observou-se que 72,2% dos pacientes não foram vacinados, e que apenas 1,8% tinham tomado as duas doses preconizadas pelo Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase.

Quanto à situação conjugal, houve uma frequência maior de pessoas casadas (40%). Assemelha-se ao relatado por Aquino et al<sup>12</sup> e diverge de Pedrosa et al<sup>14</sup>, onde o percentual de casados era de 33,4%. Em relação à ocupação, o estudo retratou uma predominância de lavradores (40%) e domésticas (21,8%). Na variável renda familiar, 50,9% recebiam menos de um salário mínimo, predominância similar a de Aquino et al<sup>12</sup> em estudo realizado no município de Buriticupu - MA, Brasil.

Com relação à idade, a faixa etária predominante foi entre 15 a 44 anos, entretanto foram evidenciados indivíduos menores de 15 anos, sugerindo o contágio nos primeiros anos de vida, comum em regiões hiperendêmicas. Tal resultado foi relatado por Pedrosa et al<sup>14</sup> onde 9,7% da população estudada estavam na faixa etária de 0 a 15 anos. No presente estudo, 61,8% dos pacientes estava na faixa etária entre 15 a 44 anos de idade, assemelhando-se aos achados

de Aquino et al<sup>12</sup> que encontrou 63,3%.

O predomínio do gênero masculino (60,0%) assemelhou-se aos achados de Barreto-Silva et al<sup>17</sup>, onde este percentual era de 62,2% ao estudar a expansão da hanseníase em São Luís - MA. Resultado semelhante foi evidenciado por Gomes et al<sup>13</sup> no estado do Ceará, onde houve um pequeno predomínio do sexo masculino 50,05%.

Quanto à cor, houve relevante predomínio da cor parda (80%), estes resultados foram semelhantes aos de Aquino et al<sup>12</sup> no município de Buriticupu-MA e Pedrosa et al<sup>14</sup> em São Luís-MA, onde os percentuais foram de 67,6% e 40,0%, respectivamente. Deve-se levar em consideração que no Nordeste brasileiro, a cor parda, devido à forte miscigenação, tem predomínio em relação às demais.

Observou-se que, as condições demográficas e ambientais, assemelham-se com as de Aquino et al<sup>15</sup>, todavia, com uma melhoria no tipo de moradia, destino dos dejetos e coleta pública de lixo. Verificou-se ainda que 36,4% da população têm acesso a abastecimento de água da rede pública, bem abaixo do percentual do estado, que é de 61,3%.<sup>14</sup> Em relação à presença de energia elétrica, 100% dos domicílios visitados possuem esse benefício.

## CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que no município de Buriticupu houve aumento no diagnóstico na forma indeterminada, entretanto ainda se consideram insuficientes os mecanismos e as estratégias utilizadas e necessárias para o real controle da hanseníase (diagnóstico ainda nas formas não polarizadas), pois é sabido que a detecção ainda nessa forma clínica e o início tratamento são de fundamental importância.

A detecção de portadores na forma Multibacilar foi bastante significativa, o que pode ser resultado da

demora entre o diagnóstico e o tratamento, havendo polarização para essas formas clínicas de grande poder infectante favorecendo a manutenção do ciclo de contaminação.

Estes resultados chamam a atenção pelas características de endemicidade do município associadas às condições socioeconômicas, fator de grande importância relacionada diretamente com o ciclo da hanseníase.

## REFERÊNCIAS

- Virmond, M, Vieth H. *Prevenção de Incapacidades: uma análise crítica*. Simpósio de Hanseníase, 1997 jul/set Ribeirão Preto;30(3):358-363 [capturado 2007 jun 6] Disponível em: [http://www.fmrp.usp.br/revista/1997/vol30n3/prevencao\\_incapacidades\\_hansenia.pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/1997/vol30n3/prevencao_incapacidades_hansenia.pdf),
- Universidade Federal de São Paulo. Escola de Medicina. *Guia ambulatorial de dermatologia*. São Paulo: Shor N/Manoele; 2003.
- World Health Organization - WHO. *Guia para la eliminacion de la lepra como problema de salud publica*. Programa de Acción para la Eliminación da la Lepra, Genebra: WHO; 1995.
- Noussitou FM. *Leprosy in children*. Geneva: World Health Organization; 1976.11-28.
- Frutuoso, S. Uma vergonha para o Brasil. *Revista Época*, 2006 set São Paulo; 434: 96-97.
- Brasil. Fundação Nacional de Saúde - Funasa. *Hanseníase*[capturado 2007 jul 30] Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/guiaepi/html/doencas/hansenia/index.htm>.
- Aquino, DMC, Paulo NPM.; Habibe FH, Guimarães KM., Ferreira LA; Costa JML. Avaliação do grau de incapacidades em pacientes após alta medicamentosa na Amazônia do Maranhão-Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina tropical*,2000;33:104.
- Martelli CMT, Stefani MMA, Penna GO, Andrade ALSS. Endemias e Epidemias Brasileiras, Desafios e Perspectivas de Investigação Científica: hanseníase. *Rev Bras Epidemiol*, 2002;5:273-85.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Guia para controle da Hanseníase. *Caderno de Atenção Básica*, 2002 Brasília;10.
10. Ghidella C. *Epidemiologia* Visão Geral da Endemia. 2000[capturado 2007 ago2] Disponível: <http://www.geocities.com/hanseníase>.
11. Araújo MG. Hanseníase no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2003 maio/jun São Paulo; 36(3): 373-382.
12. Aquino DMC, Caldas AJM, Silva AAM, Costa JM. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. *Cad Saúde Pública*, 2003 jan-fev Rio de Janeiro; 19(1):119-125.
13. Gomes CCD, Penna GO, Gonçalves HS, Aires MAPA. Perfil Clínico- epidemiológico dos Pacientes Diagnosticados com Hanseníase em um Centro de Referência na Região Nordeste do Brasil. *Revista Ceará Médico*, 2004;13(1).
14. Pedrosa MS, Aquino DMC, Caldas AJM. Perfil dos pacientes atendidos no programa de controle da hanseníase do Centro de Saúde Dr. Genésio Rego, São Luís, Maranhão. *Revista do Hospital Universitário/UFMA*, 2004 jan-abr; 5.
15. Aquino DMC, Caldas AJM, Ribeiro ACS, Araújo GR, Teixeira RC. Casos novos de hanseníase no programa do Hospital Universitário Presidente Dutra, São Luís-MA. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina tropical*, 2001; 34: p. 4 - 30.
16. Talhari S, Neves RG. *Dermatologia Tropical: hanseníase*. 3 ed. Manaus: Gráfica Tropical. 1997.167p.
17. Barreto-Silva AR, Farias LF; Nóbrega-Filho FT, Rocha LP, Talhari S, Cavalcante FH, Picanço NFL, Talhari A, Orsi AT, Moura MAS. Características epidemiológicas de casos de hanseníase que concluíra qm terapia multidroga atendidos na fundação de medicina tropical do Amazonas (1988-2000). *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina tropical*, 2001;34:43.

