

Revista de
Pesquisa
em **Saúde**
Journal of Health Research

Endereço para correspondência:

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA)

Rua Barão de Itapary, 227 - Centro. 4º andar da Unidade Presidente Dutra (HUUPD) - CEP.: 65020-070

São Luís-MA. Brasil.

Telefone para contato: (98) 2109-1242, 2109-1092

E-mail: revista@huufma.br

Disponível também em: < <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma> >

Revista de Pesquisa em Saúde

Journal of Health Research

ISSN 2179-6238

<i>Revista de Pesquisa em Saúde</i>	<i>São Luís</i>	<i>v. 11</i>	<i>n. 3</i>	<i>p. 1-65</i>	<i>set-dez/2010</i>
-------------------------------------	-----------------	--------------	-------------	----------------	---------------------

Revista de Pesquisa em Saúde / Journal of Health Research é uma publicação quadrimestral do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) que se propõe à divulgação de trabalhos científicos produzidos por pesquisadores com o objetivo de promover e disseminar a produção de conhecimentos e a socialização de experiências acadêmicas na área de saúde, assim como possibilitar o intercâmbio científico com programas de Pós-Graduação e Instituições de pesquisas nacionais e internacionais. As versões impressa e online estão indexadas no sistema Latindex (Sistema Regional de Informação em Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal) e afiliada à Associação Brasileira de Editores Científicos - ABEC.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Vinicius José da Silva Nina
Diretor 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

Antônio Raposo Filho
Diretora Adjunta de Serviços Assistenciais

Revista de Pesquisa em Saúde / Journal of Health Research

Editores Associados / Associate Editors

Arlene de Jesus Mendes Caldas - UFMA
Nair Portela Silva Coutinho - UFMA
Natalino Salgado Filho - UFMA
Vinicius José da Silva Nina - UFMA

Editora Chefe / Chief Editor

Arlene de Jesus Mendes Caldas

Projeto Editorial / Editorial Project

Arlene de Jesus Mendes Caldas - UFMA
Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa - UFMA
Cláudia Maria Coelho Alves - UFMA

Conselho Editorial / Editorial Board

Aldina Maria Prado Barral - UFBA/FIOCRUZ
Antonio Augusto Moura da Silva - UFMA
Armando da Rocha Nogueira - UFRJ
Afksendiyos Kalangos - UHG-Suíça
Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza - UNESP
Domingo Marcolino Braile - FAMERP
Elba Gomide Mochel - UFMA
Fábio Biscegli Jatene - FMUSP
Fernanda Ferreira Lopes - UFMA
Gustavo Adolfo Sierra Romero - UNB
Jackson Maurício Lopes Costa - CPqGM/FIOCRUZ
Luciane Maria de Oliveira Brito - UFMA
Márcia Mattos Gonçalves Pimentel - UERJ
Marcus Gomes Bastos - UFJF
Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo - ESEP-Portugal
Maria Rita de Cássia Costa Monteiro - UFPA
Pablo Maria Alberto Pomerantzeff - USP
Rodolfo A. Neirotti - USA
Semiramis Jamil Hadad do Monte - UFPI
Walter José Gomes - UNIFESP

Normalização Bibliográfica / Bibliographic Standards

Ana Luzia de Sá Magalhães
Telma Maria Santana Amaral

Revisão de Inglês / Proofreading of english texts

Max Diego Cruz Santos

Secretária / Secretary

Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa

Editoração Eletrônica / Desktop Publishing

Ely Franklin Pontes dos Santos

Tiragem 500 exemplares

Revista de Pesquisa em Saúde, periódico biomédico de divulgação científica do Hospital Universitário da UFMA, v.11, n.3, 1995-...-São Luís, 1995.

v. 11, n. 3, 2010

Quadrimestral.

(ISSN – 2179-6238)

(ISSN – 1677-4647)

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

CDU: 61(05)

Continuação da Revista do Hospital Universitário a partir do volume 11 número 1 passa a denominar-se "Revista de Pesquisa em Saúde / Journal of Health Research".

Todos os manuscritos publicados são de propriedade da revista, não sendo permitido a reprodução, mesmo que parcial em outro periódico, seja por meios eletrônicos, mecânicos, fotográficos, gravação ou quaisquer outros.

Tanto os conceitos emitidos nos manuscritos como a revisão da língua portuguesa, são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo necessariamente a opinião do Conselho Editorial.

EDITORIAL

7 **Editorial**

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

- 9 **Vivenciando a morte:** experiência de profissionais de enfermagem no contexto da unidade de terapia intensiva neonatal
Experiencing Death: the experiences of nursing professionals in the Neonatal Intensive Care Unit
Marinese Herminia Santos, Elba Gomide Mochel, Eremita Val Rafael
- 16 **Programa Farmácia Popular do Brasil:** evolução do programa na cidade de São Luís - MA
Popular Pharmacy Program of Brazil: evolution of this program in São Luís - MA
Hayandra de Sousa Costa, Elizabeth Regina de Castro Borba, Crisálida Machado Vilanova, Diana Mendes Costa, Denise Fernandes Coutinho
- 20 **Prevalência de sintomas de Doença do Refluxo Gastroesofágico em pacientes asmáticos**
Prevalence of Gastroesophageal Reflux Disease's symptoms in asthmatic patients
Ivo Roberto dos Santos Cardoso, Maria do Rosário da Silva Ramos Costa, Pedro Paulo Cantanhede Lemos, Florenir Glória da Silca Paes
- 25 **Situação social e de saúde da população idosa da uma comunidade de São Luís-MA**
The social and health situation of elderly population of a community of the city of São Luís-MA
Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira, Alécia Maria da Silva, Vanlinda de Jesus Dias Baima, Márcia Mônica Pereira Barros, Maria do Socorro Barbosa V. Cruz, Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
- 30 **Marcadores do vírus da Hepatite B (HBV) em candidatos à doação de sangue no Estado do Maranhão**
Serological Markers of the hepatitis B virus (HBV) in blood donor candidates in Maranhão
Suelen Cíntia Campo Martins, Arlene de Jesus Mendes Caldas, Lena Maria Barros Fonseca, Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa, Doralene Maria Cardoso de Aquino
- 35 **Relação entre a idade materna e condições perinatais no município de Augustinópolis-TO**
Relationship between maternal age and perinatal conditions in the municipality of Augustinópolis-TO
Francisco Gomes de Santana, Floriacy Stabnow Santos, Marcela de Oliveira Feitosa, Flávia Baluz Bezerra de Farias, Felipe César Stabnow Santos, Marcelino Santos Neto, Leonardo Hunaldo dos Santos
- 41 **Baixa estatura em crianças nascidas com muito baixo peso entre as idades de 4 a 8 anos**
Short stature in 4 to 8 years-old infants with very low birth weight
Maria Dalva Barbosa Baker Méio, Fernanda Valente Mendes Soares, Vânia Matos Fonseca, Letícia Duarte Villela, Márcia Cristina Bastos Boêchat, Maria Elizabeth Lopes Moreira
- 46 **Avaliação das infrações sanitárias cometidas em farmácias magistrais no município de São Luís-MA**
Analysis of health violations committed in magistral pharmacies in São Luis - MA
Vaneildon de Sousa Aguiar, Elizabeth Regina de Castro Borba, Crisálida Machado Vilanova, Diana Mendes Costa, Denise Fernandes Coutinho

RELATO DE CASO / CASE REPORT

- 50 **Neoplasias Trofoblásticas Gestacionais e importância do seguimento pós molar**
Gestational Trophoblastic Neoplasias and the Importance of Post-Mole Follow Up
José Pereira Guará, Ana Gabriela Caldas Oliveira, Marília da Glória Martins

ARTIGO DE REVISÃO / REVIEW ARTICLE

- 54 **A produção do conhecimento da enfermagem brasileira na oncopediatria e sistematização da assistência de enfermagem**
The production of the knowledge of brazilian nursing in oncopediatria and the nursing care systematization.
Caroline Dias Decott Coelho, Flávia Firmino

NOTAS REDATORIAIS / NOTES TO AUTHORS

Perfil da Revista de Pesquisa em Saúde/ Journal of Health Research

A **Revista de Pesquisa em Saúde/Journal of Health Research** é um periódico de circulação nacional, com periodicidade quadrimestral, editada pelo Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, desde 1995. Classificada pela CAPES como B5, publica artigos originais, artigos de revisão e atualização, relatos de caso, relatos de experiência, comunicações breves, relatórios técnicos elaborados por profissionais da área de saúde e afins, redigidos em português ou inglês, impressa e on-line. É associada à associação Brasileira de Editores Científicos – ABEC e indexada na base de dados LANTINDEX (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal).

Neste número contempla os seguintes artigos: Avaliação das infrações sanitárias cometidas em farmácias magistrais no município de São Luís-MA; Prevalência de sintomas de Doença do Refluxo Gastroesofágico em pacientes asmáticos; Vivenciado a morte: experiência de profissionais de enfermagem no contexto da unidade de terapia intensiva neonatal; Marcadores do vírus da Hepatite B (HBV) em candidatos à doação de sangue no estado do Maranhão; Programa farmácia popular do Brasil: evolução do programa na cidade de São Luís-MA; Situação social e de saúde da população idosa de uma comunidade da cidade de São Luís-MA; Baixa estatura em crianças nascidas com muito baixo peso entre as idades de 4 a 8 anos. O leitor desta edição também dispõe de um relato de caso: Neoplasias Trofoblásticas gestacionais e a importância do seguimento pós-molar; e de um artigo de revisão: A produção do conhecimento da enfermagem brasileira na oncopediatria e sistematização da assistência de enfermagem.

Assim, com esta edição estamos fechando o terceiro volume de 2010, ratificando o compromisso de oferecer o melhor caminho para divulgação do conhecimento científico.

Profª Drª Arlene de Jesus Mendes Caldas
Editora Chefe

Vivenciando a morte: experiência de profissionais de enfermagem no contexto da unidade de terapia intensiva neonatal

Experiencing Death: the experiences of nursing professionals in the Neonatal Intensive Care Unit

Marinese Herminia Santos¹, Elba Gomide Mochel², Eremita Val Rafael³

Resumo

Introdução: A morte é uma experiência inevitável do ser humano, entretanto a sociedade contemporânea a rejeita. O ambiente hospitalar, cenário principal da luta contra a morte, possui modelo biomédico, tecnicista, individualista, orientado para a cura das doenças. **Objetivo:** O estudo teve como objetivo compreender a experiência dos profissionais de enfermagem no cuidado a criança e a família que vivenciam a morte e o morrer. **Métodos:** Fundamenta-se na re-humanização da morte como um processo inerente ao estar vivo. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa, utilizando o Interacionismo Simbólico como referencial teórico. Para apoiar a análise dos dados qualitativos foram utilizados os pressupostos da Análise Temática. A pesquisa foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Universitário. **Resultados:** Foram abstraidas as seguintes categorias temáticas: a morte como um fato natural; a morte como alívio ao sofrimento; a morte como um inimigo a ser vencido; a morte como um fenômeno distanciado; a morte como geradora de múltiplos sentimentos. **Conclusão:** A morte é percebida como um acontecimento até certo ponto esperado no ambiente da Unidade Neonatal. Observa-se, entretanto a fragilidade dos profissionais perante a morte, pois muitas vezes estão emocionalmente despreparados para lidar com as situações do cotidiano, permeadas pela dor e pelo sofrimento.

Palavras-chaves: Tanatologia. Enfermagem. UTI Neonatal.

Abstract

Introduction: Although death is an inevitable experience that every human being must undergo, it is still rejected by the contemporary society. The hospital environment, which is the main place of the fight against death, has a biomedical, technological and individualistic models and has as an aim the cure of diseases. **Objective:** To understand the experiences of nursing professionals in the care of children and families that have experienced the death and dying. **Methods:** The rehumanization of death as an inherent process in being alive. This is an exploratory, descriptive and qualitative study, which uses Symbolic Interactionism as its theoretical reference. Thematic Analysis assumptions were used to support qualitative data analysis. This research was conducted in the neonatal intensive care unit of the University Hospital. **Results:** The following subjects were focused: death as a natural fact, death as a relief of suffering, death as an enemy to be defeated, death as a distant phenomenon and the multiple feelings generated by it. **Conclusion:** To some extent, death is perceived as an expected event in the environment of the Neonatal Intensive Care Unit. However, there is the fragility of professionals toward death as they often are emotionally unprepared to deal with everyday situations permeated by pain and suffering.

Keywords: Thanatology. Nursing. Neonatal ICU.

Introdução

Em todas as culturas a morte é considerada uma experiência inevitável, entretanto a sociedade contemporânea a rejeita. A morte e o morrer merecem atenção e prioridade frente a qualquer outro evento próprio da natureza humana. O ser humano passa toda a vida lutando e negando o inevitável: a factibilidade da morte, pois pensar na morte o remete à vulnerabilidade da vida e nenhum avanço científico e tecnológico impedirá sua chegada¹.

O ambiente hospitalar, cenário principal da luta contra a morte, desarticulado da pessoa doente e da sua família, possui modelo biomédico, tecnicista, individualista, orientado para a cura das doenças, onde a ingênua visão da onipotência da medicina em salvar e prolongar a vida predomina no dia a dia dos profissionais de saúde¹.

Em estudo realizado por Fonseca² sobre o luto vivenciado pelos profissionais de saúde na UTI Neonatal de um hospital universitário, foi observado que a vivência da morte é algo muito complexo, pois mesmo considerando que a essência da profissão é salvar vidas, esses profissionais aceitam a morte como inerente ao seu trabalho.

Os trabalhadores de enfermagem e da saúde têm dificuldades em lidar com a morte, sentem-se despreparados, tendendo a se afastar das situações que envolvam a morte e o morrer. Para alguns profissionais de enfermagem, o cuidado se constitui uma ação terapêutica, capaz de curar³.

Gomes e Ruiz¹ fazem referência a pouca formação e diálogo sobre a morte no ambiente hospitalar. Destacam a possibilidade de solidão dos pacientes e familiares, a angústia e o sofrimento dos profissionais de saúde diante da morte, tornando-se essencial o estudo da Tanatologia, a implementação de políticas públicas que valorizem as questões éticas e bioéticas como também os direitos dos pacientes no momento de sua morte. A busca do aprimoramento do cuidado está relacionada não só ao corpo biológico, mas, sobretudo ao manejo dos conflitos psicológicos que envolvem pacientes, familiares e profissionais de saúde.

Em nosso cotidiano vivenciamos ritos de passagem de nascer e de morrer, entretanto percebemos a dificuldade que os profissionais de enfermagem têm em lidar com a morte. A partir dessa inquietação, pudemos delimitar o nosso problema de pesquisa utilizando os seguintes questionamentos: Como os profissionais de

¹Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão- UFMA.

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem - UFMA.

³Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFMA.

Contato: Marinese Herminia Santos. E-mail: smarinese@globocom.br

enfermagem compreendem o processo de morte e morrer? Qual o significado da morte para os profissionais de enfermagem? É possível lidar diariamente com a morte sem sofrimento?

Fazendo uma leitura da morte e do morrer na perspectiva do Interacionismo Simbólico pode-se inferir que as pessoas agem em relação à morte conforme o significado que a morte tem para elas e esse significado vai se modificando na medida em que a pessoa vivencia em seu cotidiano a morte e à medida que interage com outra pessoa envolvida no processo do luto.

A relevância deste estudo baseia-se na valorização da temática como forma de intermediar as relações de cuidado entre os profissionais, a família e a criança, apontando para a compreensão dos sentimentos emanados ao cuidar no processo de morte e morrer. Fundamenta-se na re-humanização da morte como um processo inerente ao estar vivo, na construção de um olhar que inclua a morte como uma passagem da dimensão humana e, na criação de espaços que discutam a morte e o morrer. Desse modo este estudo teve como objetivo compreender a experiência dos profissionais de enfermagem no cuidado a criança e a família que vivenciam a morte e o morrer.

Métodos

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa, utilizando o Interacionismo Simbólico como referencial teórico, na perspectiva de compreender a causa da ação humana, pois a premissa maior do Interacionismo Simbólico emerge do significado atribuído às coisas baseado na interação. Considerando-se também que ao interagir com os objetos simbólicos as pessoas mudam seus conceitos, o mundo simbólico é constantemente transformado, pois o ser humano, ao interagir com o outro, recebe estímulos que provocam mudanças nos elementos a serem considerados no contexto. Cada vivência se define ativamente e nessa perspectiva desencadeiam-se ações⁴.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário semi-estruturado e para a análise dos dados foram utilizados os pressupostos da Análise Temática definidos por Minayo⁵ que consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”. Segundo a autora a noção de tema refere-se a uma afirmação a respeito de determinado assunto e pode ser apresentada por uma palavra, frase ou resumo.

O estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) com 53 profissionais de enfermagem que concordaram em participar de acordo com a disponibilidade e o interesse na temática. Todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HU/UFMA, protocolo Nº 3310400568/2003.

Resultados

O avanço científico e tecnológico tem possibilitado que cada vez mais bebês prematuros e de baixo peso sobrevivam, criando expectativas nos familiares e profissionais de saúde. Paradoxalmente, lidar com a morte é uma das atividades rotineiras dos trabalhadores em Unidades de Terapia Intensiva, gerando posturas de defesa, justificadas pela tentativa de afastamento

da realidade da sua própria finitude. Os resultados da análise abstraíram as seguintes categorias temáticas: a morte como um fato natural; a morte como alívio ao sofrimento; a morte como um inimigo a ser vencido; a morte como um fenômeno distanciado; a morte como geradora de múltiplos sentimentos.

Historicamente os eventos importantes da vida do indivíduo foram sendo retirados do seio da família. Dessa forma, lidar com o sofrimento e a morte também foi delegado aos profissionais da saúde, especialmente aos de enfermagem, exigindo-lhes um posicionamento de defesa e a adoção de estratégias de enfrentamento que ajudem a evitar o colapso psico-emocional, justificando o entendimento de que a morte é uma decisão divina, a morte como um fato natural, conforme é relatado nas falas a seguir:

“Eu acho que a morte é um fato natural, determinado por Deus, uma fatalidade.” (P3)

“É um percurso natural da vida do ser humano.” (P4)

Embora a morte tenha sido referida como um processo natural na vida humana, os profissionais expressaram certa dificuldade em conviver com o sofrimento e a dor, emergindo a categoria a morte como alívio ao sofrimento:

“... A morte é uma solução para determinados casos graves em que a patologia da criança a expõe ao sofrimento e é incompatível com a vida... as malformações e outras situações.” (P1)

“É um alívio tanto para a criança em estado grave, como para sua família e até para os profissionais de saúde.” (P2)

“Eu acho que a morte é um descanso para eles (os bebês)... os médicos acabam fazendo muitos procedimentos invasivos, né? Isso é ruim pra o RN.” (P4)

O forte sentimento de onipotência, comum às equipes de saúde, é frustrado em situações em que não alcançam o êxito desejado revelando na verdade sua impotência, o que é observado nas falas a seguir. Os profissionais convivem frequentemente com o sentimento de enfrentar a morte como um inimigo a ser vencido. Uma luta permeada por batalhas travadas bravamente com o compromisso pessoal de serem vencidas.

“Sinto angústia e frustração por não ter conseguido evitar a morte.” (P16)

“Fico chateada porque invisto minhas forças e energia no bebê e depois de tanto esforço ele morre.” (P17)

Outra categoria que emergiu das falas dos profissionais de enfermagem foi “a morte como um fenômeno distanciado” percebido por meio de uma atitude de frieza e distanciamento. Este comportamento pode levar a inferir que existe a credibilidade de que, com o tempo, as pessoas tornam-se indiferentes em relação à morte. Neste contexto os profissionais de enfermagem acabam

desenvolvendo estratégias de enfrentamento diante das situações de sofrimento e morte, mantendo-se afastados emocionalmente, atitude que eles próprios denominam de “profissionalismo”.

“Já estou acostumada”. (P8)

“Procuo ser profissional, não me ligo muito diante do óbito de um recém-nascido. Se cada vez que acontecer um óbito a gente ficar abalado, não dá mais prá trabalhar”. (P9)

“Às vezes, quando tenho tempo, procuro conversar com a mãe do bebê para dar um pouco de apoio a ela nesse momento tão difícil”. (P10)

A percepção da morte como um fenômeno distanciado também aparece na fala dos profissionais no sentido de que ela está distante de atingi-los, embora vivenciem a morte do outro frequentemente.

“Eu não penso na morte não. Acho que ainda tenho muita vida pela frente”. (P42)

“Não gosto de pensar na morte”. (P27)

“Acho que a morte está distante de chegar pra mim. Eu não vivo pensando nela não”. (P20)

Observa-se que a morte, embora presente no cotidiano profissional, ainda é considerado um fato distante, que remete a figura da morte interdita referida por Ariés¹⁸.

Os significados estabelecem a forma pela qual cada pessoa vê um objeto, de que forma ela está pronta para falar dele e a forma pela qual está preparada para agir em relação a ele. Neste contexto, a morte é vista de diferentes prismas: a morte do outro, a morte como um fenômeno inerente ao ser humano, mas, os profissionais de saúde, em seus discursos a mantêm distante de suas vidas. O medo e a onipotência surgem nos discursos diante da factibilidade da morte. Dessa forma surge a morte como geradora de múltiplos sentimentos, empatia e tristeza, conforme se observa nas falas:

“Fico pensando na tristeza da mãe, eu também sou mãe, né. Imagina a gente numa situação como essa... é muito triste.” (P51)

“Sabe, aquele momento que seria tão prazeroso e alegre para elas (as mães), se torna de repente, um tormento pela ameaça da perda.” (P37)

“É um sofrimento muito grande para a mãe que espera durante tanto tempo para ver o filho saudável, é uma perda muito grande para ela”. (P17)

A empatia e a tristeza foram sentimentos aflorados na fala dos profissionais permitindo perceber a possibilidade de encontrar solidariedade, apoio e acolhimento mesmo entre pessoas “acostumadas” a vivenciar a morte em seu cotidiano.

Observa-se uma projeção do papel de mãe nas falas dos profissionais. Essa atitude demonstra certa interação entre os sentimentos próprios, decorrentes da maternidade, e a percepção de que a mãe e a família necessitam de cuidados durante o enfrentamento da

perda. Mesmo aquelas que não são mães conseguem imaginar os sentimentos das mães diante da perda de um filho.

“Sinto tristeza e dor, não consigo superar rápido, é inaceitável a morte de um bebê”. (P14)

No decurso natural da vida humana, é esperado de alguém que acaba de vir ao mundo a vivência de todas as experiências que lhe estão reservadas, o cumprimento do ciclo de vida, daí o sentimento de tristeza e dor causados pela morte de um bebê presente na fala acima.

“Fico apavorada, com medo quando penso na morte das pessoas que amo.” (P15)

“Vivencio a morte todo dia, mas pensar que vou perder meus entes queridos me dá medo”. (P23)

De acordo com as falas o medo mencionado pode estar relacionado ao sofrimento causado pela perda de pessoas significativas, acenando para a impossibilidade de dissociar o caráter humano e existencial da questão da vida e da morte.

“Sinto angústia e frustração por não ter conseguido evitar a morte”. (P16)

“Fico chateada porque invisto minhas forças e energia no bebê e depois de tanto esforço o bebê morre”. (P17)

“O que eu sinto é o sentimento de impotência, uma sensação de que fizemos tudo, mas não adiantou nada”. (P33)

Muitas vezes o forte sentimento de onipotência, comum às equipes de saúde, dá lugar a frustração em situações em que não alcançam o êxito desejado revelando na verdade sua impotência, fato que os leva a experimentar sentimentos de dúvidas e incertezas quanto a sua atuação profissional, conforme os depoimentos a seguir:

“Acho que deixei de fazer algo mais, ou fiz o possível, mas fico cheia de dúvidas e entro num conflito sobre quando e onde devo parar de investir no bebê”. (P47)

“... sentimento de culpa, incompetência por achar que posso ter feito alguma coisa errada, dá uma frustração...” (P50)

Um momento muito importante com relação à morte na UTI Neonatal é comunicar o óbito do bebê aos familiares. Essa tarefa foi referida como uma das mais difíceis podendo significar não apenas tristeza e pesar, mas a falta de preparo para fazê-la da melhor maneira possível e também a falta de apoio dos outros profissionais. Ser portador da má notícia gera sentimento de angústia e ansiedade nos profissionais.

“Prá mim é insuportável comunicar o óbito aos pais, especialmente à mãe, a gente não encontra palavras”. (P28)

“Quando a mãe está presente, mesmo sendo doloroso, dá prá suportar, pelo menos a gente se livra de ter que dar a notícia”. (P9)

“Falar prá mãe é muito difícil, é uma tarefa que ninguém quer assumir... gera ansiedade. Às vezes acaba ficando para a enfermagem”. (P16)

Observa-se nestas falas a dificuldade em anunciar a má notícia. Os profissionais de enfermagem deste estudo não receberam em sua formação os ensinamentos relacionados a práticas tanáticas, entretanto, na Unidade Neonatal existe um movimento da equipe interdisciplinar no sentido de compartilhar este momento para que haja divisão de tarefas e as sobrecargas psicoemocionais sejam evitadas.

O segundo momento mais difícil para os profissionais de enfermagem frente ao óbito de um bebê é preparar o corpo pós-morte, ou de acordo com a linguagem mencionada fazer o “pacote”.

“Prá mim, fazer o pacote é uma tarefa extremamente difícil. Você pensa em entregar prá mãe o bebê vivo, saudável e então ter que fazer o “pacote”... É terrível”. (P22)

“Fazer o “pacote”, ninguém quer, mas tem que fazer. O leito precisa ser desocupado porque a demanda é muito grande e a gente tem que terminar logo”. (P21)

“As enfermeiras ficam cobrando da gente principalmente porque as outras mães estão ali e não é legal elas verem o corpo do bebê que acabou de morrer”. (P58)

Discussões

A morte domada segundo Ariés⁶ é a morte vista com naturalidade. Entender a morte como um fato determinado por Deus é historicamente aceito como um recurso para minimizar o sofrimento. A aparente aceitação da morte relatada pode não significar a realidade, visto que se trata da morte do outro, alguém com quem podemos não estar envolvidos emocionalmente.

Os profissionais deste estudo enfrentam situações críticas, pois diariamente convivem com a morte precoce, considerando a faixa etária da clientela assistida. O conflito vivenciado pelo ser humano ocorre em virtude da ruptura do ciclo vital e da certeza da sua finitude, levando-os a adotarem determinadas posturas que parecem incompreensíveis e estranhas, pelo fato do profissional fazer uma seleção, ainda que inconscientemente, das crianças viáveis ou não, de acordo com parâmetros próprios⁷.

A interação simbólica reconhece a combinação do homem como natureza e interação social. Nessa perspectiva, o ser humano pode ser objeto de sua própria ação. Seria a característica não simbólica do ser humano, o eu, em que ele se reconhece em si mesmo, como pessoa, como ser humano mortal.

Conviver cotidianamente com crianças criticamente doentes é bastante difícil e leva os profissionais a pensarem na morte como uma alternativa que daria fim ao sofrimento e a angústia de todos os envolvidos.

Para o Interacionismo Simbólico, o significado

das coisas é resultante ou emerge da interação que cada pessoa mantém com seu próximo. Nesse sentido, os profissionais de enfermagem atribuem significado à morte nas relações cotidianas. Ao interagir com familiares de crianças em situações de morte, abstraem o significado que a morte de crianças graves tem para si, como foi citado nas falas.

Estudo realizado por Hoffmann⁷, com médicos pediatras em 1993, mostrou semelhanças com o presente estudo em relação à aceitação da morte como uma solução para desnutridos graves, neuropatas e síndromicos. Os médicos consideram a morte de crianças fortes e saudáveis, vítimas de acidentes, inconcebível e inaceitável, entretanto, demonstram certa aceitação quando se trata da morte de crianças com prognóstico sombrio ou quando se tem certeza da irreversibilidade do quadro clínico.

Costa e Lima⁸ referem-se à importância da tecnologia no prolongamento da vida dos doentes, no entanto chamam a atenção de que este benefício frequentemente está desarticulado do processo de morrer, onde o profissional se coloca num certo conformismo com a morte do doente, justificado pelo peso que este teria, gerado por encargos psico-sociais e econômicos. Para o Interacionismo Simbólico, os profissionais agem em relação às coisas com base no significado que estas têm para elas.

Maldonado⁹ refere que todos os relacionamentos interpessoais são permeados pela ilusão da onipotência e que este sentimento pode exercer pressão sobre a pessoa, resultando em desgaste emocional.

Segundo Clemente e Santos¹⁰ na formação acadêmica do enfermeiro, a morte é vista como um inimigo que poderá ser derrotado utilizando-se dos mais sofisticados recursos tecnológicos e de profissionais altamente qualificados para manter a vida. Entretanto somos desafiados a ver a morte de frente assim como ela é: uma possibilidade permanente, intransferível e presente a cada dia, a partir do nascimento.

É frequente haver uma cobrança muito grande para com os profissionais de enfermagem no desempenho de suas atividades. Em geral são pressionados quanto ao preparo de equipamentos e materiais de suporte à vida e quanto ao seu desempenho, especialmente em unidades de terapia intensiva. A atenção à família parece não ser prioridade, pois a preocupação com o cumprimento das tarefas é uma constante, particularmente em relação ao contexto de trabalho da unidade estudada, quanto à adequação do pessoal de enfermagem e a superlotação existente.

Outro fato que pode ser inferido é que a busca incessante pela manutenção da vida, utilizando-se dos recursos tecnológicos disponíveis, pode fazer com que os profissionais de saúde se preocupem unicamente em desenvolver bem suas funções, sem compreender as reações e comportamentos do outro diante da morte, para assisti-los em suas necessidades durante o processo de terminalidade. Não se envolver emocionalmente com o doente e seus familiares, pode significar a certeza de segurança no desempenho da profissão, o que pode ser observado durante esta investigação⁹. Para ele envolver-se emocionalmente com o doente e sua família poderá lhe custar a perda do seu próprio equilíbrio no desenvolvimento de suas atividades profissionais.

Spindola¹¹ ressalta que embora o ambiente da UTI interfira no estado emocional dos profissionais tornando-os mais sensíveis, por vezes os coloca em

determinadas situações nas quais parecem insensíveis e que por trás dessa aparente insensibilidade pode estar sendo travada uma ferrenha luta interior entre vivenciar seu lado humano, portanto frágil, e a necessidade de demonstrar o autocontrole, muitas vezes exigido do profissional. Kluber-Ross¹² em seus escritos sobre a morte e o morrer relata que este comportamento pode até ser compreendido pelos próprios doentes e familiares como uma atitude de proteção e autodefesa, visto que os profissionais de saúde, especialmente os que trabalham com doentes terminais, enfrentam frequentemente a morte.

Costa e Lima⁷ relatam que o sofrimento causado pela morte do outro existe na proporção em que for estabelecido o vínculo. O aparente sentimento de indiferença e a atitude de distanciamento do profissional em relação à morte podem ser justificados pela ausência do vínculo, geralmente evitado, como estratégia de defesa contra o sofrimento psíquico.

Estudo realizado por Saloum e Boemer¹³ com equipes de reanimação cardíaca revelaram que os profissionais que lidam frequentemente com a morte podem adotar uma postura de distanciamento com o propósito de lhes assegurar o bom desempenho, especialmente os médicos, entretanto ressaltam que os enfermeiros evidenciam maior preocupação com o doente em si, no que se refere a importantes questões como a qualidade de vida, a dignidade do morrer e a pertinência da reanimação.

Eis o paradoxo que permeia o cotidiano dos profissionais de enfermagem: envolver-se com os doentes e familiares, estabelecendo uma atitude empática, evitando o distanciamento, a frieza, ou manter-se ausente para salvaguardar sua integridade psico-emocional?

Segundo o Ariés¹⁸, por mais que exista a certeza de que um dia morreremos, evitamos qualquer pensamento que nos remeta a nossa própria finitude. Dessa forma, nunca falamos sobre a morte em nossas rodas de conversas, ao contrário sempre tentamos bani-la do nosso cotidiano como recurso para preservar a felicidade, pois perturbá-la equivale a perturbar o sentido da vida e certamente nos levará a refletir sobre temas que entristecem e angustiam.

Há uma aura de silêncio que rodeia o tema morte entre os profissionais, o que pode ser extremamente penoso. Por outro lado, o prolongamento da vida e do tempo da doença faz com que haja maior tempo de convívio entre doentes gravemente enfermos, familiares e equipe de cuidados, principalmente da enfermagem, com um aumento da carga de estresse e com risco de colapso.

Os discursos revelaram que ainda existem pessoas que se importam com o sofrimento alheio e demonstram muita sensibilidade e disposição para compartilhar com a família, especialmente com as mães, os sentimentos de pesar.

Baseado no Interacionismo Simbólico, o ser humano torna-se objeto de si mesmo, age em relação a si próprio e guia suas ações em relação aos outros e ao tipo de objeto que ele é para si próprio. É a capacidade do ser humano colocar-se no lugar do outro e ver-se agindo daquela posição.

Costa e Lima⁸ referem que o caráter humano do trabalho da enfermagem gera sofrimento em situações de vida e morte, visto que o envolvimento é vital na relação terapêutica. Corroboramos com os autores na afirmação de que o cuidado está intimamente ligado à

interação entre os sujeitos. Segundo Boff¹⁴ cuidar significa envolver-se afetivamente com o outro, ocupar-se e preocupar-se.

Sendo a enfermagem a profissão que estabelece o maior contato com o paciente, sua relação permite ao profissional perceber o outro, tornando-o sensível à situação vivenciada. A empatia demonstrada pelos profissionais os mobilizará a oferecer ajuda, sem, contudo perder o equilíbrio emocional que será adquirido mantendo o nível entre a racionalidade e a humanidade¹⁵.

Hofmann⁷ refere que a dor da morte na infância pode ser explicada pelo fato da criança ser desprotegida, por ter havido a interrupção do ciclo de vida e por simbolizar o fim da nossa própria imortalidade.

A morte no cotidiano do trabalho remete os profissionais de enfermagem à morte dos seus próprios entes queridos, como um processo doloroso e que representa a perda de algo bastante significativo para eles. Recusamos a idéia da morte e principalmente a idéia de que esta chegará para nós um dia. O silêncio que mantemos sobre ela nos impede de enfrentarmos as nossas próprias angústias e de pensar que jamais estaremos preparados para a morte, pois ela nos é inata.

Braz e Fernandes¹⁶ (2001) referem que o medo está sempre presente quando se trata da morte, no entanto é o medo da morte em si que nos impulsiona para a vida. Mesmo que os profissionais se considerem suficientemente preparados para vencer a morte, são desafiados a vê-la de frente assim como ela é: uma possibilidade permanente, intransferível e presente a cada dia, a partir do nascimento. Ao se depararem com a morte de bebês tão pequenos e indefesos, os profissionais necessitam reconhecer que muitas vezes são impotentes, não instrumentalizados suficientemente para vencer a luta entre a vida e a morte.

