

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

Vinicius José da Nina Silva
Diretora Geral

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

Marília Cristine Valente Viana
Diretora Adjunta de Administração e Finanças

Joyce Santos Lages
Diretora Adjunta de Planejamento

Osiris de Fátima Moraes Rego Couto
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)

Capa/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. 10, n. 1, 2009

Quadrimestral.

(ISSN – 1677-4647)

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

CDU: 61(05)

Editorial

Comissão Científica do Hospital Universitário - HUUFMA.....	7
--	----------

Artigos / Articles

Efeitos do exercício resistido em idosos com osteoporose do programa de ação integrada para o aposentado – PAI. Fabiano de Jesus Furtado Almeida, Ana Eugenia Ribeiro de Araújo e Araújo, José Clarindo Coelho Neto.....	9
---	----------

Estado nutricional de pacientes oncológicos atendidos em um hospital geral em São Luís-MA. Elane Viana Hortegal, Ruth Lima de Oliveira, Antonio Luís Rodrigues Costa Júnior, Sílvia Tereza de Jesus Rodrigues Moreira Lima..	14
---	-----------

Hipertensão arterial em população assistida em um centro de saúde do município de São Luís – MA. Ana Carolina Alves da Hora, Carolina de Souza Carneiro, Elza Lima da Silva, Juciane Brandão Passos, Silvana do Socorro Santos de Oliveira	19
---	-----------

Prevalência de bronquiectasia em pacientes do programa de assistência ao paciente asmático. Francisco Claudio Barros Abrantes, Florenir Glória da Silva Paes, Caroline Almeida Oliveira, Laura Carolina Rodrigues Bernardes, Magno Ribeiro Rocha Júnior, Marcus Vinicius Duarte Costa, Maria do Rosário Silva Ramos Costa.....	23
---	-----------

Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com esclerose múltipla atendidos em um hospital de referência no Estado do Maranhão, Brasil. Sílvia R. Costa Leite, Jairo Silva dos Ângelos, Achilles C Ribeiro, Arthur Lopes G. Almeida, Dóroty A. Lopes Trinta.....	28
---	-----------

Prevalência de desnutrição em menores de 10 anos em área endêmica de leishmaniose visceral. Natália Coelho, Arlene de Jesus Mendes Caldas	34
--	-----------

Abandono de tratamento no programa de controle da hanseníase de um hospital universitário em São Luís - Maranhão. Adriana Regina Silveira Alexandre, Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa, Arlene de Jesus Mendes Caldas, Doralene Maria Cardoso de Aquino	40
---	-----------

A morte e o morrer em unidade de terapia intensiva: significado para enfermeira intensivista. Elza Lima da Silva, Nair Portela Coutinho, Aline Lima Pestana.....	45
---	-----------

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.	52
---	-----------

Relatos de Casos / Case Reports

Malária e Gravidez: Relato de Caso. Marília da Glória Martins, Frederico Vítório Lopes Barroso, João Beltrão Nolêto e Silva Júnior, José Pereira Guará	56
---	-----------

Normas Redatoriais / Notes to Contributors

Comissão Científica do Hospital Universitário - HUUFMA

A comissão científica (COMIC) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão foi criada pela RESOLUÇÃO Nº. 001/CAHU/UFMA, de 03 de agosto de 2007, com os seguintes objetivos: definir, implementar e difundir entre a comunidade acadêmica e a sociedade as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas científicas; e incentivar a pesquisa científica no âmbito do HUUFMA. Tem função consultiva, deliberativa, normativa e educativa.

A COMIC atualmente é composta por 10 membros efetivos, com seus respectivos suplentes, representando diferentes áreas de atuação profissional e orientações científicas, para um mandato de 2 (dois) anos, permitida a recondução.

Para tramitação e apreciação dos projetos de pesquisa desenvolvidos no HUUFMA, a COMIC estabeleceu o seguinte fluxograma: o interessado(a) protocola o projeto de pesquisa no Protocolo do HUUFMA, em duas vias impressa e em CD; em seguida é encaminhado o projeto para a chefia do serviço para conhecimento e parecer de viabilidade; se a pesquisa for viável será relatada por um membro da COMIC e posteriormente submetida à apreciação em uma reunião de colegiado para o parecer final (aprovado, com pendência ou não aprovado). A COMIC avalia e emite parecer consubstanciado sobre os aspectos técnico-científico, financiamento da pesquisa, origem dos recursos e adequação às diretrizes da política institucional.

A COMIC, também, vem favorecendo a socialização do saber acadêmico e estabelecendo uma dinâmica que contribui com o desenvolvimento profissional e o fortalecimento da investigação científica. Por outro lado, um número significativo de profissionais docentes e não docentes, têm produzido e publicado, dentro da instituição e fora dela, trabalhos científicos relevantes.

Assim, os artigos que compõem este número são resultantes destas pesquisas realizadas nas diversas áreas do conhecimento, tais como: efeito do exercício em idosos, estado nutricional de pacientes oncológicos e em crianças menores de 10 anos, hipertensão arterial, prevalência de bronquiectasia, abandono de tratamento na hanseníase, a morte e o morrer em UTI, e malária na gravidez.

Arlene de Jesus Mendes Caldas
Coordenadora da Comissão Científica
do HUUFMA - COMIC

Efeitos do exercício resistido em idosos com osteoporose do programa de ação integrada para o aposentado – PAI

Effects of resistance exercise in elderly patients with osteoporosis of the integrated program for retired people - PAI

Fabiano de Jesus Furtado Almeida¹, Ana Eugenia Ribeiro de Araújo e Araújo², José Clarindo Coelho Neto³

Resumo: A osteoporose é uma doença silenciosa que progride sem um sinal visível, até que ocorra uma fratura. O estudo tem como objetivo, verificar os efeitos do exercício resistido em idosos com osteoporose. Trata-se de um estudo exploratório, prospectivo, com variáveis quantitativas, realizado no Programa de Ação Integrada para o Aposentado - PAI, localizado no município de São Luís – MA. Os dados foram coletados nos meses de setembro e outubro 2008. A população foi constituída de 60 idosos, sendo que a amostra foi composta por apenas 50% (30 idosos), escolhida de forma aleatória. O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário com perguntas fechadas, aplicado individualmente e de forma direta. Resultado: 83,5% dos entrevistados são do sexo feminino; quanto à idade 44% estão entre 60 a 69 anos; em relação a renda mensal, 50% recebe de 2 a 4 salários mínimos; quanto a escolaridade, 45,5% possuem o ensino Superior; 33% relataram que já praticam o exercício resistido entre 1 a 2 anos. Conforme a qualidade de vida, 45% dos idosos se deram nota 8. Segundo como se sentem em relação a outros idosos, 50% relatou que se sentem muito bem. O exercício resistido age positivamente na saúde global do idoso, proporcionando saúde e independência.

Descritores: Exercício resistido, osteoporose, idoso.

Abstract: Osteoporosis is a silent disease that progresses without a visible sign, sometimes for years until a fracture occurs. The study aims to verify the effects of resistance exercise in elderly patients with osteoporosis. This is an exploratory, prospective study with quantitative variables, carried out in the Programme of Integrated Action for the Retired - PAI, located in São Luís - MA. Data were collected during September and October 2008. The study population consisted of 60 elderly, the sample comprised only 50% (30 patients) randomly chosen. The data collection instrument was a questionnaire with closed questions, applied individually and directly. Result: 83.5% of respondents are female, for age 44% are between 60 to 69 years in relation to monthly income, 50% receive 2 to 4 minimum wages, in relation to education, 45.5% have Higher education, 33% reported that they already practice resistance exercise for 1 to 2 years. As the quality of life, 45% of seniors made themselves note 8. According to how you feel about the other seniors, 50% reported that they feel very well. Resistance exercise acts positively on the overall health of the elderly, providing health and independence.

Keywords: Resists exercise, osteoporosis, elderly.

INTRODUÇÃO

O aumento do tempo de vida tem determinado grandes transformações para o homem contemporâneo. O crescimento da expectativa de vida está diretamente relacionado ao desenvolvimento econômico e cultural da sociedade, bem como às novas descobertas no campo tecnológico e da medicina, o que propiciou um aumento significativo na população de idosos^{1,2}. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia

e Estatística - IBGE³, no ano de 2030, o Brasil terá a sexta população mundial em número absoluto de idosos.

Com a ampliação da expectativa de vida, o envelhecimento e todas as conseqüências decorrentes dele, merecem uma especial atenção no que se refere à saúde. Segundo os estudos de Kura et al.⁴, para tentar minimizar os declínios fisiológicos que são

1 Professor de Educação Física. Docente do Centro Universitário do Maranhão - UNICEUMA.

2 Terapeuta Ocupacional. Docente do UNICEUMA.

3 Aluno do Curso de Educação Física do UNICEUMA.

inevitáveis durante o processo de envelhecimento, muitas instituições de saúde estão propondo a utilização de exercícios físicos como estratégia viável para melhorar as condições de saúde dos idosos.

Nóbrega et al.² ressaltam que o processo de envelhecimento é algo irreversível, ele se caracteriza por um declínio constante e progressivo de todas as funções fisiológicas do corpo humano. Mesmo que envelhecer não seja significado de adoecer, com a progressão da idade, ocorrem mudanças na fisiologia do idoso, que propiciam o aumento da incidência de doenças crônicas não-transmissíveis. No quadro destas doenças, uma que tem relevante destaque é a osteoporose.

A osteoporose é uma doença que não apresenta sintomas muito evidentes, ela pode se desenvolver silenciosamente durante anos, sem que se observe nenhuma alteração aparente. Segundo Nieman⁵, em muitos casos, só quando acontece uma primeira fratura é que a osteoporose pode ser diagnosticada, principalmente quando são fraturas originadas por pequenos tombos, ou colisões, que em situações normais não poderiam causar tal lesão. Esta patologia pode ainda causar a diminuição da estatura, devido ao colapso sofrido pela vértebra, é o que se chama popularmente de “corcunda de viúva”, sem, contudo, ser tratada como osteoporose.

Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria⁶, essa doença é considerada uma questão primordial para a saúde pública mundial por causa da sua elevada incidência, e em função das suas conseqüências, devastadoras para a saúde física e psicossocial do idoso, o que acarreta grandes custos financeiros. A osteoporose é responsável por traumas como a invalidez, causada pelas deformidades e incapacidades dos indivíduos atingidos e, pelo demorado tratamento das fraturas provenientes desta enfermidade. Pode causar também, as fraturas de quadril, que reduzem o tempo de vida em 36% para homens e 21% para mulheres, contribuindo para a ocorrência de morte nos primeiros seis meses depois da fratura de colo do fêmur, gerando gastos e despesas elevadas para o indivíduo e para o Estado.

Conforme Campos⁷, o exercício resistido é uma atividade importante para o osteoporótico, pois ajuda o idoso a ganhar força, massa e resistência muscular, associado à melhora na flexibilidade, na coordenação

e na agilidade, resultando em adaptações essenciais para o processo de remodelação óssea.

A hipertrofia muscular ocorre devido, principalmente, à sobrecarga tensional e metabólica. Para Guedes⁸, a sobrecarga tensional causa a hipertrofia miofibrilar devido ao aumento do conteúdo de proteínas contráteis nas miofibrilas e a sobrecarga metabólica causa a hipertrofia sarcoplasmática (aumento de creatina, fosfato, glicogênio e água, que ocorre graças ao tempo prolongado de contração). Para Santarém⁹, sempre que a contração muscular encontra uma resistência, ocorre tensionamento em todas as estruturas do músculo, a qual, se aumentada, estimula os mecanismos de hipertrofia.

De acordo com Moraes Junior e Siqueira¹⁰ com o avanço da idade, nota-se uma diminuição da massa muscular, fato que pode ser reflexo da redução ou do detrimento das fibras musculares. O treinamento com base na atividade resistida é o que obtém melhores resultados no auxílio à diminuição dos efeitos negativos do envelhecimento referentes às características neuromusculares, oferecendo aos idosos, pessoas que mais sofrem com esta doença, condições para uma vida com mais saúde e independência. Baechle e Westcott¹¹ afirmam que os exercícios resistidos diminuem a probabilidade de quedas, levam à redução da pressão arterial e das dores causadas pela artrite, e podem melhorar a situação dos lipídeos sanguíneos e a aceleração na passagem dos alimentos.

O exercício age positivamente na promoção da saúde global do idoso devido à sobrecarga gradativa e controlada que este treinamento envolve. De acordo com estudos de Mcardle et al,¹², o processo de envelhecimento e a fragilidade física eram tradicionalmente tratados como inevitáveis; hoje se sabe que essa opinião tradicional sofreu uma mudança drástica. Agora o envelhecimento cronológico não se enquadra na noção sombria de que a perda de estrutura corporal e de capacidade funcional não pode ser evitada.

Considerando o impacto relevante causado pelo aumento da expectativa de vida na população e o papel da atividade física, principalmente o treinamento de força na profilaxia e tratamento da osteoporose pelo idoso, o presente estudo objetivou a verificação dos efeitos do exercício resistido em idosos com osteoporose do PAI.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo exploratória, prospectiva, com variáveis quantitativas, realizada no Programa de Ação Integrada para o Aposentado - PAI - São Luís – MA. Os dados foram coletados nos meses de setembro e outubro de 2008. A população foi constituída de 60 idosos, de ambos os sexos, com idade mínima de 50 anos, que freqüentam grupos da terceira idade, sendo que a amostra do estudo foi composta por apenas 50% (30 idosos) da população, escolhida de forma aleatória.

Como critérios de inclusão foram selecionados idosos com diagnóstico clínico de osteoporose através

da densitometria óssea, que estivessem regularmente matriculados no programa de musculação pelo menos 6 meses, que não tivessem doenças associadas descompensada como diabetes, hipertensão. Os critérios de exclusão foram; Ausência de 2 sessões de treinamento durante o período da pesquisa, utilizar reposição hormonal ou de cálcio e não aceitar participar da pesquisa.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário adaptado com perguntas fechadas – Osteoporosis assessment questionnaire (OPAQ), aplicado individualmente e de forma direta. As

informações colhidas foram tabuladas no programa Epi Info 6.0 e posteriormente, organizadas em tabelas e gráfico. O estudo atendeu os preceitos éticos da

Resolução 196/96 do CNS. Os pesquisados foram informados do mesmo e previamente assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A tabela 1 demonstra que 83,5% dos entrevistados são do sexo feminino; quanto à idade 44% estão entre 60 a 69 anos; em relação a renda mensal, 50% recebe de 2 a 4 salários mínimos e quanto à escolaridade, 45,5% possuem o ensino superior.

Segundo o local de acometimento, 40% dos idosos relataram ter o fêmur acometido pela osteoporose (Tabela 2).

Com relação ao tempo de prática do exercício resistido, 33% dos idosos informaram que estão entre 1 a 2 anos praticando musculação (Tabela 3).

Segundo a auto-avaliação, 45% dos idosos entrevistados atribuíram nota 8 para sua qualidade de vida (Gráfico 1).

50% dos idosos entrevistados se sentem muito bem em relação a outros idosos (Tabela 4).

Tabela 1 – Distribuição dos idosos entrevistados, segundo a situação sócio-econômico. São Luís, 2008.

Sócio-econômico	f	%
Sexo		
Feminino	25	83,5
Masculino	5	16,5
Total	30	100
Idade		
50 a 59 anos	10	33
60 a 69 anos	13	44
70 ou mais	7	23
Total	30	100
Renda Mensal		
1 salário mínimo	5	16,5
2 a 4 salários mínimos	15	50
5 salários mínimos	5	16,5
+ 5 salários mínimos	5	16,5
Total	30	100
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	4	14
Ensino Fundamental Completo	2	6,5
Ensino Médio Incompleto	-	-
Ensino Médio Completo	11	34
Ensino Superior	13	45,5
Total	30	100

Tabela 2 – Local de acometimento da osteoporose. PAI. São Luís-MA, 2008

Local de acometimento	f	%
Joelho	9	25
Quadril	1	3,5
Fêmur	13	43
Coluna Lombar	9	25
Outras articulações	1	3,5
Total	30	100

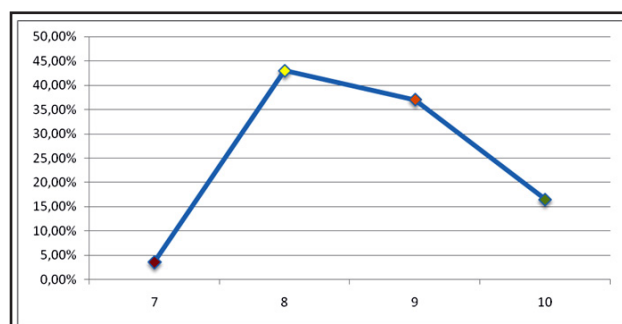
Tab ela 3 – Tempo de prática o exercício resistido. PAI. São Luís-MA, 2008

Tempo de exercício resistido	f	%
< 1 ano	6	20
1 a 2 anos	10	33
3 a 5 anos	5	16,5
> 5 anos	9	30,5
Total	30	100

Tabela 4 - Distribuição dos idosos entrevistados, segundo como se sentem em relação a outras pessoas com a mesma idade.

Como sente em relação a outros idosos	f	%
Muito bem	15	50
Bem	12	40
Médio	3	10
Mal	-	-
Muito mal	-	-
Total	30	100

Gráfico 1 – Distribuição dos idosos entrevistados, segundo a qualidade de vida. São Luís, 2008.



DISCUSSÃO

Em relação ao gênero, Nieman⁵ explica que a mulher tem mais probabilidade de desenvolver a osteoporose do que o homem, devido o fato de perder massa óssea no período da menopausa e por apresentar menor pico de massa óssea.

Nunes¹³ ressalta ainda que à privação do estrogênio leva a mulher a ter uma perda óssea trabecular elevada, chegando a 40% nos anos que se seguem a menopausa. Nieman¹³ relata que quanto maior for à idade da pessoa, maior é o risco de desenvolver osteoporose, onde o início da perda de massa óssea acontece, geralmente, na quinta década.

O rendimento dos idosos é um item importante a ser analisado, pois está diretamente associado às condições de vida. Atualmente, muitas famílias são sustentadas financeiramente com os proventos da aposentadoria da(s) pessoa(s), o que às vezes não é suficiente, tirando, em muitos casos, a oportunidade do idoso utilizar o benefício em seu proveito. Contudo, aqueles que possuem condições de manter parte do dinheiro para si, conseguem ter maior probabilidade de possuir melhor qualidade de vida, com dignidade e auto-estima elevada, tendo reflexo também na expectativa de vida¹⁴.

Conforme a escolaridade, os resultados do estudo teve um percentual positivo, devido a maioria possuir o Ensino Superior, Meireles et al¹⁵, ressalta que baixos níveis de escolaridade associados a fatores socioeconômicos e culturais contribuem para o aparecimento de doença, pois esses fatores podem dificultar a obtenção de informações e a conscientização das pessoas sobre a relevância dos cuidados com a saúde ao longo da vida, a necessidade da adesão ao tratamento e a manutenção de hábitos saudáveis.

Observou-se que 43% dos idosos, têm o fêmur acometido pela osteoporose, corroborando com dados da literatura pesquisada onde os locais de maior acometimento da osteoporose são as vértebras, fêmur e o punho¹⁶.

Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria¹⁷,

o acometimento nas vértebras são muito mais comuns e geralmente são assintomáticas, na maioria das vezes o idoso não consegue determinar o momento do acometimento, mas pode começar a apresentar dor pelo achatamento das vértebras e com isto aumenta a curvatura da coluna, diminuindo a altura.

Os resultados encontrados na tabela 3 demonstram que 33% dos idosos entrevistados nesta pesquisa estão entre 1 a 2 anos praticando o exercício resistido concordando com o estudo desenvolvido por Nelson, apud Aragão e Freire¹⁸, onde ao submeter 39 mulheres na faixa etária de 50 a 70 anos a um programa de exercícios com peso de alta intensidade, verificou que após 52 semanas de treinamento a amostra apresentou um incremento na densidade mineral óssea do colo do fêmur e da coluna lombar, paralelamente o grupo controle demonstrou reduções nestas mesmas variáveis.

McIlwain¹⁹ ressalta que o exercício resistido apresenta-se como estímulo eficaz na obtenção de ossos mais fortes e resistentes, por oferecer considerável sobrecarga tensional, representando forças maiores que aquelas impostas nas atividades da vida diária.

Com relação a qualidade de vida dos idosos entrevistados no gráfico 1 constatou-se que 45% se atribuíram nota 8. Segundo Nóbrega et al², a participação em exercícios físicos regulares favorece envelhecimento mais saudável, melhorando a qualidade de vida, pois é uma modalidade de intervenção efetiva para reduzir e prevenir inúmeras patologias associadas ao envelhecimento.

A tabela 4 demonstra que 50% dos idosos entrevistados se sentem muito bem em relação a outros idosos. Resultados semelhantes foram concomitantes com Safons²⁰, Mazo et al.²¹, onde verificaram que houve um aumento de respostas positivas no final de um programa de atividade física, concluindo que a participação em programa regular de atividades físicas, contribui de forma significativa, para a melhoria da auto-estima dos idosos.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, o exercício resistido vem apresentando resultados satisfatórios na profilaxia da osteoporose. Com isso o profissional de Educação Física tem um importante papel na prevenção desta e de outras patologias, onde a prática de uma atividade regular acompanhado de um profissional qualificado beneficiará não só os idosos, mas todas as faixas etárias.

Desse modo o treinamento resistido é um exemplo de exercício físico de baixo custo, que

traz efeitos benéficos ao praticante, com resultados fisiológicos que reduzem os malefícios dos efeitos deletérios advindos com a idade, otimizando a qualidade de vida.

É preciso que haja uma divulgação para o ganho de adeptos, e subsequente monitorização, seguida de uma correta prescrição e motivação, para que esses indivíduos se identifiquem com o exercício e sintam os benefícios que ele pode proporcionar.

REFERÊNCIAS

1. Papaléo NM, Carvalho Filho ET. *Geriatria: fundamentos Clínico e terapêutica*. São Paulo: Atheneu; 2000.
2. Nóbrega ACL, Freitas EV, Oliveira MA. Envelhecimento, sistema nervoso e o exercício físico. *Revista Digital*, 2002; (72).

3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE; 2000. *da fisiologia do exercício*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
4. Kura GG, Ribeiro LSP, Tourinho Filho H. *Treinamento resistido em idosos e seus possíveis efeitos sobre as variáveis aeróbias*. In: Santin JR, Bettinelli LA, Beninca CR. *Envelhecimento Humano cuidado e cidadania*. Passo Fundo: Ed. UPF; 2007.
5. Nieman DC. *Exercício e saúde como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento*. São Paulo: Manole; 1999.
6. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. *Osteoporose* [capturado 2008 nov 15] Disponível em: <http://www.sbgg.org.br/publico/artigos/osteoporose.asp>.
7. Campos MA. *Musculação para diabéticos, osteoporóticos, idosos, crianças e obesos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Sprint; 2001.
8. Guedes DP, Centro de Estudos de Fisiologia do Exercício. *Treinamento de força*. São Paulo: UFSP; 2007.
9. Santarém JM. *Atualização em exercícios resistidos: conceituações e situação atual* [capturado 2008 nov 15] Disponível em: <http://www.saudetotal.com>.
10. Moraes Junior AR, Siqueira PC. *Exercícios resistidos para idosos*. Revista Digital 2008; 13(124).
11. Baechle TR, Westcott WL. *Treinamento de força para a terceira idade*. São Paulo: Manole; 2001.
12. Mcardle W, Katch FI, Katch VL. *Fundamentos da fisiologia do exercício*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
13. Nunes JF. *Atividade Física e Osteoporose*. Londrina: Midiograf; 2001.
14. Jodelet D. *Representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ; 2001.
15. Meireles VC, Matsuda LM, Coimbra JAH, Mathias TAF. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná. *Saúde e Sociedade*, 2007; 16(1): 69-80.
16. Almeida Junior BR. *Influência da atividade física e da ingestão de cálcio na osteoporose*. São Paulo; 1997.
17. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. *Quedas no idoso* [capturado 2008 nov 16] Disponível em: <http://www.sbgg.org.br/publico/artigos/queda.asp>.
18. Aragão KGCB, Freire FM. *Osteoporose: um artigo de atualização*. Goiânia: Universidade Católica de Goiás; 2004.
19. Mcilwain HH. *Vencendo a osteoporose: especialistas de vanguarda mostram como tratar, controlar e evitar a osteoporose*. São Paulo: Cultrix; 1999.
20. Safons MP. *Contribuições da atividade física, para a melhoria da auto-imagem e autoestima de idosos* [capturado 2008 nov 13] Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>.
21. Mazo GZ, Cardoso FL, Aguiar DL. *Programa de Hidroginástica para idosos: motivação, auto-estima e auto-imagem*. Rev Bra Cineantropom, 2006; 8(2): 67-7.(desempenho hum)

Estado nutricional de pacientes oncológicos atendidos em um hospital geral em São Luís-MA

Nutritional condition of oncological patients attended at a general hospital in São Luís-MA

Elane Viana Hortegal¹, Ruth Lima de Oliveira², Antonio Luís Rodrigues Costa Júnior³,
Sílvia Tereza de Jesus Rodrigues Moreira Lima⁴.