## Estratégias de enfrentamento de familiares no ambiente de unidade de terapia intensiva (UTI)

### *Strategies of confrontation of familiars in the intensive care unit (ICU) environment*

Christiana Leal Salgado<sup>1</sup>, Zeni Carvalho Lamy<sup>2</sup>

**Resumo:** Neste artigo buscou-se promover reflexões a cerca da vivência de adoecimento e hospitalização da criança, bem como da família diante das cardiopatias congênitas e ambiente de cuidados intensivos. Procurou-se dar ênfase às situações que os familiares experimentam, assim como as necessidades apresentadas por eles nesse momento desestabilizador. Aponta-se, ainda, a importância da atuação multidisciplinar junto a esses cuidadores no sentido de contribuir para minimizar os comportamentos não-adaptativos e potencializar recursos de enfrentamento, almejando atingir a resiliência familiar.

**Descritores:** Família; Recursos de suporte; Hospitalização infantil.

**Abstract:** This article aims to promote the ideas about the experience of illness and hospitalization of the child and the family in front of congenital heart diseases and intensive care environment. The situations that the family experience were emphasized, as well as the needs presented by them at this destabilizing time. It points out, moreover, the importance of multidisciplinary performance with these caregivers in order to minimize the non-adaptive behavior and increase resources to fight, aiming to achieve family resilience.

**Keywords:** family; support resources; infant hospitalization.

### INTRODUÇÃO

A hospitalização na infância pode se configurar como uma experiência potencialmente traumática. Ela afasta a criança de sua vida cotidiana, do ambiente familiar e promove um confronto com a dor, a limitação física e a passividade, aflorando sentimentos de culpa, punição e medo da morte. Para elaborar essa experiência, torna-se necessário que a criança possa dispor de instrumentos de seu domínio e conhecimento<sup>1</sup>.

Masetti apud Souza, Camargo e Bulgacov<sup>2</sup> descrevem o cenário do hospital, como uma realidade, que destitui a criança da sua função: ser criança. Os aparelhos computadorizados, as luzes que piscam os incontáveis números de fios, soros, transfusões de sangue, limitam seus movimentos. As pessoas que ali trabalham com suas roupas brancas e comportamentos estereotipados, as crianças destituídas de suas roupas, de seus brinquedos, os tubos e as máscaras de oxigênio dificultam seus movimentos e ultrapassam a sua condição de paciente.

Segundo Ajuriaguerra apud Souza<sup>3</sup>, o adoecimento e a hospitalização provocam na criança

experiências emocionais intensas e complexas. Nesse momento, surge um novo contexto, que exige mobilização de recursos internos para adaptação imposta pela condição de adoecimento. Essa nova condição vai provocar na criança reações que dependem, em grande parte, do nível de desenvolvimento psíquico, do grau de apoio familiar, do tipo de doença e da atitude do médico.

A participação da família no tratamento da criança é observada em vários momentos, como na obtenção de informações sobre a doença e o tratamento, na preparação da criança para procedimentos médicos, e no momento de tomar decisões sobre o tratamento, quando são levadas em conta orientações e as contingências favoráveis ou dificultadoras para a adesão<sup>4</sup>.

A família deve ser vista como um paciente secundário para a instituição hospitalar, que apesar de gerar uma sobrecarga para a equipe, esta visualizará a minimização de conflitos futuros, com um contato inicial bem sucedido<sup>5</sup>.

1 Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Univ. Federal do Maranhão - UFMA. Psicóloga do Serviço de Cirurgia Cardíaca do HUUFMA.

2 Doutora em Saúde da Criança e da Mulher. Docente da UFMA.

### **A criança hospitalizada e a doença cardíaca congênita**

A infância é considerada um período fundamental na vida do ser humano. Onde todo potencial de desenvolvimento está sujeito a estimulações, propiciando desenvolvimento físico, intelectual, emocional e social da criança.<sup>6</sup>

A hospitalização para a criança deve ser considerada a partir do impacto emocional do adoecimento e da internação para ela e para a sua família.