O enfrentamento da morte interfere diretamente nos sentimentos, emoções e defesa [...] sentimento de angústia, dúvida e raiva por acreditarem que falharam na prestação do cuidado, seja por não terem sido esgotadas todas as alternativas para recuperar a vida dos pacientes, seja por negligência de outros membros da equipe de saúde ou ainda, por falta de condições materiais¹⁵.

O anúncio da má notícia representa um momento de muito estresse e ansiedade aos profissionais de enfermagem a quem frequentemente é delegada essa difícil tarefa. Segundo Bedran¹⁸ o enfermeiro não deve ser abandonado no momento em que o paciente morre, ao contrário todos os profissionais que estiveram envolvidos na assistência devem ajudá-lo a comunicar o fato à família, compartilhando neste momento de fragilidade e tristeza, o sentimento de fracasso que por vezes surge nestas circunstâncias.

Os profissionais de enfermagem revelaram o desejo de vivenciar uma experiência alegre e não traumática, ou seja, na verdade gostariam de entregar aos familiares seu bebê sadio, fato que representaria o alcance dos objetivos da equipe. Por outro lado, a morte de um bebê também é um evento dentro da rotina de trabalho da enfermagem que requer cuidados, entretanto é necessário repensar as ações no sentido de proporcionar a família, especialmente aos pais, um momento de recolhimento com o seu bebê, para que possam fazer sua despedida. Desse modo, pode-se contribuir para a elaboração do luto.

A pressa referida quanto ao preparo e a retirada do corpo é justificada pela falta de leitos e pela superlotação e como meio de proteger as outras mães presentes

na unidade, para evitar sofrimento. Este comportamento nos remete a pensar que devemos ser felizes mesmo que aparentemente. Não há mais espaço para a emoção e o luto. A presença da morte deve ser burlada, pois esvaziata, perde o sentido. Dessa forma, resta fazer tudo às pressas para fazer desaparecer tudo o que possa restar do corpo e assim nos conduzir a negação da morte.

Essas condutas devem conduzir a reflexões que levem a mudança de postura frente à morte e o morrer, na tentativa de aliviar o sofrimento psíquico dos profissionais para que possam ajudar os familiares e os pacientes a vivenciarem suas perdas.

Neste estudo, buscou-se compreender a vivência da morte e do morrer no contexto de uma UTI Neonatal, sob a ótica dos profissionais de enfermagem. Este é um momento difícil de lidar, tendo em vista que os familiares precisam encontrar suporte para vivenciarem as perdas decorrentes da morte de seu ente querido o que, muitas vezes lhes é negado devido ao despreparo dos profissionais. A morte é percebida como um acontecimento até certo ponto esperado neste ambiente, porém nem por isso deixa de causar sofrimento aos profissionais. Observa-se, entretanto a fragilidade dos profissionais perante a morte, pois muitas vezes estão emocionalmente despreparados para lidar com as situações do cotidiano, permeadas pela dor e pelo sofrimento.

Durante as entrevistas observou-se que os profissionais, mesmo tendo referido não gostar de falar sobre a morte, expuseram seus medos em busca de algo que servisse de ajuda para enfrentá-la. A frieza às vezes relatada diante da morte e do sofrimento pode representar um mecanismo de defesa que lhes ajuda a conviver com as perdas, entendendo que a morte é um evento natural da vida, mas, que não é, e nem pode ser encarada como rotina.

Entendemos que o cuidador deve dispensar a atenção adequada aos familiares, especialmente aos pais, para ajudá-los a vivenciar a perda, para que seja restabelecido o equilíbrio e iniciado o processo de luto.

A essência do trabalho da enfermagem é o cuidar e nesse contexto depara-se frequentemente com a finitude. Ficou evidenciado que os sentimentos que permeiam os profissionais de enfermagem variam do aparente descaso ao sofrimento psíquico, colocando-os em posição de horizontalidade com a família.

A tentativa de se proteger do sofrimento também ficou evidenciada quando o profissional refere que a morte faz parte do seu trabalho. Essa atitude nos remete também a sobrecarga a que estão sujeitos os profissionais de enfermagem, caracterizada pela diversidade das

atividades desenvolvidas, as frequentes interrupções no trabalho, os imprevistos, a improvisação e o fato de lidar com o sofrimento e a morte.

A comunicação do óbito aos familiares, momento de muita angústia, é um agravante no trabalho para a enfermagem deste estudo, produzindo esgotamento emocional. Há sempre a necessidade de apoio dos outros profissionais da equipe no momento de se comunicar a má notícia. Na Unidade Neonatal deste estudo este momento é sempre compartilhado com outros profissionais, embora alguns profissionais de enfermagem ainda se sintam sozinhos neste momento.

O preparo do corpo pós-morte, considerado também um cuidado, foi citado nos depoimentos como um momento de muito sofrimento. Observou-se que há certa urgência em se fazer o "pacote", provavelmente motivada pela necessidade de se desfazer da "prova" da impotência e frustração geradas pela perda da batalha travada contra a morte.

O avanço da tecnologia desperta nos trabalhadores a falsa ilusão da sobrevivência, distanciando-o da realidade finita do ser humano, seu limite, sua vulnerabilidade. Nessa perspectiva, o trabalhador de enfermagem se encontra cotidianamente na busca da manutenção da vida, utilizando toda a tecnologia ao seu alcance, distanciando-se de um acontecimento inevitável. No ambiente hospitalar e em especial na UTI Neonatal, a morte e o morrer constituem para o profissional uma vivência que paradoxalmente dá espaço à vida e silenciosamente nega a morte, pois o desenvolvimento biocientífico transformou este processo num evento desumano e solitário.

Destacamos a importância da humanização do trabalho, o cuidado com o cuidador, a inserção de espaços nos ambientes de trabalho onde possam ser discutidas a morte e o morrer, a inserção nos currículos das escolas formadoras de profissionais da área de saúde de disciplinas que preparem o futuro profissional para lidar com o ser humano no ciclo de vida e morte.

O referencial teórico utilizado nesse estudo revelou que o significado da morte é construído no percurso da vida das pessoas, e são importantes as vivências, os significados pessoais e as interações desenvolvidas entre profissional/paciente/família. A empatia, a percepção do sentimento alheio, pode significar a lembrança de emoções experienciadas pelo profissional, ao passo que ignorar o sofrimento assumindo atitudes de indiferença e intolerância pode levar a banalização do seu próprio sofrimento.

Referências

1. Gomes AMA, Ruiz EM. Vida e morte no cotidiano: reflexões com o profissional de saúde. Fortaleza: 1ª ed. UECE; 2006.
2. Fonseca RMS. Custo do compromisso: luto em profissionais de saúde da UTI Neonatal do Materno Infantil. [Monografia]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2005. 90 p.
3. Vaz MR, Martins SR, Rubira LT, Santos, LR, Irala DA, Moraes TO. A certeza incerta da morte e suas metáforas na situação de acometimento de Aids-tuberculose. *Texto Contexto Enferm*, 2001; 10 (3): 82-99.
4. Blumer H. *Symbolic interactionism: perspective and method*. Ney Jersey: Prentice-Hall, 1969.

5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.
6. Ariés P. História da morte no Ocidente: da idade média aos nossos dias. 1ª ed. Rio de Janeiro(RJ). Ediouro, 2003.
7. Hoffman L. A morte na infância e sua representação para o médico: reflexões sobre a prática pediátrica em diferentes contextos. *Cad Saúde Pública*, 1993; 9 (3):364-374.
8. Costa JC, Lima RAG. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado no processo de morte e morrer. *Rev Lat Am Enferm*, 2005; 13 (2):151-157.
9. Maldonado MTP. A ilusão de onipotência na relação médico-paciente. In: *Ciência e Consciência*. 324-331. 1978.
10. Clemente RPDS, Santos HH. A não-ressuscitação do ponto de vista da enfermagem em uma unidade de cuidados paliativos oncológicos. *Rev Bras Cancerol*, 2007; 53 (2): 231-236.
11. Spindola TO. O CTI sob a ótica da enfermagem. *Rev Enferm UERJ*, 1993; 1(2): 56-67.
12. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 1ª ed. São Paulo(SP): Martins Fontes,1997.
13. Saloum NH, Boemer MR. A morte no contexto hospitalar: As equipes de reanimação cardíaca. *Rev Lat Am Enferm*, 1999; 7(5): 109-119.
14. Boff L. Saber e cuidar: ética do humano: compaixão pela terra. 1ª ed. Petrópolis(RJ): Vozes, 2002.
15. Lunardi Filho WD, Sulzbach RC, Nunes AC, Lunardi VL. Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morrer e morte. *Texto - Contexto Enferm*, 2001; 10 (3): 60-81.
16. Braz E, Fernandes LM. Buscando maneiras para o ensino sobre finitude para graduandos de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 2001; 10 (3): 138-151.
17. Lima Júnior JHV, Ésther AB. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. *Rev Adm Emp*, 2001; 41 (3): 20-30.
18. Bedran JN. O centro de tratamento intensivo como fonte de desgaste psicológico. *Anais da Faculdade de Medicina da UFMG*. 1985. 34 (1): 43-58.

Programa Farmácia Popular do Brasil: evolução do programa na cidade de São Luís - MA

Popular Pharmacy Program of Brazil: evolution of this program in São Luís - MA

Hayandra de Sousa Costa¹, Elizabeth Regina de Castro Borba², Crisálida Machado Vilanova¹, Diana Mendes Costa², Denise Fernandes Coutinho³

Resumo

Introdução: O Programa Farmácia Popular do Brasil constitui uma iniciativa pública, objetivando facilitar e ampliar o acesso aos medicamentos básicos e essenciais além de atingir a faixa populacional não usuária do SUS. **Objetivos:** Analisar o consumo dos medicamentos mais dispensados nas unidades de atendimento do programa no município de São Luís, no período de 2006-2009. **Métodos:** A pesquisa foi realizada através do levantamento das informações provenientes do banco de dados do programa. **Resultados:** Os dados mostraram crescimento de mais de 100 mil atendimentos no período de 2006-2009, representando um crescimento de 170%. Os medicamentos mais dispensados ao longo desses anos foram: Simvastatina, Omeprazol, Metformina, Enalapril, Carbamazepina, Atenolol, Ranitidina, Ácido Acetilsalicílico, Captopril e Hidroclorotiazida. Constatou-se que 49% dos medicamentos mais dispensados pelo Programa Farmácia Popular do Brasil na cidade de São Luís - MA são para o tratamento de doenças cardiovasculares. **Conclusão:** A população tem recorrido cada vez mais ao programa para a provisão de medicamentos essenciais levando a um crescimento significativo no número de medicamentos dispensados sendo os cardiovasculares os mais consumidos.

Palavras-chaves: Programa Farmácia Popular do Brasil. Medicamentos. Análise.

Abstract

Introduction: Brazilian popular pharmacy program is a public initiative, implemented by decree nº 5.090, May 20, 2004. This regulation facilitates and expands access to basic and essential medicines as well as reaching the population that does not use the SUS. **Objective:** To analyze the consumption of the most dispensed medicines in the units of this program in the city of São Luís, during 2006 to 2009. **Methods:** We search for information from the database program. **Results:** The data was analyzed and showed an increase of more than 100,000 visits during 2006 to 2009, which represents an increase of 170%. The most commonly dispensed medicines were: simvastatin, omeprazole, metformin, enalapril, carbamazepine, atenolol, ranitidine, aspirin, captopril and hydrochlorothiazide respectively. It was observed that 49% of drugs dispensed by the Program are for treatment of cardiovascular diseases. **Conclusion:** This study shows that the population has increasingly been looking for the Program for acquiring essential medicines, which leads to a significant increase in the number of dispensed medicines.

Keywords: Brazilian popular pharmacy program. Medicines. Analysis.

Introdução

O acesso à saúde está inscrito na Constituição Federal como um direito fundamental de todos os cidadãos. Além de direito, é considerado também como dever do Estado, cabendo ao poder público organizar o Sistema Único de Saúde (SUS), formular e implementar ações que assegurem o acesso da população aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde¹.

Diferentes políticas públicas vêm sendo adotadas no sentido de expandir e garantir o acesso aos medicamentos no país, em especial a partir do início da década de 70 do século XX².

O Ministério da Saúde desenvolveu vários Programas e Projetos de Saúde no período de 1999 a 2002. Dentre eles é possível identificar o Banco de Preços em Saúde (BPS), que possui como objetivo a garantia de uma política global de acesso a medicamentos para a AIDS, a partir da prática de preços mais adequados à realidade econômica do país; a Política Nacional de Medicamentos; o Programa de Assistência Farmacêutica que visa garantir o tratamento eficaz das populações mais pobres e facilitar o seu acesso aos medicamentos essenciais; e o Sistema Informatizado de Aquisição e Distribuição de Medicamentos³.

O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) foi implantado por meio da Lei nº 10.858, de 13 de

abril de 2004, que autoriza a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) a disponibilizar medicamentos mediante o ressarcimento e pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.858/04 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil⁴.

No âmbito do Programa de Saúde do Governo Federal e no contexto das ações de assistência farmacêutica, é considerado como uma política pública com um importante objetivo que é a ampliação do acesso da população a medicamentos essenciais. Ele surge como uma estratégia do governo federal que visa atingir a faixa populacional não usuária do SUS e que não possui rendimento suficiente para completar um tratamento medicamentoso⁵.

O principal objetivo do PFPPB é ampliação do acesso a medicamentos para a população. Portanto, o PFPPB não possui barreiras de acesso, a não ser a necessidade de uma prescrição médica. Em vista disso qualquer pessoa pode adquirir medicamentos nas unidades, independente da prescrição ser da rede pública ou privada⁶.

O público alvo prioritário do programa é a população com renda entre 4 e 10 salários mínimos que utiliza os serviços privados de atenção a saúde e não consegue adquirir seus medicamentos ou manter seus tratamentos através da rede privada de farmácias e drogarias⁴.

¹ Aluna do Curso de Farmácia - Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

² Mestre em Saúde e Ambiente. Docente do Departamento de Farmácia - UFMA.

³ Doutora em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos. Docente do Departamento de Farmácia - UFMA.

Contato: Elizabeth Regina de Castro Borba. E-mail: betycaastro@bol.com.br

O elenco de medicamentos do PFPB está definido mediante critérios epidemiológicos, considerando as principais doenças que atingem a população brasileira e cujos tratamentos geram maior impacto no orçamento familiar⁴. A seleção dos medicamentos contempla no mínimo 01 medicamento de cada um dos principais grupos terapêuticos cobertos pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)⁵.

No município de São Luís - MA, o Programa Farmácia Popular do Brasil está em funcionamento desde o ano de 2006, distribuído no Centro e bairro da Alemanha. Este estudo analisou o desenvolvimento dos programas no período entre 2006 a 2009. Não será abordada a expansão do programa para as redes privadas de comercialização de medicamentos, processo que teve início em 2006, visto que as informações desta terceirização ao provedor privado estão ainda fragmentadas e igualmente indisponíveis.

Métodos

Estudo retrospectivo realizado junto ao programa Farmácia Popular do Brasil no município de São Luís - MA, no período de 2006-2009. Para a coleta de dados utilizou-se o banco de dados do Programa local, sendo este estudo autorizado pela Secretaria de Saúde do Município de São Luís - MA. As variáveis investigadas foram referentes aos medicamentos mais dispensados por classe terapêutica e o número de atendimento por ano nas unidades do município.

Os dados obtidos estão organizados em tabelas e gráficos com o auxílio do programa Microsoft Excel - 2007.

Resultados

Entre os anos de 2006-2009 observou-se no programa Farmácia Popular do Brasil um crescimento do número de atendimentos totalizando mais de 100 mil atendimentos.

O número de atendimentos teve um crescimento de 206% no período de 2006-2008 havendo, no entanto, uma diminuição considerável deste número em 2009, o que levou a uma variação de 170% dos atendimentos comparada ao período de sua implantação. Na Unidade Centro, o número de atendimentos continuou evoluindo, atingindo um crescimento de cerca de 178%. Entretanto, a Unidade Alemanha mostrou um

crescimento de 493% no período de 2006-2008, sendo o mesmo afetado no ano de 2009, o que levou a uma variação de apenas 139% quando comparado ao ano de 2006 (Tabela 1).

Avaliando-se a evolução do número de atendimentos das unidades Centro e Alemanha separadamente verificou-se que a unidade do PFPB na Alemanha permaneceu fechada no período de 01/07/2009 a 30/09/2009, o que pode justificar a redução do total de atendimentos neste período.

O quantitativo de consumo dos medicamentos foi estimado pelo número de unidades farmacotécnicas vendidas por ano. O medicamento mais vendido nos anos estudados foi a Sinvastatina 20MG (70.449 unidades) seguida de Omeprazol 20MG (58.744 unidades) (Quadro 1).

Tabela 1. Número de atendimentos por ano nas Unidades Centro e Alemanha. São Luís-MA, 2010.

ANOS	CENTRO		ALEMANHA		TOTAL	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
2006	10868	100	3114	100	13982	100
2007	19252	177,3	12670	535,3	31922	228,3
2008	24384	224,3	18494	593,9	42878	306,6
2009	30231	278,1	7449	239,2	37680	269,5
TOTAL	84735	---	41727	---	126462	---

Fonte: Programa Farmácia Popular do Brasil⁷

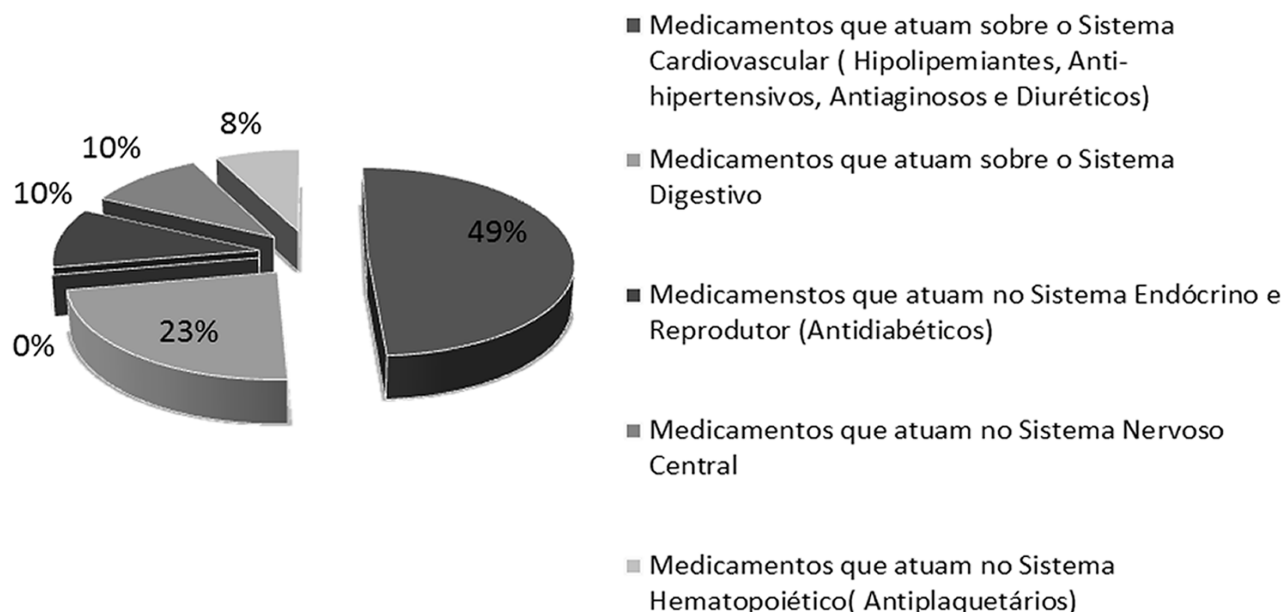
Os medicamentos mais dispensados por classe terapêutica pelo Programa Farmácia Popular do Brasil, no município de São Luís, entre os anos de 2006-2009 foram: Sinvastatina, Omeprazol, Metformina, Enalapril, Carbamazepina, Atenolol, Ranitidina, Ácido Acetilsalicílico, Captopril e Hidroclorotiazida. A análise do consumo destes medicamentos permitiu chegar à observação de que 49% dos medicamentos mais dispensados pela FPB na cidade de São Luís - MA foram para o tratamento de doenças cardiovasculares, enquanto 23% são medicamentos que atuam sobre o sistema digestivo. Essas duas classes foram as que mais se destacaram na dispensação⁷. Dentre os outros medicamentos, se destacam os que atuam no sistema endócrino e reprodutivo com 10%, os que atuam no sistema nervoso central com 10% e os que atuam no sistema hematopoiético com 8% (Gráfico 1 e Quadro 2).

Quadro 1. Relação dos medicamentos mais vendidos no PFPB nos anos 2006-2009. São Luís-MA.

MEDICAMENTOS MAIS VENDIDOS (Comprimidos)	QUANTIDADE POR ANO				TOTAL
	2006	2007	2008	2009	
SINVASTATINA 20MG	6243	18733	23753	21720	70449
OMEPRAZOL 20MG	3270	12708	21761	21005	58744
METFORMINA 850MG	3849	7724	13697	13540	38810
CARBAMAZEPINA 200MG	1744	12060	14594	10498	38896
ATENOLOL 25MG	3154	8389	13832	12377	37752
ENALAPRIL 20MG	3868	9644	9053	11391	33956
RANITIDINA 150MG	2190	5811	11850	8648	28499
ÁCIDO ACETILSALICILICO 100MG	1600	6086	10830	9388	27904
CAPTOPRIL 25MG	2030	2765	6157	5207	16159
HIDROCLOROTIAZIDA	863	3750	5662	5401	15865

Fonte: Programa Farmácia Popular do Brasil⁷

Gráfico 1. Medicamentos mais dispensados por classe terapêutica. São Luís – MA



Quadro 2. Classificação dos medicamentos mais dispensados por classe terapêutica. São Luís-MA.

MEDICAMENTOS MAIS DISPENSADOS	CLASSE TERAPÊUTICA/ FORMA FARMACEUTICA
SINVASTATINA	Medicamentos que atuam no Sistema Cardiovascular: Hipolipemiantes/ Comprimido
OMEPRAZOL	Medicamentos que atuam no sistema Digestivo: Anti-secretores / Comprimido
METFORMINA	Medicamentos que atuam sobre o Sistema Endócrino e Reprodutor: Insulinas e outros agentes antidiabéticos/ Comprimido
ENALAPRIL	Medicamentos que atuam sobre o Sistema Cardiovascular: Inibidores da enzima conversora da angiotensina/ Comprimido
CARBAMAZEPINA	Medicamentos que atuam sobre o Sistema Nervoso Central: Anticonvulsivantes/ Comprimido
ATENOLOL	Medicamentos que atuam no Sistema Cardiovascular: (Anti-hipertensivos) antagonista adrenérgico β 1-seletivo/ Comprimido
RANITIDINA	Medicamentos que atuam no sistema Digestivo: Anti-secretores / Comprimido
ÁCIDO ACETILSALICILICO	Medicamentos que atuam no Sistema Cardiovascular: Antianginosos/ Comprimido Medicamentos que atuam no Sistema Hematopoiético: Antiplaquetários/ Comprimido
CAPTOPRIL	Medicamentos que atuam sobre o Sistema Cardiovascular: Inibidores da enzima conversora da angiotensina/ Comprimido
HIDROCLOROTIAZIDA	Medicamentos que atuam sobre o Sistema Cardiovascular: (Anti-hipertensivos) Diuréticos/ Comprimido

Fonte: RENAME, 2010

Discussão

Os resultados deste estudo mostraram um crescimento no atendimento no programa de farmácia popular no Brasil no período de 2006-2008. Estudo realizado por Pinto⁸ mostrou resultado semelhante e diz que houve uma grande evolução no número de atendimentos realizados por este programa no Brasil entre os anos de 2005-2007, alcançando 16 milhões ao longo destes anos, e que a região Nordeste aparece como a segunda região com maior número de atendimentos, perdendo apenas para a região Sudeste.

O crescimento da demanda da população da

cidade de São Luís – MA por medicamentos no PFPB pode ser reflexo de uma política de oferta contínua de medicamentos nas unidades ou o bom atendimento oferecido, mostrando maior acessibilidade ao programa.

Segundo Pinto⁸, os medicamentos mais dispensados são praticamente os mesmos em todas as regiões do país. Fazendo uma comparação entre a cidade de São Luís – MA e a região Nordeste no ano de 2006, observa-se que dentre os 10 medicamentos mais dispensados na região Nordeste apenas a nifedipina não aparece na lista da cidade referida, encontrando-se em substituição a este a carbamazepina que não é citada na lista do Nordeste.

Portanto, a análise demonstra uma semelhança entre os medicamentos mais dispensados na cidade de São Luís – MA, não só com a Região Nordeste, mas também em comparação com todo o Brasil, no ano de 2006. Isso pode ser reflexo do perfil incisivo da demanda, constituído em parte pelo perfil das prescrições e em parte pelo perfil epidemiológico da população.

A análise do consumo dos medicamentos mostrou que os mais dispensados pelo PFPB na cidade de São Luís – MA são para o tratamento de doenças cardiovasculares, seguidos dos medicamentos que atuam sobre o sistema digestivo. Essas duas classes

foram as que mais se destacaram na dispensação. Entre as demais se destacam os medicamentos que atuam no sistema endócrino e reprodutivo, sistema nervoso central e sistema hematopoiético.

Concluí-se que o perfil do consumo dos medicamentos na cidade de São Luís – MA, é semelhante aos padrões nacionais. Segundo a literatura analisada, os medicamentos mais dispensados em termos qualitativos e quantitativos foram os indicados para o tratamento de doenças cardiovasculares, sendo a maioria destes considerados de uso contínuo.

Referências

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 41 ed. São Paulo: Saraiva; 2008.
2. Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes EV (Org). Distrito sanitário: o processo social e as mudanças sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1993.
3. Araújo EF. Análise da Política Nacional de Medicamentos no Brasil, 1999 a 2002: o caso dos medicamentos Genéricos. [Dissertação]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2005;142p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
5. Monteiro O. Farmácia Popular e Equidade. Nota publicada no site do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems 2010. [capturado 2010 out 10] Disponível em: <http://www.conasems.org.br/site/>.
6. Brasil. Renome – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Farmácia Popular do Brasil. Relatório de vendas. São Luis(MA): 2010.
8. Pinto CBS. O Programa Farmácia Popular do Brasil: modelo, cobertura e utilização frente à Política Nacional de Medicamentos [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.659p.

Prevalência de sintomas de Doença do Refluxo Gastroesofágico em pacientes asmáticos

Prevalence of Gastroesophageal Reflux Disease's symptoms in asthmatic patients

Ivo Roberto dos Santos Cardoso¹, Maria do Rosário da Silva Ramos Costa², Pedro Paulo Cantanhede Lemos¹, Florenir Glória da Silca Paes³

Resumo

Introdução: Há relatos na literatura mostrando uma associação entre a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) e a asma brônquica, sendo que cada um pode ser visto como causa e consequência do outro. **Objetivo:** Conhecer a prevalência dos principais sintomas sugestivos de Doença do Refluxo Gastroesofágico (pirose, regurgitação, disfagia e epigastralgia) em pacientes asmáticos e correlacionar cada um deles com as variáveis controle e gravidade da asma e também sexo. **Métodos:** Foi aplicado um questionário a respeito dos sintomas sugestivos de DRGE em 269 pacientes asmáticos do Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA), que incluíram também itens referentes a controle e gravidade da asma, além do sexo. Por ser o sintoma mais importante para definir DRGE, a pirose foi utilizada neste estudo como aquele que define sua prevalência. **Resultados:** A pirose foi referida em 147 pacientes (54,6%), sendo o sintoma mais prevalente. A epigastralgia foi referida por 106 (39,4%), a regurgitação por 70 (26%) e a disfagia por 33 (12,3%), sendo o menos prevalente. Os sintomas pirose ($p=0,0415$), regurgitação ($p=0,0198$) e epigastralgia ($p=0,0096$) foram mais frequentes naqueles pacientes que estavam parcialmente controlados ou não controlados quando comparados aos controlados. Não houve significância estatística quando relacionaram-se gravidade, sexo e o sintoma disfagia ($p=0,5374$). **Conclusão:** A DRGE teve uma prevalência média na população estudada. Os sintomas da DRGE mostraram forte associação a uma maior ocorrência de sintomas respiratórios, concluindo-se que estes sejam fatores que agem contra o controle da asma.

Palavras-chaves: Asma. Refluxo Gastroesofágico. Prevalência.

Abstract

Introduction: There are many reports in the literature about the association of Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) and asthma. Each one can be the cause and consequence of the other. **Objective:** To know the prevalence of the main symptoms of the Gastroesophageal Reflux Disease (heartburn, regurgitation, dysphasia and epigastric pain) in asthmatic patients and correlate each one with the control variables, gravity, as well as sex. **Methods:** A questionnaire about the suggestive symptoms of GERD was applied to 269 asthmatic patients who were enrolled in the Asthma Patient Support Program (APSP). The questionnaire also had questions related to asthma control and severity, as well as sex. As the heartburn is considered the most important symptom to define GERD, it was used in this study as the symptom that defines its prevalence. **Results:** Heartburn was the most prevalent symptom in 147 patients (54.6%). The least prevalent symptoms were the epigastric pain, which was reported by 106 (39.4%) patients, regurgitation by 70 (26%) and dysphagia by 33 (12.3%) individuals. The heartburn symptoms ($p = 0.0415$), regurgitation ($p = 0.0198$) and epigastric pain ($p = 0.0096$) were more frequent in those patients who were partially controlled or uncontrolled when compared to controlled patients. There was no statistical significance when comparing the severity, sex and dysphagia symptoms ($p = 0.5374$). **Conclusion:** GERD had an average prevalence in the population studied. Symptoms of GERD showed a strong association with a higher occurrence of respiratory symptoms. Thus, this shows that these factors act against asthma control.

Keywords: Asthma. Gastroesophageal Reflux. Prevalence.

Introdução

De acordo com as IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma, da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, a asma é uma doença inflamatória crônica em que as vias aéreas inferiores apresentam hiperresponsividade e limitação variável ao fluxo aéreo, que se torna reversível espontaneamente ou com tratamento e cujas manifestações clínicas são: episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã ao despertar¹.

A asma pode estar relacionada a uma interação genética, exposição ambiental a alérgenos e irritantes, e outros fatores específicos que levam ao desenvolvimento e manutenção dos sintomas¹. Um desses fatores específicos seria a DRGE, que possui uma definição bastante interessante sugerida pelo I Congresso Brasileiro sobre Doença do Refluxo Gastroesofágico²: É a afecção crônica decorrente do fluxo retrógrado de parte do conteúdo gastroduodenal para o esôfago e/

ou órgãos adjacentes, acarretando variável espectro de sintomas (esofágicos ou extra-esofágicos), associados ou não a lesões teciduais.

A DRGE tem sido associada a sintomas pulmonares e doenças de vias aéreas inferiores como asma, tosse crônica, bronquite, pneumonia aspirativa e fibrose pulmonar idiopática; sinais e sintomas otorrinolaringológicos incluindo rouquidão, laringite, estenose subglótica, granuloma de prega vocal e carcinoma de laringe; e outras manifestações extra-esofágicas como dor torácica não cardíaca, erosão dentária, sinusite, faringite e apneia do sono³.

As principais manifestações clínicas típicas de DRGE são: pirose (referida como azia) e regurgitação ácida. Define-se pirose como a sensação de queimação retroesternal que se irradia do manúbrio do esterno à base do pescoço, podendo atingir a garganta⁴.

Avaliar a frequência e a duração dos sintomas é preciso para se caracterizar pacientes como possíveis

¹ Aluno graduando em medicina pela Universidade Federal do Maranhão- UFMA

² Doutora em medicina pela Univerisade Federal Paulista-UNIFESP

³ Fisioterapeuta com pós-graduação em gerontologia pelo Instituto de Ensino Superior do Maranhão-IESMA
Contato: Ivo Roberto dos Santos Cardoso. E-mail: ivo-cardoso@hotmail.com

portadores de DRGE. Segundo Rodriguez *et al.*,⁵ os pacientes que apresentam sintomas com frequência mínima de duas vezes por semana, há cerca de quatro a oito semanas, devem ser considerados como possíveis portadores de DRGE.

Uma pesquisa⁶ relata que a presença de DRGE varia de 32% a 82% dos pacientes asmáticos adultos, muitos deles não apresentando sintomas típicos de refluxo. Apenas 50% dos pacientes com sintomas sugestivos de refluxo, como pirose, regurgitação e disfagia, têm DRGE confirmada na pHmetria de 24 horas, segundo uma pesquisa⁷. A relação entre ambas tem sido analisada por estudos que verificaram a presença de sintomas clássicos de DRGE em asmáticos, como o de uma outra pesquisa⁸, que observou que pirose, regurgitação e disfagia foram relatadas, respectivamente, por 77, 55 e 24% dos entrevistados. Já um outro estudo⁹ comprovou, estudando 326 pacientes com asma que tinham RGE, que a terapia anti-refluxo melhorou os sintomas da asma em 69% e reduziu o uso de medicamentos para asma em 62%, porém melhorou o pico de fluxo expiratório em apenas 26% destes pacientes.

Ainda são escassas pesquisas que comprovem o real papel da DRGE como agravante de asma, mesmo sendo reconhecida a associação entre estas.

Deste modo, sendo o PAPA um programa de educação em asma, faz-se necessário inicialmente conhecer qual a prevalência dos sintomas sugestivos de DRGE no nosso meio para posteriormente avaliarmos se com o devido diagnóstico da DRGE e subsequente tratamento, haverá alterações no curso clínico e funcional da asma nesses pacientes.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal e descritivo realizado com pacientes asmáticos do PAPA do ambulatório de Pneumologia do Hospital Universitário - HUUFMA, São Luís-MA. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUUFMA, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde com o protocolo número 001816/2010.

Considerou-se como critérios de inclusão que os entrevistados possuíssem diagnóstico clínico de asma após realização de questionário clínico padronizado do próprio serviço baseado nas IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma e espirometria para confirmação diagnóstica.

Para a composição da amostra, o número de pacientes asmáticos foi calculado adotando uma prevalência de 32% a 82% para DRGE em pacientes asmáticos, escolhendo a maior prevalência, margem de erro 4% e o nível de confiança igual a 95%, totalizando número de 269 pacientes, que foram escolhidos aleatoriamente.