Resumo: O objetivo deste estudo foi avaliar o estado nutricional de pacientes oncológicos atendidos em um Hospital Geral em São Luís-MA. Realizou-se um estudo descritivo e transversal durante o período de fevereiro a julho de 2008. Os pacientes responderam a um questionário com dados de identificação, socioeconômicos, tipo de neoplasia e antropométricos. A determinação do estado nutricional dos pacientes foi realizada por meio do Índice de Massa Corpórea (IMC), Circunferência do Braço (CB), Prega Cutânea Tricipital (PCT) e Avaliação Subjetiva Global – Produzida pelo Paciente (ASG-PPP). Dos 30 pacientes avaliados, 60% eram do sexo masculino, entre 60-79 anos (50%), pertenciam às classes C e D (66,7%), declararam-se pardos (66,7%), tinham origem interiorana (53,3%), possuíam renda de até 1 salário mínimo (43,3%) e eram analfabetos (33,3%). Os tumores do sistema gastrointestinal foram os mais citados (36,7%). A maioria dos pacientes (70%) foi submetido somente à quimioterapia. Em relação ao estado nutricional observou-se que, pelo o IMC, a maioria dos pacientes encontrava-se eutrófico (46,7%), segundo a PCT os pacientes apresentaram, em sua maioria, algum grau de desnutrição (73,3%), sendo que apenas 13,3% encontrava-se em eutrofia. Em relação à CB, 66,7% dos pacientes apresentaram algum grau de desnutrição e segundo a ASG-PPP, a porcentagem de desnutridos foi de 80%. Foram encontradas altas taxas de desnutrição nos pacientes oncológicos e diferentes percentuais de desnutrição entre os indicadores utilizados, confirmando que a avaliação do estado nutricional deve ser feita utilizando-se vários indicadores, já que não há um padrão-ouro para tal.

Descritores: Avaliação nutricional, neoplasias, desnutrição.

Abstract: The objective of the present study is to verify the nutritional profile on oncological patients at a General Hospital in São Luís - MA between February and July 2008. The patients answered a questionnaire with identification, socioeconomic, type of cancer and antropometric questions. Nutritional status was assessed though Body Mass Index (BMI), Circumference of the Arm (CA), Triceps Skin Fold (TSF) and Global Subjective Evaluation Produced by the Patients (GSE-PBP). Thirty patients were evaluated, 60% were male, between 60-79 years (50%), belonged to C and D economic classes (66,7%), declared to be neither Black nor white (66,7%), were born on the countryside (53,3%), lived with minimum wage income (43,3%) and were illiterate (33,3%). The gastrointestinal cancers were the most observed (36,7%). The most part of patients (70%) were submitted only to chemotherapy. Considering the nutritional assessment, it was constated that, based on BMI, most of the patients were eutrophic (46,7%), based on TSF, most of the patients have showed some degree of malnutrition (73,3%) and only 13,3% were eutrophic. Considering the CA, 66,7% of the patients have showed some degree of malnutrition and according the GSE-PBP, the percentage of malnutrition was 80%. There were found high levels of malnutrition on oncological patients and different percentual of malnutrition between the indicators used, which confirm that the nutritional evaluation must be done by various indicators, despite there is no gold-method for that.

Keywords: Nutritional assessment, neoplasms, malnutrition.

INTRODUÇÃO

O câncer configura-se como um grande problema de saúde pública tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, sendo responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano¹. As estimativas para o ano de 2008, válidas também para o ano de 2009, apontam que ocorrerão

1. Nutricionista do Hospital Geral Tarquínio Lopes Filho.

2. Especialista em intervenções nutricionais. Hospital Tarquínio Lopes Filho.

3. Aluno do Curso de Nutrição da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

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

466.730 casos novos de câncer no Brasil. No Maranhão, as estimativas são de 2170 novos casos de câncer em homens e 2660 em mulheres. Destes, 750 novos casos para homens e 1040 novos casos para mulheres ocorrerão em São Luís².

A desnutrição é muito prevalente no paciente oncológico e está associada à diminuição da resposta ao tratamento específico, à qualidade de vida e à mudança da auto-imagem, com maiores riscos de infecção pós-operatória e aumento da morbimortalidade^{3,4}.

O prejuízo no estado nutricional é freqüentemente aceito como parte da doença e do seu tratamento. Conforme Capra⁵, até 20% dos pacientes com câncer morrem em consequência da desnutrição.

Anorexia, perda involuntária de peso, perda tecidual, apatia e morte momentânea caracterizam a caquexia do câncer – uma condição avançada de má nutrição protéico-calórica. A prevalência de caquexia aumentou de 50% para mais de 80% antes da morte e em mais de 20% dos pacientes, a caquexia é a causa principal de morte. A caquexia ocorre secundariamente como resultado de uma inabilidade funcional de ingerir ou absorver os nutrientes, podendo ser relacionada a interferências mecânicas no trato gastrointestinal, como obstrução e má-absorção, intervenções cirúrgicas ou toxicidade do tratamento. Em pacientes recebendo quimioterapia e radioterapia, náuseas, vômitos, mudança no paladar, estomatites e diarreia podem contribuir para a perda de peso e comprometer a qualidade de vida⁶.

A perda de peso involuntária é geralmente um dos sinais mais precoces de desnutrição em pacientes com câncer⁷. Desta forma, o peso corporal torna-se um componente fundamental da avaliação nutricional, pois é um marcador indireto de massa protéica e de reservas de energia⁸.

A avaliação nutricional é o primeiro passo para identificação e tratamento da desnutrição do paciente com câncer. Estes podem apresentar ingestão dietética inadequada, alterações dos indicadores antropométricos, bioquímicos e clínicos, com conseqüente alteração do estado nutricional⁹.

As técnicas de avaliação nutricional completa, com algumas limitações, permitem que sejam identificadas alterações em cada compartimento corporal analisado, possibilitando que o suporte nutricional se torne cada vez mais eficaz¹⁰.

Os índices antropométricos mais utilizados na avaliação nutricional de pacientes oncológicos são peso, altura, índice de massa corporal (IMC), seguindo-se um padrão estabelecido pela Organização Mundial de Saúde - OMS em 1986, prega cutânea tricipital (PCT) e circunferência do braço (CB), sendo interpretadas comparando-se com as tabelas de valores padrão publicadas por Frisancho e classificadas por percentis de acordo com a Organização Mundial da Saúde^{9,11}.

A história clínica deve ser bem investigada neste grupo de pacientes. É necessário avaliar também, a capacidade funcional do paciente, presença de fadiga e limitação para desenvolver atividades diárias como aquisição, preparo e ingestão de alimentos via oral. O questionário para Avaliação Subjetiva Global (ASG) considera aspectos referentes à história clínica e exame físico para definir estado nutricional: perda de peso, alterações no padrão alimentar, presença de sintomas gastrintestinais, capacidade funcional, demanda metabólica relacionada com a doença, gordura subcutânea, desgaste muscular, presença de edema e ascite¹².

O objetivo desse estudo foi avaliar o estado nutricional de pacientes oncológicos atendidos em um Hospital Geral em São Luís-MA.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo, transversal, prospectivo e qualitativo envolvendo 30 pacientes submetidos a tratamento quimioterápico em um Hospital Público de São Luís – Maranhão durante o período de fevereiro a julho de 2008. Foram elegíveis para participar todos os pacientes adultos e idosos com alguma neoplasia, que possuíam 3 meses de tratamento quimioterápico durante o período do estudo e que concordaram em participar do estudo. Os pacientes incluídos no estudo responderam a um questionário padronizado com dados de identificação do paciente, socioeconômicos, informações sobre o tipo de neoplasia e antropométricos. Para a avaliação antropométrica dos pacientes foram aferidos peso (em quilogramas) e altura (em metros) em balança mecânica com estadiômetro acoplado, com capacidade de até 150kg e precisão de 100g e graduação de 0,5 cm, seguindo técnicas preconizadas¹³. Também foram mensuradas a CB e a PCT. A CB foi medida, com uma fita métrica flexível e inextensível com variação em centímetros, no ponto médio entre os ossos acrômio

e olécrano, com os braços do indivíduo estendidos ao longo do corpo e a palma da mão voltada para a coxa. A PCT foi obtida utilizando-se o adipômetro clínico, com variação em milímetros, localizando-se e marcando o ponto médio entre os ossos acrômio e olécrano, separando levemente a prega do braço não-dominante, desprendendo-a do tecido muscular e aplicando o adipômetro formando um ângulo reto.

A determinação do estado nutricional dos pacientes foi realizada por meio do IMC, CB e PCT. O IMC foi calculado por meio da razão do peso corporal e o quadrado da altura. Foi utilizado o ponto de corte inferior a 25,0 kg/m² para eutrofia, 25,0 a 29,9 kg/m² para sobrepeso e maior ou igual a 30,0 kg/m² para obesidade¹¹. Os resultados encontrados de CB e PCT foram comparados ao percentil 50 (P50) de acordo com o sexo e idade preconizados por Frisancho apud Cuppari¹⁴ e, então, verificada a média e a variação.

O método subjetivo utilizado foi a Avaliação Subjetiva Global produzida pelo paciente (ASG-PPP) recomendada para pacientes com câncer. A

classificação do estado nutricional a partir da ASG-PPP foi obtida conforme o perfil categorizado para esta avaliação¹⁵. As variáveis qualitativas foram apresentadas por meio de frequências e porcentagens e as quantitativas por média e desvio padrão (média ± DP). Os dados foram analisados no programa estatístico

Epilinfo versão 3.4.1 – 2007. O protocolo da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Maranhão (Protocolo nº 23115 010297/2007-04), de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Dos 30 pacientes avaliados, 60% eram do sexo masculino e 40% do sexo feminino. A faixa etária com o maior número de pacientes foi a compreendida entre 60-79 anos (50%). Com relação às características socioeconômicas e demográficas, a maioria dos pacientes avaliados pertencia às classes C e D (66,7%), declarou-se pardos (66,7%), tinha origem interiorana (53,3%), possuía renda de até 1 salário mínimo (43,3%) e era analfabeto (33,3%) (Tabela 1).

Os pacientes apresentaram média de idade e altura de 58,9 (±14,6) anos e 1,58 (±0,08) m, respectivamente. As médias de peso, IMC, PCT e CB foram, respectivamente, 55,9 (±11,5) kg, 22,1 (±4,1) kg/m², 12,6 (± 6,5) mm e 26,9 (±4,5) cm. A média da porcentagem de perda de peso foi de 10,2 (±17,7) kg (Tabela 2).

Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas dos pacientes avaliados durante o período de fevereiro a julho de 2008 (São Luís- MA).

Variável	f	%
Sexo		
Masculino	18	60
Feminino	12	40
Classe econômica		
A e B	7	23,3
C e D	20	66,7
E	3	10
Cor da pele		
Branca	4	13,3
Preta	3	10
Parda e outras	20	66,7
Não sabe	3	10
Origem		
São Luís	10	33,3
Interior	16	53,3
Outros	4	13,3
Grupo etário (anos)		
20-39	3	10
40-59	10	33,3
60-79	15	50
80-99	2	6,7
Renda (salário mínimo)		
Sem renda	1	3,3
≤ 1	13	43,3
> 1 e ≤ 2	7	23,3
> 3 e ≤ 4	6	20
≥ 5	3	10
Escolaridade		
Analfabeto/ PI	10	33,3
Primário completo / GI	7	23,3
Ginásial completo / CI	4	13,3
Colegial completo / SI	6	20
Superior completo	3	10
Total	30	100

Tabela 2 - Média das variáveis analisadas. São Luís-MA, 2008.

Variáveis	Média (± DP)
Idade	58,9 (± 14,6) anos
Altura	1,58 (±0,08) m
Peso	55,9 (± 11,5) kg
IMC	22,1 (± 4,1) kg/m ²
PCT	12,6 (± 6,5) mm
CB	26,9 (± 4,5) cm
% PP	10,2 (± 17,7) kg

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes de acordo com as diferentes localizações de tumores encontradas. São Luís-MA, 2008.

Variável	f	%
Sistema gastrointestinal	11	36,7
Pulmão	08	26,7
Relacionado à mulher	06	20
Trato Urinário	01	3,3
Outros tipos	04	13,3
Total	30	100

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes segundo o tipo de tratamento realizado. São Luís-MA, 2008.

Variável	f	%
Quimioterapia	21	70
Radioterapia	08	26,7
Dado perdido	01	3,3
Total	30	100

Foram encontradas cinco localizações diferentes de tumores, dentre os quais 11 (36,7%) no sistema gastrointestinal (esôfago, faringe, fígado, intestino, cólon e reto), 8 (26,7%) no pulmão, 6 (20%) relacionados à mulher (mama, útero e ovário), 1 (3,3%) no trato urinário (rim e bexiga) e 4 (13,3%) outros tipos de câncer (Linfoma não-Hodgkins - 1, angiossarcoma - 2, mieloma múltiplo - 1) (Tabela 3).

Dos 30 pacientes avaliados, 70% foram submetidos somente à quimioterapia, 26,7% foram submetidos à quimioterapia associada à radioterapia. Durante a coleta de dados, um dado foi perdido (Tabela 4).

Em relação ao estado nutricional observou-se que, pelo IMC, a maioria dos pacientes encontrava-se eutrófico (46,7%). Os pacientes apresentaram, em sua maioria, algum grau de desnutrição (73,3%) segundo a PCT, sendo que apenas 13,3% encontrava-se em eutrofia. Em relação à CB, 66,7% dos pacientes apresentaram algum grau de desnutrição e segundo a ASG-PPP, a porcentagem de desnutridos foi de 80% (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes de acordo com a avaliação do estado nutricional. São Luís - MA.

Variável	f	%
IMC		
Desnutrição	12	40
Eutrofia	14	46,7
Excesso de peso	4	13,3
PCT		
Desnutrição	22	73,3
Eutrofia	4	13,3
Excesso de peso	4	13,3
CB		
Desnutrição	20	66,7
Eutrofia	8	26,7
Excesso de peso	1	3,3
Dado perdido	1	3,3
ASG-PPP		
Desnutrição grave	12	40
Desnutrição leve	12	40
Eutrofia	5	16,7
Dado perdido	1	3,3
Total	30	100

DISCUSSÃO

A predominância do sexo masculino, faixa etária de idosos e baixo grau de instrução foi semelhante aos dados encontrados em outros estudos. Idosos com nível de escolaridade mais baixo (apenas lê e escreve/analfabeto) apresentam chance cerca de cinco vezes maior de ter problemas de saúde. Conforme estudos o risco de morte por câncer aumenta gradativamente a partir da faixa etária dos 50 aos 59 anos, atingindo 71% na faixa etária dos 70 aos 79 anos¹⁶.

A predominância dos tumores de trato gastrointestinal encontrada neste estudo se assemelham ao relato de outros estudos, confirmando a necessidade de estratégias de prevenção destes tipos de câncer, onde se incluem melhorias no saneamento básico, mudanças no estilo de vida da população, modificação do consumo alimentar (aumento da ingestão de frutas, legumes e verduras, redução do uso de sal, melhores métodos de conservação alimentar), bem como atitudes individuais como não fumar, não ingerir álcool e praticar atividade física mais frequentemente.

Neste estudo, foi observado que o tratamento da maioria dos pacientes era o quimioterápico. O tratamento de câncer pode exigir uma demanda extra

do organismo do paciente, aqueles em quimioterapia estão sujeitos à mudanças como uma desintencional perda de peso e de massa muscular¹⁷. Em relação ao estado nutricional, foi observada diferença nas frequências de classificação segundo diferentes indicadores. Diversos autores afirmam que há diferença entre os indicadores e que o IMC subestima o número de pacientes desnutridos¹⁸. Conforme Ikemori¹⁹, apenas o peso corporal não indica claramente o segmento corporal afetado e, por meio das dobras e circunferências, é possível verificar a quantidade de reservas muscular e adiposa. Este autor sugere a CB, por representar o somatório do tecido ósseo, muscular e gorduroso e a PCT, por indicar as reservas e/ou o comprometimento do tecido adiposo.

Convém analisar a importância do acompanhamento nutricional, conforme encaminhamento do escore da ASG-PPP. Foram encontradas altas taxas de desnutrição nos pacientes oncológicos, corroborando com resultados encontrados por outros estudos, mostrando, assim, que a avaliação do estado nutricional deve ser feita utilizando-se vários indicadores, já que não há um padrão-ouro para tal.

REFERÊNCIAS

- Guerra MR, Gallo CVM, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev Bras Cancerol*, 2005; 51(3): 227-234.
- Instituto Nacional do Câncer. *Estimativas 2008*: incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007.
- Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MITD. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients.

- Nutrition*, 2001; 17(7): 573-580.
4. Argiles JM. Cancer-associated malnutrition. *Eur J Oncol Nurs*, 2005; 9 (Suppl 2): 35-38.
 5. Capra S, Ferguson M, Ried K. Cancer: impact of nutrition intervention outcome – nutrition issues for patients. *Nutrition*, 2001; 17(9): 769-772.
 6. Inui A. Cancer Anorexia-Cachexia Syndrome: Current Issues in Research and Management. *CA Cancer J Clin*, 2002; 52(2): 72-91.
 7. Correia MITD. Perda de peso em pacientes com Câncer e seu Impacto no Tratamento. *Prática Hospitalar*, 2005; 41(7).
 8. Machado EGF. *Alterações da composição corpórea no câncer*. [Monografia]. Belo Horizonte(MG): Curso de Especialização em Nutrição Clínica e Desportiva, GANEP; 2006.
 9. Campos LN. *Síndrome da anorexia/caquexia em câncer*. [monografia]. São Paulo(SP): Curso de Especialização em Nutrição Clínica, GANEP; 2003.
 10. Guimarães GC. Nutrição e câncer. *Acta oncol bras*, 2002; 22(1): 227-232.
 11. Organização Mundial da Saúde. *El estado físico: uso e interpretación de la antropometria*. Genebra: OMS, 1995.
 12. Duarte ACG. *Avaliação Nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais*. São Paulo: Atheneu; 2007.
 13. Kamimura MA, Baxmann A, Sampaio LR, Cuppari, L. *Avaliação Nutricional*. In: Cuppari L. Guia de Nutrição: Nutrição clínica no adulto. 2nd ed. Barueri: Manole; 2005.
 14. Cuppari L. Guia de Nutrição: *Nutrição clínica no adulto*. 2nd ed. Barueri: Manole; 2005.
 15. Ottery FD. Definition of standardized nutritional assessment and intervention pathways in oncology. *Nutrition*, 1996; 12(1): 15-19.
 16. Rosa TCE, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*, 2003; 37(1): 40-48.
 17. Dias VM, BarretoAPM, Coelho SC, Ferreira FMB, Vieira GBS, et al. O grau de interferência dos sintomas gastrintestinais no estado nutricional do paciente com câncer em tratamento quimioterápico. *Rev Bras Nutr Clin*, 2006; 21(3): 211-218.
 18. Ulsenheimer A, Silva ACP, Fortuna FV. Perfil nutricional de pacientes com câncer segundo diferentes indicadores de avaliação. *Rev Bras Nutr Clin*, 2007; 22(4): 292-297.
 19. Ikemori EHA, Oliveira T, Serralheiro IFD, Shibuya E, Cotrim TH, Trintin LA, et al. *Nutrição em Oncologia*. São Paulo: Marina e Tecmedd, 2003.

Hipertensão arterial em população assistida em um centro de saúde em São Luís – MA

Hypertension in a population assisted at a health center in São Luís - MA

Ana Carolina Alves da Hora¹, Carolina de Souza Carneiro¹, Elza Lima da Silva¹,
Juciane Brandão Passos¹, Silvana do Socorro Santos de Oliveira²

Resumo: Realizou-se um estudo retrospectivo, com abordagem descritiva e quantitativa, no mês de março de 2008, objetivando verificar a incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em população acima de 40 anos assistida em um Centro de Saúde do município de São Luís - MA, apontar o sexo de maior prevalência, citar o número de hipertensos que apresentam Diabetes Mellitus associada e relatar os fatores de risco para hipertensão encontrados na população estudada. Para tanto, utilizou-se dados da ficha de cadastro do hipertenso e/ou diabético, totalizando 978 hipertensos cadastrados no ano de 2007 no Centro de Saúde pesquisado. Na referente pesquisa, 96% do total de pacientes com Hipertensão têm idade superior a 40 anos, sendo que 64% são do sexo feminino e 36% do sexo masculino; 34% dos pacientes apresentaram, além de Hipertensão, Diabetes, no que diz respeito aos fatores de risco, 47% possuem antecedentes familiares para hipertensão, 46% são sedentários, 24% são tabagistas e 21% têm sobrepeso/obesidade. Indicadores de Hipertensão Arterial apresentaram-se elevados. Esses dados reforçam a necessidade de medidas práticas, visando combater esse problema de saúde pública, com vistas à redução da morbi/mortalidade por cardiopatias, dentre elas a Hipertensão. É preciso que os programas de intervenção promovam a prática de atividades físicas, mostrem os benefícios de hábitos saudáveis, para que os hipertensos conheçam acerca da doença.

Descritores: Hipertensão arterial, fatores de risco, centro de saúde.

Abstract: We conducted a retrospective study with quantitative and descriptive approach, in March 2008, aiming to assess the incidence of hypertension (HBP) in the population over 40 years assisted in a Health Centre of São Luís - MA, point the higher prevalence of sex, citing the number of hypertensive patients who have Diabetes Mellitus and report the associated risk factors for hypertension in the population studied. To this end, we used data in a register of hypertension and / or diabetic, totaling 978 hypertensives enrolled in 2007 at the Health Centre researched. In related research, 96% of patients with hypertension are aged over 40 years, while 64% are female and 36% male, 34% of patients, and Hypertension, Diabetes, in respect risk factors, 47% had family history of hypertension, 46% are sedentary, 24% were smokers and 21% are overweight or obese. Indicators of Hypertension showed up high. These data reinforce the need for practical measures to combat this public health problem, with a view to reducing morbidity and mortality from heart diseases, among them hypertension. We need intervention programs promoting physical activity, show the benefits of healthy habits, so that the hypertensive know about the disease.

Keywords: Arterial hypertension, risk factors, hypertensive.

INTRODUÇÃO

O Brasil está sofrendo uma transição epidemiológica, ou seja, uma mudança na incidência das causas de mortalidade, passando de causas infecto-contagiosas e maternas para doenças crônicas degenerativas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ¹.

A HAS é uma síndrome clínica, definida como a pressão arterial diastólica igual ou acima de 90 mmHg

e acompanhada pela pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg em condições de repouso e ambiente tranquilo. Esta síndrome possui alta morbi-mortalidade em todo o mundo, porém tem controle clínico bem-sucedido na maioria dos casos, desde que sejam feitos diagnóstico precoce e adesão do doente ao tratamento proposto. No Brasil, não existem dados consistentes sobre a prevalência da HAS,

1. Enfermeira.

2. Enfermeira Especialista em Nefrologia. Docente da UFMA.

sendo estimados valores entre 15% e 47,8% entre os homens, e 15% e 41,1% entre as mulheres, sendo que, aproximadamente 17 milhões (35%) de hipertensos possuem idade superior a 40 anos^{2,3}.

Existem diversos fatores de risco predisponentes à Hipertensão, podendo ser divididos em imutáveis (aqueles que não podemos mudar e por isso não podemos tratá-los) e mutáveis (aqueles sobre os quais podemos influir, mudando, prevenindo ou tratando). Entre os fatores imutáveis, encontram-se: hereditários, idade e sexo. Com relação aos fatores mutáveis, destacam-se: fumo, colesterol elevado, vida sedentária, obesidade, anticoncepcionais orais, entre outros⁴.

Embora seja considerada uma doença multifatorial, apresentando relação com fatores

genéticos e ambientais, com uma fisiopatologia ainda não totalmente elucidada, sabemos que condições de vida contribuem para esta elevação: baixo nível sócio-econômico, desemprego, estresse, sedentarismo, etilismo, tabagismo, dentre outros^{5, 6}.

A hipertensão arterial representa um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares que são as principais causas de óbito em nosso meio, sendo assim, um grave problema de saúde pública^{1, 7}.

Diante do exposto, torna-se necessário uma avaliação correta da prevalência desta doença na população, pois isto tem implicações epidemiológicas, sociais e políticas, sendo que estes dados serão úteis para a planificação das ações de saúde preventiva, assistencial e terapêutica¹.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, com abordagem descritiva e quantitativa, realizado no Centro de Saúde Dr. Salomão Fiquene no município de São Luís-MA.

A coleta dos dados foi realizada no mês de março de 2008 através da avaliação da população portadora de hipertensão arterial que possuía idade igual ou superior a 40 anos, tendo como instrumento de coleta a ficha "HIPERDIA" (ficha de cadastro do hipertenso e/ou diabético). Os dados observados nesta ficha foram: faixa etária, sexo, associação com a comorbidade Diabetes Mellitus e fatores de risco para a HAS. A amostra da presente pesquisa constituiu-se de 978 hipertensos cadastrados no ano de 2007 no

Centro de Saúde estudado.