Essa vivência ocasiona a separação do ambiente familiar e dos seus membros, gerando ansiedade, raiva, ciúmes, sentimentos diversos, difíceis de conter e lidar.<sup>7</sup>

O medo do abandono é observado em muitas crianças durante o período de internação. O seu surgimento está relacionado à ausência do grupo familiar, ao reduzido número de visitantes e ao limitado horário de visitas nas instituições hospitalares.<sup>7</sup>

No decorrer de uma internação, espera-se que a equipe de saúde estabeleça vínculo positivo com a criança, propiciando uma facilitação na assimilação das informações a que ela tem direito e também aquelas que lhe interessam, de uma forma gradativa e menos penosa. Essa compreensão traz conseqüências positivas para a adesão ao tratamento e colaboração nas condutas terapêuticas.<sup>8</sup>

É relevante a constatação que em algumas unidades de internação, como as de Terapia Intensiva, por muitas vezes, crianças são internadas e estas não contam com um atendimento especializado. Frente a isso, algumas considerações são feitas por Souza.<sup>5</sup>

- Desmistificar a idéia que a criança é um “mini-adulto”, tendo apenas como diferença o tamanho do seu corpo;
- Compreender que as crianças apresentam uma série de necessidades que para os olhos comuns podem parecer desejos sem importância;
- Investigar aspectos emocionais, sociais e culturais da criança com seus pais, familiares próximos e ou cuidadores;
- Tornar na medida do possível o ambiente menos impessoal;
- Acolher a criança de forma atenciosa, fornecendo segurança e conforto;

Em relação às cardiopatias congênitas (CC) que constituem uma importante parcela de todas as malformações congênitas maiores, Bruns et al<sup>9</sup> refere que estão presentes em 2% a 3% dos recém-nascidos (RN). Estima-se que a prevalência de CC na população geral seja de cerca de oito casos para cada mil nascidos vivos. Quando se estudam casos de óbitos fetais, a incidência de CC varia de 0,5% a 39,5%, de acordo com a idade gestacional em que ocorreu a perda fetal. Os óbitos mais precoces são associados principalmente à presença de CC complexas. Em média de 35% dos óbitos infantis são relacionados com CC; portanto, as CC constituem uma causa importante dentro da mortalidade neonatal

e infantil.

Aguiar et al<sup>10</sup>, apontam que as cardiopatias congênitas possuem algumas diferenças com relação aos demais tipos de cardiopatias, apresentando peculiaridades em suas reações psicológicas, tanto em relação aos pacientes, quanto em relação aos seus pais.

As cardiopatias congênitas podem muitas vezes serem corrigidas através de cirurgia, assegurando a expectativa de uma vida normal. Porém, pelo fato da cirurgia ter que ser realizada precocemente envolve a utilização de técnicas invasivas de diagnóstico e tratamento. Estas seriam o cateterismo, a própria cirurgia e a vivência da hospitalização que ocasionam maior sofrimento, sendo a correção cirúrgica o pior momento do processo, trazendo também grande sofrimento para as mães.<sup>10</sup>

Segundo Rathsam e Francé<sup>11</sup>, durante a hospitalização ninguém é tão capaz de acalmar as angústias das crianças como os seus familiares, e que os pais ao compreenderem melhor os seus sentimentos terão melhor capacidade para satisfazer as necessidades emocionais de seus filhos.

### **A família e o ambiente de UTI**

De acordo com Spovieri<sup>12</sup>, a família, sociologicamente, é caracterizada como um sistema social, dentro do qual podem ser encontrados subsistemas, dependendo de seu tamanho e da definição de papéis. É através das relações familiares, que os próprios acontecimentos da vida recebem seu significado e, através dele são entregues a experiência individual.

É a função parental que garante o desenvolvimento nos indivíduos dos processos mentais e afetivos, que estruturam o equilíbrio psíquico imprescindível à convivência entre as pessoas<sup>13</sup>.

É com os pais que a criança obtém a resposta ambiental necessária ao desenvolvimento de sua potencialidade biológica, que a habilita à distinção entre sujeito e objeto, realidade e fantasia, amor e ódio; isto porque a individuação só pode acontecer a partir da segurança e referências que o vínculo de apoio primário a família provê<sup>13</sup>.

Ferreira<sup>4</sup> relata que a literatura tem apontado alguns fatores a serem considerados no que se refere a inserção da família no tratamento pediátrico:

- O entendimento sobre as características da doença, incluindo etiologia, terapêutica e prognóstico;
- Características do relacionamento familiar, em especial do cuidador primário com a criança, como história de superproteção, violência e negligência;
- Relacionamento da família com o serviço de saúde.

O primeiro contato que é realizado com a família que chega a UTI tem por objetivo o acolhimento dessas pessoas que na maioria das vezes chegam trazendo inseguranças, desconfianças, medo, que são compreendidos pela falta de vínculo e informação<sup>5</sup>.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é a área do hospital destinada ao atendimento de pacientes gravemente enfermos, com possibilidade de recuperação, que necessitam de cuidados médicos e de enfermagem contínuos, além de eventual uso de equipamento especializado<sup>14</sup>.

Algumas orientações<sup>5</sup> devem ser realizadas no sentido de promover a minimização de comportamentos não-adaptativos e auxiliar na interação com o paciente e equipe:

- Orientação quanto aos horários de visitas e funcionamento da UTI;
- Coletar histórico de vivências em ambiente de UTI e hospitalar, assim como desmistificar as fantasias quando necessário;
- Orientar a família como agir com o paciente e incentivar o toque e a interação com o mesmo.