A coleta de dados foi feita aplicando-se um questionário cuja idealização tomou por base os estudos de Fortunato *et al.*,¹⁰ em que foi avaliada a prevalência de DRGE em pacientes com doença pulmonar avançada candidatos a transplante pulmonar, e que incluiu itens a respeito de sintomas sugestivos de DRGE, como disfagia, pirose, epigastralgia e regurgitação, além de dados como idade, sexo e controle da asma, e também foram informados quanto à doença de base. O questionário foi aplicado por uma equipe previamente treinada, formada por estudantes de medicina, médicos pneumologistas, gastroenterologistas, enfermeiros e técnicos em enfermagem.

Como definição de DRGE utilizou-se o relato de pirose numa frequência de pelo menos duas vezes por semana nas últimas quatro a oito semanas a contar do dia da aplicação do questionário. Essa definição tem sido considerada a mais sensível para DRGE, segundo Oliveira *et al.*¹¹.

Em relação ao controle da asma, a mesma foi dividida em dois grupos: um sendo asma controlada e outro sendo a associação de asma parcialmente controlada e não controlada. Adotou-se esse critério pelo motivo de as últimas apresentarem semelhanças em suas características.

Primeiramente, foi realizada uma análise descritiva. Para compararmos a prevalência de cada sintoma com os dados controle da asma, gravidade da asma e sexo foi utilizado teste qui-quadrado.

O nível de significância adotado foi de 5%. A análise estatística foi realizada no Epi Info 3.4.3. e no BioStata 5.0.

Resultados

Foram estudados 269 pacientes asmáticos do PAPA do ambulatório de Pneumologia do HUPD-UFMA, todos com diagnóstico clínico e funcional de asma brônquica.

Tabela 1. Características da população estudada e a prevalência dos sintomas sugestivos de DRGE.

Característica	n	%
Sexo		
Masculino	75	27,88
Feminino	194	72,12
Faixa Etária		
14-20	12	4,46
21-30	30	11,15
31-40	30	11,15
41-50	61	22,68
51-60	73	27,14
61-70	37	13,75
71-80	20	7,43
81-90	6	2,23
Média de 49,68 +/- 15,98		
Controle		
controlados	164	60,97
parcialmente controlados	60	22,30
não controlados	45	16,73
Gravidade		
leve	103	38,29
moderada	144	53,53
grave	18	6,69
intermitente	4	1,49
Sintomas		
disfagia	33	12,3
regurgitação	70	26
pirose	147	54,6
epigastralgia	106	39,4

Pode-se notar que entre os 269 pacientes, 194(72,12%) são do sexo feminino. Vinte e seis pacientes possuíam mais de setenta anos, sendo seis com mais de oitenta(2,23%) e a média foi de aproximadamente 49 anos, sendo a menor idade encontrada de 14 anos e a maior de 90 anos. Nota-se também que 60,97% encontram-se controlados e 53,53% apresentam asma brônquica persistente moderada. Uma parcela de apenas 6,69% é de asma grave(Tabela 1).

A pirose é o sintoma mais referido pela população estudada, tendo uma prevalência de 54,6% (Tabela 1).

O único resultado em que não houve significância estatística quando se avaliou a correlação

entre cada sintoma e o controle da asma foi com a disfagia($p=0,5374$) (Tabela 2).

Quando se correlacionou a gravidade da asma com cada sintoma sugestivo de DRGE, observou-se que nenhum resultado mostrou com significância estatística: disfagia ($p=0,7591$), epigastralgia ($p=0,4420$), pirose ($p=0,1798$) e regurgitação ($p=0,3862$), embora a regurgitação se encontrasse mais associada à asma grave (Tabela 3).

Já quando se avaliou a correlação entre sexo com cada sintoma de DRGE, observou-se que não houve significância estatística com nenhum deles ($p=0,9012$ para disfagia, $p=0,9880$ para epigastralgia, $p=0,3411$ para pirose e $p=0,7605$ para regurgitação) (Tabela 4).

Tabela 2. Correlação entre sintomas sugestivos de DRGE e controle da asma.

Sintomas	Controlados	%	Parcialmente + não controlados	%	p
Disfagia	18	10,9	15	14,28	0,5374
epigastralgia	54	32,9	52	49,5	0,0096
Pirose	81	49,3	66	62,8	0,0415
regurgitação	34	20,7	36	34,28	0,0198

Tabela 3. Correlação entre sintomas sugestivos de DRGE e gravidade da asma.

Sintomas	leve	moderada	grave	intermitente	p
Disfagia	11 (10,6%)	20 (13,8%)	2 (11,1%)	0(0%)	0,7591
Epigastralgia	46 (44,6%)	51 (35,4%)	8 (44,4%)	1(25%)	0,442
Pirose	57 (55,3%)	80 (55,5%)	10 (55,5%)	0(0%)	0,1798
Regurgitação	27 (26,2%)	36 (25%)	7 (38,8%)	0(0%)	0,3862

Tabela 4. Correlação entre sexo e sintomas sugestivos de DRGE.

Sintoma	sexo masculino	sexo feminino	p
Disfagia	10(13,3%)	23(11,8%)	0,9012
epigastralgia	29(33,8%)	77(39,6%)	0,988
Pirose	37(49,3%)	110(56,7%)	0,3411
regurgitação	21(28%)	49(25,2%)	0,7605

Discussão

A pirose é considerada o principal sintoma para definir a DRGE. No nosso estudo a pirose foi o sintoma mais referido, ficando a DRGE, portanto, com uma prevalência média entre a população de asmáticos do PAPA. Este resultado vai de encontro aos diversos estudos já realizados^{6,12}, entre os quais podemos citar o de Sontag⁶, que observou que a presença de DRGE pode variar de 32 a 82% em pacientes asmáticos adultos.

Em relação a outros sintomas sugestivos de DRGE, no nosso estudo a disfagia foi o sintoma

menos referido, concordando, então, em ordem de prevalência, com os estudos realizados por Field *et al.*,⁸ que observou pirose, regurgitação e disfagia com porcentagem de 77, 55 e 24%, respectivamente, dos 109 pacientes entrevistados.

Para tentar explicar os mecanismos de que a elevada frequência de sintomas de DRGE está relacionada a alterações ligadas à asma, outra pesquisa¹³ relatou que tais efeitos podem estar ligados aos medicamentos usados no tratamento da asma. Outro estudo¹⁴ observou que doses repetidas de salbutamol administradas por via inalatória resultavam em diminuição da pressão basal do esfíncter inferior do esôfago e ainda outra pesquisa¹⁵ observou que o uso de 60 mg de predniso-

na por via oral durante sete dias aumentou o tempo de contato entre o ácido proveniente do estômago e o esôfago.

Podemos considerar também uma relação inversa entre os episódios de refluxo com o disparo de sintomas de asma e alguns possíveis mecanismos existem para explicar essa associação, e entre eles temos: a microaspiração de suco gástrico ácido poderia resultar em inflamação brônquica e broncoconstricção¹⁶. Outro mecanismo seria que reflexos vagais originados em receptores do terço inferior do esôfago poderiam resultar em estímulo colinérgico em vias aéreas e também em liberação de alguns neuropeptídeos pró-inflamatórios¹³.

Um estudo¹⁷ que avaliou a presença de sintomas respiratórios na ocorrência de eventos de refluxo ácido mostrou que há uma alta correlação entre os dois. Neste estudo um total de 151 sintomas respiratórios ocorreram durante uma monitoração no esôfago com pH metria de 24 horas em 128 asmáticos com DRGE, sendo que 119 (78,8%) desses sintomas foram associados a refluxo ácido esofágico. No nosso estudo, em relação ao controle da asma, os pacientes parcialmente controlados ou não controlados apresentaram todos os sintomas sugestivos de DRGE em maior frequência quando comparado com os pacientes controlados. Podemos acreditar que os nossos pacientes não controlados, como não estavam sendo tratados para a DRGE, possuíam mais sintomatologia e conseqüentemente piora do controle da asma. Por outro lado, considerando que o PAPA é um programa estruturado de educação em asma, e todos os nossos pacientes fazem seguimento ambulatorial realizando o tratamento necessário de sua doença de base, podemos também crer que temos uma situação onde as alterações causadas pela asma e seu tratamento levam a uma alta prevalência de sintomas de DRGE.

Em relação à gravidade da asma naqueles pacientes que referiram algum dos sintomas, embora a regurgitação fosse mais presente em asmáticos graves, não houve significância estatística com nenhum dos

sintomas, dado sugerido por Santos *et al.*,¹⁸ que, ao submeterem pacientes com asma e DRGE à terapia anti-refluxo, observaram que os pacientes que receberam terapia com pantoprazol tiveram melhora no escore de sintomas respiratórios e de qualidade de vida, mas não nos parâmetros de função respiratória, denotando que a DRGE pode estar associada apenas ao controle, não interferindo em outros aspectos. Uma revisão dos estudos de tratamento cirúrgico do RGE, realizada por Field *et al.*,⁹ também vai de encontro com esses dados, ao ter incluído 417 pacientes com asma e que foram operados, encontrando redução dos sintomas de asma, do uso de medicamentos para asma e melhora da função pulmonar em 79%, 88% e 27% dos pacientes, respectivamente.

Há controvérsias na literatura quanto à associação entre sintomas de DRGE e sexo. Alguns estudos encontraram maior risco para homens¹⁹, outros para mulheres²⁰. Em todos os estudos revisados, os riscos relativos tanto para homens, quanto para mulheres, são pequenos, o que pode sugerir que o sexo é pouco importante na determinação da ocorrência de sintomas sugestivos de DRGE. O presente estudo mostrou que não houve correlação com significância estatística entre sexo e DRGE.

Conclui-se que a pirose é o sintoma mais prevalente de DRGE na população do PAPA e que está associada, juntamente com os outros sintomas sugestivos de DRGE, excetuando-se disfagia, ao não controle da asma. Os sintomas sugestivos de DRGE associam-se apenas ao controle, interferindo neste, não havendo correlação com a gravidade ou sexo.

São necessários mais estudos sobre o efeito do tratamento de RGE no curso clínico e funcional da asma. As pesquisas têm que ter um maior número de pacientes e período de acompanhamento mais longo, inclusive para esclarecer se com mais tempo de tratamento haverá melhora nos parâmetros de função pulmonar nos pacientes com asma que receberam terapia anti-refluxo.

Referências

1. Stibulov R, Bernd LAG, Solé D. IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. *J Bras Pneumol*, 2006; 32(7): 447-474.
2. Moraes Filho JPP, Cecconello I, Rodrigues JG, Castro PL, Henry MA, Quigley ME. Brazilian Consensus on Gastroesophageal reflux: proposals for assesment, classification and management. *Am J Gastroenterol*, 2002; 97:241-248.
3. Ricachevenesk GR, Pereira RAR, Vale E, Borba MA, Valiati AA. Manifestações Extra-esofágicas da DRGE. *J Bras Pneumol*, 2006; 32(2):150-160.
4. Moss FMD, Arnold RMD, Tytga GNMD, Spechler SJMD, Fave G, Delle MD, Rosin, et al. Consensus Statement for Management of Gastroesophageal Reflux Disease: Result of Workshop Meeting at Yale University School of Medicine. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 1998; 27(1): 6-12.
5. Rodriguez TN, Moraes Filho JPP. Como diagnosticar e tratar: doença do refluxo gastroesofágico. *Rev. Bras. Med.*, 1999; 56:67-75.
6. Sontag SJ. The spectrum of pulmonary symptoms due to gastroesophageal reflux. *Thoracic Surgery Clinics*, 2005; 15(3): 353-368.
7. Kiljander TO, Laitinen JO. The prevalence of gastroesophageal reflux disease in adults asthmatics. *Chest*, 2004; 126 : 1490-4.
8. Field SK, Underwood M, Brant R, Cowie RL. Prevalence of gastroesophageal reflux symptoms in asthma. *Chest*. 1996; 109(2):316-322.
9. Field SK, Gelfand GAJ, McFadden SD. The effects of antireflux surgery on asthmatics with gastroesophageal reflux. *Chest*, 1999;116(3):766-74.

10. Fortunato GA, Machado MM, Andrade CF, Flicetti JC, Camargo JP, Cardoso PFG. Prevalência de refluxo gastroesofágico em pacientes com doença pulmonar avançada candidatos a transplante pulmonar. *J Bras Pneumol*, 2008; 34(10):772-778:
11. Oliveira SS, Santos IS, Silva JFP, Machado EC. Prevalência e fatores associados à Doença do Refluxo Gastroesofágico. *Arq Gastroenterol*, 2005;32(2): 116-121.
12. Andersen LI, Schmidt A, Bundgarda. Pulmonary function and acid application in the esophagus. *Chest*. 1986;90(3):358-363.
13. Harding SM. Recent clinical investigations examining the association of asthma and gastroesophageal reflux. *Am J Med*, 2003;115(3A):39-44.
14. Crowell MD, Zayat EM, Lacy BE, Schettler-Duncan A, Liu MC. The effects of an inhaled beta(2)-adrenergic agonist on lower esophageal function: a dose-response study. *Chest*, 2001;120(4):1184-1187
15. Lazenby JP, Guzzo MR, Harding SM, Patterson PE, Johnson LF, Bradley LA. Oral corticosteroids increase esophageal acid contact times in patients with stable asthma. *Chest*, 2002;121(12):625-634.
16. Martins MA. Asma e refluxo gastroesofágico. *J Bras Pneumol*, 2007; 33(2):11-12.
17. Harding SM, Guzzo MR, Richter JE. 24-h Esophageal pH testing in asthmatics: Respiratory Symptom Correlation with esophageal acid events. *Chest*, 1999;115:654-659.
18. Santos L, Hetzel JL, Ribeiro I, Cardoso PFG. Avaliação da resposta de pacientes asmáticos com refluxo gastroesofágico após terapia com pantoprazol: estudo prospectivo, randomizado, duplo cego e placebo-controlado. *J Bras Pneumol*, 2007;33(2):119-127.
19. Bolin TD, Korman MG, Hansky J, Stanton R. Heartburn: community perceptions. *J Gastroenterol Hepatol*, 2000;15:1-2.
20. Louis E, DeLooze D, Deprez P, Hiele M, Urbain D, Pelckmans P, Devière J, Deltenre M. Heartburn in Belgium: prevalence, impact on daily life, and utilization of medical resources. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 2002;14(3):275-284.

Situação social e de saúde da população idosa da uma comunidade de São Luís-MA

The social and health situation of elderly population of a community of the city of São Luís-MA

Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira¹, Alécia Maria da Silva¹, Vanlinda de Jesus Dias Baima¹, Márcia Mônica Pereira Barros², Maria do Socorro Barbosa V. Cruz³, Carlos Leonardo Figueiredo Cunha³

Resumo

Introdução: No Brasil o envelhecimento populacional é um fenômeno recente e intenso, o que tem demandando da sociedade ações setoriais e intersetoriais que priorizem o envelhecer saudável. **Objetivos:** Caracterizar a realidade social e de saúde da população idosa de uma comunidade da cidade de São Luís - MA. **Métodos:** Estudo descritivo com abordagem quantitativa com 64 idosos, residentes no bairro Gapara, área coberta pela Estratégia Saúde da Família, localizado na periferia da cidade. A coleta foi realizada em visita domiciliar sendo utilizado um questionário padronizado. **Resultados:** Os resultados apontaram uma maior representatividade da faixa etária de 60 a 69 anos (51,6%); de cor parda (57,8%); casado-estáveis (31,3%); católicos (59,4%); aposentados (76,6%); analfabetos (50,0%). Grande maioria possuía casa própria e residiam em média de 2 a 4 pessoas. Contribuem para o sustento familiar, sendo os principais provedores do lar. O perfil de morbidade mostrou maior prevalência de hipertensos (45,4%) e diabéticos (12,5%). **Conclusão:** Apesar da desigualdade social, os resultados apontam que a situação de saúde da população em estudo é similar a outras regiões do país.

Palavras-chaves: Idoso. Condições sociais. Situação de saúde.

Abstract

Introduction. In Brazil, the population aging is a recent and intensive phenomenon, which has demanded sectoral and intersectoral actions from society in order to prioritize the healthy aging. **Objective.** To characterize the social and health reality among old people in a community of São Luís, Maranhão. **Methods.** Descriptive study with quantitative approach carried out with 64 elderly people, who dwell in the Gapara neighborhood, which is an area covered by the Family Health Strategy and is located on the outskirts of the city. We did home visits and used a standardized individual questionnaire. **Results.** The results pointed out a great representation in the age group of 60 to 69 years of age (51.6%). Brown skin color was reported by 57.8%; 31.3% had a stable marriage; 59.4% were catholic; 76.6% were retired and 50.0% illiterate. Most of them had their own houses with an average of 2 to 4 people per house. They contribute to the family support and were the main provider at home. The morbidity profile showed a great percentage of people with high blood pressure (45.4%) and diabetes (12.5%). **Conclusion.** In spite of intensive social inequality, the results point out that the situation of the population's health in this study is similar to other regions of the country..

Keywords: Elderly person. Social conditions. Health situation.

Introdução

Apesar das contradições presentes nas situações econômica, social, cultural, assistencial e política da humanidade, que interferem no seu crescimento demográfico, o ser humano, está tendo uma vida cada vez mais longa. Esse fenômeno do envelhecimento populacional vem exigindo uma nova agenda, no novo milênio, não apenas para o sistema público, mas para a sociedade como um todo, em função das mudanças no perfil demográfico da população em vários países. No caso particular do Brasil, não só tem ocorrido mudança na vida média, como no padrão de qualidade de vida do idoso^{1,2}.

Do ponto de vista social, surge à necessidade de avançar na compreensão mais efetiva do processo de envelhecimento por parte de profissionais das diferentes ciências, principalmente os da saúde.

Romper com a visão polarizada ou estereotipada, avançar na busca de consensos possíveis no cuidar (re)significante do idoso nas comunidades, implica na qualificação em especial dos profissionais da saúde para assistirem com dignidade a esta população^{1,2}.

No Brasil o envelhecimento é um fenômeno recente e intenso, o que obriga a sociedade a cristalizar atenção ao idoso através de ações setoriais e interseoriais que priorizem o envelhecer saudável, transver-

salmente influenciados por aspectos relativos a gênero e cultura, e no seu convívio social de origem³. Esse planejamento envolve diferentes aspectos que dizem respeito desde conhecer as características sociais da população idosa, adequação sanitária, provimento de recursos materiais e humanos, passando pela definição e implementação de ações de saúde específicas^{1,2}.

Métodos

Estudo descritivo com abordagem quantitativa com o objetivo de caracterizar a realidade social e de saúde da população idosa (idade ≥ 60 anos) cadastrada na Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde da comunidade do Gapara, distrito Itaqui-Bacanga na periferia de São Luís-MA. A coleta de dados foi realizada durante visita domiciliar, por meio de um questionário padronizado, contendo questões fechadas, com dados socioeconômicos, demográficos e de saúde. Após a coleta dos dados, as questões foram codificadas e inseridas no programa EPI-INFO®, versão 6.0⁴. A análise foi realizada com distribuição em frequência simples e apresentadas em tabelas.

A pesquisa atendeu os requisitos da Resolução do CNS 196/96, sendo aprovada no Comitê de Ética do HUUFMA com o Protocolo Nº 8255/2007-03⁵.

¹ Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família

² Assistente Social. Especialista em Saúde da Família

³ Enfermeiro. Docente da Universidade Federal do Maranhão-UFMA

Resultados

A partir dos resultados observou-se que a idade dos idosos variou entre 60 a 101 anos com uma média de idade de 70,35 anos e mediana de 69 anos. Prevalendo os idosos jovens (entre 60 a 69 anos). Quanto   escolaridade; 50,0% referiram não saber ler e escrever e 37,5% não concluíram o ensino fundamental e 50,1% eram casados ou tinham união estáveis (Tabela 1).

Os aspectos referentes   moradia mostraram que 92,2% residiam em casas de tijolos sendo 90,6% com residências próprias e apenas 18,8% faziam uso de água proveniente de rede pública. Em rela o ao destino dos dejetos, 54,7% possuíam a fossa séptica e somente 4,7% tinham acesso   rede pública de esgoto. Já em rela o   coleta regular de lixo cerca de 35,9% destinavam o lixo doméstico de forma precária (Tabela 2).

Quanto a estrutura familiar observou-se que 50,0% referiram morar com até 4 pessoas. A participa o do idoso na renda familiar foi 89,1%, sendo que 76,6% eram aposentados e principal provedor da família. Dos idosos investigados apenas 65,6% tinham cuidador (Tabela 3).

Tabela 1. Caracteriza o da popula o idosa da Comunidade do Bairro Gapara, São Luís-MA, 2008

Variáveis	n	%
Faixa etária		
60 a 69	32	51,6
70 a 79	22	35,5
> 80	08	12,9
Escolaridade		
Analfabeto	32	50,0
Ensino Fundamental incompleto	24	37,5
Ensino Fundamental completo	05	7,8
Ensino Médio incompleto	01	1,6
Ensino Médio completo	01	1,6
Ignorado	01	1,6
Cor da pele		
Branca	10	15,6
Preta	15	23,4
Parda	37	57,8
Amarela	01	1,6
Ignorado	01	1,6
Situa�o conjugal		
Casada	20	31,3
Morando junto	12	18,8
Solteira	10	15,6
Separada	05	7,8
Divorciada	01	1,6
Viúva	16	25,0
Religião		
Sem religião	04	6,3
Católica	38	59,4
Evangélica	22	34,3
Total	64	100,0

Tabela 2. Condi es de moradia da popula o idosa da Comunidade do Bairro Gapara. São Luís-MA, 2008

Variáveis	n	%
Tipo de casa		
Tijolo	59	92,2
Taipa	02	3,1
Mista (tijolo, taipa e palha)	02	3,1
Madeira	01	,6
Condi�o de moradia		
Alugada	04	6,3
Própria	58	90,6
Cedida	02	3,1
�gua usada para beber		
Rede pública	12	18,8
Poço artesiano	28	43,7
Poço comum, cacimba	22	34,4
Rio, riacho, lagoa	01	1,6
Outro	01	1,6
Destino dos dejetos		
Rede de esgoto	03	4,7
Fossa séptica	35	54,7
Fossa negra	20	31,3
Vala	02	3,1
Mato	01	1,6
Mar�	02	3,1
Outro	01	1,6
Joga o lixo		
Coleta pública	40	64,1
Terreno baldio	06	9,4
Queimado	15	23,4
Outro	02	3,1
Total	64	100,0

Tabela 3. Aspectos sócio-econ mico da popula o idosa da Comunidade do Bairro Gapara. São Luís-MA, 2008

Variáveis	n	%
Pessoas por residência		
1	10	15,6
2 a 4	32	50,0
5 +	22	34,4
O idoso contribui para a renda		
Sim	57	89,1
Não	07	10,9
Recebe aposentadoria		
Sim	49	76,6
Não	15	23,4
Cuidador da família		
Sim	42	65,6
Não	22	34,4
Provedor da família		
Sim	49	76,6
Não	15	23,4
Total	64	100,0

Nos últimos 15 dias 42,2% dos idosos informaram que estiveram doentes e cerca de 34,4% buscaram consulta junto ao SUS (Sistema Único de Saúde). A internação hospitalar nos últimos 12 meses foi referida por 43,8%. A hipertensão arterial (45,4%) seguida por diabetes (12,5%) são as morbidades mais frequentes. Os hábitos dos idosos mostraram que 14,0% fazem consumo de álcool e o uso de cigarro foi referido por 10,9% (Tabela 4)

Tabela 4. Hábitos e situação de saúde e da população idosa da Comunidade do Bairro Gapara. São Luís-MA, 2008

Variáveis	n	%
Esteve doente nos 15 dias		
Sim	27	42,2
Não	37	57,8
Foi internado nos últimos 12 meses		
Sim	09	14,1
Não	50	78,1
Não sabe	05	7,8
Fez consulta médica nos últimos 15 dias		
Sim	22	34,4
Não	36	56,3
Não sabe	06	9,4
Tipo de atendimento		
Setor público do SUS	28	43,8
Setor Conveniado/Contratado do SUS	02	3,1
Particular	01	1,6
Outro	01	1,6
Não sabe	04	6,3
Ignorado	28	43,8
Hipertensão Arterial		
Sim	29	45,4
Não	26	40,6
Não Sabe	09	14,1
Diabetes		
Sim	08	12,5
Não	43	67,2
Não Sabe	13	20,4
Ingestão de bebida alcoólica		
Não bebe	54	79,7
Bebe 1 vez por semana	5	7,8
Bebe até 3 vezes por semana	4	3,1
Bebe mais de 3 vezes por semana	1	3,1
Fuma		
Sim	7	10,9
Não	57	89,1
Total	64	100,0

Discussão

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. Este fenômeno vem ocorrendo de forma intensa e acelerada,

principalmente em países em desenvolvimento, com distribuição desigual de fatores de risco e de agravos de saúde, que se expressa nas diferenças observadas de taxas e percentuais decorrentes de disparidades sociais e regionais.

Embora seja mais prevalente o grupo de idosos jovens, as informações investigadas confirmam aumento da população idosa no Brasil e seu avanço para idades maiores³. Entre os idosos, o grupo etário que mais cresce, são os idosos longevos (≥ 80 anos), com prevalência sendo ligeiramente superior à nacional³. Todavia, muito inferior a 20%, que é a encontrada em países desenvolvidos^{6,7}.

Para Lima Costa⁶ a escolaridade é uma importante variável a ser pesquisada, serve como indicador da situação socioeconômica, pois é uma característica que não tende a mudar após certa fase da vida. Alguns autores^{8,9} corroboram com os resultados deste estudo ao encontrarem em seus estudos alta prevalência de idosos com baixa escolaridade (96,0%) e (37%) residentes em zona rural⁹. Tal cenário encontrado se explica, em parte, porque muitos dos idosos que migraram da zona rural tiveram pouco acesso à escolaridade, em virtude de desigualdades na oferta e acesso ao sistema de ensino¹⁰.

A maior prevalência de idosos que referiram serem pardos/mulatos/caboclos deve-se ao fato do Brasil ser um país que possui grandes diversidades, regionais, raciais e históricas. Ademais, adaptação da população afrodescendente no estado do Maranhão fez desse o de maior população negra do Brasil e o 1º na população negra rural¹¹.

A variável situação conjugal tem relevância no campo psicossocial e existencial, ao contribuir na avaliação das condições de vida, ao considera as significações do matrimônio, viuvez, separações e divórcios. Associada às novas representações da família mostra uma relação determinante sobre o estado civil do idoso. A chamada família tradicional ou conjugal passa a coexistir cada vez mais com uma rede de interações que se institucionaliza de novas formas^{8,12}.

Penteado¹³ encontrou dados semelhantes na cidade de Curitiba, com maior prevalência de idosos casados seguidos de viúvos. Enquanto Farinasso⁸ num estudo na cidade de Jandáia do Sul (PR) encontrou valor muito inferior ao nosso (29,1%) dos idosos sendo casados ou vivendo com companheira(o) e ligeiramente superior ao nosso (17,4%) de idosos morando sozinhos.

A manifestação de culto religioso entre os idosos é um bom instrumento de ingressar na velhice, possibilitando vida social, interioridade através da fé e da oração, como também fornece possibilidades de se lidar com as rupturas, conflitos e perdas desta fase^{8,10}.

Em nosso estudo a amostra constituiu-se de idosos pertencentes ao catolicismo. Embora, a proporção de senis católicos tenha sido inferior a encontrada por outros autores (75,7%) e mais do que o dobro de evangélicos (34,3%)^{11,13}.

Os idosos entrevistados pertencem a famílias que residem em moradias próprias. Mesmo assim, essa proporção foi ligeiramente inferior à encontrada por Reis¹² (98,0%) que foi um terço superior a encontrada por Farinasso⁸ (60,0%). Os idosos que residem em famílias com moradia alugada foi ligeiramente inferior encontrada por Farinasso⁸ (10,0%). Contudo, os idosos que vivem com famílias que residem em moradias cedidas, se mostrou inferior a encontrada por Farinasso⁸.

Parcelas da popula o ainda estão submetidas ausência ou inadequa o na moradia e de serviços básicos predispondo a maiores riscos em sa de¹³. O resultado desta dinâmica urbana esclarece as rela es entre a apropria o do espaço (natural/construído) e as condi es de vida, identificando a existência de desigualdades sociais.

  nesse contexto urbano complexo e muitas vezes carente de serviços de infraestrutura básica que a popula o de idosos tem crescido. Já que   mais de quatro vezes menor o percentual de idosos que podem consumir água tratada em rela o aos que fazem consumo de água não tratada.

O estudo da estrutura familiar dos senis permite entender que ela não são intermedia a rela o entre o mercado e os indivíduos, mais também a distribui o de rendimentos e benefícios entre seus membros¹⁴. Os arranjos familiares funcionam como mecanismos de prote o social aos idosos, favorecem a convivência social, evitam o isolamento, a fragilidade emocional e a trajetória de abandono⁸.

Diferentemente dos países norte-americanos e europeus, a maioria dos senis brasileiros mora com a família. Contudo, essas famílias vêm gradualmente reduzindo o número de seus constituintes, graças a redu es no tamanho da prole, a viuvez, as separa es e os (re) casamentos⁸.

De acordo com Camarano¹⁴ o fato dos idosos terem a aposentadoria como única fonte de renda, associada   dificuldade de inser o no mercado de trabalho, os expõe a vulnerabilidade social. Além disso, os recursos advindos das aposentadorias   um dos fatores explicativos da menor pobreza das famílias àquelas que não contam com idosos aposentados.

Sumarizando as discussões que alguns autores fazem sobre a fun o de cuidador realizada pelos senis, demonstram que essa rela o intergeracional assegura o crescimento do grupo familiar, sendo considerada melhor soluço para o desenvolvimento das crianças, jovens, adultos e idosos. As rela es entre os idosos e seus parentes são muitas vezes de apoio mútuo: com permuta de segurança, econ mica, emocional e assistencial^{13, 14, 15}.

Paralelamente   condi o de cuidadores, a maioria dos senis pesquisados são provedores das famílias em que estão inseridos. Alguns autores também encontraram maior predominância de idosos (83,3%) independentes financeiramente a seus filhos ou de conjuge¹⁶. Em muitos casos, os benefícios previdenciários constituem a única fonte de renda das famílias. A fun o de provedor e cuidador exercida pelos idosos trazem aspectos positivos e emancipatórios para o grupo familiar no contexto social e comunit rio¹⁴.

O envelhecimento   um processo dinâmico e progressivo, provocando modifica es biopsicossociais que culminam com a perda paulatina da capacidade de adapta o ao meio ambiente^{17, 18}. Contudo, o envelhecer   uma experiência heterogênea que depende de seu curso de vida, elementos histórico-culturais, genéticos e ambientais que se d o de forma diferenciada para cada pessoa. Assim,   no campo da saúde que estão às principais consequências do crescimento da popula o idosa, o aumento da demanda por serviços médicos e sociais, com os crescentes gastos públicos nas intern es hospitalares (23%) de idosos⁷.

Lima-Costa⁶ estudando as tendências de mortalidade entre idosos no Brasil observou que os riscos

de morte sem assistência médica são acentuadamente mais altos do que entre os mais jovens. Superam as taxas de morte por todas as causas nas faixas etárias acima de 60, caracterizando menor assistência e excesso de mortalidade, que aumenta com a idade e atingem seu pico entre os idosos mais velhos de ambos os sexos⁷.

Estudos têm mostrado a dependência crescente dos idosos em rela o aos serviços ofertados pelo SUS^{17, 18, 19}, principalmente em a es e serviços de alta complexidade tecnológica e de consumo de recursos financeiros²⁰.

Segundo Loyola Filho *et al.*,²⁰ a taxa de internat o hospitalar para homens e mulheres ≥ 60 anos de idade   mais de duas vezes superior   verificada na faixa etária de 20-59 anos. Com isso, observa-se que as taxas de internat o e a dura o das internat es aumentam com a idade, sobretudo as doenças dos aparelhos circulatórios, respiratórios e digestivos^{18, 20}.

Os idosos buscaram atendimento no SUS porém essa estimativa foi inferior a encontrada por Lebrão e Laureti¹⁷ (60%) e por Coelho Filho e Ramos¹⁹ (61,4%). O percentual de idosos que afirmaram ter se submetido   internat o hospitalar nos últimos 12 meses foi ligeiramente inferior   nacional. Mostrando similitude de condi es e tendências de adoecimento e utiliza o da rede hospitaloc trica.

As doenças crônico-degenerativas e neoplásicas representam as principais causas de morbimortalidade na popula o idosa brasileira, correspondendo a 45% do total dos óbitos dessa popula o^{6, 18, 20}. Contudo, há enormes evidências de que a detec o precoce dos casos dessas morbidades, e por extensão, seu tratamento adequado e continuo controle, reduz a mortalidade por essas condi es cr nicas⁶.

A amostra entrevistada constituiu-se basicamente de idosos que realizam acompanhamento médico em decorrência da hipertensão arterial sist mica (HAS) (45,4%) seguido por (12,5%) portadores de diabetes. A propor o de HAS foi maior do que o percentual (15% a 20%) que atinge a popula o adulta brasileira^{16, 17}, porém bem inferior   encontrada por Assis²¹ que foi de 65% a 80%.

Os adultos foram envelhecendo e passaram a ter outros tipos de doença. Os fatores de risco para essas morbidades têm a sua origem no estilo de vida de uma sociedade industrial urbana ou na degrada o rural, acontece nos estilos, hábitos de vida e de saúde, nos modos de vida que determina o comer, viver e o adoecer^{3, 7, 15, 16, 17}.

Assim, as taxas dessas doenças podem ser minimizadas com a ado o e difusão de a es interdisciplinares estruturadas na promo o e manuten o da saúde, como meio para a qualidade de vida, inclusive na terceira idade¹⁸. Ademais, estudos têm mostrado que as condi es cr nicas não são consequências inevitáveis do envelhecer e que a es políticas podem efetivar melhores dinâmicas de vida.

Para Lima Costa⁶ desigualdades socioecon micas e geográficas estão associadas a piores taxas de acesso e uso de serviços de saúde entre os idosos. Tais desigualdades tem se apresentado numa estrutura frágil de aten o aos que chegam   terceira idade³.

Em rela o aos hábitos de saúde dos idosos, alguns estudos⁶ encontraram estimativas de fumantes em torno de 13,0%, taxa maior que a observada entre americanos (10,0%). Já em rela o ao consumo de  l-

cool, encontraram prevalência (15,0%), similares aos resultados deste estudo.

Para Lima Costa⁶ os idosos apresentam menos exposições de risco ao fumo e a bebida. Além disso, afirma que o consumo de cigarros e álcool são comportamentos individuais, que envolvem escolhas pessoais ou influências sociais. Como também, pode representar a influência da escolaridade sobre esses

comportamentos, tanto em jovens quanto em idosos.