A análise dos dados foi segundo os preceitos da Declaração de Helsique, respeitadas as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 196/96) do Conselho Nacional de Saúde. Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Os dados coletados foram organizados em gráficos, fazendo uso do Excel 2007 e, posteriormente, a pesquisa foi digitada no programa Word 2007.

RESULTADOS

No presente estudo foi possível observar que 96% do total de hipertensos têm idade igual ou superior a 40 anos (Gráfico 1), e destes, 64% são do sexo feminino e 36% do sexo masculino (Gráfico 2). Além disso, foi possível verificar através do Gráfico 3

que 34% dos pacientes apresentam, além de HAS, Diabetes Mellitus. No que diz respeito aos fatores de risco, 47% possui antecedentes familiares para hipertensão, 46% são sedentários, 24% são tabagistas e 21% têm sobrepeso/obesidade (Gráfico 4).

Gráfico 1 – População segundo a faixa etária em um Centro de Saúde de São Luís-MA, 2008.

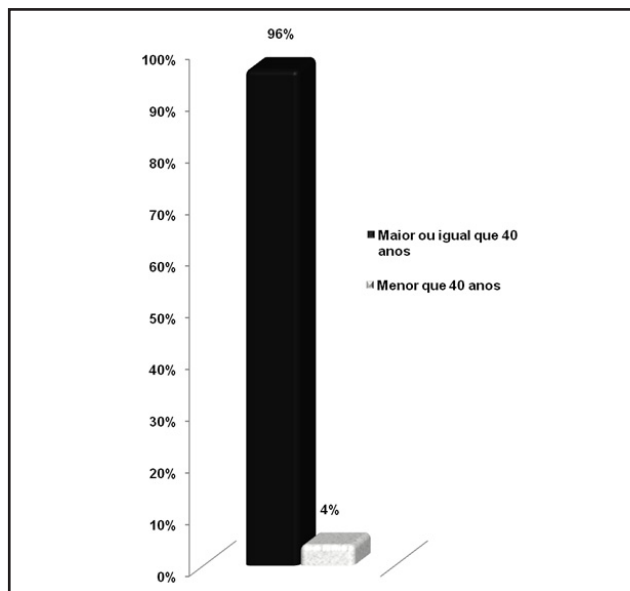


Gráfico 2 - População segundo o sexo em um Centro de Saúde de São Luís-MA, 2008.

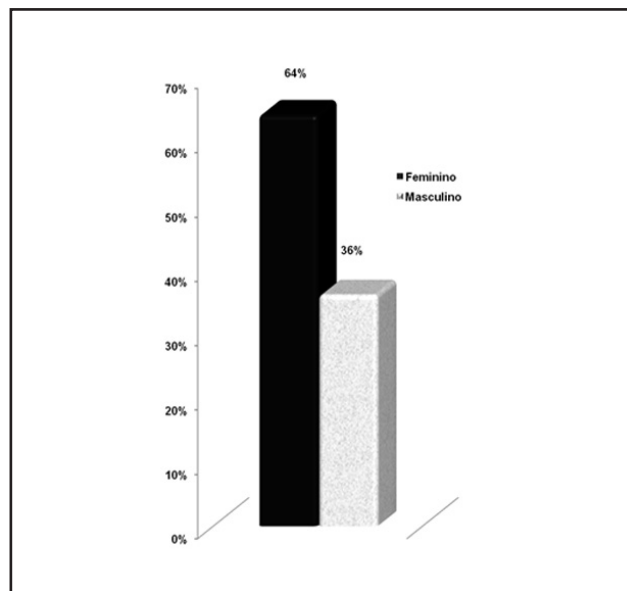


Gráfico 3 – População segundo a comorbidade Diabetes Mellitus associada em um Centro de Saúde de São Luís-MA, 2008.

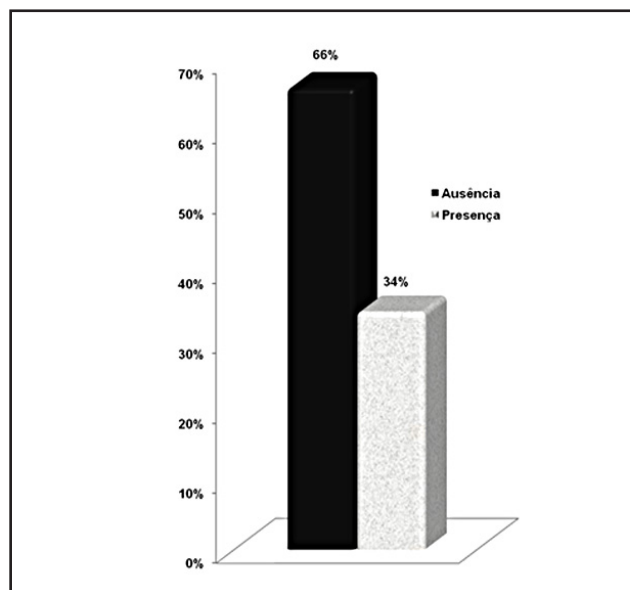
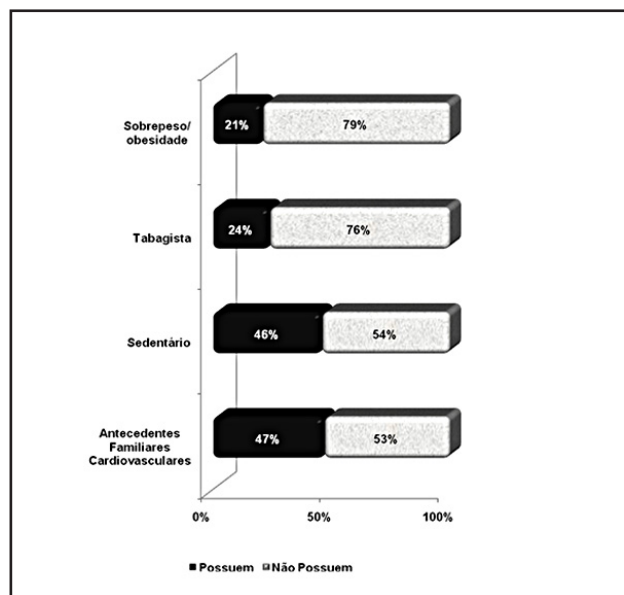


Gráfico 4 – População segundo os fatores de risco em um Centro de Saúde de São Luís-MA, 2008.



DISCUSSÕES

A hipertensão arterial é a principal causa de doenças cardiovasculares, as quais constituem uma das maiores causas de morte no Brasil⁸. Deste modo, o controle da pressão arterial (PA) é de fundamental importância para prevenção de acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, insuficiência renal e cardíaca, sendo que, uma pequena redução, diminui significativamente o risco de se desenvolver essas consequências⁹.

A Pesquisa Nacional de Avaliação da Saúde e Nutrição¹⁰ revelou que em 1999 a 2000, 28,7% dos participantes apresentavam HA, entretanto somente em 31% a PA estava sob controle. Assim, os profissionais de saúde precisam superar a inércia clínica e incentivar, além do tratamento medicamentoso, a mudança nos hábitos de vida.

A partir da elaboração do Gráfico 1, foi possível constatar a compatibilidade dos resultados obtidos em nosso estudo com os dados encontrados na literatura, uma vez que, a partir de estudos realizados, estima-se que no Brasil, 15 a 20% da população adulta urbana seja acometida por HAS. Pesquisas mostram que cerca de 17 milhões de pessoas no Brasil, são portadoras de Hipertensão Arterial (HA), sendo que destes, 35% possuem idade superior a 40 anos. Tais dados demonstram o quanto a idade avançada está presente nos casos de HÁ diagnosticados, podendo ser considerada como um fator de risco ao desenvolvimento desta patologia³.

Quando analisamos a variável sexo, foi possível observar a predominância do sexo feminino entre os portadores de HAS. Tal resultado mostra que, o estilo de vida da população, e a prevalência no desenvolvimento de doenças crônicas, atualmente encontram-se equilibrados, onde doenças antes consideradas de domínio do sexo masculino destacam-se por um aumento significativo no sexo feminino,

mostrando a necessidade de uma abordagem mais específica, tanto no que diz respeito às pesquisas relacionadas ao tema, quanto aos métodos destinados à prevenção.

Dentre as doenças crônicas, a HA e o DM são as mais comuns, cujo tratamento e controle, segundo Miranzi, et al¹¹, exigem alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida. Sendo estas duas patologias associadas em vários momentos, pois em algumas situações ocorrem o aparecimento simultâneo, caracterizando um quadro de comorbidade. Contudo, na presente pesquisa foi possível verificar através do Gráfico 3 que, na maioria dos casos, o Diabetes Mellitus esteve ausente naqueles pacientes com diagnóstico confirmado de HA, mostrando que o grau de variabilidade existe dentro das possibilidades consideradas no estudo.

As pessoas podem ter alteração na PA e, em conjunto, hábitos e comportamentos de saúde que favoreçam a permanência desta elevada, tais como: tabagismo, sedentarismo e a realização de uma dieta pouco balanceada, baseada na ingestão de alimentos gordurosos – com a chegada do desenvolvimento, a mudança de hábitos de vida trouxe a obesidade como um grande fator de risco independente para o surgimento da HA e doenças cardiovasculares¹⁰. A exemplo do presente estudo, que encontrou o sobrepeso/obesidade como quarto fator de risco, Jardim e Cols¹² confirmaram relação entre excesso de peso e hipertensão, demonstrando que 43,6% dos entrevistados estão acima do peso, dos quais 13,6% já se apresentam obesos^{13,14}.

De acordo com o estudo de Jardim e Cols¹², não houve correlação entre tabagismo ou sedentarismo e a ocorrência de HA, diferentemente da presente pesquisa, que apresenta o sedentarismo como segundo fator de risco, seguido pelo tabagismo. O

estudo realizado por Pereira, Barreto e Oliveira¹⁵ identificou os antecedentes familiares, o DM Tipo II, o sedentarismo e o sobrepeso/obesidade como associação significativa com a HAS. Em estudo multicêntrico realizado com idosos atendidos em ambulatórios de cardiologia e geriatria de instituições brasileiras no Estado de São Paulo foi observada alta prevalência de fatores de risco (93%); sedentarismo, como fator de risco mais freqüente, aumentando de prevalência com a idade¹⁶.

Além disso, o histórico familiar apresentando casos de HAS também é considerado fator que favorece fortemente no desenvolvimento desta doença. Na presente pesquisa, os antecedentes familiares de

doença cardíaca se destacaram como fator de risco, ocupando o primeiro lugar. Dessa forma, admite-se a importância de busca familiar para a conscientização e prevenção dessa patologia.

Diante dos dados apresentados, juntamente com as evidências epidemiológicas literárias, confirma-se a necessidade de medidas de prevenção, identificação e controle de fatores de risco cardiovasculares no Brasil, tendo-se como objetivo o melhoramento das políticas públicas para um enfrentamento mais preciso desses agravos. Acreditamos ainda que iniciativas como a nossa possam incentivar mais pesquisadores na obtenção de mais dados acerca da prevalência de hipertensão.

REFERÊNCIAS

1. Trindade IS, et al. Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica na População Urbana de Passo Fundo (RS). *Arq Bras. Cardiol*, 1998 ago São Paulo; 71(2).
2. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Hipertensão Arterial. *III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial*. 1998.
3. Duncan BB, et al. Fatores de risco para doenças não transmissíveis em área metropolitana do Sul do Brasil. Prevalência e simultaneidade. *Rev Saúde Pública*, 1993; 27(1): 438.
4. Eve GV. *Fatores de risco para doenças cardíacas*. ABC da Saúde Informações Médicas Ltda. 2006[capturado 2009 fev 7]. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?196>.
5. Cavallari FEM, et al. Relação entre hipertensão arterial sistêmica e síndrome da apnéia obstrutiva do sono. *Rev Bras Otorrinol*, 2002 out São Paulo; 68(5).
6. Palmeira MM. Perfil epidemiológico dos pacientes hipertensos e seus principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Rev Paraense Cardiol*, 2007 jul/dez; 5(2).
7. Bensenor IM, et al. Hipertensão Arterial Sistêmica e morbidade psiquiátrica em ambulatório de hospital terciário. *Arq Neuro-Psiq*, 1998 set São Paulo; 56(3 A).
8. Hartmann M, et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. *CAD Saúde Pública*, 2007 Rio de Janeiro; 23(8).
9. UKPDS Prospective Diabetes Study Group. *Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes*: UKPDS 38. *BMJ*;1998.
10. National Center for Health Statistics. *National Health and Nutrition Examination Survey* capturado 2009 fev 7]. Disponível em:<http://www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm>.
11. Miranzi SSC, et al. *Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família*. Texto contexto – enferm, 2008 out/dez Florianópolis; 17(4).
12. Jardim PCBV, et al. Hipertensão Arterial e alguns fatores de Risco em uma Capital Brasileira. *Arq Bras Cardiol*, 2007; 88(4).
13. Peixoto MRG, et al. Circunferência da cintura e índice de massa corpórea como preditores da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*, 2006 São Paulo; 87.
14. Santos ZMSA, Lima HP. *Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida*. Texto contexto – enferm, 2008 jan/mar Florianópolis; 17(1).
15. Pereira APR, Barreto MIC, Oliveira SGM. *O perfil dos usuários hipertensos cadastrados e acompanhados por uma unidade de saúde da família de um município do interior do leste mineiro*. [Monografia]. Minas Gerais(MG): Centro Universitário de Caratinga - UNEC; 2008. 18 p.
16. Taddei CF, Gravina et al. Estudo Multicêntrico de Idosos Atendidos em Ambulatórios de Cardiologia e Geriatria de Instituições Brasileiras. *Arq Bras Cardio*, 1997 nov São Paulo;69(5):434-439.

Prevalência de bronquiectasia em pacientes do programa de assistência ao paciente asmático

Prevalence of bronchiectasis in patients of assistance program to the asthmatic patient

Francisco Claudio Barros Abrantes¹, Florenir Glória da Silva Paes², Caroline Almeida Oliveira³, Laura Carolina Rodrigues Bernardes³, Magno Ribeiro Rocha Júnior³, Marcus Vinicius Duarte Costa³, Maria do Rosário Silva Ramos Costa⁴.

Resumo: A bronquiectasia é uma doença rara nos países desenvolvidos e apresenta incidência elevada nos países em desenvolvimento, pois está relacionada com infecções na infância e na fase adulta, tendo grande destaque a tuberculose. O presente estudo pretende determinar a prevalência de bronquiectasia em pacientes atendidos no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra. A pesquisa inclui 23 prontuários-fichas de pacientes com diagnóstico de bronquiectasia de um total de 800 atendidos no PAPA. Foram coletados dados sobre sexo, idade, estado nutricional, hábitos de vida, presença de comorbidades, sintomatologia, método de diagnóstico, terapêutica e etiologia da doença. Foi verificada uma prevalência de 2,8% de bronquiectasia na amostra utilizada. O grupo estudado foi constituído de 18 mulheres (78,2%) e 5 homens (21,7%), com uma idade predominante acima de 50 anos. Constatou-se que a principal etiologia da doença foi a tuberculose pulmonar, encontrada em 20 pacientes. Os principais sintomas encontrados foram: tosse com expectoração, dispnéia e sibilância (100%), hemoptise (69,5%), infecção respiratória de repetição (43,4%) e dor torácica (34,7%). O principal método de diagnóstico foi a tomografia computadorizada do tórax. A principal comorbidade foi asma, encontrada em 14 pacientes (60,8%). O principal distúrbio respiratório verificado foi o padrão obstrutivo. A bronquiectasia é prevalente principalmente em regiões com alto índice de prevalência em tuberculose e desta forma deve ser investigada em programas estruturados para asma, pois a sintomatologia é similar e pode passar despercebido.

Descritores: Bronquiectasia, prevalência, tuberculose, asma.

Abstract: Bronchiectasis is a rare disease in developed countries and has high incidence in developing countries because it is related to infections in childhood and adulthood, with great emphasis on tuberculosis. This study aims to determine the prevalence of bronchiectasis in patients enrolled in the Program for Asthmatic Patient Care (PAPA), University Hospital Unit President Dutra. The survey includes 23 charts, patient records with diagnosis of bronchiectasis, a total of 800 attended at PAPA. Data on sex, age, nutritional status, lifestyle, comorbidities, symptoms, method of diagnosis, treatment and etiology of the disease. It was observed a prevalence of 2.8% of bronchiectasis in the sample used. The study group consisted of 18 women (78.2%) and 5 men (21.7%), with a predominant age above 50 years. It was found that the main etiology of the disease was pulmonary tuberculosis, found in 20 patients. The main symptoms were: cough, wheezing and dyspnea (100%), hemoptysis (69.5%), recurrent respiratory infection (43.4%) and chest pain (34.7%). The main diagnostic method was CT scan of the chest. The main comorbid asthma was found in 14 patients (60.8%). The principal respiratory disorders observed pattern was obstructive. Bronchiectasis is especially prevalent in regions with high prevalence of tuberculosis and thus should be investigated in structured programs for asthma, because the symptoms are similar and may pass unnoticed.

Keyword: Bronchiectasis, prevalence, tuberculosis, asthma.

1. Médico. Secretaria de Saúde Municipal. São Luís/MA

2. Fisioterapeuta. Programa de Assistência ao Paciente Asmático.

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

4. Doutora em Pneumologia / UNIFESP. Docente da UFMA

INTRODUÇÃO

A bronquiectasia é uma enfermidade caracterizada por dilatações anormais e definitivas de um ou mais brônquios^{1,2}. Origina-se, via de regra, em episódios de bronqueolite ocorridos, em geral, na infância durante surto de infecção viral ou bacteriano, ou se associam a condições que proporcionam infecções, como fibrose cística ou discinesia^{2,3,4,5}.

A maior parte das bronquiectasias são causadas por infecções, como as bacterianas (*Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* e *Mycobacterium tuberculosis*), as virais (adenovírus 7 e 21, influenza, herpes simples) e principalmente as das virosees comuns a infância como sarampo e coqueluche⁵.

É atualmente uma doença rara nos países do primeiro mundo. O declínio na incidência se deve ao desenvolvimento de potentes antibióticos, às modernas concepções de fisioterapia respiratória, reabilitação pulmonar e à universalização das imunizações na infância, principalmente do sarampo e da coqueluche^{6,7}.

Embora possa ser encontrada em pacientes das mais diversas camadas socioeconômicas, a maioria dos acometidos por esta doença é formada pela população menos favorecida economicamente, com pouco acesso aos serviços de saúde, que na maioria das vezes, só ocorre quando a doença já atingiu seus estados mais avançados.

No Brasil a prevalência ainda é muito alta, pois a frequência de bronquiectasia em uma população está relacionada ao número e à gravidade das infecções na infância e na fase adulta. Dentre as infecções pulmonares da criança, tem-se o sarampo e a coqueluche, e as principais do adulto são as pneumonias e a tuberculose^{6,8,9,10,11}. Como a incidência de tuberculose pulmonar no Brasil encontra-se em torno de 26,5/100.000 habitantes, acredita-se que esta seja a responsável pelo grande número de casos de bronquiectasias^{11,12}.

Outro fator bastante associado à bronquiectasia

é a hiper-reatividade brônquica devido ao processo inflamatório crônico. Desta forma, muitos pacientes são erroneamente avaliados como portadores de asma brônquica ou de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), principalmente os pacientes com história de tabagismo, pois o uso de broncodilatadores promove alívio dos sintomas e, talvez, melhore a eliminação de secreções.

Contudo, não há estudos criteriosos disponíveis utilizando xantinas, beta-2-agonistas (de curta ou longa duração) em pacientes com bronquiectasias, que possam sustentar recomendações formais, conforme revisões sistemáticas do Cochrane¹³.

Como existe um processo inflamatório brônquico e contínuo, a utilização de agentes antiinflamatórios poderia ser benéfica. No momento, não há estudos controlados a respeito do uso de corticóides sistêmicos na agudização ou na manutenção de pacientes bronquiectásicos. Entretanto, especialmente nas agudizações acompanhadas de sibilos, ele pode ser útil. Por outro lado, corticóides sistêmicos podem reduzir a imunidade e, conseqüentemente, aumentar a colonização bacteriana da árvore brônquica¹⁴.

Em relação ao uso de corticóide inalatório, há sugestões de que sua utilização promoveria uma melhora funcional pulmonar dos pacientes. Do ponto de vista prático, pode-se utilizar o corticóide sistêmico associado com antibióticos nas exacerbações, enquanto o corticóide inalatório deve ter sua indicação individualizada, sendo usada nos pacientes mais sintomáticos¹⁵.

Desta maneira, como se tem num ambulatório de Pneumologia no Hospital Universitário Presidente Dutra, o Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA), em funcionamento desde 1996, optou-se por estudar a prevalência de bronquiectasias nestes pacientes uma vez que podem surgir pacientes com sintomatologia semelhante à asma.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo, transversal, retrospectivo em 800 prontuários de pacientes atendidos no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) do Hospital Presidente Dutra.

Critério de inclusão: foram selecionadas as fichas-prontuários dos pacientes que apresentavam sinais e sintomas mais exacerbados, sugestivos de bronquiectasia, e realizava-se exame de imagem (Tomografia do Tórax) para confirmação diagnóstica. Todos deveriam realizar também prova de função pulmonar.

Os dados foram coletados no período de dezembro de 2005 por meio das fichas-prontuários e foi encontrado um total de 27 pacientes com diagnóstico de bronquiectasia, confirmados por exames de imagem (Tomografia Computadorizada de tórax). Todos deveriam realizar prova de função pulmonar sendo que 04 pacientes foram excluídos

do estudo, pois não realizaram este exame, ficando então 23 pacientes para o estudo.

As variáveis investigadas foram referentes aos dados sócio-demográficos (sexo, idade, etnia, índice de massa corpórea e hábitos de vida), sinais e sintomas, presença de comorbidades, resumo dos procedimentos diagnósticos, terapêutica inicial empregada, e provável causa da bronquiectasia.

Para o índice de massa corpórea foi utilizada a equação recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS):

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{(\text{Altura (m)} \times \text{Altura (m)})}$$

Após o resultado do cálculo de IMC, utilizamos a tabela da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade para classificar o índice.

As espirometrias foram realizadas no laboratório de função pulmonar do Hospital Universitário Presidente Dutra, no espirômetro SP7 Pulmosystem 2 Spirometer.

Os dados coletados foram analisados utilizando como recurso o programa de computador STATA, versão 8.0. Os dados numéricos e as variáveis categóricas foram expressas em valores absolutos e porcentagens.

O trabalho foi aprovado pelo comitê de ética do hospital universitário.

RESULTADOS

De uma população de 800 pacientes atendidos no PAPA, obteve-se uma prevalência de bronquiectasia de 2,8%, correspondendo a um total de 23 pacientes.

Os dados sócio-demográficos da população encontra-se na tabela 1. A média de idade foi de 55 anos, sendo a idade mínima de 24 anos e a máxima de 81 anos.

As comorbidades associadas encontradas nos pacientes com bronquiectasias atendidos no PAPA estão na tabela 2.

Dentre os sintomas mais encontrados, tem-se tosse, dispnéia, expectoração e sibilância (100%). Foram verificados, ainda, hemoptise em 16 pacientes (69,57%), infecção pulmonar de repetição em 10 (43,4%) e dor torácica em 08 (34,78%).

Quanto à terapia inicial empregada, 16 pacientes (69,57%) iniciaram com corticóide inalatório (CI), 05 (21,74%) começaram tratamento com corticóide inalatório associado à antibióticoterapia (CI+ATB), 01 (4,35%) começou com corticóide inalatório associado à corticóide sistêmico e antibióticoterapia (CI+CO+ATB), e 01(4,35%) começou com corticóide sistêmico (Figura 1).

Quanto aos métodos de diagnóstico por imagem, todos os 23 pacientes (100%), apresentavam radiografia de tórax e tomografia computadorizada de alta resolução, sendo que o diagnóstico foi fechado por meio desta última.

As alterações mais encontradas na radiografia simples do tórax foram opacidades irregulares periféricas, vias aéreas espessadas e dilatadas, imagens anelares, atelectasias laminares e sinais de hiperinsuflação.

Na tomografia, os achados mais comuns foram

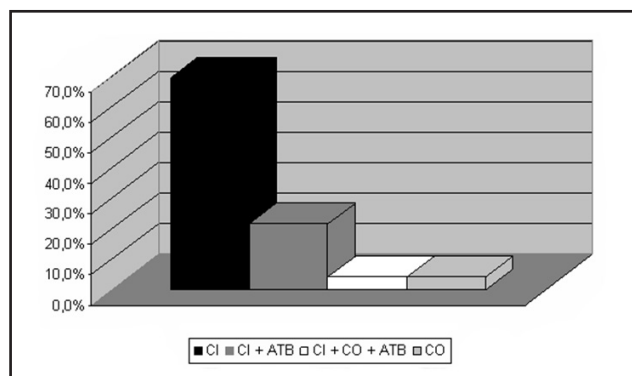


Figura 1 - Distribuição da terapêutica inicial empregada dos pacientes com bronquiectasia atendidos no PAPA. CI: corticóide inalatório
CI + ATB: corticóide inalatório + antibiótico
CO: corticóide sistêmico

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos 23 pacientes. São Luís-MA, 2005.