Com a hospitalização do paciente, a família pode ter suspensa as atribuições e funções dos seus membros, necessitando de uma reorganização. Verifica-se que algumas famílias apresentam mais crises que outras e cada uma terá uma forma peculiar de significar a situação vivenciada. Se os membros da família atribuem um significado ao momento de crise, encontraremos estresse, emoções e ansiedade associados a esse significado com tentativas de defesas.<sup>5</sup>

Diante de verificações de estresse e não-adaptação familiar, assim como sentimentos de desamparo, medo, pânico, isolamento, irritação, incapacidade de tomar decisões, comportamento exigente, dentre outros, é necessário, que a equipe possa fornecer acolhimento, transmitindo confiança. Deve-se viabilizar que a família possa reconhecer os sentimentos novos envolvidos na crise, e tentar alcançar adaptação e aprendizado com a vivência.<sup>5</sup>

Katajima e Cosmo<sup>14</sup> ressaltam que a família ao viver um momento de crise diante da possibilidade de perda de um de seus membros, entra em desequilíbrio no seu sistema. Frente a esse cenário, o objetivo do trabalho assistencial exige um “despir” do estereótipo de família que cada um construiu com base na sua história de vida.

Uma situação muito comum observada no ambiente de UTI, é a intervenção da família nas rotinas da Unidade como meio de retomar o controle e a autonomia perdidos pela internação. Frente a essa situação, Souza<sup>5</sup> refere à necessidade de mostrar aos familiares o papel e a função que eles ocupam no ambiente e no tratamento do paciente, assim como propiciar um momento para que estes possam expressar seus sentimentos e questionamentos.

Diante desta constatação a comunicação entre a tríade paciente-equipe-família torna-se mais exigente como meio de reduzir conflitos ou evitar um ambiente de desconfiança, por exemplo, sendo a base central da qualidade na assistência.<sup>5</sup>

Não se pode deixar de contextualizar a família, mediante relatos, histórias contadas que retratam seus significados e emoções, servindo de guia para a equipe nas tomadas de decisões.<sup>14</sup>

Melló e Rodrigues<sup>15</sup> referem que no cotidiano profissional percebe-se que a família não é o foco da atenção, e sim a criança. Se o acompanhante é questionador e demanda tempo e atenção, é considerado inconveniente. Os profissionais se esquecem que esta criança vai para casa e que vai necessitar dos cuidados deste familiar, que, se sair do hospital sem uma orientação correta e esclarecida, não vai aderir ao tratamento. Certamente vai retornar e reinternar por falta de medicamento ou com uma ferida pós-cirúrgica infectada, por exemplo.

Nessa perspectiva do cuidar, entende-se que o cuidado é o modo de ser essencial, mediante o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude, porque é algo mais que um ato, e uma atitude; é um modo de ser essencial que se encontra na raiz primeira do ser humano, entra na natureza e na constituição do ser humano. Sem o cuidado, ele deixa de ser humano.

Se não receber cuidado desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, define-se, perde o sentido e morre. Por isso, o cuidado deve ser entendido na linha da essência humana, com responsabilidade, desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção e bom trato<sup>16</sup>.

### Hospitalização e comportamentos resilientes

Walsh<sup>17</sup> aponta que as crises e as dificuldades da vida podem extrair o melhor de nós quando enfrentamos desafios, na medida em que renascemos das adversidades fortalecidos e com mais recursos. A essa capacidade se define como resiliência.

Pinheiro<sup>18</sup> cita que a palavra resiliência a partir da origem etimológica, do latim *resiliens*, significa saltar para trás, voltar, ser impelido, recuar, encolher-se, romper. Pela origem inglesa, *resilient* remete à idéia de elasticidade e capacidade rápida de recuperação. Refere ainda que no dicionário da língua inglesa se encontram dois significados para o termo: o primeiro se refere à habilidade de voltar rapidamente para o seu usual estado de saúde ou de espírito depois de passar por doenças, dificuldades etc.; a segunda definição é a habilidade de uma substância retornar à sua forma original quando a pressão é removida: flexibilidade.

Rodriguez<sup>19</sup> aponta que falar de resiliência é falar da capacidade humana, individual ou coletiva, de resistir a situações adversas, encontrando recursos criativos para emergir delas. Refere ainda que o conceito integra pontos de vista com maior enfoque na promoção da saúde do que na expectativa de doença e é constituído por um conjunto de fatores, os fatores de resiliência.

Walsh observa que nos comportamentos resilientes, é importante que as pessoas sejam capazes de:

- Reconhecer os problemas e as limitações a enfrentar;
- Comunicá-los aberta e claramente;
- Registrar os recursos pessoais e coletivos existentes;



- Organizar e reorganizar as estratégias e metodologias, tantas vezes quanto necessário, revisando e avaliando perdas e ganhos.
- E para a efetivação disso, é necessário que se produzam algumas práticas nas relações estabelecidas:
- Atitudes demonstrativas de apoio emocional (relação de confirmação e confiança nas competências dos protagonistas);
- Conversações em busca de acordos sobre prêmios e castigos;
- Conversações em que se construam significados compartilhados sobre os acontecimentos prejudiciais, com coerência narrativa e sentido dignificador para seus protagonistas.

Nota-se que os traços a priori definidos como individuais são observados nos grupos familiares capazes de superar problemas graves, e talvez uma forma de descrição destes traços seria a maneira como os indivíduos são capazes de operar em suas relações. O autor menciona ainda que a produção de intercâmbios onde apareçam traços de humor é uma conduta infalível. Indivíduos podem transformar o relato de situações vivenciadas por todos, podendo, de repente, fazer rir. Observa-se também a presença da capacidade de fantasiar, imaginar situações, cultivar e conservar os sonhos e as esperanças, sem que isso signifique alimentar falsas ilusões.<sup>20</sup>

É necessário que diante de vivências de crise, os membros de uma família introduzam flexibilidade nas suas relações. As famílias também necessitam exercer funções de cuidado e preservação, que

requerem capacidades como estabilidade e firmeza. E especialmente nas situações críticas, todos somos mais vulneráveis, portanto os vínculos são mais frágeis, surgindo nesse momento a necessidade de sustentação de vínculos<sup>20</sup>.