As tendências demográficas projetadas para as próximas décadas, as condições sociais e de saúde, desigualdades e impactos, sugerem que a organização da atenção à saúde do idoso deve ser prioridade considerando-se as peculiaridades do envelhecimento em uma região como o nordeste.

Referências

- Both A. Gerontologia: educação e longevidade. Passo Fundo: Imperial; 1999.
- Rodrigues CG, Maia AG. Como a posição social influencia a auto-avaliação do estado de saúde? Uma análise comparativa entre 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública*, 2010; 26(4): 762-74.
- Veras, R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad Saúde Pública*, 2007; 23(10): 2463-66.
- Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial União*. 16 out 1996.
- Dean AG, Dean JA, Coulombier D et al. Epi Info, version 6.04: um sistema de processamento de texto, banco de dados e estatística para computadores. São Paulo: Centers of Disease Control; 2001.
- Lima-Costa MF. Escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*, 2004; 13(4): 201-08.
- Lima-Costa MF, Barretos S. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do desenvolvimento. *Epidemiol Serv Saúde*, 2003; 12(3): 203-12.
- Farinasso ALC. Perfil dos idosos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da família [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004. 129p.
- Veras RP. Velhice numa perspectiva de futuro saudável. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI; 2001.
- Fielder MM. Prevalência de baixa capacidade funcional entre idosos residentes na zona urbana de Joaçaba - Santa Catarina, 2003/2004. Joaçaba(SC) Universidade do Oeste de Santa Catarina; 2005. 85p.
- Maranhão. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2008-2011. São Luís; 2008.
- Reis ALOC. Idosos em família: chefia ou dependência: determinantes socioeconômicos e demográficos [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas; 2005.
- Penteado PTPS. Idoso: condições de vida, saúde e nutrição em distintos espaços intra-urbanos do município de Curitiba. *Rev Saúde Pública*, 2003; 37(1): 40-8.
- Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: problema para quem? Salvador: Bahia Análise e Dados, 2001; 10 (4): 36-48.
- Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saúde Pública*, 2003; 19(3): 773-81.
- Ferraz AF, Peixoto MRB. Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. *Rev Esc Enferm USP*, 1997; 31(2): 316-38.
- Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*, 2005; 8 (2).
- Loyola Filho, Giatti L, Afradique ME et al. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde* 2004; 13 (4): 239-46.
- Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*, 1999; 33(5): 445-53.
- Loyola Filho, Matos DL, Giatti L et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*, 2004; 13(4): 229-38.
- Assis M. Envelhecimento: limites e possibilidades. In: Assis M. Promoção da Saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro: CRDE/UnATI; 2002. p.30-41.

Marcadores do vírus da hepatite B (HBV) em candidatos à doação de sangue no Estado do Maranhão

Serological Markers of the hepatitis B virus (HBV) in blood donor candidates in Maranhão

Suelen Cíntia Campo Martins¹, Arlene de Jesus Mendes Caldas², Lena Maria Barros Fonseca², Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa², Doralene Maria Cardoso de Aquino²

Resumo

Introdução. A hepatite B é uma doença infecciosa, causada pelo vírus da hepatite B (VHB) com distribuição universal, sendo considerado um grave problema de saúde pública. Anualmente um milhão de óbitos no mundo são estimados devido a cirrose hepática ou ao carcinoma hepatocelular decorrentes da hepatite B. **Objetivo:** Determinar a prevalência dos casos positivos aos marcadores do VHB em candidatos à doação de sangue do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão. **Métodos:** Estudo transversal retrospectivo com 184.186 candidatos à doação de sangue atendido entre 2002 e 2006, no Centro de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão. Os dados foram coletados a partir dos registros, por meio de um formulário. **Resultados:** Encontrou-se 9.407 (5,1%) indivíduos positivos em pelo menos um dos marcadores do VHB. A maioria era do sexo masculino (73,9%), tinham ensino médio incompleto (40,1%), idade entre 25 e 34 anos (33,2%), e solteiros (50,9%). A prevalência de positividade entre 2002 a 2005 foi em torno de 5,5% e em 2006 foi de 4,27%. O anti-HBc foi o marcador mais frequente com prevalência de 4,58%. **Conclusão:** O teste anti-HBc foi o marcador mais identificado entre os testes de triagem. A baixa escolaridade representou um fator **significativo** entre os candidatos, pela associação com a falta de esclarecimentos sobre os riscos para a infecção pela hepatite B.

Palavras-chaves: Hepatite B. Doador de sangue. Epidemiologia.

Abstract

Introduction. The hepatitis B is an infectious disease caused by the Hepatitis B virus (VHB). This disease is spread worldwide and considered as a serious public health problem. It is estimated that one million people die every year due to hepatic cirrhosis or hepatocellular carcinoma caused by hepatitis B. **Objective.** To determine the positive cases of HBV serological markers in blood donor candidates in the Hematology Center and Hemotherapy of Maranhão. **Methods.** Retrospective cross-sectional study with 184,186 blood donor candidates from 2002 to 2006 in the Hematology Center and Hemotherapy of Maranhão. The data was collected from record sheets by using a form. **Results.** 9,407 (5.10%) individuals presented positive result in at least one of the HBV markers. Most individuals were male (73.9%), 40.1% had incomplete high school, 33.2% were between 25 to 34 years of age and 50.9% were single. The positivity prevalence between 2002 and 2005 was 5.5% and 4.27% in 2006. The anti-HBc was the most frequent marker with 4.58%. **Conclusion.** The anti-HBc marker was the most found marker among the screening tests. The low education level represented a significant factor among the candidates when associated to the lack of knowledge about the risk of HBV infection.

Keywords: Hepatitis B. Blood Donner. Epidemiology.

Introdução

A hepatite B é uma doença infecciosa, causada pelo vírus da hepatite B (VHB). Apresenta distribuição universal, sendo considerada um grave problema de saúde pública. Anualmente um milhão de óbitos no mundo são estimados devido a cirrose hepática ou ao carcinoma hepatocelular decorrentes da hepatite B. Dentre os agentes oncogênicos conhecidos para o desenvolvimento de câncer em humanos, o vírus VHB ocupa o segundo lugar, depois do tabaco^{1, 2}.

No Brasil, em 2000, o número de casos confirmados de hepatite B foi de 3.589. No estado do Maranhão de 1998 a 2006 foram notificados 16.389 casos de hepatites³. Destes, 13.113 (80%) foram sem etiologia definida ou com campo em branco. As hepatites com etiologia definida somaram 3.276 casos, sendo 518 (15,8%) de hepatite B³.

Em 2004, os 1.237 casos confirmados de hepatites virais no Maranhão, colocaram-no em quarto lugar da região Nordeste; destes, 16% foi de hepatite B, ficando atrás da hepatite A com 56%. Em 24% dos casos a etiologia estava indefinida, demonstrando que o diagnóstico

e a vigilância precisam ser implementados⁴.

Um dos maiores riscos de contaminação para transmissão do vírus da hepatite B (VHB) são as transfusões sanguíneas e de seus derivados. Desde a implantação da triagem obrigatória nos bancos de sangue (1978 para a hepatite B e 1993 para a hepatite C), a transmissão via transfusão de sangue e hemoderivados é relativamente rara^{5, 6}.

Estudos mostram que nos últimos anos, graças ao aprimoramento dos testes de triagem realizados nos bancos de sangue, a prevalência de doenças infecciosas pós-transfusionais têm diminuído consideravelmente, embora o risco continue existindo, ocorrendo aproximadamente uma a cada 63.000 unidades transfundidas^{6, 7}.

Antes da regulamentação dos bancos de sangue, a transfusão sanguínea constituía-se em potencial forma de propagação de hepatite B, pois somente com a descoberta da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) em 1983, surgiu uma preocupação até então não existente com a qualidade do sangue transfundido. A maioria dos bancos de sangue privados não apresentava as condições mínimas de funcionamento, nem de controle de qualidade, oferecendo sangue sem testagem,

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

²Enfermeira. Docente do Departamento de Enfermagem-UFMA

Contato: Doralene Maria Cardoso de Aquino. E-mail: doralene@elo.com.br

umentando a probabilidade de contaminação^{8,9}.

A Lei nº. 7.649, de 25 de janeiro de 1988, estabeleceu a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue e a realização de provas de laboratório obrigatórias para Hepatite B, Sífilis, Doença de Chagas, Malária e Aids¹⁰.

O VHB apresenta várias formas de transmissão tais como: sanguínea, sexual e vertical^{11,12}. A melhor forma de prevenção contra infecção pelo VHB é a vacinação. Por outro lado, têm demandado grandes esforços das unidades hemoterápicas em reduzir o risco de contaminação do VHB por meio dos hemocomponentes transfundidos realizando triagem nos candidatos a doadores de sangue.

O Centro de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão é responsável pela coleta e testagem de hemoderivados de sangue do Estado do Maranhão. Com demanda voluntária e um número significativo de descarte de bolsas devido a positividade nos exames sorológico da hepatite B, durante os exames de triagem, tem dificuldades em suprir a demanda do estado pela falta de sangue e hemoderivados. Assim, o presente estudo teve como objetivo conhecer a prevalência dos casos positivos aos marcadores do VHB em candidatos à doação de sangue do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, realizado com candidatos à doação no Centro de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão-HEMOMAR, atendidos no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2006, totalizando 184.186 doadores.

A HEMOMAR, instituição estadual localizada na cidade de São Luís-Maranhão, Tem como objetivos captar doadores, processar, estocar e distribuir hemocomponentes, além de atender e acompanhar pacientes com doenças hematológicas. Atende cerca de 3.900 doadores e 960 pacientes hematológicos por mês, com demanda de todo o Estado do Maranhão.

Os dados foram coletados a partir do banco de dados disponível no sistema de informação da instituição, por meio de um formulário. Considerou-se como marcadores do HBV, o critério adotado pelo centro: amostra positiva ao marcador HBsAg e ou Anti-HBc total na triagem sorológica somado a negatividade do anti-HBs. Os marcadores HBsAg e anti-HBc são responsáveis por detectar a presença do HBV e o anti-HBs representa o indicador de imunidade. Se o resultado deste último for positivo indica que a pessoa obteve contato prévio com o vírus, mas adquiriu imunidade, se for negativo, significa que a pessoa é portadora do vírus. Cada amostra é testada em duplicidade para posteriormente ser emitido o resultado final.

Os dados foram tabulados e analisados estatisticamente utilizando-se o software Epi-Info 2005, versão 3.3.2, com medidas de frequências. Para calcular a prevalência por ano foi utilizada a fórmula: número de casos positivos aos marcadores da hepatite B por ano de estudo sob número de candidatos doadores por ano de estudo multiplicado por cem.

Em atendimento à Resolução 196/96 do CNS e suas complementares, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão- CEP-HUUFMA com o protocolo Nº 503/2007.

Resultados

Os resultados mostraram que no período em estudo foram atendidos 184.186 candidatos a doadores. Dos candidatos, 9407 (5,1%) apresentaram resultado positivo para marcadores da HBV. Analisando a série histórica, observou-se que não houve alteração no percentual do HBV entre 2002 e 2005, porém, em 2006, houve uma ligeira diminuição no percentual (4,2) (Figura 1).

O anti-HBc foi o marcador mais identificado (4,5%) entre os testes de triagem e o HBsAg correspondeu a

Figura 1. Candidatos à doação de sangue, soropositivos ao vírus da hepatite B (HBV), de acordo com o ano. Centro de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão, São Luís-MA, 2002-2006.

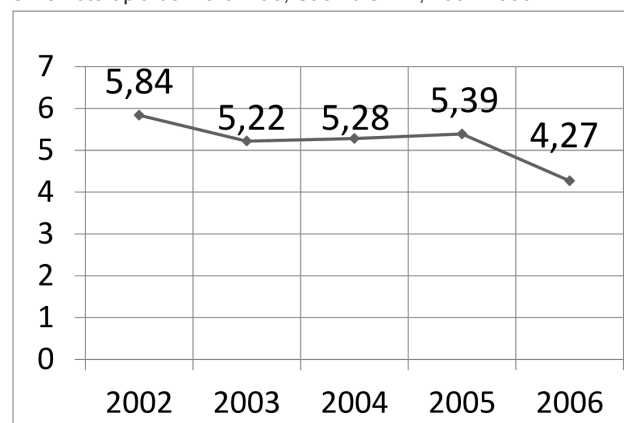
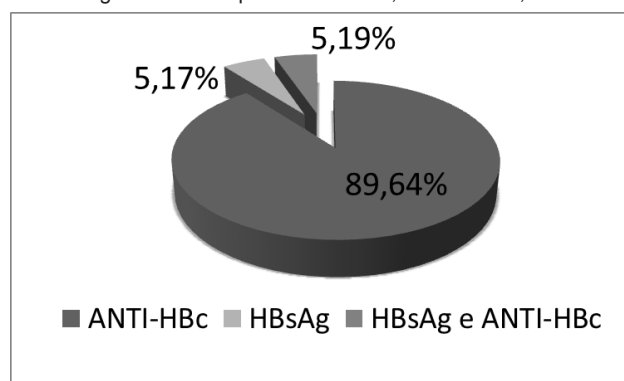


Figura 2. Candidatos à doação de sangue de acordo com a positividade aos marcadores do vírus da hepatite B (HBV). Centro de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão, São Luís-MA, 2002-2006.



0,26%, bem como para os dois marcadores associados (anti-HBc+HBsAg (Figura 2).

Quanto às características demográficas, verificou-se que a maioria dos candidatos a doadores era do sexo masculino (73,9%), de cor parda (79,3%), com ensino médio incompleto (40,1%), na faixa etária entre 25 e 34 anos (33,2%) e solteiros (50,9%). Do total de candidatos do sexo feminino (2.456) era positivo aos marcadores do HBV, com prevalência de 6,32% e o sexo masculino (6.951) era positivo, com prevalência de 4,7% (Tab.1)

A relação entre escolaridade e os marcadores mais frequentes para hepatite B mostraram que o anti-HBc foi mais frequente seguidos do HBsAg e da associação do Anti-HBc + HBsAg (Figura 3).

Figura 3. Escolaridade de candidatos à doação de sangue soropositivos ao vírus da hepatite B (HBV). Centro de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão, São Luís- MA, 2002-2006.

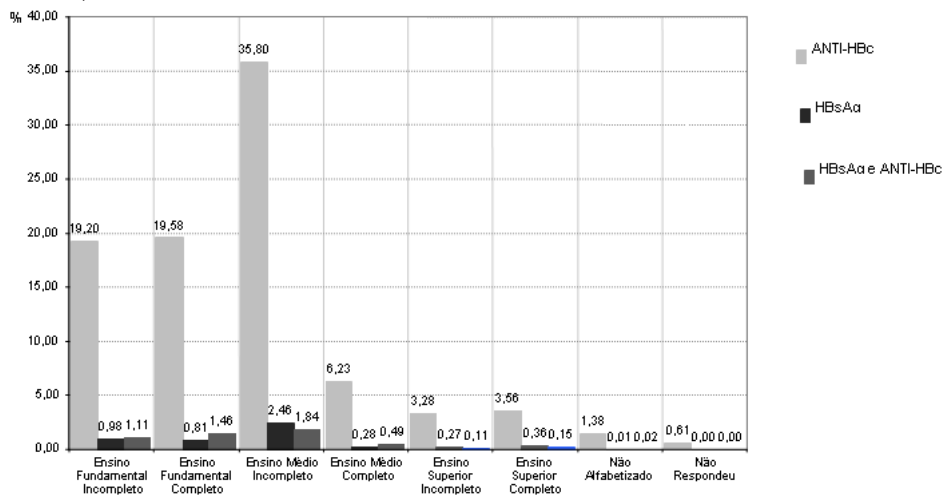


Tabela 1. Características sociais e demográficas de candidatos soropositivos para o Vírus da hepatite B (HBV). Centro de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão, São Luís-MA, 2002-2006

Características	n	%
Sexo		
Masculino	6951	73,89
Feminino	2456	26,11
Cor		
Branca	997	10,60
Parda	7463	79,33
Negra	856	9,10
Sem registro	91	0,97
Escolaridade		
Ensino Fund. Incompleto	2002	21,28
Ensino Fund. Completo	2055	21,85
Ensino Médio Incompleto	3772	40,10
Ensino Médio Completo	658	6,99
Ensino Sup. Incompleto	344	3,66
Ensino Sup. Completo	383	4,07
Não Alfabetizado	133	1,41
Sem registro	60	0,64
Faixa Etária		
18 a 24	1023	10,87
25 a 34	3122	33,19
35 a 44	2768	29,42
45 a 54	1857	19,74
55 a 65	637	6,77
Estado Civil		
Solteiro	4788	50,90
Casado	4143	44,04
Viúvo	100	1,06
Desquitado	11	0,12
Divorciado	60	0,64
Separado	43	0,46
Outros	200	2,13
Não respondeu	62	0,66
TOTAL	9.407	100,00

Discussão

Na população geral, a soroprevalência de anti-HBc foi determinada em 1,2% para região Nordeste, 5,5% na região Sudeste, 7,6% na região Sul e 21,4% na região Norte, sendo esta última considerada uma área de alta endemicidade para a hepatite B¹¹. Entretanto resultados deste estudo evidenciaram uma prevalência de positividade em pelo menos um dos marcadores do HBV de 5,1%, portanto, superior a encontrada em outras regiões^{7,12,13}.

Observou-se predomínio do anti-HBc em comparação com os demais perfis sorológicos, equiparando-se com outros estudos entre doadores de sangue^{7,14,15}. A frequência deste marcador foi inferior à relatada em pesquisa realizada em área endêmica no interior do estado do Acre (54,8%)¹⁸, bem como a prevalência do HBsAg em Ribeirão Preto (0,6%)¹⁵ e dos dois marcadores associados (Anti-HBc e HBsAg), onde a prevalência foi de 0,36%⁷.

Estudos têm demonstrado que as diferenças referentes à prevalência de positividade aos marcadores do HBV podem variar entre regiões, devido a fatores como: triagem prévia do doador de sangue, perfil do doador que procura o banco de sangue, porcentagem de pessoas que doam sangue pela primeira vez e testes com técnicas diferentes empregados nas pesquisas sorológicas⁷. Neste estudo, observou-se que a positividade do anti-HBc foi aproximadamente 17 vezes maior que os valores dos demais perfis sorológicos.

A faixa etária predominante encontrava-se entre 25 a 46 anos de idade, assemelhando-se aos resultados em estudo realizado em Ribeirão Preto¹⁵. O comportamento dos marcadores em cada faixa etária apresentou pequena variação, pois em algumas, houve predomínio do HBsAg em relação aos dois marcadores associados. A predominância dos adultos jovens e das pessoas de meia idade sugere maior exposição a fatores de risco para contrair o VHB, uma vez que os indivíduos que se encontram nestas faixas etárias apresentam maior exposição aos fatores de risco, principalmente o de transmissão sexual, estando sujeitos à prática sexual desprotegida¹⁶. Outra explicação a este achado pode estar relacionada à vacinação para a hepatite B em menores de um ano, que começou a ser implantada a partir de 1994 por recomendação da Organização Mundial da Saúde¹⁷. Dessa forma, supõe-se que a população que

se encontra em faixas etárias mais avançadas, em sua maioria, não está imunizada para este agravo.

Dentre os aspectos epidemiológicos, verificou-se que a maior frequência foi entre os solteiros. Este fato pode estar associado ao comportamento de risco para aquisição da hepatite B pela via sexual ou ao não uso de preservativos e ainda ao maior número de parceiros (as) sexuais¹⁵.

Quanto à escolaridade, a maior frequência de positividade (40,10%) foi nas pessoas que possuíam ensino médio incompleto diferente, portanto, dos achados no Acre, onde predominaram as pessoas com ensino fundamental incompleto (9,39%)¹⁸. Ao se relacionar a variável escolaridade aos marcadores, observou-se que os candidatos com ensino médio incompleto, o HBsAg obteve frequência maior do que os dois marcadores associados. Entretanto os candidatos que possuíam apenas o ensino fundamental completo, a frequência dos dois marcadores associados foi maior do que a do HBsAg. A associação dos marcadores (Anti-Hbc+HBsAg) apontam os doadores como prováveis portadores crônicos da hepatite B, sugerindo que uma menor escolaridade, devido a menor condições de esclarecimentos, pode estar associada a um risco maior para a aquisição de hepatite B crônica¹⁹.

Em relação à prevalência por sexo, o resultado encontrado foi semelhante ao encontrado por Paltanin e Reiche¹⁴ em estudo realizado no Paraná, onde encontrou que 2.461 (24,4%) pessoas da amostra eram do sexo feminino e 7.629 (75,6%), do sexo masculino, com idade variando de 18 a 65.

A prevalência de positividade nas mulheres representa um achado diferente de outros estudos, que em sua maioria demonstram uma prevalência maior no sexo masculino^{20,21}. Porém, não há evidências que comprovem uma maior suscetibilidade do sexo masculino à infecção viral, o que pode estar associado a fatores comportamentais.

De acordo com Gir e Gessolo²² esse achado pode ser explicado pelo comportamento peculiar entre as mulheres: o hábito de compartilhar objetos pérfuro-cor-

tantes como alicates e barbeadores nos salões de beleza ou mesmo em casa e a pouca informação ou interesse para com as medidas de prevenção relacionadas ao uso compartilhado de objetos pérfuro-cortantes, aliados ao processo de desinfecção/esterilização utilizados pelas manicures de forma inadequada.

Outros autores referem ainda que a grande quantidade de positividade para os marcadores do HBV durante os testes de triagem, provavelmente é devido em parte pelos testes utilizados em bancos de sangue possuir sensibilidade maior do que os empregados para o diagnóstico clínico, devido à necessidade de se detectar todas as pessoas infectadas e excluir os falso-negativos resultando, entretanto em um considerável número de resultados falso-positivos²⁰.

A maior discussão a este fato, diz respeito ao anti-HBc isolado (reagentes para anti-HBc e não reagentes para HBsAg e anti-HBs), pois a presença deste perfil sorológico está associada a infecção antiga com baixos níveis de anti-HBs, período de janela imunológica, portador crônico com HbsAg não detectável e principalmente falsa reação positiva¹⁶. O controle e a realização do marcador anti-HBc é um assunto muito controverso, à medida que leva à recusa de um elevado número de doadores, os quais são considerados como definitivamente inaptos à doação, embora não sejam encaminhados para acompanhamento em serviços especializados.

Por outro lado, apesar do resultado isolado do anti-HBc definir o descarte desnecessário de bolsas de sangue, pode também estar detectando infecção passada, com baixos níveis de anti-HBs ou ainda evitando, mesmo que em pequeno número de casos, a transmissão de cepas mutantes, ou cepas selvagens que não são detectadas pelas limitações nos métodos convencionais ainda utilizados na triagem dos doadores de sangue⁷.

O sexo feminino foi mais positivo aos marcadores do HBV e, o anti-HBc foi o marcador mais identificado entre os testes de triagem. A baixa escolaridade representou um fator significativo entre os candidatos, pela associação com a falta de esclarecimentos sobre os riscos para a infecção pela hepatite B.

Referências

1. Gonçalves FLJ. Hepatite B. In: Tratado de Infectologia. Veronesi R, Foccacia R. Tratado de Infectologia. São Paulo: Ateneu; 1997.
2. Varaldo C. Hepatite B (HBV). 2007 [capturado 2007, mar 10]; Disponível em: http://www.hepab.com.br/html/mod_oq.asp?nav=2.
3. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Relatório situacional: Maranhão 2 ed. Brasília: 2009.64p
4. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Relatório situacional: Maranhão 2 ed. Brasília: 2006c.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: MS; 2005. 816 p.
6. Toledo Jr AC, Greco DB, Felga M, Barreira D, Gadelha MFS, Speranza FAB. Seroprevalence of hepatitis B and C. In: Brazilian army conscripts in 2002: a cross-sectional study. Brazilian Journal of Infectious Diseases, 2005; 9: 374-383.
7. Caetano MM, Beck ST. Importância da detecção de anticorpos anti-HBc na prevenção da transmissão do vírus da hepatite B (VHB) em bancos de sangue. RBAC, 2006; 38 (4) 235-237.
8. Minc, Carlos. Projeto de Lei nº 1628/97. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização de testes sorológicos para as doenças de chagas, sífilis, hepatites, sida/aids, htlv-i/h, em todos os estabelecimentos hemoterápicos e sobre a responsabilidade destes pela qualidade do sangue que fornecem. [Capturado 2007 jul 7] Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/scpro>.

9. Melo A. Saiba como Montagnier isolou o HIV e Gallo demonstrou que era o causador da doença. 2003[Capturado 2007 dez 10] Disponível em: <http://cienciahoje.uol.com.br/controlPanel/materia/view/2879>.
10. Brasil. Senado Federal. Lei Nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988[Capturado 2007 jul 10] Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=109104>.
11. Aguiar ZN, Ribeiro MCS. Vigilância e Controle das Doenças Transmissíveis. 2 ed. São Paulo: Martinari; 2006.
12. Anastácio J, Johann AA, Silva AL, Colli SJRC, Panagio LA. Prevalência do vírus da hepatite B em indivíduos da Região centro-ocidental do Paraná, Brasil. Rev. Saúde e Biol, 2008; 3(2):10-15.
13. Silva RSU, et al. Avaliação da pré triagem sorológica para o marcador do vírus da hepatite B (anti-HBc) total em candidatos a doação de sangue no Estado do Acre 2002. Rev Soc Bras Med Trop, 2006; 39 (2): 179-182.
14. Paltanin LF, Reicheb EMV. Soroprevalência de anticorpos antivírus da hepatite C em doadores de sangue, Brasil. Rev Saúde Pública, 2002;36(4):393-9 393
15. Valente V B, Covas DT, Passos ADC. Marcadores sorológicos das hepatites B e C em doadores de sangue de Ribeirão Preto, SP; 2002. Rev Soc Bras Med Trop, 2005; 38 (6):488-492.
16. Chavèz JH, Campana SG, Haas P. Panorama da Hepatite B no Brasil e no Estado de Santa Catarina. Pan American Journal of Public Health, 2003; 14(2): 91-96.
17. Aquino JA, Pegado KA, Barros LP, Machado LFA. Soroprevalência de infecções por vírus da hepatite B e vírus da hepatite C em indivíduos do Estado do Pará. Rev Soc Bras Med Trop, 2008; 41(4): 334-337.
18. Jorge SG. Hepatite B. 2003[Capturado 2008 set 23] Disponível em: http://www.hepcentro.com.br/hepatite_b.htm.
19. Ministério da Saúde. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis DST. 4 ed. Brasília: MS; 2006 b.
20. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: MS; 2006. 816 p.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Departamento de População e Indicadores Sociais. Síntese dos indicadores sociais-2004. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
22. Gir E, Gessolo F. Conhecimentos Sobre AIDS e Alterações nas Ações Profissionais das Manicures de Ribeirão Preto. Rev. Esc. Enf. USP, 1998; 32 (20): 91-100.

Relação entre a idade materna e condições perinatais no município de Augustinópolis-TO

Relationship between maternal age and perinatal conditions in the municipality of Augustinópolis-TO

Francisco Gomes de Santana¹, Floriacy Stabnow Santos², Marcela de Oliveira Feitosa³, Flávia Baluz Bezerra de Farias², Felipe César Stabnow Santos⁴, Marcelino Santos Neto⁵, Leonardo Hunaldo dos Santos⁶

Resumo

Introdução: As condições de nascimento são determinantes para a saúde de uma criança, de forma que a assistência pré-natal tem merecido destaque crescente. Desta forma, a saúde materno-infantil permanece como um campo de intensa preocupação na Saúde Pública. **Objetivos:** Relacionar a idade materna com intercorrências no parto de mulheres nas idades extremas no município de Augustinópolis-TO. **Métodos:** Estudo analítico, transversal, com abordagem quantitativa, utilizando dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos no ano de 2008. Analisou-se peso ao nascer, idade gestacional, índice de ápgar em três grupos diferentes de idade materna. **Resultados:** Existe relação significativa entre o tipo de parto e a faixa etária de mãe bem como existe relação entre a duração da gestação e a faixa etária de mãe. Esta relação também foi estabelecida considerando o peso ao nascer. Um aspecto negativo evidenciado associado à idade foi o número de consultas pré-natal, observando-se que as mulheres em idades avançadas foram as que em maior porcentagem não realizaram nenhuma consulta. **Conclusões:** Os resultados mostraram existência de uma relação entre a gravidez na adolescência e após os 35 anos nas condições perinatal relacionadas ao baixo peso ao nascer, baixo índice de Apgar e prematuridade. A frequência de partos normais diminuiu com o aumento da idade e maior ocorrência de partos cirúrgicos. As adolescentes realizaram maior número de consultas, condição essencial para condução da assistência pré-natal de qualidade e sem risco.

Palavras-chaves: Gestação. Idade materna. Nascimento.

Abstract

Introduction: The conditions of birth are important for the health of a child, so that the prenatal assistance has been increasingly highlighted. Thus, the maternal and infant health remains as a field of deep concern in public health. **Objectives:** To associate the maternal age with intercurrents in the delivery of older women in the municipality of Augustinópolis-TO. **Methods:** Analytical and cross-sectional study with quantitative approach, which used data from the Information System on Live Births in 2008. We analyzed the birth weight, gestational age, apgar score in three different maternal age groups. **Results:** There is significant relationship between the type of birth delivery and the mother age group as well as between the length of gestation period and the mother age group. This relationship was also established considering the birth weight. A negative aspect associated with age was the number of prenatal consultations, which showed that women in older ages were the majority that did not make consultations. **Conclusions:** The results confirmed the existence of a relationship between pregnancy in the adolescence and after 35 years of age with the perinatal conditions related to low birth weight, prematurity and low apgar score. The frequency of normal births decreases as age increases and there are more surgical deliveries. The teenagers made more consultations, which is the essential condition for a high-quality and risk-free prenatal assistance.

Keywords: Pregnancy. Maternal age. Birth.

Introdução

As condições de nascimento são determinantes para a saúde de uma criança, e essas condições podem ser fortemente influenciadas pela idade materna. Sabe-se que a gravidez ocorrendo tanto na adolescência quanto em idades mais avançadas do período reprodutivo feminino, pode ser considerada como preocupante e merecedora de atenção em função das possíveis consequências tanto sobre a saúde materna quanto sobre os indicadores de saúde do recém-nascido, ou seja, sobre as condições perinatais. A idade materna pode exercer influência tanto sobre as condições de nascimento de uma criança quanto na saúde da própria puérpera, e apesar de existirem controvérsias a respeito da força que apenas a idade de forma isolada seja responsável pelos problemas de uma gestação em adolescentes e em mulheres que engravidam tardia-

mente, é conhecida a influência do fator idade sobre a gestação¹.

Mulheres com idade inferior aos 20 anos iniciam as consultas pré-natais de forma tardia, consideram a gravidez como indesejada com maior frequência que mães não adolescentes e são as que apresentam maior incidência de partos prematuros, enquanto as mulheres com idade superior aos 35 anos são as que apresentam maiores índices de complicações obstétricas em virtude de doenças crônicas pré-existentes e do envelhecimento das funções ovarianas².

Em uma retrospectiva histórica sobre a saúde materno-infantil, na primeira metade do século XX, constatou-se a consolidação do conhecimento e da prática médica obstétrica e neonatal, avanços estes que culminaram com uma redução significativa tanto da mortalidade materna quanto perinatal, em particular nos países desenvolvidos. Entretanto, nos países

¹. Enfermeiro. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Hospital Municipal de Augustinópolis-TO.

². Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública EERP/ USP. Docente da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

³. Enfermeira. Mestranda em Ciências Ambientais UNITAU. Docente da Faculdade do Bico do Papagaio.

⁴. Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família. Docente da Sociedade de Ensino Tecnologia Educação e Cultura - DF.

⁵. Farmacêutico-bioquímico. Doutorando em Saúde Pública EERP USP. Docente da UFMA.

⁶. Biólogo. Doutorando em Melhoramento Genético Animal UFC. Docente da UFMA.

Contato: Floriacy Stabnow Santos. E-mail: floriacy@gmail.com

subdesenvolvidos, persiste a preocupação com a frequência que ainda ocorrem mortes de mulheres e crianças por complicações decorrentes da gravidez e do parto, a maioria destas evitáveis por meio de uma adequada assistência pré-natal³.

A assistência pré-natal tem merecido destaque crescente e em especial na atenção à saúde materno-infantil, que permanece como um campo de intensa preocupação na história da Saúde Pública. No Brasil, a persistência de índices preocupantes de indicadores de saúde, como os coeficientes de mortalidades maternas e perinatais, tem motivado o surgimento de um leque de políticas públicas que focalizam o ciclo gravídico-puerperal. Entretanto, essas políticas têm se fundamentado principalmente no incremento da disponibilidade e do acesso ao atendimento pré-natal⁴.

Segundo Coimbra *et al.*,⁵ o controle pré-natal deve ser iniciado precocemente, ter cobertura universal, ser realizado de forma periódica, estar integrado com as demais ações preventivas e curativas e deve ser observado um número mínimo de consultas. Seu sucesso depende, em grande parte, do momento em que ele se inicia e do número de consultas realizadas.

Inúmeros fatores podem levar uma gravidez ao risco. Independente de sua classificação como fator de risco demográfico, estatístico, social, pessoal ou de identificação inicial, a idade materna tem sido considerada condição de risco, sempre que a gravidez ocorre fora da faixa etária ideal para a parturição, ou seja, nos extremos da vida reprodutiva, sejam essas gestações precoces ou tardias⁶.

A gravidez na adolescência é comumente referida como sendo a que ocorre antes dos 20 anos⁷. Segundo Magalhães *et al.*,⁸ pacientes com idade inferior a 16 anos são consideradas adolescentes precoces, e pacientes com idade entre 16 e 19 anos e 364 dias são classificadas como adolescentes tardias. No Brasil, tem sido referido aumento da incidência da gravidez na faixa etária correspondente à adolescência com números que vão de 14 a 22%⁹.

Em 1958, o Conselho da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia definiu o termo primíparas idosas para as pacientes que apresentassem gestação com idade igual ou superior aos 35 anos e, atualmente, denomina-se gestação tardia as mulheres após os 35 anos de idade e aquelas com mais de 45 anos são consideradas de idade materna muito avançada. O número de primigestas com mais de 30 anos dobrou, na última década, e ocorreu um acréscimo de 80% dos casos de gravidez em mulheres com mais de 40 anos, os autores referem ainda que no ano de 2000 cerca de 10% do total de nascimentos registrados se deu em mulheres com 35 anos ou mais¹⁰.

Dentre os motivos que explicam essa tendência crescente à gestação em idades mais avançadas, destacam-se o aumento do número de mulheres no mercado de trabalho, efetivo controle da natalidade, os avanços da reprodução artificial ou assistida, os avanços na atenção à saúde voltada à maternidade em idades extremas, o casamento adiado, e as taxas de divórcios seguidas por novas uniões⁶.