Variáveis	f	%
Sexo		
Feminino	18	78
Masculino	05	22
Idade (anos)		
21 a 30	02	9
31 a 40	02	9
41 a 50	03	12
> 50	16	70
Etnia		
Branco	9	39
Negro	3	13
Pardo	11	48
IMC		
Abaixo do peso	6	26
Normal	11	47
Sobrepeso	5	21
Obesidade I	1	4
Hábito de vida		
Tabagismo	3	13,4
Alcoolismo	1	4,3

Tabela 2 - Distribuição dos 23 pacientes quanto à presença de comorbidades. São Luís-MA, 2005.

Variáveis	f	%
Hipertensão arterial	5	21,7
Diabetes Mellitus tipo II	3	13,0
Asma	14	60,8
DPOC	2	8,7
Osteoporose	2	8,7

Tabela 3 - Media dos valores. Discriminação quanto à prova de função pulmonar. Programa de Assistência ao Paciente Asmático. São Luís-MA, 2005.

Índices Espirométricos	Média ± Desvio Padrão	Min	Máx
VEF1	1,26 ± 0,65	0,54	3,02
CVF	1,97 ± 0,79	0,78	4,31
VEF1/CVF	0,62 ± 0,13	0,36	0,95

dilatação das vias aéreas e espessamento da parede do brônquio, imagens anelares, ausência da redução do calibre do brônquio à medida que se dirige para a periferia, imagem localizada de hipertransparência, consolidações e linfonodos aumentados.

Todos os 23 pacientes realizaram prova de função pulmonar (espirometria), cujo a media dos

valores do volume expiratório forçado em 1 segundo (VEF1), da capacidade vital forçada (CVF) e da relação VEF1|CVF, encontra-se na tabela 03 e foi caracterizado na sua maioria como distúrbio ventilatório obstrutivo.

Em relação à provável etiologia, 20 pacientes (86,96%) tiveram tuberculose pulmonar.

DISCUSSÃO

No presente estudo, houve uma prevalência de 2,8% de pacientes com bronquiectasias, comprovando que estes podem ser atendidos em programas de atendimento aos asmáticos devido a seus sintomas similares aos da asma. Entretanto, esse percentual não pode ser comparado com outros dados, pois segundo Barker⁵, a prevalência da doença é desconhecida nos Estados Unidos e no resto do mundo.

Em relação ao sexo, Barker⁵ afirma que as mulheres tem maior tendência a desenvolver a doença do que os homens, no nosso estudo houve uma predominância de bronquiectasia no sexo feminino em conformidade com outros trabalhos também citados na literatura^{9,11}.

A bronquiectasia geralmente acomete pessoas que estão na fase produtiva de suas vidas. A literatura mostra uma variação de 28,7 a 48,0 anos de idade¹⁶, entretanto a média de idade dos pacientes do presente estudo foi de 55 anos, provavelmente devido ao diagnóstico tardio da doença.

Quanto à etnia, houve um predomínio da cor parda, previsível no meio maranhense e brasileiro em consequência da miscigenação das raças. Nesse contexto, convém salientar que, segundo Bogossian et al¹⁷, quando a bronquiectasia for de etiologia tuberculosa, a cor negra apresenta uma porcentagem maior.

Os pacientes do estudo em relação ao índice de massa corpórea apresentaram classificação normal. Tal percentual contraria a literatura quanto ao estado nutricional de pacientes com doença pulmonar crônica, cujo índice de massa corpórea é quase sempre abaixo (18,5)¹⁸.

Os hábitos de vida podem ser importantes fatores de risco para bronquiectasia, principalmente quando a etiologia for de natureza tuberculosa, entretanto neste estudo somente três (13%) pacientes eram tabagistas e apenas um 01 (4,3%) era etilista.

No que diz respeito à sintomatologia, a maioria dos trabalhos descritos na literatura consideram a tosse com e sem pneumonia de repetição e a hemoptise como os sintomas mais frequentes da bronquiectasia. Segundo Barker⁵, virtualmente todos os pacientes com bronquiectasia apresentam tosse com expectoração; dispnéia e sibilancia em pelo menos 75% dos casos e dor torácica em 50%. Em contra partida, Gomes Neto¹⁹ descreve a presença de tosse com expectoração em 59,7% dos pacientes, infecção respiratória de repetição em 55,2%, hemoptise em 64,2% e dor torácica em 9%.

No nosso estudo, todos os pacientes apresentaram tosse com expectoração, dispnéia e sibilancia. Hemoptise ocorreu em 69,5% dos pacientes, infecção respiratória de repetição em 43,4% e dor torácica em 34,8%.

Dentre as comorbidades, foi identificado nesse estudo, pacientes hipertensos, diabéticos, portadores de DPOC e com osteoporose. Isto é justificável uma vez que os pacientes do estudo encontravam-se numa faixa etária acima dos 50 anos, onde estas comorbidades são muito frequentes. Já 14 pacientes (60,8%) possuíam história progressiva de asma desde a infância e 09 (39,2%) desenvolveram hiper-responsividade brônquica após a tuberculose e não possuíam história familiar de asma,

Quanto à prova de função pulmonar, observou-se uma diminuição na média da relação VEF1|CVF e do VEF1, demonstrando assim um distúrbio ventilatório obstrutivo, como o observado por Barker⁵. No Brasil, um estudo que analisou uma população com doença pulmonar obstrutiva grave, encontrou que 15,7% desses pacientes tinham seqüela de tuberculose pulmonar²⁰.

A terapêutica empregada nas exacerbações foi antibióticoterapia e corticóide sistêmico; na manutenção foram utilizados corticóide inalatório com ou sem beta 2 agonista de longa duração e beta 2 agonista de curta duração, terapêutica esta similar a utilizada por Kolbe¹⁵.

A principal causa de bronquiectasia, a tuberculose pulmonar (86,9%), prevalência muito acima da mundial, que varia segundo Barker⁷ de 1 a 11%. No Brasil, o percentual encontrado por Bogossian et al¹⁷ foi de 42,7% e por Gomes Neto¹⁹ de 31,3%.

Esta alta prevalência pode ser explicada devido ao alto índice de abandono do tratamento (acima de 14%), falta de medicamentos em determinadas regiões e a menor familiaridade dos médicos não pneumologistas com o diagnóstico e o tratamento da tuberculose. Isso faz com que o período decorrido entre o início dos sintomas e o tratamento se eleve muito, aumentando o número e a extensão das seqüelas, entre elas a bronquiectasia¹².

A bronquiectasia é prevalente no nosso meio principalmente em regiões com alto índice de prevalência de tuberculose e desta forma deve ser investigada em programas estruturados para asma, pois a sintomatologia é similar e pode passar despercebido.

REFERÊNCIAS

1. Cintra EA, et al. *Assistência de enfermagem ao paciente crítico*. São Paulo: Atheneu; 2000. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>
2. Marx LC. *Manual de gerenciamento de enfermagem*. São Paulo: Rufo editores e associados; 1998.
3. Matsuda LM, Évora YDM, Boan FS. O foco no cliente no processo de atendimento de enfermagem: visão dos enfermeiros. *Nursing*, 2000 out; 29:16-20.
4. Simão AT. *O ser humano no centro de tratamento intensivo*. Terapia intensiva. Rio de Janeiro: Atheneu; 1976. p. 609-624.(Terapia Intensiva).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília, 2001[capturado 2008 mar 10]. Disponível em:
6. Kawamoto EE, Fortes JI. *Fundamentos de enfermagem*, São Paulo: EPU; 1997.
7. Orlando JMC. *UTI: muito além da técnica... Humanização e a arte do intensivismo*. São Paulo: Atheneu; 2001.
8. Pupulim JSL, Sawada NO. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Rev Latino-americana de Enfermagem*, 2002, maio-jun; 10 (3):433-8.
9. Timby, BK. *Conceitos e habilidades fundamentais no entendimento de enfermagem*, 6. ed, Porto Alegre; Artmed: 2001.

Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com esclerose múltipla atendidos em um hospital de referência no estado do Maranhão, Brasil

Clinical and epidemiological profile of multiple sclerosis patients treated at a hospital in the state of Maranhao, Brazil

Sílvia R. Costa Leite¹, Jairo Silva dos Ângelos², Achilles C Ribeiro³, Arthur Lopes G. Almeida⁴, Dóroty A. Lopes Trinta⁵.

Resumo: A esclerose múltipla (EM) é uma doença desmielinizante do sistema nervoso central, considerada uma importante causa de déficit neurológico crônico em adultos jovens. Este estudo analisa a apresentação clínica e epidemiológica de pacientes com a doença. Foi feito um estudo retrospectivo de prontuários de pacientes com EM, atendidos em um hospital de referência no Estado do Maranhão, no período de 1996 a 2003. O sexo feminino foi acometido em 60% dos casos, a média de idade de início dos sintomas foi de 35 anos, a cor parda correspondeu a 50% dos casos. Sinais motores e sensoriais foram os mais prevalentes no início da doença, a forma clínica remitente-recorrente correspondeu a 80% dos casos. O perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com EM, nesta casuística, assemelha-se ao observado nas literaturas nacional e internacional, excetuando-se a maior prevalência da cor parda.

Descritores: Esclerose múltipla; doença desmielinizante; perfil clínico-epidemiológico.

Abstract: Multiple sclerosis (MS) is a demyelinating disease of the central nervous system, considered an important cause of chronic neurological impairment in young adults. This study analyzes the epidemiological and clinical presentation of patients with the disease. It was a retrospective study of records of patients with MS seen at a referral hospital in the state of Maranhao, in the period 1996 to 2003. Females were affected in 60% of cases, the average age of onset of symptoms was 35 years, the brown was 50% of cases. Sensory and motor signs were more prevalent early in the disease, the relapsing-remitting clinical form represented 80% of cases. The clinical and epidemiological profile of MS patients in this series, similar to that observed in national and international literature, except for the higher prevalence of brown.

Keywords: Multiple sclerosis; demyelinating disease; clinical-epidemiologic outline.

INTRODUÇÃO

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença imunomediada, inflamatória crônica, caracterizada clinicamente por repetidos episódios de desmielinização. Inicia-se mais comumente entre 20 - 40anos, com maior incidência no sexo feminino e na etnia branca. Sob o ponto-de-vista anátomo-patológico caracteriza-se por múltiplas áreas de inflamação, desmielinização e cicatriz glial (esclerose) da substância branca do sistema nervoso central (SNC)^{1,2}.

Ainda não se conhece a exata causa da doença, porém sabemos que três fatores parecem estar envolvidos na etiopatogênese da doença: predisposição genética, fatores ambientais e o

desenvolvimento de resposta autoimune anormal dirigida para o SNC.

Em relação à gênese da doença, já foi especulada a participação do herpes-virus tipo 6³, de partículas lipopolissacarídicas de bactérias⁴, da *Clamydia pneumoniae*⁵, dentre outros; todos, porém, carentes de confirmação. O que se sabe ao certo, todavia, é que um fator ambiental, qualquer que seja, age sobre indivíduos geneticamente suscetíveis, determinando a doença; e essa suscetibilidade resulta da interação de vários genes.^{6,7}

A prevalência e a incidência da EM são bastante variáveis. A doença acomete com maior frequência

1. Mestre em Neurologia. Chefe do Setor de Neurologia do HU-UFMA

2. Médico Residente de Neurocirurgia do Hospital Pedro Ernesto - UERJ)

3. Médico Neurologista. Docente da UFMA

4. Neurocirurgião. Docente da UFMA

5. Médica Neurologista. Responsável pelo Setor de Neurofisiologia do HU-UFMA.

indivíduos na faixa etária entre 20 e 40 anos de idade e tem certo predomínio nas mulheres⁸.

No Brasil, presume-se que a incidência seja baixa, isto é, inferior a 5 casos para cada 100.000 habitantes. Oliveira et al⁹, citam que “as características vistas nas séries nacionais assemelham-se às observadas nas séries internacionais, ou seja, há um acometimento maior de adultos jovens do sexo feminino”.

A história natural da EM é bastante variada, indo desde uma evolução fulminante, levando ao óbito dentro de algumas semanas do início, até doença completamente assintomática descoberta na necropsia¹⁰.

Devido à grande variabilidade de apresentações, Lublin e Reingold¹¹, definiram formas clínicas para a EM. Mendes e Rocha¹² explicam:

a) Esclerose Múltipla Remitente-Recorrente (EMRR): é a forma mais comum da doença, e acomete 85% de todos os pacientes, na forma da apresentação de EM. Esta forma caracteriza-se pela presença de sucessivos surtos e remissões podendo ser completa ou manutenção do “déficit” neurológico. Nos períodos entre os surtos não há progressão da doença.

b) Esclerose Múltipla Primariamente Progressiva (EMPP): acomete 15% dos pacientes no início do quadro de EM. A doença evolui, desde sua primeira manifestação, de maneira lenta e progressiva, com melhoras fugazes e eventuais períodos de estabilização da doença. Há uma piora gradual e contínua, com flutuações, sem caracterização de surtos.

c) Esclerose Múltipla Secundariamente Progressiva (EMSP), nestes pacientes, a forma inicial de apresentação é a Remitente Recorrente, porém, em um período de 5 a 10 anos, alguns pacientes evoluem para progressão da doença, com ou sem surtos ocasionais. Podem ocorrer discretos períodos de remissão ou estabilização do quadro, porém o paciente sempre retorna à progressão da doença.

Ainda de acordo com Mendes e Rocha¹², considera-se recorrência ou surto da doença o aparecimento de novos sinais e sintomas, ou acentuação de sintomas e sinais prévios, com duração mínima de 24 horas, desde que, afastado qualquer processo sistêmico. Considera-se como período de remissão da doença, a melhora ou o completo desaparecimento dos sintomas, sinais ou ambos que estiverem presentes por pelo menos 24 horas, e deverá durar pelo menos um mês para ser considerada significante.

A habilidade para dar-se um diagnóstico acurado de EM, e, portanto, minimizar o período de incerteza para o paciente e maximizar as oportunidades para a introdução da terapia, é um dos mais importantes desafios para os neurologistas clínicos.

Essa dificuldade é real na prática clínica, pois a EM ainda é um diagnóstico de exclusão. Deve-se, portanto, valorizar a investigação dos diagnósticos diferenciais (encefalomielite aguda disseminada, síndromes infecciosas, vasculites sistêmicas, mielopatia pelo HTLV-I, entre outros) e caracterizar

bem as observações clínicas que possam sugerir EM.

Poser et al¹³ definiram critérios para o diagnóstico da EM, os quais são baseados em evidências clínicas (anamnese, exame físico) e paraclínicas – exame do líquido cefalorraquidiano (LCR), imagem de ressonância magnética (IRM) e estudo eletrofisiológicos.

Em 2001, no Painel Internacional para o Diagnóstico de EM, McDonald et al¹⁴ estabeleceram novos critérios diagnósticos, valorizando ainda mais a IRM como método para detectar disseminação temporal e espacial, além de estabelecer novos critérios para a forma progressiva primária da doença.

Dentre os sinais clínicos mais comumente sugestivos de EM, Miller¹ cita alguns conjuntos:

a) Sinais motores: fraqueza muscular, espasticidade, hiperreflexia, sinal de Babinski presente, ausência dos reflexos cutâneos-abdominais;

b) Sinais sensoriais: parestesias, diminuição da sensibilidade de vibração e da noção de posição segmentar;

c) Sinais cerebelares: ataxia, tremores, nistagmo, disartria;

d) Alterações de nervos cranianos: V, VII e VIII pares, visão afetada, distúrbios oculares;

e) Sinais autonômicos: disfunções sexual, vesical, intestinal, suores e anormalidades vasculares;

f) Sinais psiquiátricos: depressão, euforia, anormalidades cognitivas.

Outro sintoma bastante freqüente e incapacitante é a fadiga presente em cerca de 75 - 90% dos casos. Trata-se de queixa subjetiva e inespecífica, definida como “sensação de cansaço físico ou mental profundo, perda de energia e ou mesmo exaustão, com características diferentes daquelas encontradas na depressão ou na fraqueza muscular. Não se sabe seu exato mecanismo, mas pode significar deafferentação córtico-subcortical ou apenas uma disfunção simpática.^{14, 15}

A presença de bandas oligoclonais de IgG (BOCIgG), vistas na imunoeletroforese do LCR, é a anormalidade laboratorial mais freqüente na EM. Alguns anticorpos produtores de células clonais do plasma proliferam, dentro do neuroeixo, de modo que mais de 90% dos pacientes com EM clinicamente definida possuem LCR com BOCIgG. Para tanto, a coleta, armazenamento e o transporte do LCR precisam ser realizados adequadamente, devendo ser atendidas normas de resfriamento e bom acondicionamento da amostra até a análise laboratorial, conforme cita Guder.¹⁶

Na IRM, o achado mais comum, na seqüência T2, é a presença de imagens hiperintensas homogeneamente, geralmente periventriculares, próximas ao corpo caloso, mas também cerebelares e até medulares.

O tratamento do surto de EM é feito com metilprednisolona endovenosa, seguida por prednisona oral, e, para evitar a presença de novos surtos, têm-se usado drogas imunomoduladoras (interferon beta-1 a,

interferon beta-1b e acetato de glatiramer), de igual eficácia.

O objetivo deste trabalho foi analisar o perfil clínico-epidemiológico de pacientes com diagnóstico

de EM, segundo os critérios de Poser et al¹³, atendidos em hospital de referência no Estado do Maranhão; no período de 1996 a 2003.

MÉTODOS

O Hospital Universitário, localizado no município de São Luis, Estado do Maranhão, Brasil, foi escolhido para a realização da pesquisa porque o mesmo é referência para o diagnóstico e tratamento de pacientes com EM no Estado, recebendo, também, doentes provenientes de outras localidades.

Foi feito um estudo retrospectivo dos prontuários de pacientes com diagnóstico de EM, selecionados no setor de arquivo do referido hospital, de acordo com o Código Internacional de Doenças CID 340.9/6 ou G35, no período de 1996 a 2003. Ambos os códigos são referentes à EM (o primeiro era utilizado até o mês de abril, de 1998).

Cada prontuário foi analisado tendo como base fichas protocolos, que iam sendo preenchidas à medida que se completava o estudo das anamneses, evoluções clínicas, folha de exames complementares,

retornos ambulatoriais, outras internações, enfim, tudo o que dizia respeito a cada paciente, quando de cada retorno ao hospital. Assim, foram anotados dados de identificação (sexo, idade, etnia), dados da doença atual (idade de início dos sintomas, sinais e sintomas da doença) e laudos de exames complementares.

Em relação às manifestações clínicas iniciais e evolutivas da doença, as mesmas foram listadas na ficha protocolo e enquadradas em um dos seguintes grupos, como explicado anteriormente: sinais motores, sinais sensoriais, sinais cerebelares, alterações de nervos cranianos, sinais autonômicos e sinais psiquiátricos.

A identificação das formas clínicas da EM foi feita de acordo com a classificação de Lublin e Reingold¹¹.

RESULTADOS

Foram encontrados 10 casos de pacientes com EM, no período de 1996 a 2003, diagnosticados no HUPD, segundo os critérios de Poser et al¹³. Seis pacientes estavam na categoria EM clinicamente definida e quatro na categoria EM clinicamente provável.

O sexo feminino correspondeu a 60% dos doentes; a média de idade de início dos sintomas foi de 35 anos; a cor parda correspondeu a 50% de todos os pacientes com EM; 30% eram brancos e 20% negros (tabela 1).

Em 70% dos casos, a doença iniciou-se com sinais motores (20% isolados; 20% associados a dor, 10% a distúrbios visuais, 10% a dor, alterações cerebelares e de nervos cranianos; 10% a parestesias e distúrbios visuais; nos 30% restantes, o início da doença foi com sintomatologia sensitiva (dor em 20% e parestesias em 10%). A frequência dos outros sinais e sintomas de EM pode ser vista na tabela 2.

A combinação mais freqüente de dois sinais gerais iniciais foi sempre de sinais motores com sinais sensoriais: hemiparesia associada a dor e parestesia; ou hiperreflexia e cefaléia (Figura 1).

Na evolução clínica, que variou de um mês a 10 anos de doença, sinais e sintomas motores e sensoriais corresponderam a 90% dos casos, cada. A figura 2 compara o quadro clínico no início da doença com as manifestações observadas na evolução.

Foram realizadas sete punções lombares para coleta de LCR, sendo que a imunoeletroforese dessas amostras não demonstrou bandas oligoclonais de IgG. A IRM do crânio foi solicitada em 7 casos, mostrando lesões desmielinizantes em apenas cinco. Em cinco casos foi pedida a IRM da medula, sendo que apenas dois apresentaram lesões desmielinizantes visíveis na IRM.

Tabela 1 – Dados epidemiológicos de Esclerose Múltipla no Hospital Universitário/UFMA, no período de 1996 a 2003.

Variáveis	f	%
Sexo		
Feminino	08	80
Masculino	02	20
Etnia		
Branco	03	30
Negro	05	50
Pardo	02	20
Forma clínica		
Remitente-recorrente	08	80
Primariamente progressiva	02	20
Total	10	100

Tabela 2 - Sinais e sintomas iniciais observados nos pacientes com Esclerose Múltipla no HUPD, no período de 1996 a 2003.

Manifestação neurológica inicial	f*	%
Sinais motores isolados	02	20
Sinais motores e dor	02	20
Sinais motores e distúrbios visuais	01	10
Sinais motores, distúrbios visuais e parestesias	01	10
Sinais motores, dor, alterações cerebelares e de nervos cranianos	01	10
Sinais sensitivos isolados	30	30

* Cada paciente apresentou mais de uma manifestação.

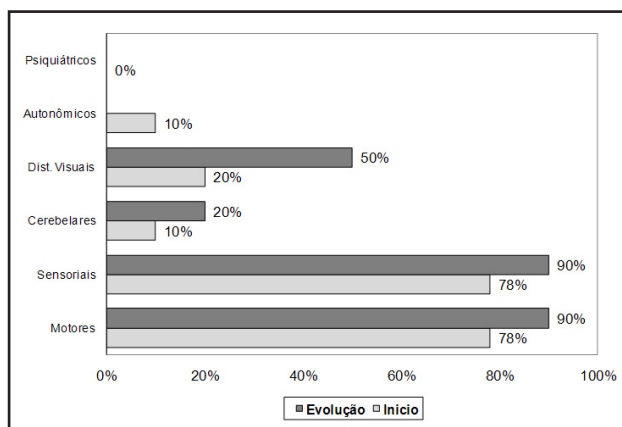


Figura 1 - Sinais e sintomas observados no início da doença e na evolução clínica de pacientes com EM.

DISCUSSÃO

Este estudo é uma avaliação retrospectiva de casos de esclerose múltipla, baseado na análise de prontuários. O método, obviamente, limita os resultados naquilo que o pesquisador encontra escrito nos arquivos médicos, de modo que, em alguns casos, por exemplo, não foi possível compreender a evolução clínica dos pacientes, devido ao não retorno ambulatorial ou à ausência de exames complementares. Todavia, estes fatores não impediram que os objetivos traçados fossem alcançados com êxito.

Um resultado importante encontrado neste estudo foi o maior percentual da cor parda, diferente do encontrado em outras séries nacionais e internacionais, à exceção dos trabalhos de Grzesiuk² e Ferreira et al¹⁷. Isto talvez se deva à miscigenação racial que é típica do Brasil, e que se confirma em nossa região, fato que poderia alterar a suscetibilidade genética à EM. Além disso, deve ser lembrada a dificuldade de alguns examinadores em diferenciar pacientes da cor parda e da cor negra, já que não há uma raça única ou raças distintas em nosso país.

Ainda em relação ao trabalho de Ferreira et al¹⁷, não se pode negar a disparidade entre o número de casos estudados naquele centro de referência e os estudados neste trabalho. Contudo, a semelhança do perfil epidemiológico entre os pacientes dos dois centros deve suscitar o aparecimento de novos trabalhos, sobretudo no Maranhão, com um caráter prospectivo e mais abrangente. É cedo, portanto, para supor que o comportamento epidemiológico dos pacientes com EM é desigual entre as regiões brasileiras de clima quente e as de clima frio.

Em conjunto, sinais motores e sensoriais foram os mais frequentes, iniciando o quadro clínico (70%), demonstrando a pequena frequência de manifestações isoladas no início da doença. Na literatura pesquisada não se observou a preocupação dos autores em citar associações de sintomas, mostrando-os, porém, separadamente. Assim, Leite, Andrade & Novis^{19, 20, 21} encontraram 54,1% de casos com paraparesia e 41,6% de parestesias iniciando a EM; Oliveira et al⁹ observaram 70% de sintomas piramidais e apenas

16% de sintomas sensitivos – os sintomas piramidais incluem o componente cerebral (hemiparesia) e o medular (paraparesia). Sintomas sensoriais mais frequentes foram observados por Moreira et al¹⁸, 31,79% e por Paty e Poser, apud Rudick¹⁹, que verificaram 33% de distúrbios sensoriais em um ou mais membros. Vale ressaltar que o sintoma “dor” esteve presente em 50% dos casos, o que muitas vezes desvia o raciocínio clínico para a investigação de outras doenças que não a EM.