Como outras capacidades observadas em indivíduos e famílias que conseguiram se sair bem de grandes crises aponta-se<sup>20</sup>:

- Capacidade de inovação, de criação, de adaptação (para enfrentar o novo, aproveitando tudo o que traz de ensinamento);
- Capacidade de superar impotências e obstáculos, não se dando por vencidos facilmente, habilidade para estimular os mais necessitados, sem abandoná-los;
- Capacidade de aproveitar e gerar recursos, de construir definições coletivas de limites, pautas, papéis, objetivos, estratégias;
- Capacidade de se projetar no tempo e antecipar outros momentos em que a situação tenha mudado, ou seja, experimentar sensações de esperança;

Pinheiro<sup>19</sup> salienta a importância do desenvolvimento de estudos com crianças, adolescentes e famílias em situação de risco, buscando identificar os aspectos saudáveis nesses grupos.

Rutter apud Pinheiro<sup>19</sup> alerta que o importante para compreender a resiliência é tentar conhecer como as características protetoras se desenvolveram e de que modo modificaram o percurso pessoal do indivíduo.

## CONCLUSÃO

O processo de adoecimento e hospitalização infantil, com todas as suas etapas, se configura como uma experiência difícil, repleta de fantasias, medos, inseguranças, interrupções e fragilidade de vínculos para a criança e para sua família. Aliado a isso o simbolismo que envolve as doenças do coração, atua como potencializador da situação de crise estabelecida.

Nesse sentido, compreender os fatores que contribuem para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da família no ambiente de UTI, é de extrema relevância para auxiliar a equipe na maximização das estratégias positivas observadas e elaboração de outras em conjunto com os cuidadores.

## REFERÊNCIAS

1. Mitre RMA, Gomes, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Rev Ciênc Saúde Coletiva*, 2004; 9(1): 147 – 154.
2. Souza SV, Camargo D, Bulgacov YLM. Expressão da emoção por meio do desenho de uma criança hospitalizada. *Rev Psicol Estud*, 2003; 8(1):101 – 109.
3. Souza ACC. *Utilização dos contos de fadas em enfermaria pediátrica: uma possibilidade de intervenção*. [Monografia]. Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar. São Paulo:, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia; 2005.
4. Ferreira EAP. *Adesão ao tratamento em psicologia pediátrica*. In: Crepaldi MA, Linhares MBM, Perosa GB (org). *Temas em psicologia pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. p. 147-189.
5. Souza RP (org). *Manual rotinas de humanização em medicina intensiva*. Curitiba: Edição do autor; 2004.
6. Medeiros ACT, Andreoli PBA. *Brinquedoteca e humanização da assistência à criança*. In: Knobel E. *Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves*. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 299-10.

7. Nigro M. *Hospitalização: o impacto na criança, no adolescente e no psicólogo hospitalar*. São Paulo: casa do psicólogo. 2004
8. Perosa GB, Gabarra LM, Bossolan RP, Ranzani PM, Pereira VM. *Aspectos psicológicos na comunicação médico-paciente no setting pediátrico*: In: Crepaldi MA, Linhares MBM, Perosa GB (org). *Temas em psicologia pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. p. 57-82.
9. Bruns RF, Moron AF, Murta CGV, Gonçalves FA, Zamith MM. O papel da translucência nugal no rastreamento de cardiopatias congênitas. *Arq Bras Cardiol*, 2006; 87 (3): 307 – 314.
10. Aguiar FSL, Lauritzen MLF, Melo RML, Azevedo RM, Assunção T. *Os sentimentos das genitoras diante do diagnóstico de cardiopatia congênita de um filho*. [Monografia]. Pernambuco: Centro de Psicologia Hospitalar e Domiciliar do Nordeste Ltda – CPHD;2003.
11. Rathsam ARM, Francé R. *A atuação do psicólogo em cardiopediatria*. In: Oliveira MFP, Ismael SMC .*Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia*. SP: Ed. Papirus; 1995. p. 167 – 173.
12. Spovieri MHS, Assumpção Jr FB. Dinâmica familiar de crianças autistas. *Arq Neuro-Psiquiatr*, 2001; 59 (2A): 230 – 237.
13. Felício JL. As famílias de pacientes com doenças crônicas e graves: funcionamentos mais característicos. *O mundo da saúde*, 2003 jul/set São Paulo; 27(3).
14. Kitajima K, Cosmo M. *Comunicação entre paciente, família e equipe no CTI*. In: Knobel E, Andreoli PBA, Erlichman MR. *Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves*. São Paulo: Atheneu; 2008. p.101-112.
15. Melló DC, Rodrigues BMRD. O acompanhante de crianças submetidas a cirurgia cardíaca: contribuição para a enfermagem. *Esc. Anna Nery. Rev Enferm*, 2008 jun.; 12 (2): 237-42.
16. Boff L. *Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra*. 5. ed. Petrópolis: Rio de Janeiro: Vozes; 1999.
17. Walsh F. *Fortalecendo a resiliência familiar*. São Paulo: Roca; 2005.
18. Rodriguez DH. *O humor como resiliência*:. In: Melillo A, Ojeda ENS (col). *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed; 2005. p.131-138.
19. Ravazzola MC. *Resiliências familiares*. In: Melillo A, Ojeda ENS (col.). *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed; 2005. p.73-85.
20. Pinheiro DPN. A resiliência em discussão. *Rev Psicol Estud* 2004; 9 (1): 67 – 75.

## Prontuário de saúde e direitos sociais

### *Health handbook and social rights.*

Ana Luzia de Sá Magalhães<sup>1</sup>

O termo prontuário vem do latim “*promptuarium*” que significa o local onde se guardam as coisas que se pode precisar prontamente, isto é, a qualquer instante<sup>1</sup>.