Neste contexto, torna-se essencial realizar estudos que demonstrem a relação existente entre a idade materna e as condições perinatais em diversas localidades, pela relevância da temática no que diz respeito à assistência materno-infantil, além da inexistência de trabalhos realizados nesta região. Desta forma,

desenvolveu-se um estudo com o objetivo principal de relacionar a idade materna com condições perinatais no município de Augustinópolis-TO.

Métodos

Estudo analítico, transversal, com abordagem quantitativa. Foi considerado para efeito desta análise, o total de nascidos vivos no município de Augustinópolis-TO em 2008. Assim, foram levados em conta os registros oficiais relativos ao Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) disponíveis no banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) coletados no mês de outubro de 2010 sendo excluídos dados considerados "ignorados".

Foi adotada uma divisão de três grupos de faixas etárias para as mulheres grávidas: GI - 10 a 19 anos; GII - 20 a 34 anos e GIII - 35 anos ou mais.

Na análise da variável número de consultas pré-natais, foram considerados seguintes valores: nenhuma; 1 a 6 consultas; 7 ou mais consultas. Quanto à idade gestacional foram considerados os seguintes intervalos: até 36 semanas (parto pré-termo); de 37 a 41 semanas (parto a termo) e acima de 42 (gravidez prolongada).

Com relação à análise do índice de Apgar do primeiro minuto de vida, foram adotados os valores 0 a 5; 6 a 7; 8 a 10. Quanto ao peso ao nascer, a faixa 2500 a 3999 g foi considerada como ideal; abaixo de 2500 g baixo peso; e 4000 g ou mais como sobrepeso.

Todas as variáveis foram relacionadas com as faixas etárias definidas e os dados devidamente expostos em forma de tabelas, sendo determinadas as frequências simples e valores percentuais.

A relação entre as faixas etárias das mulheres grávidas com: o tipo de parto, duração da gestação, peso ao nascer, número de Apgar no 1º minuto e o nº de consultas pré-natal foram avaliadas pelo teste Qui-Quadrado de comparação de proporções a 5% de significância. Este teste visa comparar duas ou mais populações quanto a uma variável qualitativa, onde as frequências observadas são confrontadas com as esperadas. Estas frequências esperadas foram calculadas pela fórmula:

Para as características que apresentaram significância, realizou-se a análise dos resíduos para auxiliar a interpretação dos dados.

Resultados

Durante o ano de 2008 foram registrados no Sistema Nacional de Nascidos Vivos 2014 nascimentos por ocorrência no município. Os registros foram distribuídos de acordo com a idade materna, ou seja, GI (10-19 anos); GII (20-34 anos) e GIII (>35 anos) observou-se que 32,22% dos partos ocorreram entre mães adolescentes, 62,56% entre mulheres com faixa etária pertencente ao Grupo II e, 5,22% ocorreram entre mulheres com idade igual ou superior a 35 anos.

A relação entre o tipo de parto e a faixa etária de mãe está apresentada na Tabela 1. Houve uma associação significativa ($p < 0,05$) entre o tipo de parto e a idade da mãe, onde este dependeu da faixa etária da mãe. Na análise dos resíduos, constatou-se que o GI tendeu a realizar mais partos normais e menos cesáreos, ao contrário do GII que realizaram mais cesáreos do que normais. O GIII não apresentou relação com

o tipo de parto, seguindo o padrão geral. Ainda que tenha apresentado uma diferença visível, esta não foi significativa, muito provavelmente devido ao número de observações deste grupo.

Na Tabela 2, observa-se a relação entre a duração da gestação e a faixa etária de mãe. Estas variáveis apresentaram-se associadas ($p < 0,05$), onde o GI teve mais partos pré-termo e menos a termo que o esperado, já a quantidade de partos prolongados seguiram o padrão geral. No GII, a quantidade de partos pré-termo e prolongados foram abaixo do esperado, enquanto que partos a termo apresentaram uma quantidade maior que a esperada. No GIII, apenas a gestação prolongada apresentou uma quantidade maior que a esperada, enquanto que, as gestações pré-termo e a termo seguiram o padrão.

A relação entre o peso ao nascer dos bebês com a faixa etária da mãe está presente na Tabela 3. O peso ao nascer dependeu da faixa etária da mãe ($p < 0,05$). O GI apresentou mais bebês com baixo peso e menos com sobrepeso em relação ao padrão geral, no entanto, o número de bebês com peso ideal não variou do padrão. O GII apresentou comportamento inverso ao GI, tendo menos bebês com baixo peso e mais com sobrepeso em relação ao padrão geral, já o número de bebês com peso ideal não variou do padrão geral. No GIII apenas o peso ideal apresentou uma quantidade menor que a esperada, enquanto que, o baixo peso e sobrepeso seguiram o padrão.

Na Tabela 4, observa-se a relação entre Apgar no 1º minuto de vida e a faixa etária de mãe. Para estas variáveis não foi encontrada uma relação de dependência,

Tabela 1. Tipo de parto e faixa etária materna dos nascidos vivos ano de 2008, Augustinópolis/ TO. 2010.

Tipo de parto	GI'		GII'		GIII		Total
	Obs	Esp	Obs	Esp	Obs	Esp	
Normal	513,00*	479,98	910,00*	936,89	72,00	78,14	1.495,00
Cesárea	132,00*	165,02	349,00*	322,11	33,00	26,86	514,00
Total	645,00	645,00	1.259,00	1.259,00	105,00	105,00	2009,00

Fonte: SINASC, 2010.

¹. Excluídos 4 casos ignorados no GI e 1 no GII. Obs = Observado. Esp = Esperado.

*Valor observado diferiu significativamente do respectivo esperado ($p < 0,05$) na análise dos resíduos.

Tabela 2. Duração de gestação e faixa etária materna dos nascidos vivos ano de 2008, Augustinópolis/ TO. 2010.

Duração da Gestação	GI		GII		GIII		Total
	Obs	Esp	Obs	Esp	Obs	Esp	
Pré-termo	19,00*	12,88	19,00*	25,04	2,00	2,09	40,00
A termo	625,00*	631,90	1.238,00*	1.228,70	100,00	102,39	1.963,00
Prolongada	4,00	3,22	3,00*	6,26	3,00*	0,52	10,00
Total	648,00	648,00	1.260,00	1.260,00	105,00	105,00	2.013,00

Fonte: SINASC, 2010.

Excluídos 1 caso ignorado no GI. Obs = Observado. Esp = Esperado.

*Valor observado diferiu significativamente do respectivo esperado ($p < 0,05$) na análise dos resíduos.

Tabela 3. Peso ao nascer e faixa etária materna dos nascidos vivos ano de 2008, Augustinópolis/ TO. 2010.

Peso ao nascer	GI		GII		GIII		Total
	Obs	Esp	Obs	Esp	Obs	Esp	
Baixo peso	60,00*	41,25	58,00*	80,08	10,00	6,67	128,00
Peso ideal	569,00	565,86	1.102,00	1098,59	85,00*	91,55	1.756,00
Sobrepeso	20,00*	41,89	100,00*	81,33	10,00	6,78	130,00
Total	649,00	649,00	1.260,00	1.260,00	105,00	105,00	2.014,00

Fonte: SINASC, 2010.

Obs = Observado. Esp = Esperado.

*Valor observado diferiu significativamente do respectivo esperado ($p < 0,05$) na análise dos resíduos.

Tabela 4. Apgar no 1º. Minuto de vida e faixa etária materna dos nascidos vivos ano de 2008, Augustinópolis/ TO. 2010.

Apgar no 1º minuto	GI		GII		GIII		Total
	Obs	Esp	Obs	Esp	Obs	Esp	
0 a 5	36,00	40,92	80,00	79,45	11,00	6,62	127,00
6 a 7	101,00	94,74	175,00	183,93	18,00	15,33	294,00
8 a 10	512,00	513,34	1.005,00	996,61	76,00	83,05	1.593,00
Total	649,00	649,00	1.260,00	1.260,00	105,00	105,00	2.014,00

Fonte: SINASC, 2010.

Obs = Observado. Esp = Esperado.

logo, o número de Apgar no 1º minuto não depende da faixa etária da mãe, seguindo o padrão geral para os três grupos analisados.

O número de consultas pré-natal realizadas por faixa etária materna pode ser visualizada na Tabela 5. No GI, o número de consultas “nenhuma” seguiu o padrão geral, enquanto que, o número de consultas “1

a 6” foi maior e “7 ou mais” foi menor que o esperado. No GII, o número de consultas não variou em relação à faixa etária de mãe. Já no GIII apenas o número de consultas “nenhuma” apresentou uma quantidade maior que a esperada, enquanto que, “1 a 6” e “7 ou mais” seguiram o padrão geral.

Tabela 5. Número de consultas pré-natal realizadas e faixa etária materna dos nascidos vivos ano de 2008, Augustinópolis/ TO. 2010.

Consultas Pré-Natal	GI		GII		GIII		Total
	Obs	Esp	Obs	Esp	Obs	Esp	
Nenhuma	5,00	4,51	6,00	8,76	3,00*	0,73	14,00
1 a 6	434,00*	410,73	780,00	796,72	60,00	66,55	1.274,00
7 ou mais	209,00*	232,76	471,00	451,52	42,00	37,72	722,00
Total	648,00	648,00	1.257,00	1.257,00	105,00	105,00	2.010,00

Fonte: SINASC, 2010.

Excluídos 1 caso ignorado no GI e 3 no GII. Obs = Observado. Esp = Esperado.

*Valor observado diferiu significativamente do respectivo esperado ($p < 0,05$) na análise dos resíduos.

Discussão

Devido as grandes dimensões do Brasil e considerando ainda as grandes diferenças sócio-econômico-culturais entre as populações, evidenciam-se fatores de riscos diversos para as várias regiões tais como características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior à gestação atual, doenças obstétricas na gestação atual, intercorrências clínicas e a idade materna constitui-se fator que pode complicar a vida da mãe e do bebê⁴.

Santos *et al.*,⁹ constataram que o percentual de gestantes adolescentes foi de 21,6% em 2005 e, em 2006, o percentual de nascidos vivos de mães com idade acima de 35 anos foi de 9,55%. Assim, o resultado encontrado nesse estudo para nascidos vivos de mães adolescentes foi de 32,22%, apresentando-se maior que a média nacional e o percentual de gestação em idade superior a 35 anos foi de 5,22%, ou seja, inferior à média nacional. Esses mesmos autores justificam que quanto maior o nível de desenvolvimento de uma região e de nível socioeconômico e cultural diferenciado pode causar alterações nas faixas percentuais, no entanto, enfatiza-se que o percentual de gestações na adolescência na população em estudo é bastante significativo.

Na população em estudo, verifica-se uma predominância de partos normal em detrimento ao parto do tipo cesariana, no entanto, observa-se um maior percentual de cesarianas no GII que corresponde às gestantes com idade que variou de 20 aos 35 anos de idade. Os resultados encontrados em estudo realizado por Santos *et al.*,⁹ mostraram que à medida que a idade materna aumenta, diminui o número de partos normais, divergindo dos apresentados neste estudo, uma vez que não houve relação significativa entre a idade materna e o tipo de parto no GIII.

Ximenes e Oliveira¹² em seu trabalho também evidenciaram um maior número de partos normais nas adolescentes entre 10 e 19 anos (70,2%) e, nas parturientes acima de 35 anos, revelou-se uma quantidade ligeiramente superior (51,4%) nos partos cirúrgicos. Nomura *et al.*,¹³ verificou em seu estudo que as pacientes com idade superior ou igual a 35 anos apresentaram maior proporção de partos cesárea. Sabe-se que as ocorrências de anormalidades clínicas, como, por exemplo, a hipertensão arterial crônica e diabe-

tes, são diretamente proporcionais à idade materna, influenciando muitas vezes, no aumento da incidência de cesarianas. Para a população deste município em estudo, o número de cesariana não sofreu influência dessas condições clínicas.

Andrade *et al.*,¹¹ também enfatizam a este respeito que a idade materna mais avançada gera ansiedade no médico com relação ao bem estar fetal, o que pode induzir a escolha da via de parto aumentando o número de cesáreas.

Observa-se um maior percentual de prematuridade esperada no GI o que está de acordo com outros estudos semelhantes já realizados, como o de Santos *et al.*,⁹ onde o percentual de prematuridade foi de 21,9% entre adolescentes e de 19,9% entre as mulheres com idade avançada, enquanto apenas 16,1% das gestantes com idade ideal tiveram registro de parto pré-termo. Azevedo *et al.*,¹⁴ sugerem a hipótese de que o parto pré-termo nas adolescentes poderia ser considerado uma forma de resposta adaptativa à imaturidade física dessas mulheres, visando assegurar melhor prognóstico a fetos menores, enquanto em mulheres de idade avançada, a prematuridade estaria associada a fatores com intercorrências clínicas (hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatia e infecção urinária) e obstétricas (ruptura prematura de membranas e placenta prévia).

Também foi observado uma frequência ligeiramente maior de baixo peso nos filhos das gestantes tardias, corroborando com estudo de Andrade *et al.*,¹¹ cuja informação é condizente com a literatura especializada.

Em Fortaleza, os números obtidos por Ximenes e Oliveira¹², reiteraram que mães em idades extremas têm maiores chances de darem a luz a bebês com baixo peso de forma que a proporção de recém-nascidos com peso abaixo de 2500g chegou a 8,1% em mães jovens, 6,8% nas gestantes com idade “ideal” e 10,8% em mulheres acima de 40 anos.

Com relação aos fatores associados ao baixo peso ao nascer entre os filhos de parturientes acima de 40 anos, podem ser citados a hipertensão arterial, ruptura prévia de placenta, cardiopatias e infecção urinária¹¹. Além desses fatores, alguns autores consideram que gestantes menores de 16 anos, ainda em processo de crescimento, parecem competir por nutrientes com os fetos, e seus recém-nascidos cos-

tumam apresentar a média de peso inferior a 150 ou até 200g, em comparação a filhos de mães adultas¹⁵.

Em relação ao Apgar, observou-se que não houve relação estatística com a idade materna, contrastando com estudo realizado por Ximenes e Oliveira¹² onde a porcentagem de recém-nascidos com Apgar considerado ideal (8-10) foi maior nas mulheres entre 20 e 35 anos (82%), ao passo que nos grupos GI e GIII, esse valor caiu para 80,9% e 79,2%, respectivamente.

Ximenes e Oliveira¹² evidenciaram a proporção de consultas de pré-natal consideradas ideais, ou seja, 7 ou mais consultas foi maior nos grupos II e III da mesma forma que o encontrado nesse estudo. Embora a literatura revele que as adolescentes costumam apresentar menores índices de seguimento de pré-natal, neste estudo, observou-se que as gestantes com mais de 35 anos corresponderam a um maior percentual de nenhuma consulta realizada. Trevisan *et al.*,³ demonstraram que 4,1% das gestantes em idade avançada não realizaram nenhuma consulta, enquanto esses valores caíram para 3,5% entre as adolescentes e 3% entre as mulheres consideradas em idade ideal, corroborando com os resultados encontrados em neste estudo.

Embora não tenham sido encontradas na literatura possíveis explicações sobre o motivo dessa baixa

realização de pré-natal em idades avançadas, acredita-se que a mulher com idade acima de 35 anos estar vivenciando a gestação não mais pela primeira vez como já referido anteriormente, acaba dando menor importância à realização do pré-natal.

Os resultados obtidos neste estudo não confirmam a existência de uma relação entre a gravidez na adolescência e após os 35 anos com condições perinatais inadequadas, exceto para o baixo peso ao nascer, baixo índice Apgar e prematuridade.

Além disso, constatou-se que a frequência de partos normais diminui com o aumento da idade e ocorrendo o inverso com os partos cirúrgicos, um indicativo de que o aumento da idade se relaciona com possíveis problemas na gestação e conseqüentemente o número de indicações de cesarianas.

Outro aspecto relevante a ser mencionado diz respeito à idade materna e o número de consultas pré-natal fatores essenciais para condução da assistência pré-natal de qualidade. Foi possível evidenciar que as adolescentes realizaram maior número de consultas quando comparadas com a mulheres com mais de 35 anos.

Referências

- Romero JA, Simão AB, Souza IM. Resultados perinatais de nascidos vivos de mães adolescentes e adultas: uma análise exploratória do município de Belo-Horizonte. Fundação Pinheiros, 2010.
- Costa R. Filhos da idade, filhos da maturidade. II Congresso Português de Demografia; 2004; Lisboa. Disponível em: http://www.apdemografia.pt/ficheiros_comunicacoes/1158137039.pdf.
- Trevisan MR, Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. et al. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. RBGO, 2002; 24 (5): 293-299. Disponível em: http://scielo.br/scielo.php?pid=S01002032002000500002&script=sci_arttext
- Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. RBGO, 2003;25 (10): 717-724. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n10/19009.pdf>.
- Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, Bettiol H. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*, 2003; 37(4):456-62. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n4/16780.pdf>.
- Parada CMGL, Tonete VLP. Experiência da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda. Esc Anna Nery, *Rev de Enfer*, 2009;13(20):385-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14141452009000200021&script=sci_arttext
- Padua KS, Osis MJD, Faúndes A, Barbosa AH, Moraes Filho OB. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. *Rev. Saúde Pública*, 2010;44(1) Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100008.
- Magalhães MLC, Furtado FM, Nogueira MB, Carvalho FHC, Almeida FML, Mattar R et AL. Gestação na adolescência precoce e tardia: há diferenças nos riscos obstétricos? *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 2006; 28(8): 446-52 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n8/02.pdf>.
- Santos GHN, Martins MG, Sousa MS, Batalha SJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 2009;31(7):326-34 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a02.pdf>.
- Yazlle MEHD. Gravidez na adolescência. *Rev Bras. Ginecol. Obstet.*, 2006;. 28(8) Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=0100-720320060008&script=sci_issuetoc.
- Andrade PC, Linhares JJ, Martinelli S, Antonini M, Lippi UG, Baracat FF. Resultados Perinatais em Grávidas com mais de 35 Anos: Estudo Controlado. RBGO, 2004;26(9). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032009000700002&script=sci_arttext
- Ximenes FMA, Oliveira MCR. A influência da idade materna sobre as condições perinatais. *Revista Brasileira em Promoções da Saúde*, 2004;17(1) . Disponível em: http://www.unifor.br/hp/revista_saude/v17-2/artigo2.pdf.

13. Nomura RMY. et al. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. *Rev Saúde Pública*, 2004; 38(1):9-15. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/rsp>.
14. Azevedo GD, Freitas Júnior RAO, Freitas AKMSO, Araújo ACPF, Soares EMM, Maranhão TMO. Efeitos da idade materna sobre resultados perinatais. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 2002; 24: 181-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000900004.
15. Mauch SDN, Cabral CMC, Pinheiro ZED, Parca JM. Gravidez na adolescência: um estudo sobre esse problema em Santa Maria-DF. Brasília MED, 2005; 42(1/2):16-23. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v6/v6n2a01.pdf>.

Baixa estatura em crianças nascidas com muito baixo peso entre as idades de 4 a 8 anos

Short stature in 4 to 8 years-old infants with very low birth weight

Maria Dalva Barbosa Baker Méio¹, Fernanda Valente Mendes Soares², Vânia Matos Fonseca³, Letícia Duarte Villela⁴, Márcia Cristina Bastos Boëchat⁵, Maria Elizabeth Lopes Moreira⁶

Resumo

Introdução: O crescimento em recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer tem sido associado com anormalidades futuras no desenvolvimento neurológico e doenças cardiovasculares e metabólicas na vida adulta. **Objetivo:** Avaliar o crescimento de crianças com idades entre 4 e 8 anos acompanhadas em ambulatório de seguimento e que tinham muito baixo peso ao nascer. **Métodos:** Foram avaliadas 87 crianças nascidas com muito baixo peso (33 pequenas e 54 adequadas para a idade gestacional). Foi calculado o índice de massa corporal, assim como os escores-Z de peso para idade e gênero; a idade óssea foi determinada através da radiografia do punho esquerdo. O ponto de corte usado para calcular a prevalência de baixa estatura para idade e gênero foi - 2 desvios padrão da média na curva de referência do National Center for Health Statistics. **Resultados:** A prevalência de baixa estatura foi 4,6% (N 4/87, 95% IC 3,6-5,4). Índice de massa corporal baixo foi encontrado em 23% das crianças (20/87). Idade óssea um ano menor em relação à idade cronológica foi encontrada em 43,7% das crianças (38/87). **Conclusão:** Este estudo mostrou que algumas crianças nascidas prematuras e de muito baixo peso podem manter baixa estatura e baixo índice de massa corporal até a idade pré-escolar e escolar, indicando que o acompanhamento após a alta da unidade deve ser mantido durante a infância.

Palavras-chaves: Crescimento. Prematuro. Muito Baixo Peso.

Abstract

Introduction: Growth in newborns of very low birth weight has been associated with future abnormalities in the neurological development as well as in cardiovascular and metabolic diseases in the adulthood. **Objective:** To evaluate the growth of children with four to eight years of age that were born with very low birth weight. **Methods:** 87 children with very low birth weight were studied (33 small babies and 54 with appropriate size for their gestational age). The body mass index was calculated as well as the Z-scores for weight to age and gender. Bone age was determined through the X-ray of the left wrist. The cutoff point used for calculating the prevalence of short stature to age and sex was a standard deviation of two below the mean from the National Center of Health Statistics growth reference chart. **Results:** The prevalence of short stature was 4.6% (N 4/87, 95% CI 3.6-5.4). Low body mass index was found in 23% of the children (20/87). 43.7% of the children (38/87) had a bone age one year below the chronological age. **Conclusion:** This study showed that some children who are born prematurely may have short stature and low body mass index until preschool and school ages. This shows that the follow up of these children after leaving hospital should be done during childhood.

Keywords: Growth. Premature. Very Low Birth Weight

Introdução

A restrição de crescimento em recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer¹ é um fato reconhecido na literatura e pode perdurar por longo tempo^{2,3}. Este crescimento inadequado tem sido associado com anormalidades futuras no desenvolvimento neurológico⁴ e doenças cardiovasculares e metabólicas na vida adulta^{1,5,6}. Assim, o acompanhamento do crescimento de recém-nascidos de muito baixo peso desde a alta hospitalar até o início da vida adulta é importante para a identificação de deficiências de crescimento e suas consequências.

Hack (1996) relatou a prevalência de 8% tanto para baixa estatura quanto para baixo peso na idade escolar em recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP) em Cleveland⁷. Recentemente, em estudo de base populacional na França, foi relatada prevalência de baixa estatura de 5,6% em prematuros menores de 33

semanas de idade gestacional aos 5 anos de idade⁸. O crescimento deficiente é mais evidente em recém-nascidos pequenos para idade gestacional (PIG). Em geral, a recuperação do crescimento (catch-up growth) ocorre até a idade de dois anos na maioria das crianças pre termo de muito baixo peso, mas pode continuar após esta idade em algumas crianças nascidas prematuramente, de extremo baixo peso, sendo mais evidente no grupo de PIG^{1,2}.

As taxas de prevalência de baixa estatura variam entre os estudos publicados⁷⁻¹² e uma das razões para estas diferenças são os diferentes pontos de corte utilizados para definir baixa estatura. O objetivo deste estudo foi avaliar o crescimento de RNMBP acompanhados em um ambulatório de seguimento para pacientes egressos de Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), considerando como ponto de corte - 2 desvios padrões da média da curva de referência, correspondendo ao percentil³. Foram obtidas medidas

¹. Neonatologista, Doutora em Ciências. Departamento de Neonatologia - Instituto Fernandes Figueira - Fundação Oswaldo Cruz

². Nutricionista, Mestre em Saúde da Criança e da Mulher. Departamento de Neonatologia - Instituto Fernandes Figueira - Fundação Oswaldo Cruz

³. Epidemiologista. Professora colaboradora da Pós graduação em Saúde da Criança e da Mulher - FIOCRUZ. Núcleo de Epidemiologia - Instituto Fernandes Figueira - Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro

⁴. Neonatologista. Mestre em Saúde da Criança e da Mulher. Departamento de Neonatologia - Instituto Fernandes Figueira - Fundação Oswaldo Cruz.

⁵. Radiologista. Doutora em Ciências. Departamento de Radiologia - Instituto Fernandes Figueira - Fundação Oswaldo Cruz

⁶. Neonatologista, Professora Titular da Pósgraduação Saúde da Criança e da Mulher - FIOCRUZ. Departamento de Neonatologia - Instituto Fernandes Figueira - Fundação Oswaldo Cruz

E-mail: mdmeio@centroin.com.br

de altura e calculado o índice de massa corporal (IMC) nestas crianças com a idade de quatro anos ou mais, quando teoricamente já teriam feito a recuperação do crescimento (catch-up growth).

Métodos

Este estudo, de corte transversal, foi realizado em uma coorte de RNMBP acompanhada desde o nascimento em uma instituição pública na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, entre maio 2004 e fevereiro de 2005. O tamanho amostral calculado foi de 79 crianças, considerando prevalência de 8% de baixa estatura entre crianças de MBP⁷, e foram examinados os primeiros pacientes que compareceram à consulta marcada no período (amostra de conveniência). Como foi usada uma amostra de conveniência, foi analisado se a população de estudo era representativa em relação à coorte inicial.

Os critérios de inclusão foram ter nascido de MBP, ter ficado internado na UTIN da instituição entre janeiro 1996 e dezembro 1999, estar sendo atendido no ambulatório de seguimento durante o período de estudo. Os critérios de exclusão foram a presença de doença crônica ou de paralisia cerebral. De uma coorte inicial de 194 RNMBP sobreviventes à internação na UTIN no período de janeiro 1996 e dezembro 1999, foi examinada uma amostra de 87 crianças com idades entre 4 e 8 anos. Da coorte inicial, duas morreram após a alta hospitalar e cinco evoluíram com paralisia cerebral, portanto não sendo elegíveis para o estudo.

Os prontuários das crianças foram usados com fonte de informações em relação ao peso de nascimento, perímetro cefálico e comprimento ao nascimento, idade gestacional, peso e comprimento na alta hospitalar, e outras variáveis como complicações clínicas neonatais, início da dieta oral por sonda orogástrica, idade em dias de recuperação do peso de nascimento, duração da nutrição parenteral e necessidade de terapia com oxigênio.

Os recém-nascidos foram classificados como pequeno (PIG) e adequados (AIG) para a idade gestacional de acordo com um consenso internacional publicado em 2003, que definiu PIG como aqueles recém-nascidos com peso igual ou inferior a dois desvios padrões da média para a idade gestacional (-2DP) da curva de referência¹³. Como não existe uma curva de referência brasileira para peso ao nascimento de acordo com a idade gestacional, foi utilizada a curva de referência de Kramer *et al.*,¹⁴.

Entre as idades de 4 e 8 anos a estatura e o peso foram aferidos pelos pesquisadores, previamente treinados, com a criança despida. Foi utilizada uma fita não-extensível para medida do perímetro cefálico e uma balança digital para peso e altura (Filizola® - S. Paulo, Brasil). A idade óssea foi avaliada na mesma consulta em que foram aferidas as medidas antropométricas, por um único radiologista, usando o método Greulich-Pyle¹⁵.

As crianças foram consideradas de baixa estatura se o escore Z de estatura para idade e gênero fosse inferior a -2 DP (correspondente ao percentil 3), usando a curva de referência do NCHS (2000)¹⁶. Os escores Z do índice de massa corporal (IMC) para idade e gênero foram calculados para cada criança baseando-se na curva do NCHS (2000), considerando-se IMC baixo os valores abaixo de -2 DP da média. A idade óssea foi

avaliada no dia da consulta e comparada à idade cronológica. A estatura de 78 mães que estavam presentes na data da avaliação foi também aferida, e obteve-se informação sobre a estatura de 63 pais.

Foram calculadas as taxas de prevalência de estatura e IMC abaixo de -2 escore Z, e adequação da idade óssea em relação à idade cronológica. O software EPI INFO, versão 6.0 (Atlanta, CDC, USA), foi utilizado para calcular os escores Z e para as análises estatísticas. Foi considerado como nível de significância o valor de $p < 0,05$. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição sob o número 0021.0.008.000-03 e foi obtido consentimento informado dos pais ou tutores de todas as crianças, antes de sua participação no estudo.

Resultados

Um total de 87 crianças foi avaliado, com idade variando entre 54 meses (4,5 anos) e 104 meses (8,6 anos), com média de 79,5 meses (6,6 anos). A maioria delas eram meninas (58%). Com o objetivo de verificar possíveis diferenças entre a população de estudo e a coorte inicial, foram comparadas as proporções de PIG e AIG em ambos os grupos, assim como médias de idade gestacional, peso de nascimento, escore Z do peso de nascimento para a idade gestacional, dias de permanência em oxigênio suplementar, duração da nutrição parenteral, idade em dias de recuperação do peso de nascimento e tempo de internação. Nenhuma diferença significativa foi encontrada em relação às variáveis testadas entre os dois grupos.

A tabela 1 mostra as informações demográficas neonatais. Havia 54 crianças AIG (62%) e 33 PIG (38%). As crianças AIG necessitaram com maior frequência de ventilação assistida que as crianças PIG. Entretanto, não houve diferença entre os grupos de AIG e PIG em relação à necessidade de nutrição parenteral, idade de início da dieta oral e tempo de internação na UTIN. A maioria dos recém-nascidos (74% dos recém-nascidos AIG e 97% dos recém-nascidos PIG) apresentava restrição de crescimento pós-natal no momento da alta hospitalar, considerando o escore Z de peso para a idade menor que -2 DP, com uma proporção significativamente maior de crianças PIG comparadas às AIG; porém as crianças AIG tinham uma diminuição do escore Z de peso entre o nascimento e alta significativamente maior (tabela 2).

A tabela 3 mostra as características da população de estudo entre 4 e 8 anos. Foi calculada a diferença entre a idade cronológica e a idade óssea na época do exame. A idade óssea foi avaliada em 87 crianças: 38 apresentavam idade óssea um ano ou mais abaixo da idade cronológica, em 41 a idade óssea estava entre -1 e +1 ano em relação à idade cronológica e em 8 a idade óssea era superior à idade cronológica em 1 ou mais anos. Comparando as proporções de crianças nestes três grupos de idade óssea, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre crianças PIG e AIG ($2 = 2,76$, 2 DF, $p = 0,25$).

A prevalência de baixa estatura na população estudada foi 4,6% ($N = 4/87$, 95% IC 3,6–5,4). As proporções de baixa estatura encontradas para os grupos PIG e AIG foram: 9,1% (PIG) e 1,8% (AIG). IMC baixo foi encontrado em 23% (20/87) das crianças, sem diferença entre os grupos PIG e AIG (16,7% - 9/54, 33,3% - 11/33, p -valor = 0,11). A razão de prevalência para IMC baixo em crianças PIG foi 2,04 (95% IC 0,95–4,39). A estatura

Tabela 1. Características demográficas da população de estudo durante o período neonatal.

Características	N	Média	DP	95% IC
Peso de nascimento (g)	87	1097,9	±245,7	1056,8 - 1138,9
Perímetro cefálico (cm)	78	26,0	±2,3	25,6 - 26,4
Comprimento nascimento (cm)	77	37,0	±7,9	36,5 - 39,2
Idade gestacional (semanas)	87	31,2	±2,2	30,6 - 31,3
Escore Z peso de nascimento	87	-1,83	±1,0	-2,01 - 1,67
Tempo de internação (dias)	87	55,4	±28,5	50,4 - 60,4
Peso na alta hospitalar (g)	87	1986,2	±311,8	1937,1 - 2035,2

Tabela 2. Características demográficas e evolução no período neonatal entre recém-nascidos adequados para idade gestacional (AIG) e pequenos para idade gestacional (PIG).

Características	AIG N=54	PIG N=53	p-valor
Peso de nascimento (g)	1093,6 ± 227,9	1102,4 ± 273,0	0,87
Escore Z de peso nascimento	-1,21 ± 0,48	-2,83 ± 0,97	<0,0001
Idade gestacional (semanas)	30 ± 1,8	33,3 ± 2,0	<0,0001
Ventilação mecânica - n (%)	47 (87)	19 (57,6)	0,001
Nutrição parenteral - n (%)	46 (85,2)	30 (90,9)	0,33
Idade de início de dieta oral (dias)	5,33 ± 5,0	4,48 ± 2,0	0,86
Idade de recuperação PN (dias)	19,4 ± 7,3	15,8 ± 8,0	0,012
Tempo de internação (dias)	56,5 ± 27,9	54,0 ± 30,5	0,32
Escore Z de peso na alta	-2,42 ± 0,77	-3,54 ± 0,57	<0,0001
Diferença escore Z*	1,22 ± 0,73	0,67 ± 0,94	0,006
RC na alta - n (%)	40 (74)	32 (97)	0,014

ANOVA e Qui quadrado com correção de Yates.

RC: restrição de crescimento na alta: escore Z de peso igual ou menor que 2 DP abaixo da média, considerando a idade gestacional e sexo (Kramer, 2001)¹³.

* Diferença entre escore Z ao nascimento e na alta hospitalar

Tabela 3. Características da população de estudo na época da avaliação.

Características	Média	DP	Varição	95% IC
Idade (anos)	6,6	±1,1	4,5 - 8,7	6,3 - 6,9
Idade óssea (anos)	5,8	±1,8	3 - 12	5,52 - 6,08
Peso (kg)	20,9	±5,3	12,4 - 39	20,1 - 21,8
Estatura (cm)	116,9	±8,7	97,5 - 135	115,5 - 118,3
Perímetro cefálico (cm)	51,48	±2,2	47 - 57	51,1 - 51,8
Esc Z estatura para idade	-0,33	±1,18	-3,18 - 2,32	-0,15 - 0,51

87 crianças examinadas.

Esc Z - escore Z

alvo foi calculada para 63 crianças para as quais as estaturas maternas e paternas eram conhecidas; 11 (17,5%) estavam abaixo do alvo parental e 52 (82,5%) estavam acima ou no alvo parental. No grupo cuja estatura estava abaixo do alvo parental 5 (45,4%) era PIG e 6 (54,6%) era AIG; no restante das crianças 20 (38,5%) eram PIG e 32 (61,5%) eram AIG.