Sintomas cerebelares foram pouco observados nesta casuística (10%), diferente de Oliveira et al⁹, 40%, um pouco maior que Moreira et al¹⁸, 4%.

A evolução dos pacientes mostrou que sinais motores e sensoriais continuaram sendo os mais frequentes (90%), porém revelou um aumento significativo dos distúrbios visuais, que passaram de apenas 10% para 50% dos casos. Este maior dano visual na evolução dos casos, contudo, não é observado em outros trabalhos, que mostram, inclusive, grande frequência de alterações visuais desde o início da doença, como cita Moreira et al¹⁸, 23,5% dos casos, a segunda manifestação mais prevalente naquela casuística.

A classificação de dois pacientes na forma EMPP (20%) levou em consideração o que foi proposto por Lublin & Reingold¹¹ e não os recentes critérios de McDonald et al¹⁴, que trouxeram inovações ainda não completamente aceitas pela comunidade de especialistas em esclerose múltipla.

Nenhum paciente migrou para a forma clínica EMSP, já que não houve como avaliar a progressão da doença após um período de 5 a 10 anos, sendo impossível, também, graduar esses pacientes na escala de incapacidades funcional.

Em relação à ausência das BOC IgG na imunoeletroforese do LCR, acredita-se que isto se deva a uma de duas razões. A primeira estaria ligada às condições operacionais no manuseio da amostra líquórica até a chegada ao laboratório, uma vez que a pesquisa de BOC IgG no LCR dos pacientes atendidos no Hospital Universitário é feita em um

laboratório conveniado, em São Paulo. A segunda é que não se pode descartar a possibilidade de nossos pacientes realmente não apresentarem uma imunoeletroforese do LCR positiva para EM, fazendo alusão à heterogeneidade epidemiológica, própria da doença. No Japão, a título de esclarecimento, onde a incidência do EM é baixa, Kikuch et al²¹ mostram apenas 53,3% de presença de BOClgG entre 45 pacientes com EM. Este mesmo aspecto foi observado no trabalho de Grzesiuk². O perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com Esclerose Múltipla atendidos no HUPD assemelha-se ao observado nas casuísticas nacionais pesquisadas, excetuando-se a maior prevalência da etnia parda, como também observaram Grzesiuk² e Ferreira et al¹⁷.

Um dado importante ocorre se juntarmos os percentuais correspondentes a pacientes de etnias parda e negra: teremos 70 % dos pacientes pertencentes a esta etnia em forte contraponto

com os dados da literatura. A miscigenação racial brasileira, evidente também em São Luis (MA), é, possivelmente, a responsável por este achado, mas poderemos estar diante de pacientes com constituições genéticas distintas das demais, na determinação da suscetibilidade à EM.

A forma clínica de EM predominante, neste estudo, foi a remitente-recorrente, seguida pela forma progressiva primária, não tendo sido evidenciada nenhuma forma secundariamente progressiva.

Uma outra conclusão importante, nos casos pesquisados, foi a presença de alterações visuais que se acentuaram com a evolução da doença, contrariamente aos dados de outros autores, em que tal sintomatologia era bastante freqüente no início da EM.

Estas observações divergentes das demais publicações justificam o desenvolvimento de maiores pesquisas na área.

REFERÊNCIAS

1. Miller JR. *Multiple sclerosis*. In: Rowland LP (ed). *Merritt's Neurology*. 10th. ed. Philadelphia PA, USA: Lippincot. Williams e Wilkins, 2000:773-792.
2. Grzesiuk AK. Características Clínicas e Epidemiológicas de 20 Pacientes Portadores de Esclerose Múltipla Acompanhados em Cuiabá – Mato Grosso. *Arq neuropsiquiatr*, 2006; 64 (3-A): 635-638.
3. Clark D. Human herpesvirus type 6 and multiple sclerosis (Abstr). *Herpes*, 2004; 11 (S2): 112A-119A.
4. Noserworth JH, Lucchinetti C, Rodrigues M, Weinshenker BG. Medical Progress: multiple sclerosis. *N Eng J Med*, 2000; 343:938 - 952.
5. Sriram S, Stratton CW, Yao S, et al. Chlamydia pneumoniae infection of the central nervous system in multiple sclerosis (Abstr). *Ann Neurol*, 1999; 46: 6-14.
6. Chataway J, Feakes R, Coraddu F, et al. The genetic of multiple sclerosis: principles, background and updated results of the United Kingdom systematic genome screen. *Brain*, 1998;121: 1869-1887.
7. Poser CM, Brinar VV. Highlights of the Second International Conference on MS. *The International MS Journal*, 2003; 10:105-109.
8. Melo-Souza SE. *Tratamento das doenças neurológicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 559-561.
9. Oliveira EML, Annes M, Oliveira ASB, Gabbal, AA. Estudo clínico de 50 pacientes acompanhados no ambulatório de neurologia UNIFESP-EPM. *Arq Neuropsiquiatr*, 1999; 57:51-55.
10. Oliveira TV, Gorz Reinhardt AM, Gracia CM, Bittencourt, PRM. Tratamento imunossupressor na esclerose múltipla. *Arq Neuropsiquiatr*, 1992; 50:295-301.
11. Lublin FD, Reingold SC. Defining the clinical course of multiple sclerosis results of an international survey. *Neurology*, 1996; 46:907-911.
12. Mendes MF, Rocha FCG. Formas clínicas da esclerose múltipla. *Neuroimunologia informa*, 2002;1:3-6.
13. Poser CM, Paty DW, Sheinberg L, et al. New diagnostic criteria for multiple sclerosis : guidelines for research protocols (Abstr). *Ann Neurol*, 1983; 13:227-231.
14. McDonald WI, Compston A, Edan G, et al. recommend diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the International Panel on the Diagnosis of Multiple Sclerosis (Abstr). *Ann Neurol*, 2001; 50:121-127.
15. Pavan K, Schnidt K, Ariçá TA, Mendes MF, Tilbery CP et al, Lianza S. Avaliação da

- fatigabilidade em pacientes com esclerose múltipla através do dinamômetro manual. *Arq Neuropsiquiatr*, 2006;64(2-A):283-286.
16. Guder WG (ed). *Coleta de amostras do paciente para o laboratório: o impacto das variáveis pré-analíticas sobre a qualidade dos resultados de laboratório*. Trad. Pontieri MJ. Darmstadt: GIT VERLAG; 1996. p. 27- 28.
17. Guder WG (ed). *Coleta de amostras do paciente para o laboratório: o impacto das variáveis pré-analíticas sobre a qualidade dos resultados de laboratório*. Trad. Pontieri MJ. Darmstadt: *GIT VERLAG*; 1996. p. 27- 28.
18. Moreira MA, Felipe E, Mendes MF, Tibery CP. Esclerose múltipla: estudo descritivo de suas formas clínicas em 302 casos. *Arq Neuropsiquiatr*, 2000; 58:460-466.
19. Rudick RA. *Esclerose múltipla e distúrbios correlacionados*. In: Goldman L. Bernnet C (eds). *Cecil: tratado de medicina interna* 21. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. 2. 387-2.395.
20. Leite ACCB, Andrade C, Novis S. *Neuropsiquiatr*, 1990; 48 (Supl): 66A.
21. Kikuchi S, Fukazawa T, Niino M, et al. HLA-related subpopulations of MS in Japanese with and without oligoclonal IgG bands. *Neurology*, 2003; 60:647-651.

Prevalência de desnutrição em menores de 10 anos em área endêmica de leishmaniose visceral

Prevalence of malnutrition in children under 10 years of age in endemic areas of visceral leishmaniasis.

Natália Coelho¹, Arlene de Jesus Mendes Caldas²

Resumo: Estudo transversal realizado no período de agosto/2006 a julho/2007, com objetivo de estimar a prevalência de desnutrição e infecção por *Leishmania chagasi* em 495 crianças menores de 10 anos no município de Raposa-MA. Utilizou-se questionário com dados sócioeconômicos, ambientais e hábitos de vida e foi realizado o exame antropométrico e aplicação do teste IDR. Verificou-se predominância do sexo masculino (53,9%), cor parda (72,2%) e idade de 3 a 5 anos (44,4%). Nas condições de moradia observou-se que a maioria das casas tinha cobertura de telha ou laje (75,2%) e parede de adobe e alvenaria (46,0%). O lixo e dejetos tinham lugar adequado para destino. Foi referida a presença de flebotomíneos no peri e intra-domicílio em 51,5%, criação de animais domésticos em 54,1% e 81,0% das crianças brincavam ao redor da casa ao entardecer. No aspecto imunológico, a predominância de positividade no teste IDR (42,9%) atingiu a faixa etária de 3 a 5 anos, não encontrando associação estatística significativa entre o teste IDR e as localidades estudadas. Ainda em relação ao IDR constatou-se a positividade em 1,6% dos desnutridos para o indicador altura/idade e 1,4% para o indicador peso/idade. Observamos que a infecção por *L. (L.) chagasi* ocorreu em qualquer criança da área endêmica descrita, independente do seu estado nutricional.

Descritores: Leishmaniose visceral, aspectos epidemiológicos, desnutrição.

Abstract: Cross-sectional study conducted from August 2006 to July 2007, aiming to estimate the prevalence of malnutrition and infection by *Leishmania chagasi* in 495 children younger than 10 years in the municipality of Raposa-MA. We used questionnaire data with socioeconomic, environmental and lifestyle habits and anthropometric examination was performed and the test application MST. A predominance of males (53.9%), brown (72.2%) and age from 3 to 5 years (44.4%). In living conditions was observed that most houses had tile or slab coverage (75.2%) and adobe wall and masonry (46.0%). The garbage and waste were suitable place for destination. She was referred to the presence of sandflies in peri-and intra-household in 51.5%, with animals in 54.1% and 81.0% of children were playing around the house at dusk. In the immunological aspect, the prevalence of positive test MST (42.9%) reached the age of 3 to 5 years, finding no statistically significant association between test MST and localities studied. Also in relation to the MST was found positive in 1.6% of malnourished to the height / age and 1.4% for weight / age. We observed that infection by *L. (L.) chagasi* occurred in any child described the endemic area, regardless of their nutritional status.

Keywords: visceral Leishmaniose, epidemiological aspects, malnutrition.

INTRODUÇÃO

As leishmanioses têm sido apresentadas ao homem desde os períodos pregressos. As primeiras manifestações da Leishmaniose Visceral (LV) partiram da Índia, referida como uma doença de alta letalidade e chamada de "doença negra" (kala-azar) em virtude da freqüente pigmentação escurecida na pele dos acometidos¹.

Atualmente as leishmanioses encontram-se entre as seis endemias de prioridade para a

Organização Mundial da Saúde (OMS), visto que se encontra amplamente distribuída no mundo, principalmente em regiões tropicais e subtropicais da Ásia, Oriente Médio, África, América Central e América do Sul; consequência das transformações antropomórficas que flagram as mazelas e fragilidade da competência racial humana quanto a soluções tão emergentes ao desenvolvimento da sociedade¹.

Índices globais mostram que a estimativa de

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

2. Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário - UFMA.

casos novos por ano para LV é de 500.000, já a estimativa da população mundial de risco para aquisição da LV atinge os 360 milhões de pessoas, enquanto 12 milhões já se encontram infectadas. Nas Américas, o Brasil representa o país de maior endemicidade, sendo responsável por cerca de 90% de todos os casos nesse continente, especialmente na região nordeste do país, concentrando 77% dos casos².

As transformações ambientais decorrentes da intensa migração por pressões econômicas e sociais, a pauperização da população em razão da má distribuição de renda, a crescente urbanização e o êxodo rural provocaram o agravamento dessa endemia, com o aparecimento de novos focos no Brasil².

Em nosso Estado, a invasão do calazar pode ser explicada pelas condições geográficas, sobretudo climáticas, representadas pela alta pluviosidade que favorece biologicamente os criadouros de flebotomíneos. Outros fatores, tais como as profundas alterações que sofreu a Ilha de São Luís para implantação dos pólos industriais da Companhia Vale do Rio Doce e da Indústria de Alumínio do Maranhão e, com isso, deslocando milhares de famílias que foram fazer assentamentos e se instalaram em condições inadequadas de saúde e saneamento³.

Neste cenário, em 1982, a leishmaniose visceral americana estabeleceu-se como endemo-epidemia em São Luís, levando ao registro de 1089 casos de LV em 15 anos (SINAN, 2006). Apesar das medidas

de controle efetivadas pela FUNASA-MA, desde a implantação do surto epidêmico, a LV tem se mantido em expansão no estado, necessitando de estudos que envolvam principalmente a epidemiologia da doença, visando seu controle³.

No Brasil, a LV clássica acomete pessoas de todas as idades, mas na maior parte das áreas endêmicas 80% dos casos registrados ocorrem em crianças com menos de 10 anos. E esta realidade de que o homem, principalmente as crianças desnutridas, venha ser fonte de infecção conduz a um aumento na complexidade da transmissão da LV⁴.

A desnutrição é um dos fatores que ajudam a desencadear os sintomas da Leishmaniose Visceral, de tal forma que crianças subnutridas apresentam graus variados de disfunção da imunidade, em especial a controlada por células T, predispondo o indivíduo a infecções oportunistas como a referida LV⁵.

Pesquisas científicas comprovam que a deficiência energético-protéica predispõe indivíduos a doenças infecciosas e as crianças são as principais vítimas deste déficit nas áreas de subdesenvolvimento, representando o grupo de risco para o desenvolvimento do quadro infeccioso desencadeado pela leishmaniose visceral. Estudos sugerem que as crianças Montenegro-positivas constituem o grupo de maior risco nutricional, além de predispor estas a um retardo do crescimento em decorrência das repercussões metabólicas da interação hospedeiro-leishmania⁵.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada por meio de um estudo epidemiológico transversal realizado com 495 crianças menores de dez anos de idade, procedentes das localidades da Vila Maresia, Marisol e Pantoja no município de Raposa – MA. As áreas envolvidas estão localizadas neste município, que se localiza na Ilha de São Luís, ao norte do Estado do Maranhão, distando 28 km da cidade de São Luís, capital do estado.

O estudo teve início em agosto de 2006, a partir da realização de inquérito populacional e epidemiológico com levantamento de dados de identificação, demográficos, sócio-ambientais e epidemiológicos da habitação, do ambiente peridomociliar e dos animais domésticos, avaliação do estado nutricional das crianças e detecção da infecção por *L. chagasi* por meio do teste de Intradermorreacção de Montenegro (IDRM)..

O antígeno utilizado foi preparado no laboratório de Imunopatologia do Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz/FIOCRUZ/BA com formas promastigotas de *L. amazonensis* (MHOMBr-88-BA-125) de acordo com a técnica descrita por Reeds e cols. O teste foi aplicado via intradérmica na face anterior do antebraço a 3 cm da dobra cubital. A resposta foi detectada após 48 a 72 horas, considerando-se a reação positiva quando um dos

diâmetros foi igual ou maior que 5mm⁶.

O exame antropométrico foi realizado visando avaliar a prevalência das diversas formas de desnutrição protéico-calórica e consistiu na medição do peso ou altura de cada criança.

Os dados coletados foram digitados no Microsoft Office Access 2003 e armazenados em um banco de dados e processados no programa EPI-INFO 3.4, versão 2007, da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Para análise dos dados referentes à situação nutricional das crianças, utilizou-se como referência o padrão do National Center of Health Statistics 2000 (NCHS). Foi realizado cálculo dos “escores Z” para peso/idade, peso/altura e altura/idade, utilizando-se o programa EPINUT do EPI-INFO que adota o modelo de análise proposto pelo NCHS.

Na análise estatística foi utilizado o teste do Qui-quadrado para comparação entre duas proporções, com a finalidade de verificar se houve diferença entre a localidade de Vila Maresia, Vila Marisol e Vila Pantoja e entre os resultados do IDRM em indivíduos nutridos e desnutridos. Por meio deste teste, foi calculado o valor de “p” e quando este valor foi menor ou igual a 0,05 (5%) considerou-se a diferença estatisticamente significativa.

RESULTADOS

Segundo o inquérito populacional realizado nas localidades de Vila Maresia, Marisol e Pantoja,

no município da Raposa- MA, foram identificadas 546 crianças menores de 10 anos e destas, 495 atenderam

aos critérios de inclusão do estudo. Da população estudada, (44,4%) se concentrava na faixa etária de 3 a 5 anos. Em relação ao sexo, 53,9% eram do sexo masculino e 46,1% do sexo feminino. Quanto à cor, predominou a parda (72,2%) seguida da branca e preta (18, 4,6% e 4,4%, respectivamente), o grau de escolaridade do chefe da família predominou os que possuíam 1º grau incompleto (53,7%) e no que se refere às condições de renda mais da metade do número de crianças apresentam renda familiar inferior a um salário mínimo (52,7%) (Tabela 1).

Analisando as características de moradia das famílias entrevistadas, observou-se que a maioria das casas tinha cobertura de telha ou laje (75,2%) e parede de adobe e alvenaria (46,0%) (Tabela 2).

Quando perguntado sobre o destino do lixo, 45,0% dos entrevistados responderam queimar ou enterrar o lixo, a coleta pública era realizada em 35,8% das residências e 19,2% referiram jogar o lixo a céu aberto ou ao mar. A respeito dos dejetos humanos, 62,4% informou usar fossa séptica para o destino final dos dejetos, 32,7% a fossa negra e 4,5% mencionaram usar o mato ou vala (Tabela 2).

Tabela 1 - População estudada segundo idade, sexo, cor e grau de instrução do chefe da família. Raposa/MA, 2007.

Caracteres	f	%
Idade		
< 1ano	24	4,9
1 a 2 anos	96	19,4
3 a 5 anos	155	31,3
6 a 9 anos	220	44,4
Sexo		
Feminino	228	46,1
Masculino	267	53,9
Cor		
Branca	91	18,4
Parda	382	77,2
Preta	22	4,4
Grau de instrução do chefe da família		
Analfabeto	54	10,9
1º Grau incompleto	266	53,7
1º Grau completo	51	10,3
2º Grau incompleto	51	10,3
2º Grau completo	69	13,9
3º Grau incompleto	3	0,6
3º Grau completo	1	0,2
Renda familiar		
< 1 salário mínimo	261	52,7
1 a 2 salários mínimos	201	40,6
3 a 4 salários mínimos	29	5,9
> 4 salários mínimos	4	0,8
Total	495	100

A maioria das famílias (90,9%) informou que a água utilizada era procedente da rede pública, 7,9% utilizavam água do poço e apenas 1,25% o uso de rio, riacho e outros. As crianças na sua maioria tomam banho fora de casa (58,4%) e que o horário do último banho permeia ao entardecer (67,3%) (Tabela 2).

A presença de flebotomos no peri e intradomicílio foi informada por 51,5% dos entrevistados (Tabela 3). A criação de animais em domicílio foi mencionada por 54,1%, sendo que 19,0% referiram a presença de cão; 16,2%, de gatos; 4,8% galinha; 1,6% porcos e 12,5% de cão e outros (Tabela3).

Mais de 90% referiu a presença de um ou mais de um tipo de animal como cão/galinha/porco e outros próximos a sua residência, como também a presença

Tabela 2 - Características de moradia das crianças de Vila Maresia, Vila Marisol e Vila Pantoja no município da Raposa/MA, 2007.

Caracteres	f	%
Cobertura		
Laje / Telha	372	75,2
Palha	105	21,2
Outro	18	3,6
Parede		
Adobe / Alvenaria	228	46,0
Taipa	246	49,7
Palha	10	2,0
Outro	11	2,3
Lixo		
Queimado/Enterrado	223	45,0
Céu Aberto	95	19,2
Coleta Pública	177	35,8
Dejetos		
Fossa Negra	162	32,7
Fossa Séptica	309	62,4
Mato / Vala	22	4,5
Outro	2	0,4
Água		
Rede pública	450	90,9
Poço	39	7,9
Rio, riacho	3	0,6
Outros	3	0,6
Lugar do banho		
Banheiro dentro de casa	95	19,2
Banheiro fora de casa	289	58,4
Quintal	101	20,4
Outro	10	2,0
Horário do banho		
6 – 12h	25	5,1
13 – 18h	333	67,3
19 – 24h	137	27,7
Total	495	100

Tabela 3 - Características epidemiológicas das crianças de Vila Maresia, Vila Marisol e Vila Pantoja no município da Raposa/MA, 2007.

Caracteres	f	%
Presença de flebótomos no peri e intradomicílio		
Sim	255	51,5
Não	240	48,5
Tipo de Animal Criado		
Cão	94	19,0
Gato	80	16,2
Galinha	24	4,8
Porco	8	1,6
Cão e outros	56	11,3
Outros	6	1,2
Nenhum	227	45,9
Tipo de Animal Próximo		
Cão	104	21,0
Gato	12	2,4
Mucura	04	0,8
Raposa	02	0,4
Porco	08	1,6
Galinha	39	7,9
Outros	05	1,0
Cão e outros	280	56,6
Nenhum	41	8,3
Presença de Criadouros		
Sim	402	81,2
Brincar no final da tarde		
Ao redor da casa	401	81,0
Dentro de casa	94	19,0
Total	495	100

de criadouros do arrupiado/flebotomíneo citado em 81,2% dos entrevistados. Observou-se que as crianças na sua maioria (81,0%) brincavam ao redor da casa ao entardecer (Tabela 4).

Das 495 crianças que realizaram o teste de IDRM, 427 eram de Vila Maresia, 46 de Vila Marisol e 22 da Vila Pantoja. Em relação ao IDRM, em Vila Maresia a positividade foi de 2,6% para menores de 1 ano; 13,3% para crianças de 1 a 2 anos, 24,8% para faixa etária de 3 a 5 anos e 35,6% para as de 6 a 9 anos. Na Vila Marisol foi constatada a positividade em 1,4% das crianças menores de 1 ano; 4,2% para idade de 1 a 2 anos, 7,5% para faixa etária de 3 a 5 anos e 10,5% nos de 6 a 9 anos. Na Vila Pantoja a positividade para menores de um ano foi de 9,1%, na faixa de 1 a 2 anos foi de 4,6%, na de 3 a 5 anos 9,1% e em 6 a 9 anos 13,6%. Não foi observada associação estatisticamente significativa entre o teste IDRM e as localidades estudadas (Tabela 4).

Em relação ao IDRM constatou-se a positividade em 1,6% dos desnutridos para o indicador altura/idade e 1,4% para o indicador peso/idade. Não foi observada associação estatisticamente significativa entre os indicadores nutricionais e o exame realizado (Tabela 5).

Tabela 4 - Prevalência da infecção por L.(L.) chagasi em crianças menores de 10 anos de Vila Maresia e Vila Marisol e Vila Pantoja, segundo teste diagnóstico de IDRM no município da Raposa/MA.

Teste	Vila Maresia n = 427			Vila Marisol n = 46			Vila Pantoja n = 22			p			
	f	+	%	f	-	%	f	+	%		f	-	%
IDRM													
< 1ano	11	2,6	6	1,5	1	1,4	1	2,2	3	13,6	2	9,1	0,7171
1 a 2 anos	57	13,3	18	4,2	11	4,2	3	6,5	6	27,3	1	4,6	0,8342
3 a 5 anos	106	24,8	32	7,5	12	7,5			3	13,63	2	9,1	0,1100
6 a 9 anos	152	35,6	45	10,5	15	10,5	3	2,2	2	9,1	3	13,6	0,1196
Total	326	76,3	101	23,7	39	84,8	7	15,2	14	63,6	8	34,4	

Tabela 5 - Indicadores nutricionais e o resultado do teste de IDR, Raposa/MA, 2007.

Indicadores Nutricionais	Idrm Positivo		Idrm Negativo		P	Total	
	f	%	f	%		f	%
Altura/idade							
Desnutrido	8	1,6	32	6,5	0,006	42	8,5
Eutrófico	197	39,8	256	51,7		453	91,5
Peso/ Idade							
Desnutrido	7	1,4	28	5,6	0,0163	46	9,3
Eutrófico	135	27,3	274	55,3		449	90,7

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados relativos às condições socioeconômicas, ambientais e de vida são relevantes na epidemiologia da LVA. Segundo o Ministério da Saúde², estas condições tornam-se um agravante para que a LVA torne-se mais freqüente nas zonas rurais e perirurbanas, como também seja alto o índice de infecção em algumas áreas endêmicas, como visto no estudo. A respeito da faixa etária de maior prevalência nas localidades estudadas foi de 1 a 5 anos, diferenciando-se dos dados de pesquisa de estudos anteriores⁷, pois a faixa etária que prevaleceu no município de São José de Ribamar foi de 5 a 9 anos de idade.