O Prontuário de saúde, ou do paciente, é o instrumento que permite documentar o raciocínio lógico envolvido na determinação de um plano terapêutico, tendo como objetivos: auxiliar o tratamento, servir como base para as ações administrativas, avaliar o desempenho profissional da equipe de saúde, servir como fonte de informação para a pesquisa científica, defesa legal, e como garantia do exercício do direito social do paciente. Ele contém os registros dos dados sociais, da história clínica, das manifestações e evolução da doença e dos cuidados profissionais prestados pela equipe multidisciplinar<sup>2,3</sup>.

Os registros clínicos que constituem o prontuário, são formados por conjuntos de campos estruturados, relativos às informações sobre um determinado paciente, fornecendo evidência documentada do curso da doença e tratamento, proporcionando base para revisão, auditoria, estudo, solicitação de relatório médico para fins de benefícios junto à Previdência Social e investigação judicial quando se fizer necessário<sup>2</sup>. “O direito à saúde é parte de um conjunto de direitos chamados de direitos sociais, que têm como inspiração o valor da igualdade entre as pessoas”<sup>4</sup>.

No Brasil este direito apenas foi reconhecido na Constituição Federal de 1988, antes disso o Estado apenas oferecia atendimento à saúde para trabalhadores com carteira assinada e suas famílias, as outras pessoas tinham acesso à estes serviços como um favor e não como um direito<sup>4</sup>.

O Segundo Princípio da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, assegura ao cidadão o acesso às “informações sobre o seu estado de saúde, extensivas aos seus familiares e/ou acompanhantes, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural, respeitados os limites éticos por parte da equipe de saúde”<sup>5</sup>.

Sobre esse aspecto enfatiza-se que, o usuário do Serviço Único de Saúde - SUS, ou seu representante legal, em algum momento, busca informações na Instituição de Saúde que o atendeu, sobre os registros clínicos efetuados no prontuário, para requerer algum benefício junto à Previdência Social, asseguradoras de responsabilidade civil, ou para comprovar algum fato na justiça, que como exemplo, pode ser referente à investigação de erro médico ou de outros atendimentos ministrados na instituição de saúde ao sujeito em questão, com a finalidade de reivindicar seus direitos e garantir o exercício de sua cidadania.

O fato é que a procura por informações de atendimentos assistenciais arquivadas nas instituições de saúde, tem sido cada vez mais expressiva, acontecimento que era bastante esporádico até o final do século passado. A crescente busca por essas informações vem chamando a atenção e demonstra que estas, não são apenas valiosas em si mesmo, mas também pelo atendimento institucional que representa uma legitimidade para a informação – verdade dos fatos ali registrados, o que garante a validade frente a outros agentes sociais.

A situação contrária ao fato observado, ou seja, a dificuldade ou negação de acesso à informação, interfere negativamente no processo social do exercício de cidadania do usuário, o que gera a sua insatisfação e conseqüentemente a perda de algum benefício.

Por outro lado, a ausência ou perda da informação, também interfere nas pesquisas e estudos sobre doenças e outros agravos, ou mesmo sobre o perfil de atendidos que possam contribuir para o gerenciamento adequado da instituição e para constituir a sua memória científica.

Segundo Foucault<sup>6</sup> é com o nascimento da medicina social ao final do século XVIII e com a sua inserção no funcionamento geral do discurso do saber científico, que tem início a organização de um sistema de registro permanente que acumula e transmite informações, do que acontece no âmbito hospitalar como: técnica de identificação dos pacientes,

<sup>1</sup> Especialista em Gestão de Arquivo. Bibliotecária. Coordenadora do Arquivo Médico - HUUFMA.

registro geral das entradas e saídas, o diagnóstico, condições de alta hospitalar ou óbito, registro de enfermagem, da farmácia, em que diz que receitas e para que pacientes foram despachadas, tratamento prescritos e o diagnóstico. Esses procedimentos foram incorporados ao prontuário de saúde utilizado pelos hospitais contemporâneos.

Desse modo, todo cidadão que usa o Sistema Único de Saúde para consultas, exames, internações e outras atividades assistenciais, tem direito a informação como prescreve a legislação em saúde. O direito à saúde é parte de um conjunto de direitos chamados de direitos sociais, que têm como inspiração o valor da igualdade entre as pessoas. As principais bases destes direitos estão na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, nos Códigos

de Ética profissionais, no Estatuto da Criança e do Adolescente, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em Leis Federais e em Portarias do Ministério da Saúde<sup>7</sup>.

Assim para preservar e garantir os direitos sociais do usuário do SUS nas Instituições de Saúde, quando esse requer a sua história clínica, necessário se faz que os registros efetuados no prontuário, sejam claros, objetivos, e legíveis, para permitir a reconstrução histórica e completa do caso a qualquer momento. O prontuário do paciente pelas suas múltiplas peculiaridade caracteriza-se por ser um documento assistencial, administrativo, científico e legal, que pode provar ou não a veracidade dos fatos.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Diário do Senado Federal. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Artigo 1º. Justificação [capturado 2007 set 8]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/publicacoes/diarios/pdf/sf/2008/12/09122008/50568.pdf>.
2. Magalhães ALS. *Prontuário médico do Hospital Universitário: uma política de arquivo, gestão e gerenciamento* [monografia]. 2004. São Luís(MA): Universidade Federal do Maranhão; 2004.123p.
3. Diener JRC, Silva N M. Aspectos administrativos, éticos e legais do prontuário médico. *Arquivos Catarinense de Medicina*, 1994 jul/set Santa Catarina; 23( 3):181 – 183.
4. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP. Incubadora. Guia de direitos. *Direito à saúde*. São Paulo [capturado 2007 set 8] Disponível em: <http://nev.incubadora.fapesp.br/portal/saude/direitosauade>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. *Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde* [capturado 2007 set 8]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_direito\\_usuarios\\_2ed2007.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf).
6. Foucault M. *Microfísica do poder*. 19. ed. São Paulo: Graal; 2004. 293p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria Nº. 675/GM de 30 de março de 2006*. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres de exercício da cidadania na saúde do País. Diário Oficial da União. Imprensa Nacional, Brasília, DF, n. 63, 2006. Seção 1, p. 2.