Discussão

Relatos na literatura mostram que crianças pretermo crescem mais lentamente, com o catch-up growth ainda ocorrendo após os dois anos de idade^{1,2}. Algumas destas crianças mantêm crescimento pondero-estatural abaixo da média para sua idade, especialmente as crianças PIG. As taxas de prevalência de baixa estatura variam em função dos pontos de corte e curvas de

referência utilizados adotados na sua definição^{7,9-12}. No nosso estudo a prevalência de baixa estatura (4,6%) foi mais baixa que a relatada por Hack et al (1996)⁷, (8%), usando o percentil 3 como ponto de corte. Qvigstad et al. (1993), analisando os dados do estudo POPS (Project on Preterm and Small-for-Gestational-Age Infants in the Netherlands), encontraram taxas de prevalência para baixa estatura de 19% (percentil 10) e de 11% (percentil 5), aos cinco anos de idade em crianças nascidas com menos de 32 semanas de idade gestacional e/ou peso de nascimento inferior a 1500g⁹. A coorte POPS foi re-avaliada aos dez anos de idade: 17% da coorte apresentavam estatura abaixo do percentil 10; as crianças PIG continuavam a apresentar catch up growth após os cinco anos de idade, com algumas ainda baixas aos dez anos de idade¹⁰. Mais recentemente, estudo sobre a influência de intervenção precoce no

crescimento mostrou uma média de -0,09 DP para o escore Z da estatura, aos 8 anos de idade, em crianças nascidas abaixo de 37 semanas de idade gestacional e com menos de 2500g de peso de nascimento¹⁷. Porém, este último estudo avaliou crianças de baixo peso ao nascer, sem analisar separadamente aquelas de muito baixo peso ao nascer. Mais recentemente foi relatada a prevalência de 5,6% de baixa estatura aos 5 anos de idade em prematuros menores que 33 semanas (EPIPAGE Study)⁸; onde os resultados encontrados neste estudo (4,6%), mostram-se pouco abaixo dos relatados nesse estudo, com uma grande amostra de crianças.

Entre 8 a 10% das crianças PIG não mostram evidências de recuperação do crescimento (catch-up growth), permanecendo pequenas até a vida adulta². Neste estudo, a proporção de baixa estatura encontrada foi maior no grupo PIG (9,1% PIG versus 1,8% AIG). Observou-se ainda que uma maior proporção de crianças PIG se encontrava abaixo da estatura alvo quando comparadas ao grupo AIG; isto poderia indicar que as crianças PIG apresentam crescimento mais lento. Idade óssea um ano mais baixa em relação à idade cronológica foi encontrada em 38 crianças, embora sem diferença significativa entre os grupos PIG e AIG. Este fato pode ser justificado simplesmente pela possibilidade de que o *catch up growth* ainda estivesse ocorrendo na amostra estudada.

Foi demonstrado que crianças pre termo são significativamente mais magras e baixas, com menor perímetro cefálico e IMC mais baixo que aquelas nascidas a termo⁴. No estudo POPS, aos dez anos de idade, as crianças PIG apresentaram IMC mais baixo, enquanto que as crianças AIG apresentaram IMC mais elevado¹⁰. Outro estudo mostrou que crianças prematuras entre 8 e 12 anos de idade são mais magras que aquelas nascidas a termo, e que o peso baixo estaria associado à massa de gordura e não à massa livre de gordura¹⁸. Muitas das crianças estudadas apresentavam IMC abaixo de -2 DP, mesmo sem diferença significativa entre os grupos AIG e PIG. Uma série de fatores, como alimentação, doenças associadas, fatores sociais e econômicos, e outros, que não foram estudados nesta população, poderiam explicar uma parte das diferenças encontradas.

Estes achados são importantes tendo em vista os relatos na literatura da associação do baixo peso ao nascer ou da restrição do crescimento intrauterino com alterações metabólicas na vida adulta^{5,6}. Nosso estudo relata informações sobre a evolução do crescimento, de médio para longo prazo, de uma população brasileira de prematuros de muito baixo peso. Encontramos apenas um estudo abrangendo crescimento de recém-nascidos prematuros de extremo baixo peso até 24 meses de idade corrigida em população brasileira, que mostrou o catch up para peso, comprimento e perímetro cefálico até os dois primeiros anos de vida, com pior evolução do crescimento ponderal para aquelas crianças com displasia broncopulmonar¹⁹. Praticamente todas as crianças no presente estudo apresentavam restrição de crescimento pós-natal no momento da alta hospitalar. A diminuição do escore Z do nascimento até a alta hospitalar foi significativamente maior nos recém-nascidos AIG que nos PIG. Este achado é consistente com um estudo conduzido em diferentes maternidades no Rio de Janeiro²⁰, que mostrou que os

recém-nascidos AIG são mais prejudicados que os PIG pela prática nutricional adotada. Esta restrição de crescimento pós-natal até 40 semanas de idade corrigida também foi relatada no estudo de crianças brasileiras de extremo baixo peso¹⁹.

Apesar da restrição de crescimento pós-natal, semelhante ao relatado por outros autores em população brasileira^{19,20}, as crianças do nosso estudo apresentaram catch-up growth após a alta hospitalar e durante seus primeiros anos de vida, já que a maioria apresentava escores Z acima de -2 DP tanto para IMC quanto para estatura após os quatro anos de idade. Entretanto, é importante ressaltar que algumas destas crianças mantiveram uma deficiência no crescimento persistindo na infância; o acompanhamento das crianças que não crescem adequadamente deve ser mantido pela possibilidade de desenvolvimento de doença metabólica ou baixa estatura na adolescência e idade adulta.

Este estudo foi capaz de estimar a prevalência de baixa estatura para crianças de MBP nesta amostra. Entretanto, por termos utilizado uma amostra de conveniência, tivemos limitações importantes, como o pequeno tamanho amostral usado para avaliar diferenças de prevalência entre grupos AIG e PIG, e também o fato de que nem toda a coorte foi avaliada. No entanto, comparação da amostra estudada com o restante da coorte mostrou que o grupo de estudo era semelhante à coorte inicial em relação a diversas variáveis neonatais. Examinar um grupo de crianças de um único centro apresenta a vantagem de que todas tenham sido tratadas pela mesma equipe de neonatologistas experientes. Embora a possibilidade de viés de seleção²¹, que poderia modificar as taxas de prevalência de baixa estatura na população estudada, tenha sido avaliada, e não tenham sido encontradas diferenças significativas entre a amostra de estudo e a coorte inicial, a probabilidade de seleção diferenciada entre os grupos (PIG e AIG) não pode ser excluída.

Apesar das limitações, uma pequena proporção de crianças deste grupo de RNMBP (4,6%) permaneceu com baixa estatura. Além disso, algumas destas crianças (23%) também apresentam baixo IMC. Este fato merece a atenção dos profissionais envolvidos no cuidado destas crianças após a alta hospitalar. No Brasil as UTINs estão proliferando e proporcionando cuidado mais adequado aos recém-nascidos, principalmente os de muito baixo peso e extremo baixo peso ao nascer, corroborando para maior taxa de sobrevivência destes grupos de recém-nascidos. No entanto, o seguimento no médio e longo prazo desta população ainda é insuficiente, com resultados sobre o crescimento destes grupos ainda escassos na literatura brasileira. Um grande problema nos serviços de acompanhamento destas crianças é o alto índice de absenteísmo encontrado, dificultando as avaliações no longo prazo.

A utilização do ponto de corte de -2 DP da média de curva de referência, na prática clínica usado como percentil 3, como critério de definição tanto de PIG quanto de baixa estatura, pode significar que um número menor de crianças de risco estaria sendo avaliada. Por outro lado, este critério estaria selecionando as crianças que tem maior risco e, portanto, maior possibilidade de manterem baixa estatura e de apresentarem problemas futuros de saúde, e que são aquelas que necessitam de um maior e melhor acompanhamento

Referências

1. Saenger P, Czernichow P, Hughes I et al. Small for gestational age: short stature and beyond. *Endocr Rev* 2007;28(2):219-251.
2. Euser AM, de Wit CC, Finken MJJ et al. Growth of preterm born children. *Horm Res* 2008;70:319-28.
3. Gibson AT, Carney S, Cavazzoni E et al. Neonatal and post-natal growth. *Horm Res* 2000;53(Suppl 1):42-49.
4. Cooke RWI, Foulder-Hughes L: Growth impairment in the very preterm and cognitive and motor performance at 7 years. *Arch Dis Child* 2005;88:482-487.
5. Ramadhani MK, Grobbee DE, Bots ML et al. Lower birth weight predicts metabolic syndrome in young adults: the Atherosclerosis Risk in Young Adults (ARYA)-study. *Atherosclerosis* 2006;184:21-27.
6. Kaijser M, Bonamy A-KE, Akre O, Granath F, Norman M, Ekblom A. Perinatal risk factors for diabetes in later life. *Diabetes* 2009;58:523-526.
7. Hack M, Weissman B, Borawski-Clark E: Catch-up growth during childhood among low-birth-weight children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:1122-1129.
8. Pierrat V, Marchand-Martin L, Guemas I, Matis J, Burquet A, Picaud JC, et al; the EpiPAGE Study Group. Height at 2 and 5 years of age in children born very preterm: the EPIPAGE study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2011 Jan 17. [Epub ahead of print]
9. Finken MJJ, Dekker FW, de Zegher F, Wit JM and for the Dutch Project on Preterm and Small-for-Gestational-Age-19 Collaborative Study Group. *Pediatrics* 2006;118:640-43.
10. Lee PA, Chernausk SD, Hokken-Koelega ACS, Czernichow P: International Small for Gestational Age Advisory Board Consensus Development Conference Statement: Management of Short Children Born Small for Gestational Age, April 24-October 1, 2001. *Pediatrics* 2003;111:1253-126.
11. Kramer MS, Platt RW, Wen SW, Joseph KS, Allen A, Abrahamowics M et al: A new and improved population-based Canadian reference for birth weight for gestational age. *Pediatrics* 2001;108:35.
12. Greulich WW, Pyle SI. *Radiographic Atlas of Skeletal Development of the hand and wrist*. Stanford, CA: Stanford University Press; 19516. Kuczmarski RJ, Ogden CL, Grummer-Strawn LM et al. CDC growth charts: United States. *Adv Data* 2000;314:1-27.
13. Kuczmarski RJ, Ogden CL, Grummer-Strawn LM et al. CDC growth charts: United States. *Adv Data* 2000;314:1-27.
14. Qvigstad E, Verloove-Vanhorick SP, Ens-Dokkum MH et al: Prediction of height achievement at five years of age in children born very preterm or with very low birth weight: continuation of catch-up growth after two years of age. *Acta Paediatr* 1993;82:444-48.
15. Knops NBB, Sneeuw KCA, Brand R et al. Catch-up growth up to ten years of age in children born very preterm or with very low birth weight. *BMC Pediatrics* [serial online] 2005;5:26. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/5/26>.
16. Casey PH, Bradley RH, Whiteside-Mansell L et al. Effect of early intervention on 8-year growth status of low-birth-weight preterm infants. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163(11):1046-1053.
17. Fewtrell MS, Lucas A, Cole TJ et al. Prematurity and reduced body fatness at 8 - 12 y of age. *Am J Clin Nutr* 2004;80:436-40.
18. Rugolo LMSS, Bentin MR, Rugolo Junior A et al. Crescimento de prematuros de extremo baixo peso nos primeiros dois anos de vida. *Rev Paul Pediatría* 2007;25(2):142-9.
19. Gianini NM, Vieira AA, Moreira MEL. Avaliação dos fatores associados ao estado nutricional na idade corrigida de termo em recém-nascidos de muito baixo peso. *J Pediatr (Rio J)* 2005;81:34-40.
20. Kleinbaum DG, Morgenstern H and Kupper LL: Selection bias in epidemiologic studies. *Am J Epidemiol* 1981;113:452-463.

Avaliação das infrações sanitárias cometidas em farmácias magistrais no município de São Luís-MA

Analysis of health violations committed in magistral pharmacies in São Luis - MA

Vaneildon de Sousa Aguiar¹, Elizabeth Regina de Castro Borba², Crisálida Machado Vilanova², Diana Mendes Costa², Denise Fernandes Coutinho²

Resumo

Introdução: Os estabelecimentos magistrais ressurgiram no Brasil no final da década de 80. Naquela época o país presenciava um cenário de forte restrição às importações e controle de preços pelo governo. Muitas indústrias deixaram de produzir inúmeros medicamentos abrindo espaço para o ressurgimento desta atividade. **Objetivos:** Identificar as principais infrações sanitárias cometidas pelas farmácias magistrais no município de São Luís, e verificar o registro de reincidência específica. **Métodos:** Estudo com base em análise documental realizado através do levantamento das ações de fiscalização da Vigilância Sanitária Estadual. **Resultados:** Durante o ano de 2006 a Vigilância Sanitária, autou 3 (três) estabelecimentos farmacêuticos de manipulação de medicamentos no município de São Luís, correspondendo a 21,4% das farmácias magistrais. Em 2007, verificou-se que 4 (quatro) farmácias magistrais infringiram as regras pertinentes a esse setor, um representativo de 25%. Em 2008, 22%, ou seja, 4 (quatro) das 18 (dezoito) farmácias magistrais em funcionamento cometeram violações a legislação em vigor. Em 2009 não foi observada nenhuma infração sanitária. Quanto à ocorrência de reincidência específica, não há registro nos anos pesquisados. As infrações referentes a este período somaram um total de 12 transgressões a diversas legislações nacionais. **Conclusões:** As ações da Vigilância Sanitária são meios eficazes de prevenir riscos ao consumidor, sendo necessário, portanto, manter tais medidas, orientando os farmacêuticos e proprietários das farmácias magistrais para o cumprimento das legislações pertinentes, como forma de preservar um bem maior: a saúde.

Palavras-chaves: Infração sanitária. Farmácia Magistral. Legislação.

Abstract

Introduction: Compounding pharmacies reappeared in Brazil at the end of the eighties. At that time the country underwent strong limitation scenario on imports and price controls by the government. Several factories stopped producing many medicines, which in turn made possible the reemerging of the compounding activity. **Objective:** To identify the major health violations committed by compounding pharmacies in São Luís and verify the report of specific violation reoccurrence. **Methods:** The study was based on documental analysis through a survey of data from the inspection activities of the State Sanitary Surveillance. **Results:** During 2006, the Sanitary Surveillance notified three compounding pharmacies in São Luís corresponding to 21.4% of all compounding pharmacies. In 2007, four (25%) compounding pharmacies disobeyed rules applied to these establishments. In 2008, four (22%) of eighteen pharmacies in operation committed law violations. In 2009 we observed no sanitary infraction. During the four years of research we did not observed any specific violation recurrences. The Overall quantity of infractions committed during the four years accounted for 12 different law violations of many national laws. **Conclusion:** The actions of the Sanitary Surveillance are effective in preventing risks to consumers. Instructions for pharmacists and compounding pharmacies owners about the necessary of complying all pertinent laws are important, in order to preserve the most important thing, that is health.

Keywords: Sanitary infraction. Compounding pharmacies. laws.

Introdução

A manipulação de fórmulas magistrais é a essência da profissão farmacêutica e remonta, obviamente, à história da farmácia, do farmacêutico como artesão¹. Nas últimas décadas a atividade da manipulação teve uma retomada expressiva ocupando atualmente números significativos no mercado comercial².

Nos últimos anos, poucos setores da economia passaram por uma expansão tão grande e rápida como o de farmácias magistrais (farmácias de manipulação), as herdeiras das pequenas boticas do início do século passado. O aumento do número de estabelecimentos, de profissionais empregados e de fórmulas dispensadas demonstra o crescimento do setor³. As farmácias magistrais representam uma importante fonte econômica no mercado brasileiro, correspondendo a 8% do faturamento de todo setor farmacêutico⁴.

Há uma preocupação dos órgãos de vigilância no sentido de estabelecer normas de qualidade para

os produtos manipulados, uma vez que não são raros os casos de erros importantes, observados nos medicamentos manipulados, inclusive com óbitos. Para garantir a qualidade dos produtos manipulados é necessário que as farmácias magistrais cumpram as determinações propostas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sendo que as últimas obrigatoriedades estão definidas pela RDC/ANVISA nº 67/07. Para fazer cumprir estas determinações, a Vigilância Sanitária usa do poder inerente as suas ações e serviços, o poder de polícia sanitária, sendo, portanto, um poder de polícia administrativa⁵.

A responsabilidade sanitária é apurada pelos órgãos competentes da vigilância em saúde, destacando-se, nesse campo, a atuação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária⁶.

Este estudo teve como objetivo identificar as principais infrações sanitárias cometidas pelas farmácias magistrais no município de São Luís e averiguar o registro de reincidência específica, a fim de compre-

¹ Aluno do Curso de Farmácia da Universidade Federal do Maranhão - UFMA

² Docente da UFMA.

Correspondência: Rua Barão de Itapary, 227, Centro - CEP: 65020-070 - São Luís - Maranhão.
Email: dianamendescosta@ig.com.br

ender melhor a atual situação destes estabelecimentos farmacêuticos e verificar o cumprimento das normas vigentes pelos mesmos, garantindo-se consequentemente a qualidade, segurança e eficácia dos produtos oferecidos por este serviço farmacêutico.

Métodos

O presente estudo utilizou o método de pesquisa empírico-analítico, caracterizado como “abordagens que representam em comum a utilização de técnica de coleta, tratamento e análise de dados marcadamente quantitativos”⁷. Foi realizado através do levantamento dos dados provenientes das ações de fiscalização da Vigilância Sanitária Estadual. Todas as irregularidades observadas durante a inspeção ou fiscalização geram um auto de infração, que posteriormente é enviado ao setor jurídico da Vigilância Sanitária do Estado e, após o trâmite do procedimento administrativo, os processos são arquivados. O presente estudo, portanto, foi efetuado através de análise dos processos gerados em decorrência da ação da Vigilância Sanitária, sendo, destarte, um estudo com base em análise documental.

Foram selecionados para o estudo os dados relativos ao período de 2006 a 2009, referentes às infrações sanitárias cometidas pelas farmácias de manipulação de São Luís-MA.

Os dados obtidos foram analisados descritivamente e seus valores apresentados em forma de tabelas e gráficos. Para sistematização dos dados os mesmos foram tabulados em planilha Microsoft Excel 2007.

Resultados

No ano de 2006 a Vigilância Sanitária, no cumprimento de suas atribuições, autuou três estabelecimentos farmacêuticos de manipulação de medicamentos no município de São Luís. Conforme demonstrado na tabela 1, no total de catorze farmácias magistrais em funcionamento no ano de 2006, três cometeram infrações sanitárias, o que correspondeu a 21,4% das farmácias magistrais (farmácias de manipulação).

Tabela 1. Infrações Sanitárias cometidas em Farmácias Magistrais no Município de São Luís no ano de 2006.

Infrações	Farmácias Magistrais (f)	(%)	Penalidades
Violar a RDC nº 33/00	3	21,4	Advertência
Total	3	21,4	

Fonte: Superintendência de Vigilância Sanitária – Maranhão¹⁴

Tratando-se das infrações sanitárias referentes ao ano de 2007, verificou-se quatro estabelecimentos farmacêuticos de manipulação infringiram as regras pertinentes a esse setor (Tabela 2). Portanto, de acordo com a tabela 2, quatro farmácias, de um total de dezesseis estabelecimentos, cometeram infrações sanitárias no ano de 2007, o que representa 25%.

Em relação às infrações cometidas no ano de 2008, observou-se um quantitativo de quatro farmácias magistrais autuadas do total de dezoito. A tabela

3 demonstra que 22%, ou seja, quatro das dezoito farmácias de manipulação em funcionamento no ano de 2008 cometeram violações à legislação em vigor.

Tabela 2. Infrações Sanitárias cometidas em Farmácias Magistrais no Município de São Luís no ano de 2007.

Infrações	Farmácias Magistrais (f)	(%)	Penalidades
Violar a RE nº424/07	2	12,5	Advertência Inutilização
Violar a Portaria SVS/MS nº 344/98	1	6,25	Advertência Inutilização
Violar a Portaria SVS/MS nº 344/98	1	6,25	Advertência
Total	4	25	

Fonte: Superintendência de Vigilância Sanitária – Maranhão¹⁴

Tabela 3. Infrações Sanitárias cometidas em Farmácias Magistrais no Município de São Luís no ano de 2008.

Infrações	Farmácias Magistrais (f)	(%)	Penalidades
Violar a RDC nº 27/07 e a RDC nº 58/07	1	5,5	Advertência
Violar a RDC nº 67/07	1	5,5	Advertência Interdição Inutilização
Violar a RDC nº 67/07	2	11	Advertência
Total	4	22	

Fonte: Superintendência de Vigilância Sanitária – Maranhão

Tratando-se das infrações de 2009, nos arquivos da Superintendência de Vigilância Sanitária Estadual, não havia registros de infrações.

Ao avaliar as infrações sanitárias relacionando o quantitativo nos anos pesquisados, ou seja, 2006, 2007, 2008 e 2009, constatou-se, de modo geral, que não há uma relação direta entre o aumento do número de farmácias e das transgressões às normas pertinentes. Somente no ano de 2007 houve o aumento do quantitativo de farmácias magistrais e o consequente aumento das infrações sanitárias.

Quadro 1. Substâncias apreendidas em duas farmácias de manipulação no Município de São Luís no ano de 2007.

Substâncias	Farmácia A	Farmácia B
Clindamicina	x	X
Colchicina	-	X
Estradiol	x	-
Estriol	x	-
Metiltestosterona	x	-
Minoxidil	-	X
Primidona	-	X
Teofilina	-	X
Testosterona	x	-

Fonte: Superintendência de Vigilância Sanitária – Maranhão¹⁴

Verificou-se, ainda, que as infrações referentes aos quatro anos pesquisados somaram um total de 12 transgressões às diversas legislações nacionais.

No gráfico 1 é possível observar a variação das infrações em relação a cada ano estudado. De 2006 para 2007 houve um discreto aumento do número de infrações. Já em relação ao período de 2007-2008, constatou-se uma diminuição (redução de 3%), atingindo valores próximos aos de 2006. O mesmo não foi observado quando compararam os anos de 2008 e 2009, pois segundo os registros não foram detectadas infrações no ano de 2009.

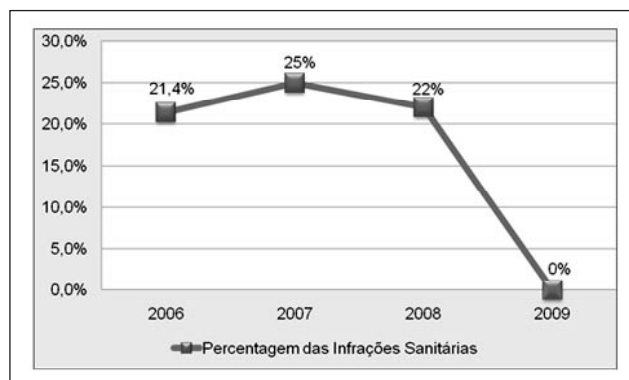


Figura 1. Variação em percentagem das Infrações Sanitárias cometidas por Farmácias Magistrais no Município de São Luís no período de 2006-2009.¹⁴

Discussão

Todas as farmácias, no ano de 2006, por descumprimento de normas pertinentes infringiram o mesmo dispositivo legal (art. 119, XI, da LC 039/98 c/c RDC/ANVISA nº 33/00), e ainda, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC/ANVISA) nº 33/00, em vigência na época, e para elas foram aplicadas a mesma penalidade (advertência). Foram apreendidas nestes estabelecimentos substâncias com prazo de validade vencido. No total foram 229 (duzentos e vinte e nove) produtos retidos⁸.

No ano de 2007 as normas descumpridas diferenciam-se do ano anterior, sobretudo no que se refere à legislação específica, uma vez que passa a vigorar a RDC nº 67/07⁹. As outras normas legais transgredidas foram: a Resolução (RE) nº 424/07, que proibiu a manipulação em todo território nacional da substância *Hoodia gordonii*; a Portaria SVS/MS nº 344/98, que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial; e, por fim, a Lei Federal nº 6.437/77, que trata das infrações à legislação sanitária federal. Ressalta-se que todas as farmácias autuadas em 2007 infringiram esta lei federal, pois de acordo com o art. 10, inciso XXIX, caracteriza infração sanitária transgredir outras normas legais e regulamentares destinadas à proteção da saúde^{9,10}.

Dois farmácias magistrais infringiram a legislação por manipularem em seus estabelecimentos substância proibida pela Resolução nº 424/07. De acordo com tal norma, a substância *Hoodia gordonii*¹¹ não poderia ser manipulada como medida de segurança, uma vez que não atendia as exigências regulamentares da ANVISA. Foi considerado como fundamento para

a restrição o fato de não existir ainda medicamento registrado que contenha o referido insumo farmacêutico, bem como a inexistência de estudos científicos que comprovem a indicação terapêutica, a eficácia e a segurança da substância. Além disso, considerou-se também o caput do art. 5º da RDC nº 204/06, *in verbis*: “ficam proibidas a importação e comercialização de insumos farmacêuticos destinados à fabricação de medicamentos que ainda não tiverem a sua eficácia terapêutica avaliada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária”¹².

Ainda em relação às infrações de 2007, observou-se que outro estabelecimento autuado adquiriu substância de uso proibido em manipulação para fabricação de medicamento de uso tópico e, por isso, infringiu determinação da Portaria nº 344/98. O insumo farmacêutico em questão tratava-se da substância retinóica isotretinoína. De acordo com o parágrafo único do art. 30 da supracitada portaria, a manipulação da substância isotretinoína (lista “C2” – retinóides) na preparação de medicamentos de uso tópico ficou proibida¹¹.

Tratando-se da última infração relacionada ao ano de 2007, verificou-se que uma farmácia magistral manipulava e dispensava produtos em desacordo com o art. 55, alíneas b, c, d e f da Portaria SVS/MS nº 344/98. Por fim, destacou, que duas farmácias em 2007 tiveram ainda substâncias (hormônios e outras substâncias de baixo índice terapêutico) apreendidas em seus estabelecimentos (Quadro 1). A farmácia que foi autuada por adquirir isotretinoína (Farmácia “A”), não possuía área física adequada para manipulação dos insumos farmacêuticos apreendidos, conforme determinava o item 2.7, do anexo III, da RDC nº 67/07, atualizada pela RDC nº 21/09; e a outra, que foi autuada por infringir a Portaria SVS/MS nº 344/98 (Farmácia “B”), não atendia os requisitos do anexo II da RDC nº 67/07⁹.

As infrações praticadas no ano de 2008 ferem diferentes normas legais, a saber: RDC/ANVISA nº 27/07, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SNGPC; RDC/ANVISA nº 58/07, que trata sobre o aperfeiçoamento do controle e fiscalização de substâncias psicotrópicas anorexígenas; Instrução Normativa (IN) nº 11/07, que dispõe sobre orientação de procedimentos para implementação e cumprimento da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/ANVISA n.º 27/07; RDC nº 67/07, que dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em farmácias e, por fim, a Lei Federal (LF) nº 6.437/77.

Dos estabelecimentos em estudo, uma infringiu quatro normas legais (RDC/ANVISA nº 27/07, RDC/ANVISA nº 58/07, IN nº 11 e LF nº 6.437/77 por não implantar o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SNGPC. Sendo assim, observou-se que o estabelecimento em questão não possuía o credenciamento junto ao SNGPC e, portanto, não poderia manipular substâncias sujeitas a controle especial, como os anorexígenos.

No tocante a segunda infração elencada na tabela 3, verificou-se que o estabelecimento farmacêutico funcionava sem o Alvará Sanitário e manipulava medicamento em desacordo com a legislação sanitária específica (RDC/ANVISA nº 67/07), uma vez que o mesmo não realizava o controle de qualidade de algumas matérias-primas (óleo de linhaça, sulfato de glucosamina e sulfato de condroitina).

A terceira infração observada revela que o estabelecimento farmacêutico comercializava e mantinha medicamentos manipulados dispensados sem prescrição médica e em local não autorizado para essa atividade (clínica particular de São Luís). Desse modo, por infringir as normas pertinentes, o estabelecimento que era reincidente (o estabelecimento foi autuado em 2007 por manipular substância proibida - *Hoodia gordonii*) foi advertido de que seria interditado ou multado caso voltasse a praticar novas infrações. Ressalva-se, enfim, que esse evento de reincidência foi o único constatado em relação aos quatro anos pesquisados.

Com relação a última infração praticada no ano de 2008, observou-se que a farmácia magistral, nesse caso, não cumpriu com as exigências do Relatório de Inspeção para verificação do atendimento a RDC/ANVISA nº 67/07¹³ recebendo, então a pena de Advertência.

No ano de 2009 não foi observada nenhuma irregularidade, ou caso tenha existido, não foi direcionada ao setor jurídico da Superintendência da Vigilância, para o devido procedimento administrativo. Assim, foi considerado, para todos os fins, a inexistência de infrações sanitárias no ano de 2009. Ressalta-se que no

referido período existiam vinte e dois estabelecimentos farmacêuticos magistrais.

Quanto à ocorrência de reincidência específica, relata-se sua inexistência nos quatro anos pesquisados. Houve reincidência, conforme detalhado anteriormente, porém tal circunstância não foi específica, uma vez que as infrações sanitárias possuíam naturezas distintas.

Ressalta-se ainda a impossibilidade de correlacionar o processo evolutivo das RDCs referente às Boas Práticas de Manipulação em Farmácias com o número de infrações, uma vez que as transgressões observadas no ano de 2007 (período onde seria possível comparar a RDC nº 33/00 com RDC nº 67/07)¹² não dizem respeito ao descumprimento de normas pertinentes as RDCs citadas, mas sim a outras legislações sanitárias.

Conclui-se, por fim, que as ações da Vigilância Sanitária são meios eficazes de prevenir riscos ao consumidor, sendo necessário, portanto, manter tais medidas, orientando os farmacêuticos e proprietários das farmácias de manipulação para o cumprimento das legislações pertinentes, como forma de preservar a saúde.

Referências

1. Buurma *et al.* Frequency, nature and determinants of pharmacy compounded medicines in Dutch community pharmacies. *Pharm World Sci*, 2003; 25(6): 280-287.
2. Alves AP *et al.* Avaliação das boas práticas de manipulação nas farmácias com manipulação de Cuiabá e Várzea Grande, Estado de Mato Grosso. *Rev Bras Farm*, 2009; 90(1): 75-80.
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Regulamento Técnico sobre Boas Práticas de Manipulação de Medicamentos para Uso Humano em Farmácias e seus anexos. Resolução RDC 33 de 19 de Abril de 2000. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, republicação de 08 de janeiro de 2000, Seção I.
4. Brandão A. Farmácia Magistral: tanta credibilidade, tanto crescimento. Qual o segredo? *Pharmacia Brasileira*, 2002; 32(1), p. 5-9.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Informes técnicos. Subsídios à discussão sobre a proposta de regulamentação para farmácias magistrais. *Rev Sau Pùb*, 2005; 39 (40): 691-694.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de direito sanitário com enfoque na vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Martins G. A. Manual para elaboração de monografias e dissertações. 3 ed. São Paulo: Atlas; 2002.
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária(Anvisa). Regulamento Técnico das Boas Práticas de Fabricação de Medicamentos. Resolução RDC 210 de 4 de Agosto de 2003. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 de agosto de 2003, Seção I.
9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Regulamento Técnico sobre Boas Práticas de Manipulação de Medicamentos para Uso Humano em Farmácias. Resolução RDC 67 de 8 de Outubro de 2007. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 de outubro de 2007, Seção I.
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária(Anvisa). Regulamento Técnico que trata sobre a manipulação de produtos farmacêuticos, em todas as formas de uso interno, que contenham substâncias de baixo índice terapêutico, aos estabelecimentos farmacêuticos que cumprirem as condições especificadas. Resolução RDC 354 de 18 de Dezembro de 2003. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF.
11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária(ANVISA). Proibida a manipulação e a propaganda da substância Hoodia Gordonii. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2007/160207.htm#>
12. Agência Nacional de Vigilância Sanitária(Anvisa). Regulamento Técnico sobre Boas Práticas de Manipulação de Medicamentos para Uso Humano em Farmácias. Resolução RDC 204 de 12 de Dezembro de 2006. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 de dezembro de 2006, Seção I.
13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Altera o Regulamento Técnico sobre Boas Práticas de Manipulação em Farmácias. Resolução RDC 87 de 21 de Novembro de 2008. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília DF, 24 de novembro de 2008, Seção I.
14. Maranhão. Superintendência de Vigilância Sanitária Estadual. Relatório das Infrações Sanitárias cometidas em Farmácias Magistrais no Município de São Luís no ano de 2006-2009. São Luís, 2009.

Neoplasias Trofoblásticas Gestacionais e importância do seguimento pós molar

Gestational Trophoblastic Neoplasias and the Importance of Post-Mole Follow Up

José Pereira Guará¹, Ana Gabriela Caldas Oliveira², Marília da Glória Martins³

Resumo

Introdução: As neoplasias trofoblásticas gestacionais (NTG) são patologias que abrangem os tumores trofoblásticos, benignos e malignos. **Objetivo:** Discorrer sobre a neoplasia trofoblástica gestacional em paciente internada no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HUUFMA. **Resultado:** A paciente evoluiu de forma persistente verificada pelo acompanhamento das dosagens do gonadotrofina coriônica humana (hCG) e que necessitou de tratamento quimioterápico. A dosagem seriada do hCG no seguimento pós-molar é o fator prognóstico mais importante para detecção precoce da involução e evolução da doença. **Conclusão:** O caso relatado demonstra evolução de paciente com mola hidatiforme completa para coriocarcinoma quando há falha de seguimento.

Palavras-chaves: Gestação Trofoblástica. Neoplasia. Coriocarcinoma. Seguimento.

Abstract

Introduction: Gestational trophoblastic neoplasias (GTN) are diseases that comprise the benign and malignant trophoblastic tumors. **Objective:** To discuss about gestational trophoblastic neoplasia in a patient hospitalized in the obstetrics and gynecology service of HUUFMA. **Results:** The patient evolved persistently, which was verified by monitoring the human chorionic gonadotropin (hCG) and the patient required chemotherapy. The serial hCG level in follow-up of molar disease is the most important prognostic factor for early detection of involution and evolution of the disease. **Conclusion:** The reported case demonstrates the evolution to choriocarcinoma of a patient with complete hydatidiform mole when there is failure in the follow-up.

Keywords: Gestational trophoblastic disease. Neoplasia. Choriocarcinoma. Follow up.

Introdução

A neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) constitui grupo de tumores relacionados à gestação e são originários do tecido trofoblástico, cujo marcador biológico-hormonal é a gonadotrofina coriônica humana (hCG)¹.

Constitui-se como uma complicação da gravidez com potencial cronológico crescente de evolução para doença de comportamento maligno e que ocorre, no Ocidente, numa proporção de 1 para cada 1.000 a 2.000 gestações, variando para cada serviço².