Em relação à cor das crianças entrevistadas, predominou a cor parda, consequência principal da miscigenação que se intensificou na década de 80 no Estado⁸, onde 70,1% das pessoas se classificaram como pardas no Maranhão. E no Brasil⁹ configura-se em 38,4% dos 170 milhões de habitantes, ficando atrás somente das pessoas que se classificaram como brancas (53,7%).

O grau de escolaridade dos pais exerce influencia no estado de saúde infantil, no presente estudo foi mais presente o 1º grau incompleto (53,7%) o que pode interferir no baixo padrão de renda familiar inferior a um salário mínimo (52,3%) que é diretamente relacionado com melhor oportunidade de emprego e, por conseguinte, melhor nível salarial.

Quanto às condições de moradia, constatou-se que quase metade da população residia em casa de adobe/alvenaria (46,0%) e cobertura de telha/laje (75,2%). Tais resultados demonstram uma melhoria nas condições de moradia quando comparado a estudos anteriores na mesma localidade³ onde a maioria das casas era de taipa/palha/chão batido (90,0%). Considerando o destino do lixo, grande parte das residências não possuía coleta pública, sendo o mesmo queimado ou enterrado por quase a totalidade da população. O mesmo foi encontrado por Caldas¹⁰, onde no ano de 1997, 71,0% dos habitantes queimavam ou enterravam o lixo. Esta situação difere do Nordeste e do Brasil⁹, pois a proporção de domicílios com coleta de lixo no Nordeste foi de 60,6% e no Brasil foi de 79,0%.

Em relação aos dejetos humanos, quase metade

dos entrevistados utiliza a fossa séptica (43,7%), o que reflete uma melhoria da população, pois segundo Caldas³, apenas 13,9% dos indivíduos utilizavam fossa séptica nas localidades adjacentes do estudo em questão. Este resultado condiz com a realidade do Nordeste e do Brasil⁹, afinal a proporção de domicílio com rede geral de esgoto e fossa séptica no ano de 2000 foi de 37,9% para o Nordeste e 62,2% para o Brasil. Quanto ao abastecimento de água nas casas, quase todas as famílias entrevistadas já possuíam rede pública de água, isso devido à conquista desse serviço logo após um ano da emancipação do município da Raposa - MA, em 1996¹¹.

Gama¹¹ relata a presença do mosquito flebótomo no domicílio e peri-domicílio em 54,4% da população de Vila Nova e Bom Viver, 49,1% da população de Maracanã e 79,5% dos habitantes de Codó. No presente estudo, foi observado que 51,5% da população referem o flebotomineo no intra e peridomicílio, o que demonstra como constante a presença dos cães como animais domésticos nas localidades e ainda a probabilidade de manutenção da infecção, por ser uma área endêmica.

Nas três localidades a positividade do teste IDR foi maior para a faixa etária de 1 a 5 anos, semelhante ao estudo de Silva¹² onde a positividade do IDR se concentrou na faixa etária de 2 a 6 anos. Porém em estudos pregressos, a positividade do IDR em São José de Ribamar se concentrou entre as crianças de 5 a 9 anos.

Comparando o estado nutricional e a infecção por *L.(L.) chagasi*, notou-se que o índice de infecção foi acentuado nas crianças com desnutrição crônica, com 16,8% de positivos para o teste ELISA e 13,0% para o teste IDR. Comparando com Caldas¹⁰, o índice de infecção também foi acentuado para as crianças com desnutrição crônica, sendo que 6,6% das crianças infectadas apresentavam algum grau de desnutrição.

Nesse estudo pode-se concluir que a faixa etária predominante foi de menores de cinco anos de idade nas três localidades; as famílias estudadas apresentaram precária condições socioeconômicas, a infecção por *L.(L.) chagasi* predominou entre as crianças menores de cinco anos quando o marcador

foi o IDRM e não existe uma relação da infecção por *L.(L.) chagasi* com o estado nutricional da criança.

Portanto, como podemos observar, nas localidades de Vila Maresia, Marisol e Pantoja a

infecção por *L.(L.) chagasi* ocorreu em qualquer criança da área endêmica descrita, independente do estado nutricional em que se encontrava.

REFERÊNCIAS

1. Neves DP. *Parasitologia Humana*. 10 ed. São Paulo, Atheneu; 2003.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de vigilância de controle da leishmaniose visceral*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 120p
3. Caldas AJM. *Infecção por L.(L.) chagasi em crianças em uma área endêmica de leishmaniose visceral americana na ilha de São Luís- Maranhão, Brasil*. [Dissertação]. São Luís (MA): Universidade Federal do Maranhão. Centro de Ciências em Saúde; 1998.
4. Gurgel HC, Bavia ME, Carneiro DDMT, Silva CEP, Filho CM, Rios RB, Barbosa MGA. *Contribuição do NDVI para o estudo epidemiológico da Leishmaniose Visceral Americana, no interior da Bahia*. In: *Anais XII Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto*: Goiânia, Brasil; INPE; 2005. p. 2673-2680.
5. Cunha DF, Lara VC, Monteiro JP, Romero HD, Cunha SFC. Retardo do crescimento em crianças com reação intradérmica positiva para leishmaniose: resultados preliminares. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2001; 34(1):24-27.
6. Cuba CA, Netto EM, Marden PD, Rosa AC, Llanos-Cuentas EA, Costa JLM. Cultivation of *Leishmania braziliensis braziliensis* from skin ulcers in man under field conditions. *Transcrito R Soc Trop Méd Hyg*, 1985; 80:1-2,
7. Nascimento MDSB, Costa JML, Fiori BIP et al. Aspectos epidemiológicos determinantes manutenção da leishmaniose visceral estado do Maranhão-Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop*, 1996; 29(3): 233-240.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Departamento de População e Indicadores Sociais: estimativas populacionais, 2004
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Censo demográfico e contagem populacional, 2000. [capturado 2007 out 2] Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
10. Caldas AJM. et al. Infecção por *Leishmania (Leishmania) chagasi* em crianças de uma área endêmica de leishmaniose visceral americana na Ilha de São Luis-MA, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2007. Uberaba; 34(5). 2001. [capturado 2007 mar 7]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.
11. Gama MEA, Barbosa JS, Cunha AKB, Freitas AL, Ribeiro IR, Costa JML. Avaliação do nível de conhecimento que a população residente em área endêmica periurbana e rural, têm sobre leishmaniose visceral, estado do Maranhão, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 1998; 14: 109-118.
12. Silva, LA *Estudo prospectivo de indivíduos com testes imunológicos e reação de cadeia de polimerase para calazar em Porteirinha, MG*. [Dissertação]. Uberaba (MG): Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro; 2002

Abandono de tratamento no programa de controle da hanseníase de um hospital universitário em São Luís - Maranhão.

Abandonment of treatment in leprosy control program of a university hospital in São Luís - Maranhão.

Adriana Regina Silveira Alexandre¹, Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa², Arlene de Jesus Mendes Caldas³, Dorlene Maria Cardoso de Aquino³

Resumo: Realizou-se um estudo retrospectivo, com o objetivo de avaliar o abandono de tratamento do Programa de Controle da Hanseníase do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, em São Luís-MA. A população estudada foi constituída por 49 casos de hanseníase em situação de abandono no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2002. Calculou-se a taxa de abandono com base no parâmetro do Ministério da Saúde que mede a capacidade dos serviços em assistir aos casos de hanseníase e os classifica como “bom” quando a taxa de abandono é $\leq 10\%$, “regular” de 10 a 25% e “precário” $>25\%$. Os resultados apontaram o abandono foi mais freqüente no sexo feminino (51,0%), na faixa etária de 21 – 30 anos (26,5%), nos procedentes da capital do estado (79,6%), na forma Dimorfa (44,8%) e na Classificação Operacional Multibacilar (69,3%). Quando se investigou em qual dose do tratamento ocorria o abandono, verificou-se que o mesmo foi mais freqüente entre a 1ª e a 3ª doses (48,9%). Quanto à taxa de abandono, em 1998 não houve registro de abandono; e nos demais anos foram: 1,2% (1999), 3,2% (2000), 8,3% (2001) e, 13,3% (2002). Com base no parâmetro do Ministério da Saúde do Brasil, a taxa de abandono foi classificada como “boa” no período de 1998 a 2001 e “regular” em 2002. Concluiu-se que o abandono está aumentando, fato que remete para a necessidade de realizar novos trabalhos para descobrir quais seriam os fatores causadores desta situação.

Descritores: Hanseníase, abandono, tratamento.

Abstract: It was made a retrospective study, with the objective to evaluate the abandonment of the treatment of the Hansen Disease Control Program of the University Hospital of the Federal University of Maranhão, in São Luis – MA. The studied population was constituted by 49 cases of Hansen disease in abandonment situation on the period between January of 1998 to December of 2002. The abandonment rate was calculated based on the Health Ministry parameter that measures the capability of the services in help the cases of Hansen disease and classifies as “good” when the rate is $\leq 10\%$, “regular” between 10 a 25% and “precarious” when is $>25\%$. The results showed that the abandonment was more frequent in the feminine gender (51,0%), in the age between 21-30 years (26,5%), in the residents of the capital of the state (79,6%), in the dimorphic form (44,8%) and in the Operational Multibacilar Classification (69,3%). When was investigated in wich dosis of the treatment the abandonment happens, was verified that it was more frequent between the 1ª and the 3ª dose (48,9%). As the abandonment rate, in 1998 there wasn't register of abandonment; in the others yeras the rate was: 1,2% (1999), 3,2% (2000), 8,3% (2001) and, 13,3% (2002). Based in Health Ministry parameter, the abandonment rate was classified as “good” in the period between 1998 and 2001 and “regular” in 2002. It was concluded that the abandonment is increasing, fact that refers to the need to make new works to discover what are the factors that causes this situation.

Keywords: Hansen disease, abandonment, treatment.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa de evolução crônica, causada pelo *M. leprae* que encontra como ambiente favorável à sua propagação o baixo nível de vida da população^{1,2}.

O tratamento utilizado é a poliquimioterapia (PQT), que começou a ser implementada no Brasil em 1986 e, em 1991, foi adotada oficialmente pelo Ministério da Saúde (MS). Segundo a Organização

1. Acadêmica do Curso de Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão-UFMA

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

3. Doutora em Patologia Humana. Docente da UFMA.

Pan-Americana da Saúde (OPAS) a PQT comprovou ser segura e efetiva. No entanto, a taxa de abandono do tratamento no Brasil ainda representam um fator preocupante. Dados de Programas de Hanseníase revelam que no período anterior a PQT, entre os casos do registro ativo em tratamento, 20,0% a 33,0% estavam em abandono e no período pós-implantação (1993 e 1994), esse índice era de 43%, em 1999 o abandono foi superior a 30,0%³.

O Ministério da Saúde (MS) considera como caso de abandono o paciente de hanseníase que não recebeu nenhuma dose do tratamento preconizado durante 12 meses do ano de avaliação⁴.

A questão do abandono do tratamento na hanseníase é extremamente importante para interromper a cadeia de transmissão, levando-se em conta que o indivíduo contaminado contagiante que não adere ao tratamento representa a fonte de transmissão do bacilo, contribuindo assim para a disseminação da doença e reduzindo as possibilidades de controle da endemia⁵.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo retrospectivo no Programa de Controle da Hanseníase do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão-HUUFMA. O Programa de Controle da Hanseníase foi estruturado a partir do Programa Saúde da Pele que é um projeto de extensão do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e integra o Serviço de Dermatologia Sanitária do referido hospital.

Foram incluídos na pesquisa todos os casos de hanseníase atendidos no Programa de Controle da Hanseníase em abandono de tratamento no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2002. Considerou-se em abandono, o paciente que não recebeu nenhuma dose do tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde durante os 12 meses do ano de avaliação, de acordo com a Legislação sobre o Controle da Hanseníase no Brasil⁶.

A taxa de abandono foi calculada utilizando-se o indicador operacional do Ministério da Saúde⁸ que

O abandono do tratamento pode ainda ocasionar um prejuízo na qualidade de vida do paciente, já que as incapacidades geradas pela evolução natural da doença sem acompanhamento terapêutico podem acarretar diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos⁶. Segundo Almeida⁷ “a conscientização quanto à regularidade no tratamento e a cooperação dos clientes são fatores determinantes para o sucesso do mesmo e a prevenção de incapacidades”.

Assim, todos os portadores de hanseníase devem ser informados para a possibilidade de ocorrência de comprometimento neural e incapacidades, que podem trazer conseqüências graves na sua vida social e econômica. Devem ainda ser orientados para observar-se diariamente e procurar a unidade de saúde ao notar qualquer alteração neurológica, tais como dor ou espessamento nos nervos^{7,8}.

O presente trabalho tem por objetivo avaliar o abandono de tratamento de portadores de hanseníase.

mede a capacidade dos serviços em assistir aos casos de hanseníase e os classifica como bom quando a taxa de abandono é $\leq 10\%$, regular de 10 a 25% e precário quando é $>25\%$.

O levantamento dos casos de abandono foi realizado a partir do livro de registros de casos novos, prontuários e cartões de aprazamento. Os dados foram coletados, em junho de 2005, por meio de uma ficha formulário contendo questões referentes aos dados de identificação dos pacientes (idade, sexo, procedência), forma clínica, classificação operacional e a última dose da medicação.

A pesquisa atendeu ao estabelecido na resolução 196/96 e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CEP-HUUFMA).

Os dados foram inseridos em um banco de dados no programa EPI-INFO, versão 6.04b (CDC-Atlanta-EUA). As variáveis qualitativas foram apresentadas por meio de frequências e percentuais.

RESULTADOS

No período de 1998 a 2002 foram notificados 928 casos de Hanseníase no Programa de Controle da Hanseníase do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra. Destes, 49 pacientes (5,2%) abandonaram o tratamento (Dados não apresentados).

Entre os pacientes que abandonaram o tratamento, foi predominante o sexo feminino (51,10%), a faixa etária de 21 a 30 anos (26,5%) e procedentes da capital do Estado (79,6%) (Tabela 1), mais precisamente dos municípios de São José de Ribamar, Arari, Paço do Lumiar, Chapadinha, Tufilândia, Cantanhede, Pindaré-Mirim, Tutóia, Mangueira e Penalva (Dados não apresentados).

No que diz respeito às formas clínicas, verificou-

se que o abandono foi mais freqüente em pacientes portadores da forma Dimorfa, correspondendo a 44,8% (Figura 1). Ao agruparmos as formas clínicas por classificação operacional constatou-se que a maioria era multibacilar (Figura 2).

O abandono do tratamento, segundo a última dose da medicação, a ocorrência foi maior nas doses iniciais do tratamento: 48,9% abandonaram o tratamento entre 1ª e 3ª dose. (Figura 3).

Quando se calculou as taxas de abandono, os resultados foram: 0% em 1998, 1,2% em 1999, 3,2% em 2000, 8,3% em 2001 e, 13,3% em 2002 (Figura 4). Com base no parâmetro do Ministério da Saúde do Brasil, a taxa de abandono foi classificada como “boa” no período de 1998 a 2001 e “regular” em 2002.

Tabela 1 - Abandono de tratamento, por sexo, faixa etária e procedência. Programa de Controle da Hanseníase - Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. São Luís – MA, de 1999 a 2002.

Variáveis	f	%
Sexo		
Masculino	25	51,0
Feminino	24	49,0
Faixa etária (anos)		
10 – 20	11	22,4
21 – 30	13	26,5
31 – 40	10	20,4
41 – 50	1	2,0
51 - 60	6	12,3
Mais de 60	8	16,4
Procedência		
Capital do estado	39	79,6
Outros municípios	10	20,4
Total	49	100

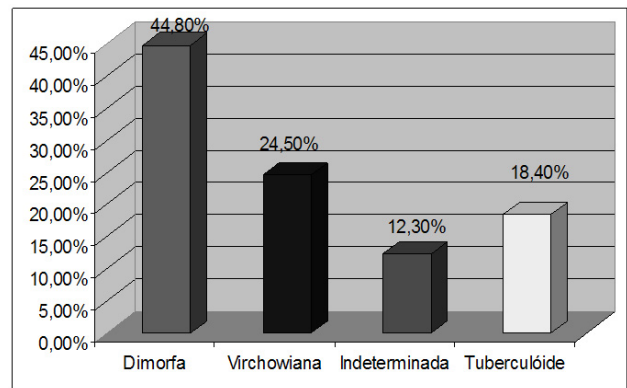


Figura 1. Portadores de hanseníase em abandono de tratamento, por forma clínica. Programa de Controle da Hanseníase. HUUFMA. São Luís – MA, 2005.

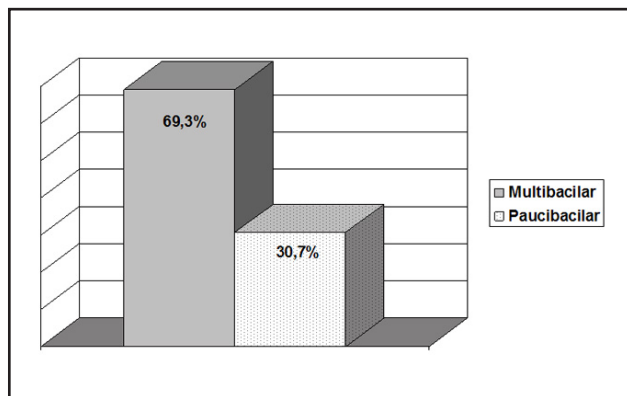


Figura 2. Abandono de tratamento, por forma clínica. Programa de Controle da Hanseníase. HUUFMA. São Luís – MA, de 1999 a 2002.

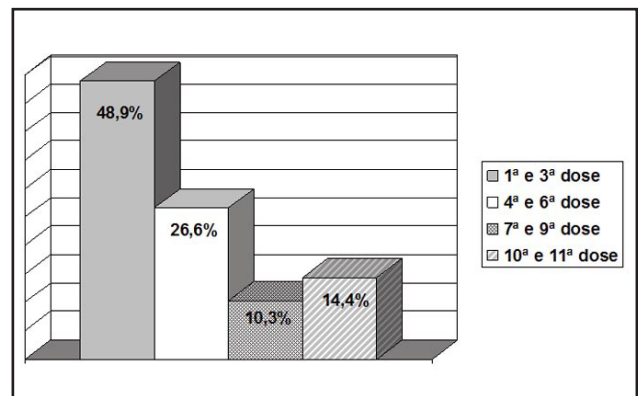


Figura 3. Dose de tratamento em que ocorreu o abandono. Programa de Controle da Hanseníase. HUUFMA. São Luís – MA, de 1999 a 2002.

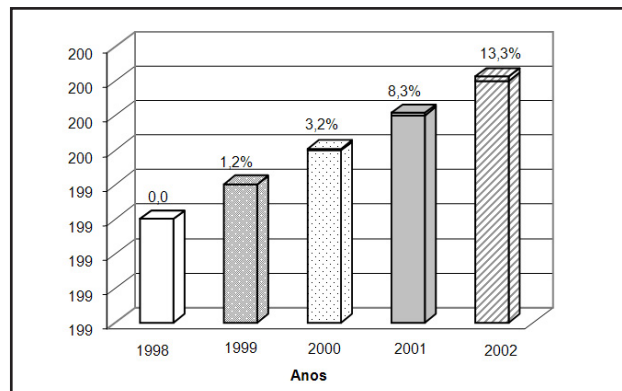


Figura 4. Taxas de abandono por ano. Programa de Controle da Hanseníase. HUUFMA. São Luís – MA, de 1999 a 2002.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Uma das questões mais relevantes em relação à hanseníase no Brasil é o abandono do tratamento, que ainda persiste em nosso país e torna-se preocupante pelo fato de interferir na cadeia epidemiológica e por impedir que se evite a evolução crônica da patologia com o desenvolvimento de incapacidades e deformidades. Estudo de Vieira⁹ realizado em São Luís-Ma verificou que o abandono de tratamento foi maior no sexo feminino. Nossos resultados assemelharam ao estudo, com maior frequência de abandono do tratamento no sexo feminino. A taxa de abandono foi maior nos indivíduos com idade entre 21 a 30 anos, ou seja, adultos na faixa economicamente ativa que podem vir a desenvolver incapacidades físicas, caracterizando prejuízos sócios econômicos. O percentual de crianças e adolescentes que abandonaram o tratamento foi superior ao evidenciado por Vieira⁹ em outra unidade de saúde, esse fato nos mostra a necessidade da implementação de ações educativas relacionadas ao meio de contato junto os pais e/ou responsáveis.

Ao verificar as formas clínicas, encontrou-se resultado semelhante ao de Aquino et al¹⁰, em estudo realizado no município de Buriticupu no período de 1991-1995, quando a maioria dos pacientes em situação de abandono de tratamento era composta de portadores das formas Dimorfa e Virchowiana, ou seja, as formas multibacilares da hanseníase, responsáveis pelas ocorrências de incapacidades físicas, danos neurológicos e pela transmissão da doença.

Em estudo realizado no município de Duque de Caxias – RJ por Ignotti et al¹¹, sobre adesão ao tratamento da hanseníase, verificou-se que os casos multibacilares têm o dobro de chance de abandonar

o tratamento em relação aos casos paucibacilares, apresentando resultado semelhante ao do presente estudo. Ainda segundo Ignotti et al¹¹, este aspecto tem especial relevância quando se leva em consideração que os casos multibacilares apresentam até cinco vezes mais incapacidades físicas que os casos paucibacilares. Constatou-se que os pacientes abandonam o tratamento nas doses iniciais do esquema terapêutico, o que pode ser explicado pelo desaparecimento dos sintomas, levando o paciente a acreditar na cura sem necessidade de prosseguir com o tratamento, ou mesmo pela ocorrência de efeitos adversos aos medicamentos.

Utilizando o indicador operacional do Ministério da Saúde que avalia o programa de controle da hanseníase através da taxa de abandono, foi possível constatar que no período compreendido entre os anos de 1998 e 2001 a taxa de abandono do Programa de Controle da Hanseníase do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra foi menor que 10%, classificando o programa como “bom”, avaliação semelhante à do Programa de Controle da Hanseníase do estado do Maranhão, no ano de 1999¹². Porém, no ano de 2002, a taxa de abandono foi considerada como “regular”. O abandono representa principal problemática da hanseníase, devido o seu alto poder incapacitante que pode causar transtornos no trabalho, na vida social e econômica dos pacientes, além de ser responsável por traumas psicológicos, pela estigmatização e discriminação dos mesmos¹⁰.

O abandono do tratamento é portanto um fator que pode ser reduzido através de estratégias de busca ativa e ações educativas.

REFERÊNCIAS

1. Martelli CMT, Stefani MMA, Penna GO, Andrade ALSS. Endemias e epidemias brasileiras, desafios e perspectivas de investigação científica: hanseníase. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2002 dez. São Paulo; 5(3): 273-285.
2. Buuren NG. *Hanseníase no Brasil* [capturado 2005 jan 3]. Disponível em: <http://www.hansen.org.br/hansen>.
3. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. *Termos de Referência (TdR) para o desenvolvimento de investigação da estratégia de PQTA/OMS integrada aos serviços de saúde locais – Brasil*, 2003 [capturado 2005 jun 24]. Disponível em: <http://www.opas.org.br>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. *Legislação sobre o Controle da Hanseníase no Brasil*. Brasília: MS; 2000.
5. Bakirtzief Z. Identificando barreiras para aderência ao tratamento de hanseníase, *Cadernos de Saúde Pública*, 2002 out/dez Rio de Janeiro;12(4): 497-505.
6. Pedrosa MS. *Perfil dos pacientes atendidos no Programa de Controle da Hanseníase do Centro de Saúde Dr. Genésio Rego*, São Luís-MA [monografia]. São Luís(MA): Universidade Federal do Maranhão; 2002.
7. Almeida PH. *Avaliação do Programa de Hanseníase de um Hospital Universitário da Rede Pública Federal em São Luís-Ma* [monografia]. São Luís(MA): Universidade Federal do Maranhão; 1999.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Guia para o Controle da Hanseníase*. Cadernos de Atenção Básica, n 10. Brasília – DF: Ministério da Saúde; 2002.
9. Vieira JT. *Causas de Abandono de Tratamento*

- em Clientes do Programa de Hanseníase num Hospital da Rede Pública Federal* [monografia]. São Luís-Ma: Universidade Federal do Maranhão; 1996.
10. Aquino DMC, Santos JS, Costa JML. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. *Cadernos de Saúde Pública*, 2003 jan/fev Rio de Janeiro;19(1):119-125.
11. Ignotti EA, Andrade VLG, Sabroza PC, Araújo AJG. *Estudo de adesão ao tratamento da hanseníase no município de Duque de Caxias – Rio de Janeiro: abandonos ou abandonados?* [capturado 2005 jul 6]. Disponível em: <http://www.bireme.br>.
12. Maranhão. Gerência de Qualidade de Vida – GQV. *Hanseníase: avaliação anual*. São Luís: 1999.