### Instruções aos colaboradores

A Revista do Hospital Universitário - UFMA, órgão oficial do Hospital Universitário é publicada semestralmente, e se propõe à divulgação de artigos concernentes à área da saúde que contribuam para o seu ensino e desenvolvimento.

A Revista do Hospital Universitário - UFMA passa a seguir o "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Bio Medical Periodical Journals" elaborado pelo "International Committee of Medical Journal Editors" (ICMJE), conhecido como "Convenção de Vancouver". É utilizada a 5ª Edição de 1997 publicada no New Engl J Med, 1997, 336(4): 309-315.

Os originais dos artigos deverão ser entregues na Diretoria Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão, localizada no 4º andar da Unidade Presidente Dutra (HUUPD) - Rua Barão de Itapary, 227 - Centro. CEP.: 65020-070, São Luís-MA. Brasil. Telefone para contato: (98) 2109-1242, e-mail: revista@huufma.br

### Informações gerais

Os artigos apresentados para publicação devem ser inéditos, impressos em computador, espaço duplo, papel branco nos formatos de 210 mm x 297 mm ou A4, em páginas separadas, devidamente numeradas e com margens de 2,5 cm acompanhadas de disquete contendo o respectivo material, digitados no programa Word for Windows 6.0 ou o mais recente, letra arial, tamanho 12. O(s) autor(es) deverá(ão) enviar duas cópias do trabalho (inclusive das ilustrações) ao editor chefe da revista acompanhadas de carta assinada pelo autor e todos os co-autores autorizando a publicação. Se houver dúvida, o autor deverá consultar diretamente o editor chefe.

### Forma e estilo

Os artigos devem ser concisos e redigidos em português no máximo em 15 páginas. As abreviações devem ser limitadas aos termos mencionados repetitivamente, desde que não alterem o entendimento do texto, e devem ser definidas a partir da sua primeira utilização. Cada parte do artigo deve ser impressa em páginas separadas na seguinte ordem: **1) Página de Títulos; 2) Resumo e Descritores; 3) Texto; 4) Abstract e Key words; 5) Referências; 6) Endereço completo do autor e e-mail, para a correspondência; 7) Ilustrações e legendas; 8) Tabelas; 9) Outras informações.**

### Categoria dos artigos

**Artigo Original:** Deve ser constituído de **Resumo**, **Abstract**, **Introdução**, **Método**, **Resultados**, **Discussão** e **Referências**. Recomenda-se cuidadosa seleção das referências, limitando-se em cerca de vinte permitindo-se um máximo de seis autores.

**Artigo de Atualização e Revisão:** Deve ser publicação de matéria de grande interesse da comunidade científica. O formato é semelhante ao artigo original (**Resumo**, **Abstract**, **Introdução**, **Conclusão**). Número de autor: dois.

**Relato de Caso:** Deve ser restrito a casos relevantes que necessitem de divulgação científica.

**Nota Prévia:** Observação clínica original, ou descrição de inovações técnicas, apresentadas de maneira

breve, não excedendo a quinhentas palavras, cinco referências e duas ilustrações.

### Organização dos artigos

**A) Página de Título:** O título deve ser redigido em português e em inglês. Deve conter o máximo de informação e o mínimo de palavras. Não deve conter fórmulas, abreviações e interrogações. Deve ser acompanhado do(s) nome(s) completo(s) do autor(es) seguido de seus títulos profissionais e do nome da Instituição onde o trabalho foi realizado. Para Artigos Originais admite-se até seis autores e, nos Relatos de Casos e Notas Prévias, apenas três.

**B) Resumo:** Deve conter no máximo duzentos e cinquenta palavras, em caso de Artigo Original e de Atualização e, cem para Relato de Caso e Nota Prévia. Deve ser informativo, contendo o objetivo, os procedimentos, os resultados com sua significância estatística e as conclusões.

Deve ser compreensível, evitando-se informações vagas e que não estejam no texto, para poderem ser utilizadas amplamente deve conter:

1. Objetivo: com o propósito do trabalho
2. Método: descrição do material dos pacientes e do método.
3. Resultados: descrição dos achados principais com dados estatísticos, se possível com significado.
4. Conclusões.

**C) Descritores:** De acordo com a lista do Index Medicus. Podendo ser citados até 3 (Três).

**D) Abstract:** Deverá ser estruturado da seguinte maneira:

1. Background: O propósito do trabalho ou investigação.
2. Methods: Descrição do material e método.
3. Results: Descrição dos achados principais com dados estatísticos, se possível seu significado.
4. Conclusions:
5. Keywords: De acordo com o Index Medicus.

**E) Introdução:** Deve indicar o objetivo do trabalho e a hipótese formulada. Informações que situem o problema na literatura e suscitem o interesse do leitor podem ser mencionadas. Devem-se evitar extensas revisões bibliográficas, histórico, bases anatômicas e excesso de nomes de autores.