As neoplasias trofoblásticas originárias do epitélio trofoblástico são representadas histopatologicamente pela mola hidatiforme, parcial e mola completa (MHP, MHC), mola invasora e coriocarcinoma; distinguem-se, portanto, do tumor trofoblástico do sítio placentário que se origina do trofoblasto do leito placentário, das células do trofoblasto intermediário. Clinicamente as neoplasias trofoblásticas incluem a mola hidatiforme, a mola invasora, o coriocarcinoma e o tumor trofoblástico do sítio placentário, constituindo as formas benignas e malignas³.

As formas persistentes de NTG (mola invasora e metastática) são pouco freqüentes (cerca de 7%), mas representam problema importante em termos de saúde reprodutiva pela faixa etária das mulheres afetada, pela morbidade, mortalidade e comprometimento do potencial reprodutivo pela própria doença ou pelo tratamento instituído. O seguimento adequado após o tratamento inicial da mola hidatiforme por vácuo-aspiração ou curetagem permite o diagnóstico precoce das formas

persistentes e, como conseqüência, há diminuição da freqüência de doença metastática e das formas de alto risco de resistência ao tratamento⁴.

Relato de Caso

Paciente com 21 anos, feminino, parda, solteira, do lar, natural do interior do Estado do Maranhão.

Em março de 2004, a paciente grávida, primigesta, no primeiro trimestre, evoluiu com sangramento transvaginal e abortamento. Submetida a curetagem uterina em 20/03/04 no seu Município, o material foi encaminhado para exame histopatológico com diagnóstico de Mola Hidatiforme Completa (MHC). Não há registros de níveis de hCG pré-esvaziamento.

Durante o seguimento ambulatorial, a paciente apresentou níveis crescentes de hCG e foi encaminhada ao serviço de referência para tratamento de NTG do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário- HUUFMA. Fora interada neste Serviço no dia 09/08/04 assintomática, sendo submetida a propedêutica laboratorial e imagenológica (Quadro 1).

Após constatação de curva de elevação do hCG e exames complementares de imagem foi feito diagnóstico de forma persistente de NTG (Mola Invasora), sendo encaminhada para um serviço de referência em oncologia, no dia 25/08/09, para tratamento quimioterápico (QT) com indicação, sendo a monoterapia com Metotrexate e resgate com Ácido Fólico, porém não retornou para acompanhamento ambulatorial e se perdeu do seguimento.

Em 04/02/09, às 19:50 horas, a paciente chegou

¹ Médico Residente em Obstetrícia e Ginecologia do Serviço do HUUFMA

² Médica Oncoginecologista Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HUUFMA

³ Doutora em Medicina (Obstetrícia). Professora Associada da UFMA. Chefe do Serviço e Coordenadora do Programa da Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia do HUUFMA.

em ambulância à emergência do Serviço de Obstetria e Ginecologia-HUUFMA encaminhada de sua cidade de origem com história de sangramento transvaginal e perda ponderal de 5kg nos últimos três meses.

Durante investigação clínica, foi constatado que a paciente não completara o primeiro ciclo de QT em um serviço de oncologia em 2004, evadindo-se. Relatou ainda que engravidou novamente em 2006, culminando em parto vaginal a termo, sem intercorrências. Em 2008, estava novamente com atraso menstrual desde 22/09/08, porém, após sete semanas, iniciou quadro de sangramento transvaginal persistente, sendo submetida a três curetagens nos meses de Dezembro de 2008 e Janeiro de 2009 em sua cidade, porém, sem resolução do quadro obstétrico. Não foi realizado exame histopatológico.

Quadro 1. Exames Complementares Laboratoriais e de Imagem para diagnóstico de Neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) persistente.

Data	Exame Complementar	Resultado
11/08/04	hCG	1.602mUI/ml
24/08/04	hCG	1.800mUI/ml
09/08/09	Ultrassonografia Transvaginal	Útero em anteversoflexão, forma, volume e contornos normais. Textura de miométrio com imagem nodular heterogênea, limites parcialmente definidos, em região fúndica posterior, medindo 2,7x,2,2cm, entremeadas por áreas anecóicas que ao Doppler apresentam fluxo de baixo índice de resistência (IR 0,45). Endométrio: 5mm. Ovários normais.
20/08/04	Tomografia de Crânio	Normal
	Tomografia Tórax	Normal
	Tomografia Abdomen	Útero com densidade heterogênea.
	Total	Demais órgão e estruturas normais.

Ao exame clínico a paciente apresentava estado geral regular, dispnéia leve, emagrecida, hipocorada (++)/4+, anictérica, acianótica, volume abdominal aumentado, orientada. Aparelho respiratório: FR=24 irmp, ausculta normal. Aparelho cardiovascular: FC= 86bpm, PA: 110x60mmHg; pulsos palpáveis nas extremidades, isóbaros e isócronos; ausculta cardíaca sem alterações. Abdômen batráquio, doloroso à palpação profunda, porém, negativo a manobras de descompressão brusca, presença de maciez móvel e sinal de Piparote positivo. Ao exame ginecológico, vulva, vagina e colo intumescidos, coloração violácea, presença de sangramento através do óstio externo do colo e ausência de lesões e/ ou lacerações em fundo de saco e paredes vaginais.

A paciente foi internada na enfermaria de clínica obstétrica e foi submetida a propedêutica complementar laboratorial e de imagem (Quadro 02 e 03).

Quadro 2. Exames Complementares Laboratoriais da Segunda Internação.

Data	Exames Laboratoriais	Resultados
04/02/09	hCG	>300.000mUI/ml
09/02/09	Hemograma	Hemoglobina: 3,38g/dl Hematócrito: 26,5 % Plaquetas: 359.000/mm ³ Leucócitos: 8.510/mm ³
	Coagulograma	TAP: 17,7" Atividade: 51,5% TTPa: 43,1"
	Função Renal	Creatinina: 0,4mg/dl Uréia: 17,7mg/dl
	Perfil Hepático	AST: 44U/l ALT: 16U/l FA: 107U/l
	Enzimas Pancreáticas	Amilase: 10,6 mg/dl Lipase: 3,6mg/dl
	Proteinograma	Albumina: 2,6g/dl Globulina: 3,0g/dl Relação A/G: 0,86
09/02/09	Sorologias	Anti HCV: (-) HbsAg: (-) Anti HIV: (-) VDRL: (-)
	EAS	pH: 5,0 Densidade: 1.025 Proteínas: Traços Bilirrubina: Traços Hemoglobina: Presente Hemáceas: Campos incontáveis Leucócitos: 6 por campos Cilindros: Granulosos
12/02/09	Líquido Ascítico (Bioquímica)	DHL: 392U/L Proteínas: 3,9g/dl Glicose: 74mg/dl Albumina: 1,96g/dl, Cloro: 105mmol/l GASA: 1,3
	Líquido Ascítico (Citologia Global e Específica)	Leucócitos: 426 cels/mm ³ Hemácias: 469.333/mm ³ Polimorfos Nucleares: 54% Mononucleados: 46%

Com os resultados, fez-se diagnóstico clínico de NTG, sendo submetida em 12/02/09 a biópsia uterina através de aspiração manual intra-uterina - AMIU. O diagnóstico histopatológico confirmou coriocarcinoma.

Em 16/02/09 a paciente foi transferida para o serviço de Oncologia da rede pública estadual, em São Luís-MA, sendo iniciado QT com terapia combinada EMA/CO (etoposida, metotrexate, actinomicina-D/ ciclofosfamida e vincristina). A paciente obteve excelente resposta terapêutica, evoluindo rapidamente com regressão dos sinais e sintomas iniciais e redução dos níveis de hCG. Foi indicada terapêutica complementar com histerectomia total, porém a paciente, abandonou o tratamento.

Discussão

A neoplasia trofoblástica gestacional persistente é caracterizada ou definida pela manutenção ou elevação dos níveis de hCG. A mola invasora se caracteriza

Quadro 3. Propedêutica Complementar de Imagem.

Data	Exame	Resultado
06/02/09	USTV1 e Abdominal	Fígado de dimensões reduzidas, textura solida difusamente heterogênea com evidência das paredes dos vasos. Vesícula biliar normal. Pâncreas normal. Rins direito e esquerdo com padrões ecogênicos e volumétricos de normalidade. Aorta e cava de dimensões normais. Seios costofrênicos livres. Bexiga de paredes regulares, sem imagens ecogênicas no interior. Presença de líquido ascítico. Útero em AVF2, mede 16,0x9,6x,12,6 cm (826cm ³), contornos lobulados. Textura de miométrio sólida heterogênea com imagens nodulares isoecóicas variadas, predominando em parede anterior. Endométrio não visibilizado. Ovários aumentados com várias lojas anecóicas homogêneas (cistos tecaluteinicos): o direito mede 1.241cm ³ e o esquerdo mede 1.092cm ³ .
11/02/09	TC3 Crânio	Normal
	TC Pelve	Líquido livre na cavidade. Bexiga forma e volume normal. Ausência de linfadenomegalias. Útero sem alterações apreciáveis. Ampola retal centrada e gordura peri-retal preservada. Estruturas ósseas e musculares preservadas. Lesão expansiva em região pélvica.
	TC Tórax	Derrame pleural a direita. Área cardíaca normal.

por invasão do miométrio e dos seus vasos por vilosidades e somente pode ser confirmada por exame histopatológico. Clinicamente é, portanto, um diag-

nóstico de exclusão. O risco de evolução para doença persistente varia na dependência de vários fatores².

Todavia, o indicador de risco mais importante para desenvolvimento de doença persistente ou metastática é o tipo da mola. Assim, são mais elevado para os casos com mola hidatiforme completa em comparação aos que apresentam mola parcial ou habitada. Outros critérios histopatológicos, como anaplasia e proliferação do trofoblasto, não se mostraram relevantes, e atualmente considera-se como indicador histológico de alto risco, o diagnóstico de coriocarcinoma⁴.

Em termos epidemiológicos, entre 80 a 90% das molas completas, depois do esvaziamento uterino, continuam sendo benignas, uns 10% se tornam invasoras e cerca de 2,5% evoluem para coriocarcinoma⁵.

Desta forma, no seguimento pós esvaziamento, a curva de regressão dos níveis de hCG (e não somente uma amostra isolada) deve ser considerada o fator prognóstico mais importante para avaliar risco de tumores trofoblásticos em detrimento de fatores clínicos ou de imagem⁶.

Logo, o modelo de seguimento indicado inclui dosagens semanais de gonadotrofina até a sua negatização e mensais por até um ano, associadas a exame físico periódico. No entanto, altas taxas de abandono são observadas até antes da negatização dos níveis de gonadotrofinas, e a porcentagem de pacientes que comparece a todos os retornos oscila entre 18 e 63%^{4,7}.

Assim, quando houver suspeição clínica e comprovação laboratorial de elevação de hCG, deve ser estabelecido o diagnóstico e o estadiamento clínico, calculando o risco consoante a classificação internacional da FIGO/OMS, iniciando-se a quimioterapia. Nos estadiamentos I e II de baixo risco (lesão limitada ao útero ou à pelve) o tratamento é iniciado com monoterapia utilizando-se metotrexato (MTX) com resgate de ácido fólico (fator citovororum - FC) ou actinomicina-D (ACTD). Nos estádios III e IV (metástases pulmonares, cerebral e/ou hepática) e em praticamente todos os casos de alto risco (como coriocarcinoma) merece preferência universal o regime EMA/CO (associação de etoposida, metotrexato, actinomicina-D, ciclofosfamida e vincristina)³.

Uma alternativa para abordagem de pacientes com doença invasora é a histerectomia, porém o procedimento cirúrgico não negativa a possibilidade de doença metastática².

Assim, o manejo de pacientes com diagnóstico de NTG deve ser cauteloso e contínuo. Medidas simples como exame físico ginecológico regular e a dosagem seriada de hCG prevêm formas complicadas da doença, antecipam o diagnóstico de formas persistentes e possibilitam tratamento eficaz, com altas taxas de cura, evitando desfechos como o caso ora relatado.

Referências

1. Delmanto LRMG, Maestá I, Braga Neto AR, Michelin OC, Passos JR S, Gaiotto FR, Rudge MVC. A curva de regressão da gonadotrofina coriônica humana é útil no diagnóstico precoce da neoplasia trofoblástica gestacional pós-molar? *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007; 29(10):506-510.
2. Andrade JM. Mola hidatiforme e doença trofoblástica gestacional. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(2):94-101.
3. Belfort P, Braga A. Doença Trofoblástica Gestacional Recorrente. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003;25(1):61-66.

4. Tiezzi DG, Andrade JM, Reis FJC, Lombardi W, Marana HRC. Fatores de risco para doença trofoblástica gestacional persistente. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27(6):331-339.
5. Ceballos AQ. Embarazo molar: estudio en el período 1994-1999 en el hospital provincial ginecoobstétrico de cienfuegos. *Rev Cubana de Obstet y Ginecol.* 2001;27(3):221-225.
6. Maestá I, Rudge MVC, Abreu ES, Dalben I, Peraçoli JC. Preditores clínicos e histopatológicos de tumor trofoblástico gestacional pós-mola hidatiforme completa. *Rev Bras Ginecol Obstet,* 2000;22(3):167-173.
7. Aitken SS, Benavides AM, Smirnow MS. Neoplasia trofoblástica gestacional: Hospital Félix Bulnes Cerda, 1992 - 2002. *Rev Chilena Obstet y Ginecol.* 2004;.69(5):353-356

A produção do conhecimento da enfermagem brasileira na oncopediatria e sistematização da assistência de enfermagem

The production of the knowledge of brazilian nursing in oncopediatria and the nursing care systematization

Caroline Dias Decott Coelho¹, Flávia Firmino²

Resumo

Introdução: A revisão da produção de conhecimento da área da saúde pode determinar maior sucesso no elenco de cuidados voltados às ações reparadoras e promotoras da saúde. A Enfermagem depara-se com o desafio de sistematizar suas ações de cuidado profissional nas distintas especialidades clínicas em que atua. O objetivo desta pesquisa foi analisar as pesquisas produzidas por enfermeiros na área da oncopediatria e sintetizar as orientações técnicas e os cuidados de enfermagem apontados com vistas a oferecer subsídios para a prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). O método utilizado foi o de revisão bibliográfica, cujas fontes pesquisadas foram a Revista Brasileira de Cancerologia e a Revista Brasileira de Enfermagem, no período de 1996-2009. Foram selecionados artigos produzidos por enfermeiros, com ou sem parceria de outros profissionais, cujo título explicitasse a assistência à criança portadora de câncer. O referencial teórico utilizado foi a proposta de Wanda Aguiar Horta. Resultou a identificação de nove artigos com a formação dos eixos temáticos: (1) percepções das enfermeiras quanto à assistência; (2) sentimentos presentes na criança em fase terminal; (3) aspectos psicossociais; (4) assistência à família; (5) uso da medicina não-convencional; (6) extravasamento de quimioterápicos. Conclui-se que a atenção clínica dos enfermeiros oncopediatras deve contemplar as dimensões: criança adoecida, irmãos saudáveis, e pais/cuidador. Devem ter competências clínicas, relacionais, e capacidade pedagógica. As instituições de saúde devem apoiá-los na formação e manutenção de grupos informativos e terapêuticos.

Palavras-chaves: Processos de enfermagem. Enfermagem pediátrica. Neoplasias.

Abstract

Introduction. The review of the knowledge production in the health field may allow a greater success in the set of nursing care regarding healing and health promotion actions. Nursing has the challenge of systematizing their actions of professional care in the different clinical specialties in which it acts. The aim of this research was to analyze the knowledge production of nurses in the oncopediatric field and summarize the technical guidelines and nursing care referred by the researchers in order to contribute to the Nursing Care Systematization (NCS). We used the bibliographic review as method, whose sources were the Brazilian Oncology Magazine and the Brazilian Nursing Magazine, from 1996 to 2009. We selected papers written by nurses, with or without partnership with other professionals, whose titles were regarding assistance to children with cancer. The theoretical framework used in this research is based on the studies of Wanda de Aguiar Horta. This study identified nine articles, which were organized in the following sections: (1) the nurses' perception about the care; (2) feelings presented by terminal phase children; (3) psychosocial aspects; (4) family assistance; (5) use of non-conventional medicine; (6) chemotherapy extravasation. We concluded that clinical assistance by oncopediatric nurses may include the following dimensions: sick child, healthy brothers and parents/caregivers. They may have clinical, relationship and teaching skills. Health institutions may support them in creating and maintaining informative and therapeutic groups.

Keywords: Nursing processes. Pediatric nursing. Neoplasias.

Introdução

Analisar a produção de conhecimento é fundamental para o embasamento e eficaz estruturação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Ao contribuir para o maior sucesso no elenco de cuidados de enfermagem a ser sistematizado, este acervo de conhecimento permite que a prática profissional se afaste da empiria e falta de padronização da assistência. Este ato contribui não só para melhoria do cuidado e da assistência, como também se constitui como importante recurso de afirmação identitária e qualificação profissionais.

A SAE é dever do enfermeiro e atividade privativa deste, como determinam as Resoluções COFEN 272/20021 e 358/20092. Ambas são instrumentos legais e metodológicos que orientam o cuidado pro-

fissional, e a prática de documentá-lo no exercício da enfermagem.

Com foco específico na sistematização da assistência de enfermagem à criança com câncer, cujo campo é tão complexo e sensível, esta investigação tem como objeto de estudo a produção de conhecimento dos profissionais de enfermagem na área da oncopediatria.

Com finalidade de utilizar-se da análise da produção de conhecimento para angariar subsídios para a SAE no atendimento à criança com câncer, esta pesquisa foi delineada com os seguintes objetivos: analisar pesquisas produzidas por enfermeiros na área de oncopediatria; e sintetizar as orientações técnicas e os cuidados de enfermagem apontados com vistas a oferecer subsídios para a sistematização da assistência de enfermagem em oncopediatria.

¹Enfermeira. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – EEAP da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

²Enfermeira Oncologista. Docente do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – EEAP - UNIRIO. Contato: Flávia Firmino e-mail: flare_br@yahoo.com.br

Metodologia

A revisão bibliográfica foi empreendida no decurso do segundo semestre de 2009 e focou a produção científica contida na Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn e na Revista Brasileira de Cancerologia – RBC. Elegemos estes dois periódicos como fonte em virtude do primeiro ser o órgão oficial de divulgação da Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; e o segundo, o órgão oficial de divulgação da produção científica da enfermagem brasileira na área da cancerologia.

Nosso recorte analítico foi o período 1996 a 2009, perfazendo uma seleção de produção de cerca de 14 anos, podendo ser considerado relativamente representativo para fins de avaliação da produção de um campo de conhecimento relativamente recente. O estudo foi operacionalizado por consulta aos periódicos de forma on-line e impressa, o que dispensou o uso de palavras-chave em base de dados e privilegiou a leitura direta de títulos no sumário de cada periódico identificado no recorte analítico.

Para o levantamento realizado na REBEn, consideramos, como estratégia de busca, o Índice Cumulativo de Autores e Assuntos (INDEX), o qual reunia as pesquisas de 1996 a 2000. Já o período de 2001 a 2004 resultou de busca manual diretamente nos periódicos impressos por leitura atenta do sumário. Para o período restante a busca foi realizada de forma on-line. Na RBC, a pesquisa foi executada através das versões dispostas eletronicamente de 1997 a 2009. Para o ano de 1996, fez-se busca manual.

Foram considerados os artigos produzidos por enfermeiras com atuação na área oncopediátrica, com ou sem a parceria de outros profissionais de saúde, e cujo título abordasse o tema da assistência de enfermagem à criança portadora de câncer, considerando qualquer tipo de neoplasia maligna. Estudos que versavam sobre adolescentes foram excluídos visando manter o foco de investigação da pesquisa especificamente nos cuidados à criança com câncer.

Localizado e selecionado o material de pesquisa totalizou seis artigos. Foi realizada a leitura e releitura criteriosa das fontes e delas extraíram-se as informações técnicas que apontassem subsídios para a implementação da SAE considerando como referencial teórico os pressupostos da enfermeira Wanda de Aguiar Horta, os quais preconizam cuidados holísticos e o planejamento das ações de enfermagem estruturado mediante identificação das necessidades do ser humano afetado pelo adoecimento. Nesta perspectiva, ela enfatiza que a estruturação do Processo de Enfermagem deve atender de forma integral e holística.³

Em seus pressupostos, o Processo de Enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas visando à assistência ao ser humano. Este processo, por sua vez, se organiza de forma dinâmica, em torno de seis fases ou passos, a saber: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial, Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem, Evolução de Enfermagem e Prognóstico de Enfermagem.

Horta³ defende que as necessidades humanas básicas são universais, portanto comuns a todos os seres humanos. As bases fundamentais que a autora utiliza estão na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Abraham Maslow, para quem as necessidades humanas devem ser hierarquizadas em cinco níveis: 1-

Necessidades fisiológicas, 2- de Segurança, 3- de Amor, 4- de Estima, 5- de Auto-realização; bem como na teoria de João Mohana, a qual refere a seguinte divisão: a - necessidades de nível psicobiológico, b - psicossocial e c - psicoespiritual. Todas estas necessidades, segundo os autores, têm curso durante toda a vida do indivíduo e encontram-se inter-relacionadas.

Foram consideradas como conteúdo de análise as recomendações contidas na discussão e, sobretudo, as conclusões dos artigos selecionados para a pesquisa. As recomendações declaradas e/ou depreendidas eram analisadas frente ao processo de enfermagem segundo Horta visando apontar as ações práticas para o agir profissional mais sistematizado na área em estudo.

A correlação entre os diagnósticos de enfermagem e as necessidades humanas básicas afetadas e conseqüente estabelecimento do grau de dependência da clientela não foram apontados na literatura compulsada, bem como não foi objetivo da pesquisa em questão que focou a apreensão de informações técnicas disponíveis na bibliografia especializada.

Resultados

A produção de conhecimento analisada produziu 06 eixos temáticos de identificação: (1) percepções das enfermeiras quanto à assistência prestada ao binômio criança-família⁴⁻⁵; (2) sentimentos presentes na criança em fase terminal⁶; (3) aspectos psicossociais⁷; (4) assistência à família⁸⁻⁹; (5) uso da medicina não-convencional¹⁰; e (6) extravasamento de quimioterápicos¹¹.

Tais eixos, à luz dos pressupostos de Horta³, depreenderam recomendações para a SAE e foram associadas com as seguintes fases do processo de enfermagem: Histórico de Enfermagem; Diagnóstico, Plano Assistencial e Prescrição. As recomendações apontadas a seguir referem-se à primeira fase. 1 - Considerar três dimensões: a criança adoecida, pais/cuidador e irmãos saudáveis; 2 - Constar no impresso elaborado ou na transcrição do relato da entrevista de admissão os quesitos: “as impressões do enfermeiro entrevistador” e “intervenções elegíveis”.

A recomendação, de ordem mais geral, chama a atenção para a interface que envolve a criança adoecida e a família, com foco em especial para os irmãos saudáveis⁷⁻⁸. Esta interface, em suas múltiplas expressões e possibilidades constituem-se, a despeito da complexidade dos casos clínicos, como uma matriz em que o enfermeiro desenvolverá seus atos profissionais de forma mais promissora ou facilitada. Significa dizer que a primeira “recomendação” funciona como uma espécie de matriz organizadora das práticas assistenciais, dando sentido, inclusive, às recomendações mais objetivas e pontuais que envolvem a assistência ao paciente oncológico infantil, como veremos a seguir.

Entende-se por “impressões do enfermeiro entrevistador”, o registro da percepção da existência de medo do tratamento ou da morte referida ou subentendida por parte do paciente; se há necessidade de esclarecimento sobre a doença aos pais da criança; se há sofrimento com o diagnóstico; se há risco à saúde devido ao uso de terapia não-convencional, enfim, envolve o registro da percepção do enfermeiro acerca da realidade subjetiva e objetiva da criança adoecida, bem como da família deste^{5,8-10}.

Na recomendação “intervenções elegíveis” emergiram as seguintes intervenções de ordem prática: encaminhamento a outros profissionais da equipe de saúde; criação ou inserção da criança e de pais/cuidador em grupos de apoio com finalidades informativas ou terapêuticas. Os apontamentos prático-assistenciais foram sintetizados nos quadros a seguir (Quadro 1).

Ao cuidar da criança com câncer, sugere-se que os enfermeiros oncopediatras preocupem-se sistematicamente com a realização dos procedimentos dolorosos e ampliem suas atividades profissionais para além do paciente, envolvendo-se, também, com o atendimento da família deste⁶. A capacidade de

fazer diagnósticos de enfermagem e implementar ações assertivas, contudo, dependerá da competência relacional que tais profissionais precisam ter para propiciar o cuidado digno ao qual a criança tem direito. Os diagnósticos, plano de cuidados e as prescrições implicam, portanto, em visão ampla da assistência para o exercício dos cuidados profissionais nessa especialidade (Quadro 2).

O profissional de enfermagem deve ter a capacidade laboral de abordar e inserir os irmãos saudáveis como sujeitos de sua atenção e planejamento assistencial, de forma complementar aos cuidados que presta à criança hospitalizada⁵⁻⁷. Esta atenção já tem início no preenchimento do histórico de enfermagem da criança

Quadro 1. Apontamentos para a elaboração do histórico de enfermagem. Rio de Janeiro. 2010.

DIMENSÃO CRIANÇA ADOECIDA	DIMENSÃO IRMÃOS SAUDÁVEIS
<p>Na entrevista assistencial considerar: Procedimentos dolorosos progressivos Dúvidas sobre a doença que gostaria de expressar Tratamentos progressivos Falta de espaço para a elaboração e apropriação da doença</p> <p>Identificar o perfil da criança: Superprotegida Egoísta Autoritária Desconfiada Desolada Confusa Sente-se enganada, frágil e vulnerável Sente saudade dos irmãos e amigos Exaure o ânimo dos pais</p> <p>Na realização do exame físico considerar: Alteração da autoimagem Sinais vitais Condições da rede venosa e risco de extravasamento de drogas antineoplásicas Presença de dispneia quando a criança estiver na fase avançada do câncer</p>	<p>Na entrevista assistencial, considerar: os sentimentos relacionados ao irmão adoecido O que tem a expressar Dúvidas sobre tudo o que está acontecendo Como está seu desempenho escolar</p> <p>Identificar o perfil dos irmãos: Se estão físico e emocionalmente isolados Depressivos Ansiosos Com sentimento de culpa e raiva Isolamento social Apetite diminuído Pouca alteração na rotina diária Aumento da expressão de afetividade e carinho Aumento da responsabilidade, obediência e maturidade</p>

Quadro 2. Cuidados apontados para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na dimensão criança adoecida. Rio de Janeiro. 2010.

DIAGNÓSTICOS	PLANO DE CUIDADOS	PRESCRIÇÕES
1.Submissão a procedimentos desconhecidos e dolorosos; Recusa ao tratamento proposto; 2.Cotidiano familiar bruscamente alterado; 3.Demonstração de desconfiança; 4. Presença de dores e efeitos colaterais causados pelo tratamento; 5. Alterações emocionais, afetivas, psicológicas e de relacionamento interpessoal; 6. Falta de espaços de elaboração e apropriação da doença, podendo gerar temores, angústias, fantasias e culpa; 7. Presença do medo da morte, tratamento e sofrimento; 8.Sentimento de vulnerabilidade e fragilidade; 9.Falta de privacidade durante o sono; 10. Alteração da autoimagem e possibilidade de reação indesejável pelo uso de terapia não-convencional; 11. Risco de extravasamento de drogas antineoplásicas	1. Identificar possibilidade de encaminhar a criança e/ou família a grupos operativos disponíveis na instituição; 2. Monitorar padrão respiratório quando a criança estiver na fase mais avançada da doença; 3. Oferecer situações de relacionamento terapêutico para a criança expressar suas vivências e atribuir-lhes sentido; 4. Incentivar e promover o diálogo entre criança e família; 5. Abordar o uso de medicina não-convencional com atitude neutra e com informação bem dirigida.	1. Inserir a criança, familiar e/ou cuidador em grupos de apoio com finalidade informativa ou terapêutica; 2. Verificar necessidade de oxigenoterapia; 3. Atentar quanto a possíveis interações indesejáveis e efeitos colaterais dos tratamentos baseados na medicina não-convencional utilizada pelos pais

adoecida, e a literatura apontou pontos específicos a respeito, fazendo refletir, então, que esse procedimento precisa ser destacado do contexto na assistência à família (Quadro 3).

O planejamento assistencial para os irmãos saudáveis, portanto, demanda igualmente envolvimento emocional do enfermeiro oncopediatra, mas concebe-se no sentido de facilitar e aprimorar os cuidados prestados à criança adoecida e a pais/cuidadores⁸⁻¹⁰. Estes, por sua vez demandam atenção sincera da parte do(a) enfermeiro(a), bem como escuta ativa e ações práticas de interação relacional, conforme se depreende dos cuidados extraídos da literatura analisada (Quadro 4.)

Deste modo, a literatura consultada reconhece o fato de que os enfermeiros da oncopediatria devem dispensar atenção à família das crianças com

câncer. No entanto, em termos práticos, os desafios para a implementação de condutas assistenciais aos pacientes infantis oncológicos revelam-se bastante complexos, sobretudo quando se trata de crianças em fase terminal⁶. Emerge, como pauta urgente, a revisão dos processos de trabalho em saúde, iniciativas mais contundentes que envolvam a educação e gestão do trabalho, bem como estratégias de educação continuada e/ou permanente no âmbito dos serviços assistenciais especializados.

A assistência a ser dispensada à família, tendo-se por base pais/cuidador, denota, além da atenção, também responsabilidade e disponibilidade do enfermeiro. Este deverá empreender processo educativo motivador e sensível para melhor apoiar a pais/cuidador^{5-7;9}. Daí, conclui-se, que o domínio de determinada capacidade

Quadro 3. Cuidados apontados para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na dimensão irmãos saudáveis. Rio de Janeiro. 2010.

DIAGNÓSTICOS	PLANO DE CUIDADOS	PRESCRIÇÕES
Risco abusivo de álcool e drogas Alteração do sono Perda ou separação do afeto dos pais Pouco cuidado com os dentes Sofrimento com o diagnóstico e tratamento do câncer Necessidade de tempo e espaço para expressar dúvidas e sentimentos Diminuição do apetite Baixo rendimento escolar Sentimento de raiva, depressão, ansiedade, culpa Isolamento social	Promover estratégias que reduzam os sentimentos de isolamento e as dificuldades de ajustamento frente ao adoecimento do irmão. Promover e estimular visitas ao irmão, mesmo que fora do horário institucional. Encorajar pais a desprenderem mais tempo com os outros filhos e responderem honestamente às suas perguntas. Promover troca de opiniões, fazer perguntas e falar abertamente sobre a doença do irmão conforme consentimento dos pais Lidar de forma agradável, gentil e amigável com os irmãos	Inserir o irmão em grupos de suporte com passeios, atividades artísticas, lanches e brincadeiras, se disponível na instituição. Oferecer informações sobre a doença e o tratamento conforme consentimento dos pais. Estimular a criança a participar ativamente do cuidado ao irmão doente.

Quadro 4. Apontamentos para a elaboração do histórico de enfermagem na dimensão pais/cuidador. Rio de Janeiro. 2010.

DIMENSÃO PAIS/CUIDADOR
Na entrevista assistencial identificar: Situação conjugal Nível de escolaridade e vínculo empregatício Se a mãe é a principal fonte de suporte no tratamento da criança Como os pais vivenciaram o tempo de diagnóstico e as formas de tratamento pregressas Com quais sentimentos receberam o diagnóstico O grau de sofrimento no momento presente; dúvidas e incertezas sobre o tratamento proposto e o futuro da criança Presença de sobrecarga física e emocional; algum tipo de suporte emocional pregresso; mudanças exigidas pela vida diária dos familiares em decorrência da doença da criança Impacto da doença no relacionamento conjugal Número de filhos além do que está em tratamento e quantos deles são dependentes de cuidados (como banho e alimentação) Reserva de tempo para os outros filhos e para o descanso Atividades de lazer do cuidador: horas de sono por dia, déficit de autocuidado, adoecimento no período de diagnóstico e/ou tratamento Permissão para que outra pessoa assumira seu papel de cuidador Uso de práticas não-convencionais e comunicação à equipe de saúde sobre a utilização dos mesmos Desejo de receber esclarecimentos a respeito das terapias não-convencionais
Caracterizar o perfil de pais/cuidador: Observar e registrar se há dificuldade em falar sobre a doença com o filho adoecido Observar se está preocupado em relação ao tratamento Se sente-se estagnado na vida, a qual, no momento, gira em torno da doença da criança Investigar se pais/cuidador sentem-se cansados; se possuem dificuldades de convivência com os outros filhos e com outras pessoas; insegurança e medo diante da saúde da criança; se encontram-se esperançosos; conformados; buscam apoio na fé; se há desestrutura emocional, compartilham angústias do paciente; sentem-se inseguros, deprimidos ou angustiados e se têm medo de perder o emprego.

pedagógica torna-se elemento-chave para o bom exercício profissional neste campo (Quadro 5).

Depreende-se da literatura consultada que os desafios que envolvem a implementação de condutas assistenciais ótimas aos pacientes oncológicos infantis são amplos e complexos. De um lado, exige-se que os enfermeiros do campo ampliem suas condutas assistenciais de forma tal que, sem descuidar dos aspectos técnicos especializados, tomem, também como foco

de atenção clínica a dimensão da família e a realidade subjetiva do paciente. De outro, é preciso reconhecer que esta ampliação da agenda de trabalho envolve, pela sua natureza, mudanças institucionais que estão além da capacidade gerencial dos enfermeiros do campo, exigindo, portanto, mudanças organizacionais permanentes de maior envergadura que a simples mudança de conduta profissional ou pessoal.

Quadro 5. Apontamentos para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na dimensão pais/cuidador. Rio de Janeiro.2010.

DIAGNÓSTICOS	PLANO DE CUIDADOS	PRESCRIÇÕES
Choque na família diante do diagnóstico do câncer Sofrimento pelo medo da morte de seu filho Dificuldade em falar sobre a doença. Necessidade de obter esclarecimentos sobre a doença Dúvidas, temores e preocupações em relação ao tratamento Negação do fato de outra pessoa assumir seu papel de cuidador. Angústia pelo agravamento da doença com consequente aumento da dependência. Complicações na saúde. Sentimento de sofrimento e insegurança. Intranquilidade e nervosismo devido à indefinição diagnóstica Falta de recreação para o cuidador, por sentir culpa Privação do sono, vida social e familiar e cuidado pessoal alterados. Dedicção exclusiva aos filhos Dificuldade de conciliar atividades de cuidado e de trabalho Vida sexual afetada para as cuidadoras mulheres Desgaste físico e mental e interrupção para o futuro	Estar disponível para conversar, escutar e encorajar os pais Dedicar mais atenção à família quando na fase mais avançada e progressiva da doença Promover reuniões sobre questões relativas ao cuidado e educação da criança, incluindo neste processo educativo os seguintes temas: 1) A necessidade de impor limites 2) Demonstração de afeto 3) Promoção de estímulos afetivos	Estimular a participação nos grupos de apoio com finalidade informativa e terapêutica Orientar sobre a doença, tratamento e cuidados, bem como sobre a importância de dividir responsabilidades e aceitar apoio familiar e de amigos Orientar sobre a necessidade de revezamento, de lazer e da vivência da sexualidade sem sentimentos de culpa.