A morte e o morrer em unidade de terapia intensiva: significado para enfermeira intensivista

*Death and dying in intensive care unit:
significance for intensive care nurse*

Elza Lima da Silva¹, Nair Portela Silva Coutinho², Aline Lima Pestana³

Resumo: A morte, de forma geral, é a única certeza da vida e se constitui no ponto final de sua existência. Este estudo tem como objetivo compreender o significado da experiência de lidar com a morte e o morrer para a enfermeira intensivista. Realizou-se uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, usando como referencial teórico a análise de conteúdo de Bardin. Os dados foram coletados no período de julho a setembro de 2007, por meio de instrumento semiestruturado, com questões norteadoras. Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiras intensivistas que atuavam na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de urgência e emergência da Rede Municipal de Saúde em São Luís - Maranhão. Após ser estabelecido contato prévio com o entrevistado, foi entregue o questionário e, posteriormente, foram recolhidos. Os dados foram agrupados de acordo com as semelhanças dos depoimentos, sendo organizados em categorias e sistematizados segundo o método de análise de conteúdo proposto por Bardin. As categorias encontradas foram: Experiência com o processo de morte; situação vivida mediante o processo de morte e o morrer; Sentimentos ao cuidar de um paciente terminal; vivência da morte/interferência no cotidiano de trabalho e vida pessoal. Conclui-se que o enfermeiro encontra dificuldade em lidar com a morte devido à não aceitação da realidade, ao despreparo do conhecimento de sua própria finitude. Fatos que dificultam a relação que envolve a morte e o morrer.

Descritores: Morte, Unidade de Terapia Intensiva, Enfermeiras

Abstract: Death, in general, is the only certainty of life and represents the end point of its existence. This study aims to understand the meaning of the experience of dealing with death and dying in the intensive care nurse. We performed a descriptive, qualitative approach, using as a theoretical content analysis of Bardin. Data were collected from July to September 2007, through semi-structured instrument, with guiding questions. The subjects were critical care nurses who worked in the intensive care unit of a hospital emergency rooms in the Municipal Health in São Luís - Maranhão. After being established prior contact with the respondent, was handed the questionnaire and were subsequently collected. Data were grouped according to similarities of the testimonies, and organized into categories and systematized by the method of content analysis proposed by Bardin. The categories were: experience with the dying process, situation experienced by the process of death and dying; feelings when caring for a terminally ill patient; Experience of death/interference in the everyday work and personal life. It is concluded that the nurse has difficulty dealing with death due to non-acceptance of reality and lack of preparation knowledge of their own finitude. Facts that hinder the relationship that involves death and dying.

Keywords: Death, Intensive Care Unit, Nurses

INTRODUÇÃO

A percepção das vivências da morte e do morrer tem sofrido mudanças ao longo do tempo, acompanhando as transformações da sociedade no que diz respeito às atitudes diante da morte, evoluindo desde uma experiência tranquila – e até mesmo desejada na Idade Média¹.

A morte nos dias de hoje pode ser adiada graças ao uso dos avanços tecnológicos e científicos, especialmente no campo da assistência à saúde. O tempo da morte prolongou-se e se subdividiu ao mesmo tempo originando diversas mortes, tendo cada uma causa específica, dominada pelo saber médico:

1. Acadêmica do Curso de Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão-UFMA

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

3. Doutora em Patologia Humana. Docente da UFMA.

morte clínica, morte cerebral, morte biológica e morte celular².

De acordo com a decisão do médico, a morte pode ser abreviada ou transferida, podendo ser regulada a duração de algumas horas, para alguns dias, semanas, meses ou mesmo anos não podendo ser suprimida.^{2,3}

A morte, então, passa a significar fracasso, frustração, interrupção no projeto de vida, sendo representada através do medo, do desespero e da negação. Seu controle se transforma em objeto e objetivo da ciência, e os homens passaram a exigir desta o que esperavam antes da magia e da religião. O medo de perder a salvação eterna foi substituído pela esperança de viver mais, de protelar a morte, e de ser esta surpreendida com uma descoberta científica capaz de cancelá-la⁴.

A morte significa “cessação da vida, destruição, ruína, fim, pesar profundo”². A morte pode ser entendida como um fenômeno individual e único que se encerra no momento em que termina a vida biológica. Pode ser acompanhada por outra pessoa, mas vivida apenas por quem está morrendo⁵. Já o morrer é um processo que ocorre ao longo da vida e que precisa ser compreendido existencialmente^(3,4). Assim, ele pode ser experimentado, mas a morte nunca. O morrer está pontuado por sucessivas mortes que antecedem a morte final, ocorrendo desse modo a cada momento da vida.

Acredita-se que o vazio da morte seja menos sentido que o morrer. Este talvez seja mais ameno, menos dolorido, principalmente quando existe a crença de o que o homem vai ao encontro da paz tão desejada durante sua vida. O ato de morrer é doloroso, às vezes cruel, pois envolve as perdas diárias, levando ao sofrimento físico e emocional, entretanto espera-se que a morte venha sem dor física e seja repentina⁴.

A morte, de forma geral, é a única certeza da vida e se constitui no ponto final de sua existência. A morte, por ser um acontecimento inevitável e natural da vida, pode ser revestida de mistérios, sedução, curiosidade e ansiedade, sendo uma das maiores interrogações da humanidade⁽²⁾. A sua existência é um fato e dela ninguém pode fugir.

A morte não é somente um fato biológico, mas um processo construído socialmente que não se distingue das outras dimensões do universo das relações sociais. Assim, a morte está presente em nosso cotidiano e, independente de suas causas ou formas, seu grande palco continua sendo os hospitais e instituições de saúde⁶.

No hospital encontra-se um grande número de pacientes com prognóstico grave e doença em fase avançada, sendo a problemática da morte uma constante. Assim, os profissionais de saúde devem estar preparados para cuidar dos pacientes e suas famílias, necessitando compreender as reações e comportamentos que apresentam diante da morte, para assisti-los em suas necessidades diante da terminalidade. Via de regra, o moribundo é observado como um objeto clínico, sem direito de opinar, é como

se tivesse perdido a razão. Quase sempre quem decide é a família, ficando o paciente impedido de opinar sobre sua própria vida.

O doente, por sua vez, transfere o controle de si para a família e para equipe de saúde que passam a decidir pela sua vida, assumindo responsabilidades, escolhendo o que julga melhor para ele. Deve-se lembrar que o paciente também tem sentimentos, desejos, opiniões e, acima de tudo, o direito de ser ouvido.

Quando se trata de uma Unidade de Terapia Intensiva tem-se a idéia que lá, a morte ocorre com maior frequência devido à existência de pacientes graves, que dependem de cuidados complexos e equipamentos sofisticados para mantê-los vivos. O medo de morrer e a ansiedade são mais frequentes devido à gravidade de seu estado clínico, que poderá evoluir para óbito a qualquer momento. A morte passa a ser vivenciada longe da família, sendo adotado pelos profissionais o regime do silêncio, de esconder a notícia e fingir que tudo está sob controle⁷.

A equipe de saúde concentra-se nos equipamentos, pressão sanguínea, dados laboratoriais. Não seria uma tentativa de rejeição da morte iminente, e de não ver o rosto angustiado do paciente, o que faz lembrar as limitações e a falta de onipotência dessa equipe⁸

No cotidiano dos cuidados à saúde é necessário que sejam adotadas novas atitudes que levem a uma re-humanização no processo de morrer. É necessário que algumas mudanças sejam elaboradas nas formas de lidar com a morte e o morrer, que envolvem:

- o respeito às necessidades espirituais e direitos do paciente. A fé é uma forma de auxílio que oferece conforto e forças para suportar a dor, às vezes insuportável, pela perda de quem amamos⁹;
- transformação da visão fragmentada para um olhar globalizante; deve-se salientar que a morte não é apenas uma categoria biológica. Ela é um acontecimento biográfico, faz parte da existência de cada ser humano. Deve ficar claro ao profissional que o manejo da morte não está atrelado apenas a um protocolo de cuidados, mas diz respeito a si mesmo, refere-se à necessária elaboração do morrer do outro como uma das possíveis expressões do próprio morrer⁹;
- assistência à totalidade do paciente e sua família - não se trata de curar, mas de aliviar os sintomas conduzindo o paciente para a “boa morte”. O moribundo pertence a uma família, a um complexo conjunto de organismos sociais que inclui seu espaço de trabalho, suas vivências étnicas, culturais e grupais⁹;
- novos espaços para escuta – a morte no hospital geralmente é algo vivido pela equipe, compartilhada com dificuldade com a família e quase nunca com o paciente. A mudança desse paradigma é fundamental para que o paciente seja o senhor de sua própria morte.

Os profissionais terão que incorporar às suas práticas a importância da escuta, em todas as rotinas do cuidar, incluindo as ações do cuidado paliativo, que é a capacidade resolvida de ouvir as demandas expressas pelo paciente e família, buscando oferecer níveis de resolutividade dentro do possível⁹;

- atitudes solidárias do profissional – é necessário que os trabalhadores de saúde deem significado ao cuidado paliativo como algo útil, visto que, os currículos acadêmicos já os preparam para manejo de técnicas de caráter terapêutico. Nesse momento é importante que o profissional reconheça sua impotência diante da morte, transformando-a em solidariedade humana, disponibilizando-se para atuar sobre todas as formas de sofrimento, transcendendo a técnica, sentindo e, de certa forma, sofrendo junto as dores e perda⁹;
- respeito aos princípios da bioética - significa dizer que os profissionais de saúde devem ter a clareza de que suas atitudes não são meramente técnicas. Cada uma delas produz consequências diretas da vida de quem é cuidado e na vida das pessoas que estão ao lado do paciente. A percepção adequada é aquela que concebe quanto determinada ação é boa na medida em que objetiva minimizar a dor e o sofrimento⁹;
- humanização da ambiência para a morte – diz respeito ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora e humana^{9,10};
- o cuidado de si mesmo - a equipe deve compreender que lidar com a dor do outro parece ser algo essencial para uma boa atenção em saúde, o ato de lidar com a

dor e o sofrimento significa sofrer e crescer como ser humano. A equipe de saúde tende gradualmente a se afastar do paciente com a iminência de morte quando não está devidamente orientado ou ainda em situações nas quais a instituição não oferece suporte necessário⁹.

A questão da morte deve ser motivo de estudo desde a graduação, visando um preparo pessoal e profissional nos aspectos técnico, científico, emocional, ético e legal, de forma a reduzir o estresse e ansiedade nos profissionais de enfermagem, que convivem diariamente com situações de sofrimento, propiciando também transformação nas maneiras de perceber a morte, incluindo-a como dimensão da vida, com expressão da totalidade biológica, psicológica, social, cultural, política e espiritual das pessoas para melhor qualidade de vida no tempo que lhes resta.

Em sua trajetória profissional, os enfermeiros assistem a muitas mortes, em diferentes circunstâncias e acometendo pessoas em diversas fases de seu ciclo vital. No entanto, nem sempre foram preparados durante a graduação para enfrentar situações que envolvam risco iminente de morte. Para o enfermeiro, vivenciar e atender pacientes graves em situação de morte será sempre um grande desafio, devido ao seu compromisso diante da sociedade na preservação da vida. O enfermeiro é geralmente o primeiro a sentir a morte do paciente, que se tornou dependente de seus cuidados.

Por ser a UTI um setor onde se encontra um maior número de pacientes com prognóstico de risco iminente de morte, os enfermeiros estão mais expostos e vivenciam essa situação, tornando-se de extrema importância identificar e compreender o significado da experiência de lidar com a morte e o morrer para a enfermeira intensivista.

MÉTODOS

Estudo qualitativo utilizando-se como referencial teórico análise de conteúdo, desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital de urgência e emergência, da Rede Municipal de Saúde, situada em São Luís – Maranhão.

Os sujeitos da pesquisa foram constituídos por enfermeiras que atuam na UTI do referido hospital e que concordaram em participar do estudo. Neste tipo de estudo o número de participantes não é estabelecido previamente, mas à medida que os dados vão sendo coletados. Os sujeitos da pesquisa são considerados em número suficiente quando houver reincidência das informações, ou seja, semelhança dos depoimentos.

Os dados foram coletados no período de julho a setembro de 2007 por meio de entrevista semiestruturada, com questões norteadoras que possibilita a presença consciente e atuante do pesquisador e, ao mesmo tempo, permite a relevância da situação do entrevistado, e favorece não só a descrição dos fenômenos como também sua explicação

e compreensão. Após ser estabelecido contato prévio com o entrevistado foi entregue o questionário, posteriormente recolhido.

À medida que os dados foram coletados, iniciou-se a codificação e análise. Os dados foram agrupados de acordo com as semelhanças dos depoimentos, sendo posteriormente organizados em categorias e sistematizados segundo o método de análise de conteúdo proposto por Bardin¹¹.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens¹¹.

A aplicação da análise de conteúdo é feita para a descrição das características do conteúdo das mensagens seguida de um sistema de categorias para a classificação em unidades de conteúdo¹².

A categorização é um processo do tipo estruturalista que comporta duas etapas: o inventário, o ato de isolar os elementos e a classificação, que é a divisão de forma organizada dos elementos da

mensagem. É, em síntese, o ato de recortar, classificar e ordenar idéias ou fatos, segundo as semelhanças¹³.

A pesquisa atendeu ao preconizado pela

Resolução CNS nº 196/96, mantendo a confidencialidade e o direito de participar e/ou se retirar da pesquisa no momento em que desejar.

RESULTADOS

Da análise dos dados resultaram cinco categorias temáticas: experiência com o processo de morte, situação vivida mediante o processo de morte e o morrer, sentimentos ao cuidar de um paciente terminal, vivência da morte / interferência no cotidiano de trabalho e vida pessoal e pior momento ao cuidar de um paciente terminal, os quais serão apresentados a seguir:

Experiência com o processo de morte

A morte gera nos profissionais de saúde e, especificamente, nos enfermeiros, os mais variados sentimentos. A perda, a dor, a angústia, o medo, o estresse permeiam o estar com o outro que está morrendo.

Os profissionais, apesar de conviverem com a morte, diuturnamente, não estão preparados para aceitá-la, pois, tanto na sua formação quanto no seu trabalho, são capacitados para lutar contra a mesma. “A morte não é entendida como algo que faz parte da vida, mas o oposto a ela”⁸.

“... Chorava e choro quando a família chora pela pessoa que perdeu”. E1

“... o que mais me choca é quando o paciente está aparentemente bem, faz uma embolia e culmina para uma parada respiratória irreversível, é arrasador, principalmente quando é criança ou jovem”. E2

“... com o tempo passamos a nos acostumar com a idéia de conviver com a morte em nosso ambiente de trabalho”. E4

“... processo doloroso e traumatizante que requer equilíbrio emocional”. E8

A sensação de angústia, impotência e frustração está relacionada ao fato de que os profissionais são preparados para salvar vidas, sendo seus objetivos a preservação e o prolongamento da vida. Portanto, sentem-se incapazes quando não têm êxito em suas tentativas.

Os conteúdos que abordam a morte no currículo de enfermagem falam de questões éticas ou causa mortis da população, mas, ao se compreender a morte como um fenômeno a que se está exposto diariamente (presenciando, ou tentando lutar contra) e com o qual se deveria lidar, não há referências. Esse aprendizado se dá no campo da prática quando o profissional começa a perder os pacientes sob seus cuidados. Alunos e professores demonstram não ter preparo para enfrentar o tema morte, o conhecimento sobre o assunto passa pela experiência de vida de cada um, pela convivência eventual com o morrer do outro. Este aprendizado é solitário e vem da necessidade individual do profissional que, no seu cotidiano de trabalho, convive com a morte para a qual não está preparado para lidar, pois enfrentá-la é doloroso, vem

sempre acompanhado de sofrimento¹⁴.

Situação vivida mediante o processo de morte e o morrer

Na categoria situação vivida mediante o processo de morte e o morrer foram identificadas as manifestações dos sujeitos da pesquisa em lidar com a morte e a família no contexto da terapia intensiva.

Os enfermeiros expressaram sensação de impotência e perdas ao afirmarem:

“... nunca esqueci de um paciente com SIDA, mais hemofilia, que diariamente pedia para morrer e no momento da morte, já agonizante pediu pelo amor de Deus que fizéssemos ele viver. A equipe toda chorou”. E1

“... criança de 4 anos faleceu em minhas mãos após troca de medicação. A mãe, desesperada gritava: salva a minha filha. O pior foi que eu a orientei para que levasse a criança à emergência onde estaria de plantão”. E2

“... paciente jovem, lúcido, orientado, apresentou dispnéia, foi instalado O₂ ... não havia médico no plantão. Um cirurgião foi chamado para atender outro paciente, momento em que o jovem apresentou parada cardiorrespiratória. Tentamos reanimá-lo, sem êxito. Minha indignação é que o cirurgião não atentou para o fato, não atendendo o paciente, que foi a óbito. Todas as experiências marcam, porém de forma diferente!”. E6

“... quando perdi um ente querido, neste momento perdi o chão, ficou um vazio, sem força, mas conseguir superar. O que conforta é saber que um dia estaremos juntas”. E9

Deparando-se com a morte a enfermeira percebe que apesar de todo o esforço empregado, sobreviverá. É a morte corriqueira, presente na rotina do profissional. As experiências que colocam a enfermeira diante da morte são permeadas de muitas surpresas e dúvidas, acarretando medo e insegurança. Rever os próprios sentimentos e o conceito de morte é a estratégia que o profissional utiliza nesse momento e que lhe trará maior segurança no futuro¹⁵

Observou-se que para os sujeitos deste estudo a morte representou a impotência, a perda e o sofrimento em aceitá-la como parte do processo vital.

Sentimentos ao cuidar de um paciente terminal

Em sua trajetória profissional, os enfermeiros assistem a muitas mortes, em diferentes circunstâncias e que acometem pessoas em diversas fases do ciclo vital. Nem sempre são preparados durante a graduação para enfrentar tal situação, principalmente quando se trata de cuidar de paciente na fase terminal.

O enfermeiro é o profissional mais procurado

pelos familiares de pacientes terminais e, muitas vezes, sente-se inseguro, despreparado, confuso e angustiado em lidar com a morte, já que precisa mais do que conhecimento e técnicas do cuidar, exigindo também competência da dimensão física, emocional e espiritual⁽¹⁹⁾. De acordo com os depoimentos, pode-se observar:

“... é o pesar por não poder mudar o curso da doença e ajudar o paciente a sair do estágio em que se encontra. É o carinho e a prestação de cuidados tentando amenizar o sofrimento”. E2, E5, E6, E8

“... Pena, sensação de impotência e medo, ao pensar que posso passar pelo mesmo ou algum familiar meu”. E4

“... é de pena, e ao mesmo tempo tenho que ter força e passar muita coragem, não deixá-lo deprimido, dando-lhe apoio, e tratá-lo como se ele tivesse cura. Não limitando determinados procedimentos e sim fazendo o possível para assisti-lo até o momento de sua morte”. E9

Os sentimentos mais comuns frente à morte são impotência, culpa e raiva vivenciados com muita dor⁽¹⁷⁾. Cita-se também um mecanismo de defesa que é a ação compulsiva e impensada de insistir em manobras de ressuscitação frente a um paciente agonizante.

Por isso, a expressão de impotência revelada pelos enfermeiros é a sensação de que neste instante, necessitam dominar seus próprios sentimentos já que certamente sua capacidade profissional estará em evidência.

A morte é negada em todos os níveis, até mesmo na forma de expressão, sendo comum dizer que o paciente foi a óbito por parada cardíaca⁽¹⁸⁾. Por outro lado, não se deve esquecer também que a participação dos familiares na morte do paciente é um momento de tensão e constrangimento. E, como existe uma relação de confiança entre enfermeiro e familiares construída ao longo da internação do paciente, eles buscam no enfermeiro apoio e segurança para alívio de sua dor.

Vivência da morte / interferência no cotidiano de trabalho e vida pessoal

Na categoria a morte e o morrer interfere no cotidiano de trabalho e vida pessoal, a morte é percebida pela enfermeira como momento difícil, de frustração e tristeza, entretanto, acaba fazendo parte do cotidiano e, em consequência, algumas buscam alternativa de condutas compensatórias do sofrimento, tentando encarar com naturalidade; outras não conseguem “se desligar” e sofrem bastante.

Na UTI a enfermeira convive com outros fatores desencadeantes de estresse, tais como: a dificuldade de aceitação da morte, a escassez de recursos materiais (leitos e equipamentos) e de recursos humanos. Esses são alguns dos conflitos vivenciados cotidianamente por estes profissionais. Os entrevistados expressaram por meio de suas falas que:

“... às vezes chegamos em casa e não

conseguimos nos desligar totalmente do acontecido naquele fatídico plantão (bala perdida, acidentes automobilísticos)”. E2

“... atualmente, no cotidiano do trabalho, a morte gera uma situação estressora tulmutuando o plantão. Na minha vida pessoal procuro sempre impedir que interfira”. E4

“... Fico imaginando se não poderia ser feito mais nada e melhor”. Às vezes me sinto angustiada, desmotivada, mas vivenciar a morte também me faz ser melhor no tratar com as pessoas (no trabalho e em casa)”. E7

Nesse sentido, observa-se a necessidade dos enfermeiros em fortalecerem suas relações com os paciente e famílias, para refletirem sobre sentimentos, ansiedades, expectativas e valores.

É importante ressaltar que os enfermeiros são preparados para a manutenção da vida, sentem dificuldade na aceitação do morrer porque este lhes revela a condição da finitude humana. Preparar-se para a própria morte significa conhecer a si próprio, uma vez que para estes profissionais a morte não é percebida de forma clara; surge com eventualidade, não como algo esperado, já que se sentem compromissados com a vida e é em sua preservação que se sentem gratificados⁽¹⁸⁾.

A tentativa frustrada de manutenção da vida por meio da utilização dos recursos tecnológicos acaba provocando estresse na equipe de saúde, em razão da responsabilidade que assume perante a sociedade.

Pior momento ao cuidar de um paciente terminal

A atitude dos homens diante da dor, sofrimento e morte é a de negá-los como fim da vida, prolongando esta até não mais poder, através de todos os recursos disponíveis nos hospitais, afastando a morte do convívio social, reforçando sempre seu caráter de presença incômoda e mística, devendo ser ocultada e distanciada⁸.

A morte, que outrora estava na sala de visitas, hoje se esconde nos hospitais, nas UTI's, sendo controlada pelos profissionais de saúde que nem sempre são esclarecidos de sua missão¹¹.

É esta a missão exercida agora não mais por todos em suas casas, mas por alguns que, ao vender sua força de trabalho, assumem em contrapartida o mandato social de cuidar dos vivos e dos mortos de modo exclusivo e silencioso. Assim, o que foi propriedade do homem por milênios – sua doença e morte – passa a ter em outras instituições os depositários de tal sina⁸. Sobrecai a morte nos hospitais e sobre os profissionais de saúde. Infelizmente, nem a morte consegue escapar da invasão técnica, já que não se permite que o paciente morra sossegado^{2,8}.

No mundo atual de tecnologias encontram-se profissionais desprovidos de qualquer avanço para enfrentar a morte como algo que está por vir, pois na sua visão de morte em ambiente hospitalar, vem acompanhada de idéia de fracasso do corpo, falência

de órgãos, do sistema de saúde, da sociedade, das relações com Deus com os homens^{19, 20}.

O paciente terminal deve ser assistido com respeito e dignidade, o cuidador deve ser sensível e especializado, deve compreender a necessidade do moribundo, para que ele possa enfrentar a morte com mais serenidade.

Ao prestar assistência aos pacientes terminais, os profissionais de saúde devem refletir sobre a finitude da vida humana, apesar de vários recursos tecnológicos disponíveis usados para o prolongamento da vida.

Na prestação é imprescindível informá-lo sobre o que está acontecendo, o porquê dos aparelhos e das técnicas. É preciso transmitir-lhe segurança, carinho, conforto e apoio emocional, pois o mesmo encontra-se em um ambiente desconhecido. Isto implica ao enfermeiro a capacidade de ouvir, entender, se ver no lugar do outro – o paciente, para então agir com respeito, conhecimento e eficácia²⁰.

Neste contexto, percebe-se que o profissional de enfermagem assiste o ser humano em todas as fases da vida, inclusive diante da morte, e que nem sempre está preparado para enfrentá-la e nem lidar com os seus sentimentos, principalmente quando o cuidar envolve ajudar a morrer com dignidade, pois tanto o paciente quanto a família procuram apoio neste profissional, como se observa nas falas:

“... Pior momento... é quando se trata de um paciente conhecido e os familiares estão próximos e você orienta que a qualquer hora ele pode evoluir para óbito. Família espera por um milagre acontecer. Você se sente arrasada e impotente...”. E2

“... próprio momento da morte. É quando todo período em que tentamos amenizar seu sofrimento chega ao fim, e nos deparamos com o dever de comunicar o fato (a morte) para os familiares. Trata-se de algo extremamente difícil”. E4

“... Não há pior momento. Há aqueles de frustração em que procuramos fazer o melhor na tentativa de salvar aquela vida. E que de um momento para outro lhe escapa pelas mãos”. E5

O modo de morrer é universal e atinge todos os seres humanos, independente da idade, sexo, nível socioeconômico e religião. No caso do paciente terminal, muitas vezes tem-se a falsa ideia de que não há mais nada o que se possa fazer pelo paciente. Esta é uma ideia equivocada, pois é neste momento que a pessoa necessita de ajuda tanto física quanto psíquica¹⁵.