**F) Ética:** Toda pesquisa que envolve seres humanos e animais deve ter aprovação prévia da Comissão de Ética em Pesquisa, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsinki e as Normas Internacionais de Proteção aos Animais e a resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O artigo deve ser encaminhado juntamente com o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

**G) Métodos:** (inclui o item antes denominado pacientes ou material e método). O texto deve ser preciso, mas breve, evitando-se extensas descrições de procedimentos usuais. É necessário identificar precisamente todas as drogas, aparelhos, fios, substâncias químicas, métodos de dosagem, etc., mas não se deve utilizar nomes comerciais, nomes ou iniciais de pacientes, nem seus

números de registro no Hospital. A descrição do método deve possibilitar a reprodução dos mesmos por outros autores.

H) **Resultados:** Devem ser apresentados em seqüência lógica no texto, e exclusivamente neste item, de maneira concisa, fazendo, quando necessário, referências apropriadas a tabelas que sintetizem achados experimentais ou figuras que ilustrem pontos importantes. Não fazer comentários nesta sessão reservando-os para o capítulo Discussão.

I) **Discussão:** Deve incluir os principais achados, a validade e o significado do trabalho, correlacionando-o com outras publicações sobre o assunto. Deve ser clara e sucinta evitando-se extensa revisão da literatura, bem como hipóteses e generalizações sem suporte nos dados obtidos no trabalho. Neste item devem ser incluídas as conclusões do trabalho.

J) **Referências:** Devem ser no máximo de 20 e predominantemente de trabalhos publicados nos cinco últimos anos, restringindo-se aos trabalhos referidos no texto, em ordem de citação, numeradas consecutivamente e apresentadas conforme as Normas do Index Medicus. As citações devem ser referidas no texto pelos respectivos números, acima da palavra correspondente sem vírgula e sem parêntese. Observações não publicadas ou referências a "Summaries" de Congressos e comunicações pessoais devem ser citadas no texto, entre parênteses. Ex.: (Attie AD, et al: Hepatology, 1981, 1:492, Summary). Mencionar todos os autores, quando até três, citando apenas os três primeiros, seguidas de et al., quando existirem mais de três autores. **Exemplos de formas de referências:**

1. **em Revista:** Autor. Título do artigo. Título da Revista. Ano mês dia; volume (número): páginas. Jordan PH, Thonby J. Twenty years after parietal cell vagotomy antrectomy for treatment of duodenal ulcer. *Ann Surg*, 1994; 220(3): 283-296.
2. **em Livro:** Autor. Título. Edição. Local de Publicação: Editora; data da publicação. Bogossian L. *Choque séptico*: recentes avanços de fisiopatologia e do tratamento. Rio de Janeiro: Atheneu; 1992.
3. **em Capítulo de Livro:** Autor do capítulo. Título do capítulo. In: Autor do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação: Editora; data de publicação. páginas. Barroso FL, Souza JAG. *Perfurações pépticas gástricas e duodenais*. In Barroso FL, Vieira OM, editores. *Abdome agudo não traumático: Novas propostas*. 2.ed. Rio de Janeiro: Robe; 1995. p. 201-220.
4. **em Monografia, Dissertação e Tese:** Autor. Título [Dissertação]. Local (Estado): Universidade; Ano. páginas. Chinelli A. *Colecistectomia laparoscópica*: estudo de 35 casos. [Dissertação]. Niterói(RJ): Universidade Federal Fluminense; 1992. 71 p.
5. **em Material eletrônico:**

A) Artigo: Autor. Título do artigo. Título do periódico [Tipo de material] Ano Mês [capturado ano mês dia]; volume (número); [número de telas] Disponível em: endereço eletrônico. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg infect diseases* [serial online] 1995 Jan/mar [capturado 1996 jun 5]; 2 (2): [24 telas] Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

B) Arquivo de Computador: Título [tipo de arquivo].

Versão. Local (Estado) Editora; ano. Descrição física. Hemodynamics III: The ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2 Orlando (FL): Computereid Educational Systems; 1993.

C) Monografia em formato eletrônico: Título [tipo de material], Responsável. Editor. Edição. Versão. Local: Editora; ano: CDI, Clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JTR, Mailbach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2<sup>nd</sup> ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1965.

**Notas:** Todas as notas do título, dos autores ou do texto devem ser indicadas por algarismos arábicos, e ser impressas em páginas separadas.

### Tabelas

Devem ser numeradas com algarismos arábicos encabeçadas por suas legendas e explicações dos símbolos no rodapé e digitadas separadamente, uma por página. Cite as tabelas no texto em ordem numérica incluindo apenas dados necessários à compreensão de pontos importantes do texto. Os dados apresentados em tabelas não devem ser repetidos em gráficos. A montagem das tabelas deve seguir as Normas de Apresentação Tabular, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatísticas (Rev. Bras. Est., 24: 42-60, 1963. As tabelas deverão ser elaboradas no programa Microsoft Word.

### Ilustrações

São fotografias, gráficos, desenhos, etc., que não devem ser escaneadas e de preferência em preto e branco, medindo 127mm x 178mm. As ilustrações, em branco e preto serão reproduzidas sem ônus para o(s) autor(es), mas lembramos que devido o seu alto custo para a Revista, devem ser limitadas a seis (6) para artigos originais e três (3) para relatos de casos, e utilizadas quando estritamente necessárias. Todas as figuras devem ser referidas no texto, sendo numeradas consecutivamente por algarismo arábico. Cada figura deve ser acompanhada de uma legenda que a torne inteligível sem referencia ao texto. Deve ser identificada no verso, através de uma etiqueta, com o nome do autor, número e orientação da mesma. Os desenhos e gráficos podem ser feitos em papel vegetal com tinta nanquim, sendo as letras desenhadas com normógrafo ou sob forma de letra "set" montadas, ou ainda, utilizando impressora jato de tinta ou laser, com boa qualidade, e nunca manuscritas.