Discussão

Na área da enfermagem em oncopediatria a produção do conhecimento ocorre majoritariamente por parceria entre enfermeiras. Ao se considerar a parceria com outros profissionais da equipe de saúde, predomina a parceria com psicólogos, o que faz inferir a especificidade e sensibilidade do ofício dos profissionais do campo.

Na criança, as necessidades de interação psicossocial junto à família devem ser foco de atenção do enfermeiro oncopediatra. Por sua vez, as necessidades psicobiológicas de pais/cuidador são as mais iminentes e também demandam ações deste profissional. Os irmãos saudáveis sofrem desequilíbrio de ambos os tipos de necessidades. As de cunho biológico estão associadas à questão de sintomatização do isolamento social e falta de atenção objetiva dos pais. Os sintomas físicos mais comumente relatados pela literatura consultada foram cefaléia e epigastralgia, que implicam na diminuição do apetite e alteração no padrão do sono⁸.

Um dos estudos recomendou, em especial, que o enfermeiro se instrumentalize em relação às técnicas que envolvem habilidades de interação social, tendo em vista o bem-estar psicossocial da criança, como conversar, acariciar, brincar, consolar, orientar, respeitar sua vontade, apontar ganhos nas perdas, deixá-las se manifestarem, falar a verdade sobre quando vai doer, deixá-las ajudar nos procedimentos, responder as perguntas sobre a doença e a morte⁵. Estes aspectos, portanto, segundo nos revela a literatura, apresentam-se como estratégicos para o desenvolvimento de uma boa interação paciente-equipe, sobretudo em momentos considerados mais delicados do tratamento oncológico, como a vivência dos efeitos colaterais dos recursos diagnósticos, do tratamento terapêutico e da

proximidade da morte.

Destacam-se ainda, nesta vertente, os grupos de apoio com finalidade informativa e terapêutica, pois estes representam importante estratégia de atenção global quanto às três dimensões do cuidar em oncopediatria. Segundo a literatura, eles se constituem em um espaço propício para intervenção do enfermeiro na sua prática de atuação em prol de seus clientes e, ao mesmo tempo, oferecem a ele a oportunidade de angariar conhecimentos práticos voltados às habilidades sociais^{5,7}.

A existência de grupos de apoio torna-se tão relevante nesta área, que nem mesmo a criança com possibilidades de vir a morrer deve ser poupada de participar. Um dos estudos recomendou interação grupal da criança em fase terminal com outras na mesma condição, de modo que exista um espaço para ela falar de seus medos íntimos como o medo de morrer e deixar a família, de maneira mais espontânea⁶.

As instituições hospitalares devem reconhecer a ampliação do modelo clínico de trabalho dos (as) enfermeiros (as) oncopediatras e apoiar os serviços de enfermagem na implantação e/ou implementação de grupos informativos ou terapêuticos, bem como outras atividades que promovam lazer e interação familiar, incluindo os irmãos saudáveis da criança adoecida; capacitação da comunicação e habilidades sociais devem ser as principais metas nos programas de educação permanente em serviço. De forma complementar, as enfermeiras que assistem a crianças com câncer devem compor um rol de habilidades de interação social também no planejamento de seu desenvolvimento profissional.

Indiscutivelmente, a ênfase que a literatura dispensa no cuidar de enfermagem em oncopediatria recai sobre a formação dos grupos informativos e terapêu-

ticos, bem como destaca as habilidades de interação social como fator marcante na identidade profissional dos(as) enfermeiros(as) oncopediatras.

O estudo da identidade profissional destes (as) enfermeiros (as) ainda é temático e carece de mais investigações no meio. Observou-se, com base na literatura consultada, uma tendência ao desenvolvimento de atividades profissionais em enfermagem oncológica voltadas à implantação, promoção e manutenção de grupos informativos ou terapêuticos. Estas atividades, por sua vez, exigem esforços institucionais que vão além do poder de atuação dos enfermeiros em assistência hospitalar. Cabe, aqui, a sugestão desses dois grandes temas que viriam contribuir com os esforços em melhor assistir às crianças com câncer no país.

As questões práticas, por exemplo, que envolvem o uso de terapêuticas não-convencionais adotadas por pais/cuidadores, que muitas vezes não é relatado para a equipe de saúde, informam, em um só tempo, a respeito dos riscos que envolvem a atenção a pacientes infantis em condição de saúde fragilizada, como também dizem respeito à necessidade de desenvolvimento de laços de confiança e colaboração mútua entre pais/cuidadores e equipes de saúde. No que diz respeito ao desenvolvimento de laços desta natureza, a literatura nos aponta que a enfermagem pode exercer função-chave e estratégica.

As ações coordenadas para a prevenção, tratamento e seguimento de extravasamento de quimioterápicos denotam cuidados complexos, associados ao desenvolvimento tecnológico crescente da medicina na

área da cancerologia infantil, do qual a enfermagem oncopediátrica não pode se afastar, pois implica em segurança dos pacientes sob sua responsabilidade profissional.

Estes achados lançam desafios e inquietações para a área de formação de enfermeiros, pois, enquanto o mercado lança novas demandas ao exercício destes profissionais na área da oncopediatria, o sentimento de falta de preparo para lidar com questões tão sensíveis e complexas do universo da criança com câncer, ainda persiste entre os trabalhadores que atuam neste campo.

O objetivo de estruturar e implementar a SAE com vista ao cuidado global de enfermagem em oncopediatria é um desafio maior ao exercício profissional, quando comparado às demais especialidades, devido a dimensão dos cuidados extensivos a família, a necessidade de desenvolver habilidade social e capacidade pedagógica como competências profissionais, e ao apoio institucional que as enfermeiras têm que receber para iniciar e sustentar a formação de grupos informativos e/ou terapêuticos.

Porém, implantar e/ou implementar a SAE na oncopediatria trata-se de um dever frente às resoluções regulamentares da enfermagem brasileira. Este desafio é ético, moral e social e pode ser transponível a partir da observação da produção do conhecimento desta área porque ela aponta caminhos técnicos, organizacionais e institucionais que os enfermeiros da área podem seguir.

Referências

1. Brasil. Resolução 272 de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a sistematização da Assistência de Enfermagem Resoluções SAE. COFEN São Paulo; 2002. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7100§ionID=3>.
2. Brasil. Resolução 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. [cited 2009 out 15]. Diário Oficial da União, 2009.
3. Horta WA. Processo de enfermagem. 1ª ed. São Paulo: EPU, 1979.
4. Dupas G, Caliri MHL, Franciosi MC. Percepções de enfermeiras de uma instituição hospitalar sobre a assistência prestada à família e à criança portadora de câncer. *Rev Bras Cancerol*, 1998;44(4):327-34.
5. Melo LL, Valle ERM. Equipe de enfermagem: experiência do cuidar de criança com câncer nos plantões noturnos. *Rev Esc Enferm*, 1998; 32(4):325-34.
6. Melo LL, Valle ERM. "...E a luz está se apagando..." Vivências de uma criança com câncer em fase terminal. *Rev Bras Enferm*, 1999;52(4):566-75.
7. Moreira GMS, Valle ERM. Estudos bibliográficos sobre publicações brasileiras relacionadas a aspectos psicossociais do câncer infantil, no período de 1980 a 1997. *Rev Bras Cancerol*. 1999;45(2):27-35.
8. Cavicchioli AC, Nascimento LC, Lima RAG. O câncer infantil na perspectiva dos irmãos das crianças doentes: revisão bibliográfica. *Rev Bras Enferm*, 2004;57(2):223-27.
9. Beck ARM, Lopes MHBM. Tensão devido ao papel de cuidador entre cuidadores de crianças com câncer. *Rev Bras Enferm*, 2007;60(5):513-518.
10. Beck ARM, Lopes MHBM. Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade de cuidador. *Rev Bras Enferm*, 2007;60(6):670-75.
11. Elias MC, Alves E, Tubino P. Uso de medicina não-convencional em crianças com câncer. *Rev Bras Cancerol*, 2006;52(3):237-43.
12. Chanes DC, Dias CG, Gutiérrez MGR. Extravasamento de drogas antineoplásicas em pediatria: algoritmos para prevenção, tratamento e seguimento. *Rev Bras Cancerol*, 2008;54(3):263-273

NOTAS REDATORIAIS / NOTES TO AUTHORS

A Revista de Pesquisa em Saúde / *Journal of Health Research*, órgão oficial do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão / UFMA é publicada quadrimestralmente, com o objetivo de promover e disseminar a produção de conhecimentos e a socialização de experiências acadêmicas na área de saúde, assim como possibilitar o intercâmbio científico com programas de Pós-Graduação e Instituições de pesquisas nacionais e internacionais.

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos à Revista de Pesquisa em Saúde / *Journal of Health Research*:

a. Os trabalhos deverão vir acompanhados de carta de apresentação assinada por seu(s) autor(es), autorizando publicação do artigo e transferindo os direitos autorais à Revista de Pesquisa em Saúde/ *Journal of Health Research*.

b. Na seleção de artigos para publicação, avaliar-se-á o mérito científico do trabalho, sua adequação às normas e à política editorial adotada pela revista. Nos trabalhos de pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser informado o nº do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o mesmo foi aprovado.

c. Os manuscritos, submetidos com vistas à publicação na Revista de Pesquisa em Saúde/ *Journal of Health Research*, são avaliados inicialmente pela secretaria quanto à adequação das normas. Em seguida, serão encaminhados no mínimo para 02 (dois) revisores (membro do Conselho Editorial ou consultor ad hoc) para avaliação e emissão de parecer fundamentado, os quais serão utilizados pelos editores para decidir sobre a aceitação, ou não, do mesmo. Em caso de divergência de opinião entre os avaliadores, o manuscrito será enviado a um terceiro relator para fundamentar a decisão final. Será assegurado o anonimato do(s) autor (es) nesse processo. O Conselho Editorial se reserva o direito de recusar o texto recebido e/ou sugerir modificações na estrutura e conteúdo a fim de adequar aos padrões da revista. Os autores dos manuscritos não aceitos para publicação serão notificados por carta e/ou e-mail. Somente após aprovação final, os trabalhos serão encaminhados para publicação.

d. A Revista de Pesquisa em Saúde/ *Journal of Health Research* não remunera o(s) autor(es) que tenham seus artigos nela editados, porém lhes enviará 02 (dois) exemplares da edição onde seu(s) texto(s) for(em) publicado(s).

e. Não serão publicados artigos que atentem contra a ética profissional, que contenham termos ou idéias preconceituosas ou que expressem pontos de vista incompatíveis com a filosofia de trabalho do Conselho Editorial e da política da revista.

f. Os conceitos, opiniões e demais informações contidos nos textos, e publicados na Revista de Pesquisa em Saúde/ *Journal of Health Research*, são de inteira responsabilidade do(s) autor (es).

1. Categorias das seções

Para fins de publicação, a Revista de Pesquisa em Saúde / *Journal of Health Research*, publica nas seguintes seções: editorial, artigos originais, artigos de revisão e atualização, relatos de caso, relatos de experiência, comunicações breves e relatórios técnicos elaborados por profissionais da área da saúde e afins, redigidos em português ou inglês. Em cada número, se aceitará a submissão de, no máximo, dois manuscritos por autor.

1.1 Editorial: de responsabilidade do corpo editorial da revista, que poderá convidar autoridade para redigi-lo.

1.2 Artigos originais: devem relatar pesquisas originais que não tenham sido publicadas ou consideradas para publicação em outros periódicos. Produção resultante de pesquisa de natureza empírica, experimental, documental ou conceitual

The Journal of Health Research is an official organ of the University Hospital of the Federal University of Maranhão / UFMA. Our Journal publishes every four months and has as an aim to promote and disseminate the development of knowledge and the socialization of academic experiences concerning to health, as well as the possibility of creating the scientific exchange among postgraduate programs and national and international research institutions.

We strongly advise all authors to read the instructions below carefully before submitting manuscripts to the Journal of Health Research.

a. The manuscripts must be accompanied by a cover letter that must be signed by each author(s) authorizing the article to be published and transferring the copyright to the Journal of Health Research.

b. In the selection of articles for publication, the scientific merit of the research, adaptation to the standards and editorial policy adopted by the Journal will be evaluated. When reporting experiments on human subjects, the protocol number of the Institution's Research Ethics Committee where the research was approved must be informed.

c. The manuscripts submitted for publication in the Journal of Health Research are firstly assessed by the editorial office for adaptation to the standards. Afterwards, the manuscripts will be addressed to a minimum of two reviewers (Member of the Editorial Board or ad hoc consultant) that will evaluate and issue a reasoned opinion to be used by the editor for deciding whether the article is accepted or not. In case of opinion divergence between the reviewers, the manuscript will be sent to a third reviewer for reasoning the final decision. The author(s) anonymity will be guaranteed in this process. The editorial board reserves the rights of refusing the received text and/or suggesting changes in the style and content in order to follow the journal standards. The authors of manuscripts not accepted for publication will be informed through letter and/or email. Only after acceptance the articles will be published.

d. The Journal of Health Research does not pay the author(s) of article(s) edited by it, however, the journal will send two issues where his/her/their text(s) was/were published.

e. The articles that do not follow the professional ethics, as well as those that show prejudice ideas or express incompatible viewpoints with the journal's policy and editorial board philosophy towards work, will not be published.

f. The concepts, opinions and other information within the texts, and published in the Journal of Health Research are of entire responsibility of author(s).

1. Categories of sections

For publication purposes, the Journal of Health Research publishes in the following sections: original, review and update articles, case and experience reports, editorial, short communications and technical reports. The manuscripts must be written in portuguese or english and elaborated by professionals of health or related areas. In each issue number the Journal will accept up to two manuscripts for submission by each author.

1.1 Editorial: the Journal editorial body is responsible by this type of submission. The Journal may invite an expert to prepare it.

1.2 Original article: should report original research that has not been previously published or considered for publication in other journals. It is a manuscript that was resulted of empirical, experimental, documental or conceptual research and which may add values to the science field and practice of many health areas. It should contain in its structure: resumo, abstract, introduction, methods, results, discussion, conclusion

com resultados que agreguem valores ao campo científico e prático das diversas áreas da saúde. Deve conter na estrutura: resumo, abstract, introdução, métodos, resultados, discussão e referências (máximo de 6.000 palavras e cinco ilustrações).

1.3 Artigos de Revisão e Atualização: destinados a apresentação de conhecimentos disponíveis baseados numa avaliação crítica, científica, sistemática e pertinente de um determinado tema (resumo estruturado de até 250 palavras, máximo de 5.000 palavras, cinco ilustrações), e não apenas revisão de literatura, e até três autores. Mesma formatação do artigo original.

1.4 Relatos de Casos: devem ser relatos breves de casos relevantes para divulgação científica com extensão máxima de 1.500 palavras, com máximo de 3 ilustrações (tabelas e figuras), até quinze referências. Colocar no corpo do manuscrito os tópicos: introdução, relato de caso, discussão e referências. Permitido-se máximo três autores.

1.5 Comunicações Breves: devem ser relatos sobre novos resultados, interessante dentro da área de abrangência da revista. Observação clínica original, ou descrição de inovações técnicas, apresentadas de maneira breve, não excedendo a 1.700 palavras. Não colocar no corpo do manuscrito os tópicos: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusões. Máximo três ilustrações e até quinze referências.

1.6 Relato de Experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. A relevância de um relato de experiência está na pertinência e importância dos problemas que nele se expõem, assim como o nível de generalização na aplicação de procedimentos ou de resultados da intervenção em outras situações similares, ou seja, serve como uma colaboração à práxis metodológica. Formato de artigos originais.

1.7 Relatórios Técnicos: devem ser precisos e relatar os resultados e recomendações de uma reunião de experts. Será considerado no formato de um editorial.

2. Forma e Estilo

2.1 Os artigos devem ser concisos e redigidos em português ou Inglês. 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) Abstract e Key words; 4) Texto; 5) Referências; 6) E-mail, para a correspondência; 7) Ilustrações e legendas; 8) Tabelas; 9) Outras informações.

2.2 Os manuscritos devem ter as referências elaboradas de acordo com as orientações do International Committee of Medical Journal Editors Vancouver Group (www.icmje.org), e do International Committee of Medical Journal Editors Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: sample references (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

2.3 O manuscrito deve ser preparado usando software padrão de processamento de texto e deve ser impresso (fonte arial, tamanho 12) com espaço duplo em todo o texto, legendas para as figuras e referências, margens com pelo menos três cm. Abreviações devem ser usadas com moderação.

3. Organização dos manuscritos

3.1 Página de Título: página não numerada, contendo o título do artigo em português (digitada em caixa alta e em negrito com no máximo 15 palavras), inglês (somente em caixa alta). Nome completo dos autores digitados em espaço duplo na margem direita da página indicando em nota de rodapé a titulação do(s) autor (es) e instituição(es) de vínculo(s) e endereço para correspondência: nome do autor responsável e e-mail.

and references (up to 6,000 words and five illustrations).

1.3 Review and update articles: have as an aim the presentation of available knowledge based on critical, scientific, systematic and relevant assessment of a particular subject (abstract of up to 250 words, maximum of 5,000 words, five illustrations), they should not only be a literature review and should be conducted of up to three authors. Same format of the original article.

1.4 Case reports: relevant brief reports that should be important to scientific publishing, with maximum of 1,500 words and three illustrations (tables and figures), up to ten references. Divide your manuscript into sections: introduction, case report, discussion and references. It is allowed up to three authors.

1.5 Short communications: should be reports about new results and interesting for the knowledge area of the journal. Original clinical observation or description of technical innovations which should be presented briefly without exceeding 1,700 words. Do not include in the body of the manuscript the items: introduction, methods, results, discussion and conclusions. Maximum of three illustrations and up to fifteen references.

1.6 Experience Report: description of academic, assistance, and extension experiences. The relevance of an experience report is the relation and importance of problems that are shown by it, as well as the level of generalization in the procedures application and results of interventions in other similar situations, in other words, it serves as collaboration to the methodological praxis. Format of original articles.

1.7 Technical Reports: should be accurate and report results and recommendations of an assembly of experts. It will be considered in an editorial format.

2 Format and Style

2.1 The articles should be concise and written in Portuguese or English. Abbreviations should be limited to the terms mentioned repeatedly. The spelled-out abbreviation followed by the abbreviation in parenthesis should be used on first mention. The abbreviation should be used unless it will not alter the text comprehension. Each part of the article should be printed on separate pages in the following order: 1) Titles Page, 2) Resumo and Descritores, 3) Abstract and Keywords; 4) Text, 5) References, 6) e-mail for correspondence, 7) Illustrations and captions, 8) Tables, 9) Other information.

2.2 The references of manuscripts should follow the norms established by the International Committee of Medical Journal Editors Vancouver Group (www.icmje.org) and the International Committee of Medical Journal Editors Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: sample references (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

2.3 The manuscript should be prepared using standard word processing software and should be printed (arial, font size 12) double-spaced throughout the text, figures captions, and references, with margins of at least 3cm. Abbreviations should be used sparingly.

3. Manuscripts structure

3.1 Title Page: not numbered, containing the title of the article in Portuguese (typed in capital letters and boldface with a maximum of 15 words), English (only with capital letters), authors' full name typed in double-spaced on the right margin of the page, and a footnote indicating the title of author (s) and institution(s) to which they are affiliated and his/her/

3.2 Resumo: deve conter no máximo 250 palavras, em caso de Artigo Original e Atualização, e 100 para Relatos de Casos, Comunicações Breves e Relato de Experiência. Devem ser estruturados, contendo introdução, objetivo(s), métodos, resultado(s) e conclusão (es).

3.3 As palavras-chaves: e seus respectivos Key Words devem ser descritores existentes no DeCS-Bireme (<http://decs.bvs.br>).

3.4 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.

3.5 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).

3.6 Métodos: 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. Técnicas-padrões precisam apenas ser citadas.

3.7 Resultados: devem ser apresentados em sequência 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. O relato da informação deve ser conciso e impessoal. Não fazer comentários nesta sessão, reservando-os para o capítulo Discussão.

3.8 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 incluída(s) a(s) conclusão(es) do trabalho.

3.9 Referências: devem ser numeradas consecutivamente, na medida em que aparecem no texto. Listar todos os autores quando houver até seis. Para sete ou mais, listar os seis primeiros, seguido por "et al". Digitar a lista de referência com espaçamento duplo em folha separada. Citações no texto devem ser feitas pelo respectivo número das referências, acima da palavra correspondente, separado por vírgula (Ex.: inteligência 2, 3, 4,.). As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>). Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no "Index medicus" (Consulte: <http://ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journal&TabCmd=limits>).

- Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

- No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote®), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

their correspondence address (es): name of the corresponding author and email.

3.2 Abstract: should not exceed two hundred words for original or update article, and a hundred for Case reports, Short communications and Experience report. It should be structured with the objective, material and methods, results and the conclusions. Note: when the article is written in English the abstract must come before the resumo.

3.3 Keywords: should be used descriptors from the DeCS-BIREME (<http://decs.bvs.br>).

3.4 Introduction: should provide the objective of the study and a formatted hypothesis. Information which indentifies the problem in the literature and draws the reader's interest may be mentioned. Detailed literature reviews, natural history, anatomical basis and excessive number of authors should be avoided.

3.5 Ethics: any research involving experiments on humans and animals must have a prior approval from the Research Ethics Committee, according to the Helsinki Declaration, International Animal Protection and Resolution n°196/96 of the Ministry of Health about research involving humans. The article should be addressed along with the opinion of the Committee of Ethics in Research (CEP).

3.6 Methods: the text should be accurate although brief, avoiding extensive descriptions of usual procedures. It is necessary to precisely identify all drugs, devices, wires, chemicals, methods of measurement and so on. Do not use trade names, patient initials or names, or their hospital registration numbers. The method description should enable its reproduction by others. Standard techniques need only be cited.

3.7 Results: should be presented in logical sequence in the text. Only in this item, when necessary, and in a concise manner, appropriate references should be done to tables that summarize experimental findings or figures that illustrate important points. The information report must be concise and impersonal. Do not make comments on this section. All comments must be reserved for the Discussion chapter.

3.8 Discussion: should include main findings, the validity and meaning of the work, correlating it with other publications about the subject. It should be clear and concise by avoiding detailed literature review as well as hypothesis and generalizations without support from data obtained in the study. In this item should be included the conclusions.

3.9 References: should be numbered consecutively according to the order in which they are mentioned in the text. All authors should be mentioned when up to six. When there are more than six authors, you should list all the six authors followed by "et al". The list of references should be typed double-spaced and on a separate page. Citations in the text should be made by the respective number of references, above the corresponding word and separated by comma (e.g.: Knowledge 2, 3, 4,). All cited references should be listed at the end of the article in numerical order, following the general rules of the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>). The titles of journals should be abbreviated according to the style used in "Index medicus" (<http://ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journal&db=TabCmd=limits>).

- All references must be presented in a correct and complete manner. The veracity of the information contained in the list of references is of author(s)'s responsibility.

- When using a reference management software (e.g. EndNote®), the author(s) must convert the references to text.

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do Internacional Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

8. Envio e submissão

Os artigos deverão ser entregues em cópia impressa e um CD 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, ou encaminhados por meio do e-mail: revista@huufma.br.

9. Exemplos de formas de referências:

9.1 Em Revista: Autor. Título do artigo. Título da Revista (itálico). Ano; volume (número): páginas. Jordan PH, Thonrby J. Twenty years after parietal cell vagotomy antrectomy for treatment of duodenal ulcer. *Ann Surg*, 1994; 220(3): 283-296.

9.2 Em Livro: Autor. Título (itálico). Edição. Local de Publicação: Editora; ano da publicação. Bogossian L. Choque séptico: recentes avanços de fisiopatologia e do tratamento. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1992.

9.3 Em Capítulo de Livro: Autor do capítulo. Título do capítulo (itálico). In: Autor do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação: Editora; ano 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.

9.4 Em Monografia/Dissertação/Tese. Autor. Título (Itálico) [Dissertação]. Local (Estado): Universidade; Ano; Páginas. Chinelli A. *Colecistectomia laparoscópica: estudo de 35 casos*.

4. Funding sources

4.1 The authors must declare all sources of funding or support, institutional or private, used to perform the study.

4.2 Suppliers of materials or equipments free or with discount, must also be described as sources of funding, including the origin (city, state and country).

4.3 Authors with studies without institutional or private financial resources must state that the research did not receive funding for its implementation.

5. Conflict of interest

5.1 Authors are requested to disclose any potential conflict of interest, including political and/or financial interests associated with patents or property, materials and / or supplies provision and equipments used in the study by manufacturers.

6. Collaborators

6.1 It should be specified the individual contributions of each author in the preparation of the article.

6.2 We remind you that the criteria for authorship should be based on the deliberations of the International Committee of Medical Journal Editors that states the following: recognition of authorship should be based on substantial contributions to: 1. Conception and design or analysis and interpretation of data, 2. Article preparation or critical review of intellectual content; 3. Final approval of the version to be published. These three conditions must be fully met.

7. Acknowledgments

7.1 Possible acknowledgments include institutions that somehow provided help for the research and / or people who collaborated with the study, but that did not meet the criteria for co-authors.

8. Sending the submission

Articles should be delivered as an impressed copy and on a CD in the Adjunct Directory of Teaching, Research and Extension, located on the 4th floor of the President Dutra Unit (HUUPD) - Rua Barão de Itapary, 227 - Centro. CEP.: 65020-070, São Luís, MA. Brazil. Phone: +55 (98) 2109-1242, or it may be sent via e-mail: revista@huufma.br.

9. Examples of reference styles:

9.1 Journal: Author. Article title. Journal title (italics). year; volume (number): pages. Jordan PH, Thonrby J. Twenty years after vagotomy antrectomy parietal cell for treatment of duodenal ulcer. *Ann Surg*, 1994; 220 (3): 283-296.

9.2 Book: Author. Title (italics). Edition. Place of Publication: Publisher; year of publication. Bogossian L. *Choque séptico: recentes avanços de fisiopatologia e do tratamento*. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1992.

9.3 Chapter in Book: Author of the chapter. Chapter title (italics). In: Author of the book. Title of book. Edition. Place of publication: Publisher; year of publication; pages. Barroso FL, Souza JAG. *Perfurações pépticas gástricas e duodenais*. In Barroso FL, Vieira OM, editors. *Abdome agudo não traumático: Novas propostas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Robe; 1995. p. 201-220.

9.4 Monograph/Dissertation / Thesis. Author. Title (italic) [Dissertation]. Place (State): University; Year; pages. Chinelli A. *Colecistectomia laparoscópica: estudo de 35 casos*. [Dissertation].

[Dissertação]. Niterói (RJ):Universidade Federal Fluminense; 1992. 71 p.

9.5 Em Material eletrônico:

I. 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 Dis [serial online] 1995 Jan/mar [capturado 1996 jun 5]; 2 (2): [24 telas] Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

II. Arquivo de Computador: Título [tipo de arquivo]. Versão. Local (Estado) Editora; ano. Descrição Física da mídia. Hemodynamics III: The ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2 Orlando (FL): Computereid Educational Systems; 1993.

III. 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, espaço simples.

IV. CD-Rom, DVD: Autor(es). Título [tipo do material]. Cidade de publicação: produtora; ano. Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

9.6 Em Anais de Congresso: Autor (es) do trabalho. Título do trabalho (itálico). Título do evento; data do evento; local e cidade do evento; editora; ano de publicação. Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editores. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

9.7 Em Artigo de Jornal: Autor do artigo. Título do artigo(itálico). Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna). Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12;Sect. A:2 (col. 4).

10 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).

11 Ilustrações

São fotografias (boa resolução mínimo de 300 dpi, no formato TIFF), mapas e ilustrações (devem ser vetorizadas ou seja desenhada utilizando os softwares CorelDraw ou Illustrator em alta resolução, e suas dimensões não devem ter mais que 21,5x28,0cm) 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 5 (cinco) entre tabelas e figuras para artigos originais e 3(três) para relatos de casos, e utilizadas quando estritamente necessárias. Todas as figuras devem ser referidas no texto,

Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 1992. 71 p.

9.5 Electronic Material:

I. Article: Author. Article title. Journal Title [Type of material] year month [cited year month day]; volume (number); [number of screens] Available from: electronic address. Morse SS. Factors in the emergence of Infectious Diseases. I Emerg infect diseases [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 2 (2): [24 screens] Available at: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

II. Computer File: Title [File Type]. Version. Place (State) Publisher; year. Descrição Física da mídia. Hemodynamics III: The ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2 Orlando (FL): Computereid Educational Systems; 1993.

III. Monograph in electronic format: Title [type of material], Responsible. Editor. Edition. Version. Place: Publisher; year: 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.

IV. CD-Rom, DVD: Author (s). Title [type of material]. City of publication: producer; year. Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

9.6 Proceedings of Congresses: Author (s) of the work. Title of the work (italics). Title of event; event date; venue and city of event; publisher; year of publication. Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

9.7 Journal article: Author of the article. Article title (italics). Name of the newspaper. Date; Section: Page (column). Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sections drop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12; Sect. A: 2 (col. 4).

10 Tables

They should be numbered with Arabic numerals, explained by captions, with explanations of symbols in the footnote and prepared separately, one per page. Cite the tables in the text in numerical order including only data needed to understand important points. The data presented in tables should not be repeated in graphs. The preparation of tables should follow the Tabular Presentation Guidelines established by the National Statistics Council (Rev. Bras. Est., 24: 42-60, 1963. The tables should be prepared in Microsoft Word software).

11 Illustrations

They are photographs (good minimum resolution of 300 dpi, in TIFF format), maps and illustrations (vector illustrations, in other words, to be drawn using Illustrator or CorelDraw softwares at high resolution, in black and white, and the dimensions must be no more than 21.5 x28.0cm), graphics, drawings, and so on. They should not be scanned and should be preferably in black and white, measuring 127mm x 178mm. The illustrations in black and white will be reproduced at no charge for the author (s). Remember that because of the high cost for the Journal it should be provided up to five (5) illustrations between tables and figures for original articles and 3 (three) for case reports, using only when

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, por meio de uma etiqueta, com o nome do autor e numeração para orientação. 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.

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

strictly necessary. All figures must be mentioned in the text, numbered consecutively in Arabic numerals. Each figure must be accompanied by a caption that makes it clear without reference to the text. The illustrations must be identified on the back using a label, with the author's name, and numbered for better identification. The drawings and graphs may be made on tracing paper with nankeen ink, with the letters being drawn with a stencil or letter template set, or still, using inkjet or laser printer, with good quality, and not handwritten.

Please Note: All notes of the title, author or text should be indicated by Arabic numerals, and printed on separate pages.

**SUMÁRIO / SUMMARY****EDITORIAL**

- 7 **Editorial**

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

- 9 **Vivenciando a morte: experiência de profissionais de enfermagem no contexto da unidade de terapia intensiva neonatal**
Experiencing Death: the experiences of nursing professionals in the Neonatal Intensive Care Unit
Marinese Herminia Santos, Elba Gomide Mochel, Eremita Val Rafael
- 16 **Programa Farmácia Popular do Brasil: evolução do programa na cidade de São Luís - MA**
Popular Pharmacy Program of Brazil: evolution of this program in São Luís - MA
Hayandra de Sousa Costa, Elizabeth Regina de Castro Borba, Crisálida Machado Vilanova, Diana Mendes Costa, Denise Fernandes Coutinho
- 20 **Prevalência de sintomas de Doença do Refluxo Gastroesofágico em pacientes asmáticos**
Prevalence of Gastroesophageal Reflux Disease's symptoms in asthmatic patients
Ivo Roberto dos Santos Cardoso, Maria do Rosário da Silva Ramos Costa, Pedro Paulo Cantanhede Lemos, Florenir Glória da Silca Paes
- 25 **Situação social e de saúde da população idosa da uma comunidade de São Luís-MA**
The social and health situation of elderly population of a community of the city of São Luís-MA
Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira, Alécia Maria da Silva, Vanlinda de Jesus Dias Baima, Márcia Mônica Pereira Barros, Maria do Socorro Barbosa V. Cruz, Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
- 30 **Marcadores do vírus da Hepatite B (HBV) em candidatos à doação de sangue no Estado do Maranhão**
Serological Markers of the hepatitis B virus (HBV) in blood donor candidates in Maranhão
Suelen Cíntia Campo Martins, Arlene de Jesus Mendes Caldas, Lena Maria Barros Fonseca, Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa, Dorlene Maria Cardoso de Aquino
- 35 **Relação entre a idade materna e condições perinatais no município de Augustinópolis-TO**
Relationship between maternal age and perinatal conditions in the municipality of Augustinópolis-TO
Francisco Gomes de Santana, Floriacy Stabnow Santos, Marcela de Oliveira Feitosa, Flávia Baluz Bezerra de Farias, Felipe César Stabnow Santos, Marcelino Santos Neto, Leonardo Hunaldo dos Santos
- 41 **Baixa estatura em crianças nascidas com muito baixo peso entre as idades de 4 a 8 anos**
Short stature in 4 to 8 years-old infants with very low birth weight
Maria Dalva Barbosa Baker Méio, Fernanda Valente Mendes Soares, Vânia Matos Fonseca, Letícia Duarte Villela, Márcia Cristina Bastos Boëchat, Maria Elizabeth Lopes Moreira
- 46 **Avaliação das infrações sanitárias cometidas em farmácias magistrais no município de São Luís-MA**
Analysis of health violations committed in magistral pharmacies in São Luis - MA
Vaneildon de Sousa Aguiar, Elizabeth Regina de Castro Borba, Crisálida Machado Vilanova, Diana Mendes Costa, Denise Fernandes Coutinho

RELATO DE CASO / CASE REPORT

- 50 **Neoplasias Trofoblásticas Gestacionais e importância do seguimento pós molar**
Gestational Trophoblastic Neoplasias and the Importance of Post-Mole Follow Up
José Pereira Guará, Ana Gabriela Caldas Oliveira, Marília da Glória Martins

ARTIGO DE REVISÃO / REVIEW ARTICLE

- 54 **A produção do conhecimento da enfermagem brasileira na oncopediatria e sistematização da assistência de enfermagem**
The production of the knowledge of brazilian nursing in oncopediatria and the nursing care systematization
Caroline Dias Decott Coelho, Flávia Firmino