Os profissionais de enfermagem têm que cuidar dos pacientes terminais, mantendo-os limpos, confortáveis e sem dor. É uma das tarefas mais difíceis, podendo levá-los a um nível de ansiedade de estresse bastante considerável.

CONCLUSÃO

A morte é um evento importante pelo qual todos os seres vivos terão que passar um dia, portanto, deve-se tentar compreendê-la. A morte deixou de ser um acontecimento familiar, mas sim um evento institucionalizado. É neste contexto que o enfermeiro assume papel importante por conviver no seu dia-a-dia com a morte. No entanto, ressalta-se que este profissional de saúde revela que sua experiência com a morte e o morrer é um processo que envolve sentimentos de angústia, estresse, perda, medo. É doloroso e traumatizante, requer equilíbrio emocional.

Entretanto, este profissional de saúde encontra dificuldade em lidar com a morte devido à não aceitação da realidade, ao despreparo do conhecimento de sua própria finitude, fatos que dificultam a relação que envolve a morte e o morrer.

Sugere-se que faça parte da grade curricular do curso de graduação de enfermagem e de todos os profissionais da área de saúde a disciplina Educação para a morte, como sugere Kovács, quer em caráter obrigatório ou adaptativo.

REFERÊNCIAS

1. Borges ADVS, Silva EF, Tonioli PB. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em estudo*, 2006 maio/ago Maringá;11(2): 361-367.
2. Prado ML. Uma narrativa sem epílogo: reflexões acerca do sentido da morte violenta a partir do pensamento de Passoline. *Texto & Contexto Enfermagem*, 1995 jul/dez Florianópolis; 4(2):30-37.
3. Aires P. *Sobre a história da morte no Ocidente desde a Idade Média*. 2. ed. Tradução de Pedro Jordão. Lisboa: Teorema; 1989.
4. Araujo PVR, Vieira MJ. As atitudes do homem frente a morte e o morrer. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2001 set/dez Florianópolis;10(3): 101-117.
5. Hilman J. *A experiência da morte*. In: Suicídio e Alma. Rio de Janeiro: Petrópolis; 1993.
6. Brêtas JRS, Oliveira JR, Yamaguti L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e morrer. *Rev Esc Enfermagem USP*, 2006;40 (4): 477-83.
7. Ribeiro MC, et al. A percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: ritual do preparo do corpo “pós-morte”. *Rev Esc Enf USP*, 1998 ago;32(2): p. 117-123.

8. Kluber-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes; 1985. professores e alunos de enfermagem. *Rev Enf*, 1999; 5 (10): 20-38.
9. Gomes AM de A, Ruiz EM. *Vida e morte no cotidiano: reflexões com o profissional de saúde*. Fortaleza: EdUECE; 2006.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HUMANIZASUS: política nacional de humanização*. Documento-base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: MS; 2006.[capturado em 17 mar 2007]; Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf.
11. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7 ed. São Paulo: Hucitec; 2000. 269p.
12. Polit DF, Hungler BP. *Nursing Research. Principles and Methods*. 4 ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1991. 697 p.
13. Rodrigues MSP, Leopardi MT. *Método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros*. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1997.
14. Penna CMM, Nova LSV, Barbosa S. A morte e seus significados: um estudo compreensivo com
15. Lubardi ZM, Celich KLS. Convivendo com a morte e o morrer no cotidiano de Unidade Terapia Intensiva. *Revista Nursing*, 2005;92(9).
16. Shimizu HE, Gutierrez, BAO. A participação de enfermeiros na implantação e desenvolvimento de um grupo multidisciplinar de assistência à pacientes crônicos e terminais. *Rev Esc Enf USP*, 1997;31(2) 251-258.
17. Takeda LR. Solidão e morte em hospitais. *Enfermagem Moderna*, 1985 Rio de Janeiro;.3(4):12-15.
18. Spindola T, Macedo MCS. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. *Rev Bras Enf*, 1994 abr/jun Brasília;47(2):108-117.
19. Silva JLL. Importância do estudo da morte para profissionais de saúde. *Rev. Tec-cient Enfermagem*, 2005;3:(12): 363-374.
20. Beck CLC. O processo de viver, adoecer e morrer: vivências com familiares de pacientes internados em terapia intensiva. *Rev Texto & Contexto Enfermagem*, 2001 Florianópolis;10(3):118-137.

Análise epidemiológica de mulheres climatéricas atendidas em Hospital Universitário no Maranhão

Epidemiological analysis of menopausal women treated at University Hospital in Maranhao, Brazil.

**Elizabeth Santos de Andrade Malheiros¹, Joana D´Arc Magalhães Pereira²,
Willane Bandeira de Sousa³, Maria Bethânia da Costa Chein⁴,
Luciane Maria Oliveira Brito⁴, Hilton Sousa Guimarães Júnior⁵.**

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. Resultados: A média de idade observada foi de 47 anos. Houve maior prevalência 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%). Conclusão: 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: Cross-sectional study aimed to know the demographic and clinical profile of women attending the Menopause Clinic of the University Hospital "Materno Infantil" in São Luís - MA, from August to December 2005. 300 questionnaires were applied to open and closed questions relating to the identification of patient complaints, personal history, socio-demographic, obstetric and other comorbidities. The mean age was 47 years. There was a higher prevalence of brown women (62.3%), married (52%), with incomplete primary education (45.3%) and housewives (50.3%). The main complaints were due to climacteric syndrome (27.7%). Among the tocogynecological history predominance of female sterilization in 121 women (40.3%), perineoplasty in 100 (33.3%), and cesarean section in 54 (18%). Among the associated diseases showed higher prevalence of cardiovascular diseases (29.7%) and osteoarticular diseases (23.7%). There was high prevalence of chronic diseases such as cardiovascular disease and osteo associated with the climacteric period. It is necessary to identify these diseases in gynecological so that they can be detected early because the association of these diseases and the climacteric period can lead to greater impairment of quality of life of these women.

Keywords: Climacteric, 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^{1,2}. 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 Terapia Intensiva e Saúde da Família da UFMA.

2. Médica da Prefeitura Municipal de Buriticupu. Especialista em Saúde da Família.

3. Médica. Pós-graduada em Ginecologia e Obstetrícia pela UFMA.

4. Doutora em Medicina Mastologia. Docente da UFMA.

5. Acadêmico de Medicina da UFMA

ao ambiente, à cultura, aos costumes, ao psiquismo, dentre outros³.

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 anos⁴.

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 anos⁵.

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 androgênios⁵. 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, irritabilidade⁶. Outras intercorrências podem se dar mais tardiamente, como osteoporose e doenças cardiovasculares⁵.

Silva et al⁷, 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 menopausa⁷.

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 corrigida⁸.

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

personais, 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.

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).

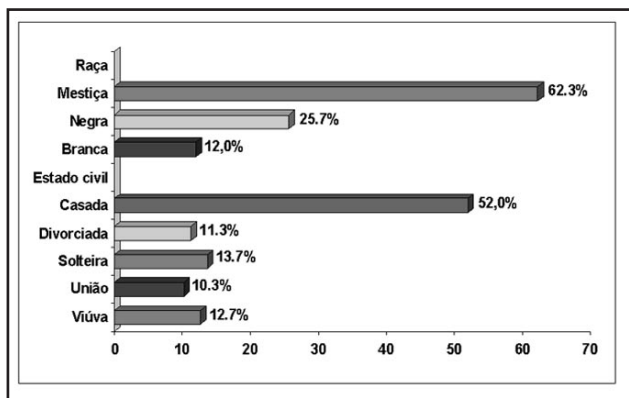


Figura 1 - Raça e estado civil das pacientes atendidas no Ambulatório de Climatério – HUUMI-UFMA. São Luís- MA, 2005.

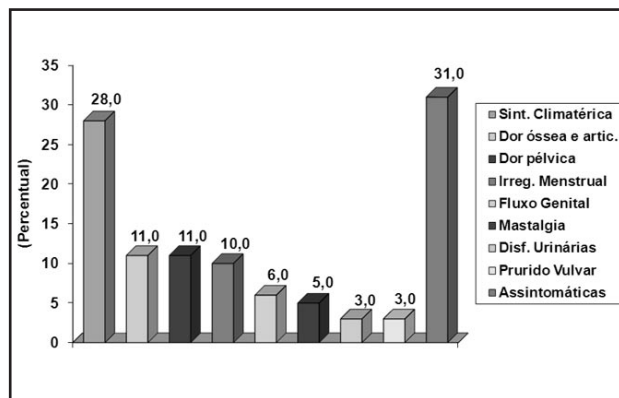


Figura 2 - Principais queixas das pacientes atendidas no Ambulatório do Climatério do HUUMI. São Luís-MA, 2005.

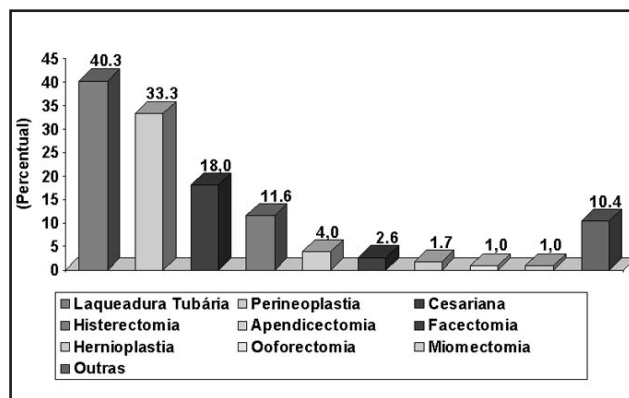


Figura 3 - Principais cirurgias submetidas às Pacientes Atendidas no Ambulatório de Climatério do HUUMI. São Luís - MA, 2005.

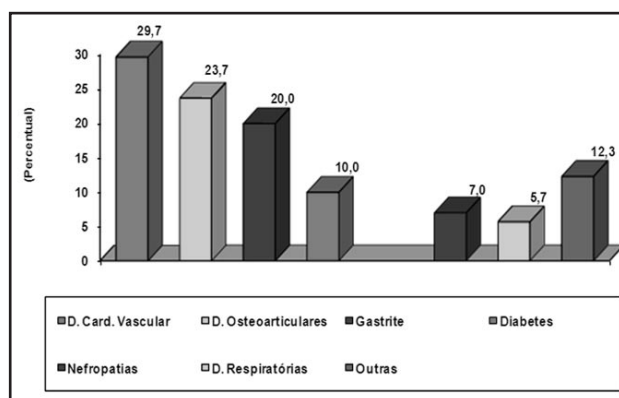


Figura 4 - Principais patologias das pacientes atendidas no Ambulatório de Climatério do HUUMI. São Luís - MA, 2005.

DISCUSSÃO

No presente trabalho, 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 genitais³. 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 mulheres³. Segundo Silva et al⁷, 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 climatério⁹.

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 al¹⁰. 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 autor¹¹.

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 ovariana¹¹.

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-menopausa¹².

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

1. 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.
2. Matthews KA, Bromberger JT. Does the menopausal transition affect health-related quality of life? *Am J Med*, 2005;118: 25-36.
3. 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.
4. Nelson HD. Menopause. *Lancet*, mar 2008; 371(9614): 760-70.
5. De Lorenzi DRS, et al. Fatores Associados à qualidade de Vida Após menopausa. *Rev Assoc Med Bras*, 2006;52(5):321-417.
6. Vieira CS, Navarro PAA. Como diagnosticar e tratar: síndrome climatérica. *Rev Bras Med*, 2007; 64: 99-109.
7. 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, A.M. 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.

Malária e Gravidez: Relato de Caso

Malaria and Pregnancy: Case Report

Marília da Glória Martins¹, Frederico Vitório Lopes Barroso²,
João Beltrão Nolêto e Silva Júnior³, José Pereira Guará³

Resumo: A malária durante a gravidez é uma condição patológica grave devido suas repercussões maternas e neonatais importantes. Este estudo apresenta relato de caso de paciente gestante, procedente de área endêmica de malária, com sintomas de febre, calafrios e anemia, em que foi feito diagnóstico de malária por *Plasmodium vivax*. Foi tratada com cloroquina, evoluiu com parto prematuro de 36 semanas, feto vivo, pesando 2555g. Esse caso reflete a importância da criação de serviços capacitados para atender a gestante com malária.

Descritores: Malária, gravidez, prematuridade, anemia.

Abstract: Malaria during pregnancy is a severe pathological condition due the importance of maternal and newborns outcomes. This study presents a case report of a patient from endemic area of Malaria with symptoms of fever, cold and anemia which it was done diagnose of Malaria by *Plasmodium Vivax*. She was treated by Chloroquine and has evaluated to pre-term delivery, alive newborn, with weight of 2555g. This case reflects the importance of creation of capable services to assist pregnant with Malaria.

Keywords: Malaria, pregnancy, prematurity, anaemia.

INTRODUÇÃO

A malária é doença infecciosa, febril, aguda, causada por protozoário do gênero *Plasmodium*, caracterizada por febre alta acompanhada de calafrios, suores e cefaléia, que ocorre em padrões cíclicos, a depender da espécie do parasita infectante¹. É transmitida ao homem pela picada da fêmea do mosquito do gênero anófeles² que picam as pessoas principalmente ao entardecer e a noite¹.

A malária é considerada a mais importante doença infecciosa do mundo, estimando que 2,1 bilhões de pessoas vivam em áreas endêmicas, com prevalência de 100 a 300 milhões de novos casos a cada ano que por sua vez, determinam cerca de 1 a 2 milhões de mortes anualmente³. Nas Américas, vinte e um países são endêmicos e 357 milhões (38,6%) de habitantes estão expostos ao risco de adoecer. O Brasil é responsável por um terço dos casos notificados de malária. A quase totalidade dos casos procede da Amazônia Legal, onde prevalecem características ambientais altamente favoráveis à permanência dos plasmódios, principalmente porque há bons criadouros naturais do anofelino-vetor⁴.

Os dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde revelam queda expressiva dos casos de malária na região da Amazônia Legal, entre janeiro e setembro de 2007 e 2008, também, observada no Maranhão, onde, respectivamente, ocorreram 5679 e 3728 casos, correspondendo a redução de 34,4% dos casos conforme dados do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica (Sivesp-malária e DATASUS)¹. No Maranhão, são duas as principais espécies vetores de plasmódios, *Anopheles darlingi*, no interior, e *Anopheles aquasalis*, no litoral⁴. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que a malária é a doença infecto-contagiosa tropical que mais causa problemas sociais e econômicos no mundo, somente superado em números de mortes pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida-AIDS⁵.

A gestação tem sido reconhecida como um fator de risco para infecção por malária⁵. A ocorrência da malária na gestação é comum nas áreas endêmicas⁶. Durante a gravidez ocorre aumento de suscetibilidade à infecção e também parece está influenciado por diferentes hormônios sexuais. O

1. Doutora em Medicina (Obstetrícia). Chefe do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HUUFMA

2. Coordenador da Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia do HUUFMA

3. Médico Residente em Obstetrícia e Ginecologia do HUUFMA

estrogênio e a progesterona, produzidos em grande quantidade na placenta, modulam a resposta local, com diminuição da resposta celular, para evitar a resposta contra o complexo de histocompatibilidade paterna expressa no tecido placentário. Acresce que os níveis aumentados de cortisol também são responsáveis pela imunossupressão celular e pelo maior desenvolvimento de infecções⁷.

A depressão imunitária do componente humoral na gestação associado a outros fatores (anemia ferropriva, deficiência dos serviços de pré-natal, entre outros) está relacionado ao aumento das manifestações clínicas e gravidade da doença, bem como os efeitos sobre o conceito^{4,6}. A malária na gravidez pode

levar ao aborto, prematuridade, baixo peso ao nascer, anemia megaloblástica, malária congênita, mortalidade perinatal e materna. As complicações são mais importantes em primigestas, casos com sintomas clínicos exacerbados e parasitemia elevada, principalmente a malária por *Plasmodium falciparum*⁶. A gestação pode motivar a recaída da malária latente, ao mesmo tempo em que lhe imprime mais gravidade⁸.

Portanto, as repercussões maternas e neonatais em gestantes com malária justificam a importância do estudo desta patologia uma vez que o Maranhão faz parte de zona endêmica desta doença.

RELATO DE CASO

Paciente de 20 anos, Gesta IV Para II A I, partos normais, cor parda, residente em Maracaçumé - MA, região localizada no noroeste do Estado, área da pré-amazônia, em zona urbana, há 4 meses estava residindo em área de garimpo no Suriname.

Última menstruação, dia 5 de setembro de 2007, em dezembro do mesmo ano, no final do primeiro trimestre da gravidez, informou que fez tratamento para malária no Suriname com antimalárico, não sabendo referir qual.

Admitida no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário Materno Infantil da Universidade Federal do Maranhão – HUUMI-UFMA, no dia 4 de abril de 2008, queixando-se de febre, calafrios e sangramento transvaginal de pequena quantidade, idade gestacional de 26 semanas e um dia, calculada pela data da última menstruação e confirmada pelo exame ultrassonográfico, feto vivo. Ao exame físico apresentava mucosas hipocoradas (+++/4+). Tônus uterino normal, sem dinâmica uterina. Ao toque vaginal verificou-se colo fechado, grosso, posterior e luvas tintas de sangue. Os exames laboratoriais realizados no dia 5 de abril de 2008 demonstram bilirrubinas, transaminases e função renal sem alterações. O hemograma mostrou hemoglobina de 8,5; hematócrito de 25,7%; plaquetas de 90.5000

e 29.400 leucócitos. No dia 7 de abril de 2008, o resultado do exame de gota espessa foi positivo para trofozoítos e esquizontes de *Plasmodium vivax*.

Iniciou-se em dia 8 de abril de 2008, tratamento para malária por *P. vivax* com cloroquina, na dose de 600mg no primeiro dia, seguido de 450mg no segundo e terceiro dias, evoluiu sem febre. No dia 14 de abril de 2008 recebeu alta hospitalar com orientações para manter o uso de cloroquina 300mg uma vez por semana, sulfato ferroso e fora encaminhada para o pré-natal especializado do HUUMI-UFMA.

No dia 30 de abril de 2008 a paciente retornou ao pré-natal especializado queixando-se de febre no dia anterior e referindo não ter feito uso de cloroquina, nas duas semanas anteriores, por não ter conseguido a medicação, o que foi imediatamente resolvido, pois havia cloroquina na farmácia do Serviço. Daí então a paciente passou a tomar semanal de 300mg de cloroquina, regularmente. Fez o acompanhamento pré-natal sem apresentar outros picos febris. No dia 15 de maio de 2008, foi admitida em trabalho de parto, com 36 semanas de gestação e evoluiu para parto normal, feto vivo, índice de Apgar do 1º e 5º minutos, 9 e 10 respectivamente, peso ao nascer 2555g. Não foi observado hepatoesplenomegalia no primeiro exame do recém nascido.

DISCUSSÃO

O diagnóstico da malária é feito levando-se em consideração a história epidemiológica e, no Brasil, a principal região malarígena é a Amazônia Legal com 97,7% dos casos^{1, 3, 4, 5, 9}.

Apresentava febre, calafrios e mucosas hipocoradas, principais sintomas apresentados por malária^{1, 3, 4, 5, 7, 8}. O período de incubação da malária, no geral varia de acordo com a espécie de *Plasmodium*, 7 a 20 dias (média de 12 dias), para o *P. falciparum*, 8 à 25 dias (média de 14 dias) para o *P. vivax*^{1, 10}. A infecção por *Plasmodium* mais freqüente no Brasil é a malária por *P. vivax*^{1, 4}. O diagnóstico é confirmado com o exame de gota espessa de sangue periférico, método simples, eficaz, de baixo custo e realizável em qualquer lugar. Sua técnica baseia-se na visualização das formas assexuadas do parasita

através do microscópio óptico, após coloração com corante vital, permitindo a diferenciação específica dos parasitos a partir da análise da sua morfologia e pelos estágios de desenvolvimento encontrados^{4, 9, 11}. O perfil das grávidas com malária é de pacientes jovens predominando as de idade entre 20 e 27 anos, não havendo associação da idade com a espécie do plasmódio⁴.

A anemia é o quadro clínico mais freqüente em gestante acometidas por malária, principalmente por *P. falciparum*, acometendo cerca 91,6% das pacientes doentes^{5, 9}. A anemia é uma causa bem conhecida de hipertrofia placentária e que favorece o baixo peso e partos prematuros³. Em conformidade com os estudos a paciente evoluiu com anemia e apresentou parto prematuro com 36 semanas, embora, na literatura,

seja mais freqüente em pacientes com *P. falciparum*.

As gestantes não-imunes, principalmente primigestas, são particularmente mais propensas a infecções mais graves e que infecções no segundo e terceiro trimestres levam a uma piora no prognóstico materno e fetal³. A malária causada pelo *P. falciparum* associa-se com manifestações clínicas e complicações que aumentam o risco de morte da gestante. A presença de uma ou mais das alterações: hiperparasitemia (taxa superior à 50.000 parasitos por milímetro cúbico de sangue), malária cerebral, anemia grave, icterícia, acidose láctea, insuficiência renal, temperatura superior à 40° C, colapso circulatório, alterações da coagulação, hiperemese, edema agudo de pulmão, hipoglicemia e hemoglobinemia⁵.

A ocorrência de malária durante a gestação frequentemente se relaciona a nascimentos de baixo peso, parto prematuro e crescimento fetal inadequado, devido a anemia, febre ou diminuição da função placentária. Até o momento, os mecanismos que determinam essas intercorrências não estão completamente esclarecidos. É possível que a desnutrição materna ou a deficiência fisiológica da placenta integrem a etiologia do inadequado crescimento fetal. O baixo peso poderia estar relacionado ainda à própria prematuridade. Os efeitos adversos da malária sobre o peso fetal

foram comprovados através da observação da infiltração tecidual do parasita, da maior freqüência de crescimento fetal inadequado em primigesta, em relação às multiparas e da associação entre malária placentária, e baixo peso de nascimento^{3, 5, 12}.

A transmissão placentária depende de vários fatores, entre eles a paridade e imunidade. A infecção placentária é necessária para a transmissão ao feto dos merozoítos que na circulação fetal, parasitam os glóbulos vermelhos sem efetuar o ciclo pré-eritrocitário. A idade de aparecimento dos sintomas é variável, geralmente depois da segunda semana de vida e a diferença da malária de transmissão vetorial, se caracteriza principalmente por febre, hepatoesplenomegalia, desconforto respiratório e diarreia^{12, 13}.

O recém-nascido, ao primeiro exame físico, apresentava-se sem alterações, não sendo feito acompanhamento no primeiro mês.

Podemos nos alicerçar neste relato de caso, que, por fazermos parte da Amazônia Legal, zona endêmica para malária, por sermos referência em perinatologia no Maranhão, justifica a inclusão da malária como diagnóstico diferencial em gestantes com quadros febris e o aperfeiçoamento no atendimento e condução da gestante com diagnóstico da doença.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Vigilância em Saúde*. 2 ed. Brasília; 2008. p. 101-120.
2. Gleicher N. *Medicina Clínica en obstetricia*. Buenos Aires. Editorial Medica Panamericana; 1989. p. 720-722.
3. Siqueira MM. *Repercussões Maternas e Perinatais da Infecção por Malária Falciparum Durante a Gestação* [Dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.
4. Jarude R, Trindade R, Tavares-Neto J. Malária em Gravidas de uma Maternidade Pública de Rio Branco, Acre, Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*; 25(3): 149-154, ABR. 2003.
5. Madi JM, Araujo BF, Zatti H. *Doenças Infecciosas na Prática Obstétrica e Neonatal*. Rio de Janeiro: Editora Rúbia; 2008. p. 175-191.
6. Rebêlo JMM, Silva AR, Ferreira LA, Vieira JA. Anopheles e a Malária em Buriticupu-Santa Luzia, Pré-Amazônia Maranhense. *Rev da Soc Bras de Med Trop*. 30(2), Uberaba. mar-abr. 1997.
7. Piñeros JG, Blair TS. Malaria y embarazo. *Infectio*; 6(3): 168-176, set. 2002.
8. De Rezende J, Montenegro CAB. *Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogam, 2003. p. 433.
9. Ministério da Saúde. *Manual de Terapêutica da Malária*. Brasília; 2001.
10. Burattini, MN, Borges DR, Rothschild HA. *Atualização Terapêutica*. São Paulo: Editora Artes Médicas, 2001. p. 290-294.
11. Rosas MJ. Prevenção da Malária. *Rev Port Clin Geral*; 19: 263-266. 2003.
12. Pinheiro MCN, Branco E, Barata ACS, Dantas RTS, Fernandes WCS. Malária durante a gestação e baixo peso ao nascer em áreas endêmicas da Amazônia. *Rev Parasit Med*; 16(1): 25-28, jan-abr. 2002.
13. Perret PC. Malaria Congênita. *Rev Chil Infectol*; 16(2): 152-154, 1999.

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. 2nd 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.