

ISSN 2179-6238

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

Volume 13, n. 1, jan-abr/2012

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

Quadrimestral
ISSN 2179-6238

<i>São Luís - MA - Brasil</i>	<i>volume 13</i>	<i>número 1</i>	<i>páginas 1-72</i>	<i>janeiro/abril 2012</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.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Natalino Salgado Filho
Reitor

Vinicius José da Silva Nina
Diretor Geral

Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa
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
Diretor Adjunto de Serviços Assistenciais

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

Secretária / Secretary
Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa

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

Revisão de Inglês / Proofreading of english texts
Max Diego Cruz Santos

Editoração Eletrônica / Desktop Publishing
Francisco Ferreira e Silva Felipe

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.

As versões impressa e online estão indexadas no sistema Latindex (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal).

Revista de Pesquisa em Saúde, periódico biomédico de divulgação científica do Hospital
Universitário da UFMA, v.1, n.3, 1995- .-São Luís, 1995.

v. 13, n. 1, 2012

Quadrimestral.

(ISSN – 2179-6238) versão impressa

(ISSN – 2236-6288) versão online

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

CDU: 61(05)

Revista de Pesquisa em Saúde / *Journal of Health Research*
é afiliada à Associação Brasileira de Editores Científicos

Apoio



Sumário / Summary

EDITORIAL

- 9 **Avaliação da Revista de Pesquisa em Saúde / *Journal of Health Research* do Hospital Universitário da UFMA pela CAPES em 2012**
Arlene de Jesus Mendes Caldas

ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

- 11 **Análise dos casos e óbitos por leishmaniose visceral no Estado do Maranhão, no período de 2000 a 2008**
Cases and deaths by visceral leishmaniasis in the State of Maranhão, from 2000 to 2008
Alan Cássio Carvalho Coutinho, Elza Lima da Silva e Arlene de Jesus Mendes Caldas
- 16 **Vivências lúdicas de pré-escolares nascidos com muito baixo peso**
Playful experiences of preschool children who are born with very low birthweight
Ronize Couto de Sá Monteiro, Vânia Maria de Farias Aragão, Zeni Carvalho Lamy, Flor de Maria Araújo Mendonça Silva, Edna Lúcia Coutinho da Silva, Mae Soares da Silva e David Karlos Miranda Mesquita
- 24 **Incidência de câncer bucal no Maranhão, Brasil: um estudo de série temporal**
Incidence of oral cancer in Maranhão, Brazil: a temporal series study
Andrea Ferraz Tomaz, Juliana Aires Paiva de Azevedo e Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz
- 30 **Sexualidade em mulheres com lesão na medula espinhal**
Sexuality in women with spinal cord injury
Viviane Maciel Batalha Carneiro, Ednalva Maciel Neves, Sonayra Brusaca Abreu e Luciane Maria Oliveira Brito
- 34 **Mudanças biopsicossociais e espirituais na mulher mastectomizada**
Biopsychosocial-spiritual changes in mastectomized women
Rosângela Almeida Rodrigues de Farias, Elza Lima da Silva, Flávia Baluz Bezerra de Farias, Arlene de Jesus Mendes Caldas, Aline Lima Pestana e Josélia de Jesus Garcia Pinheiro
- 40 **Infecção pelo vírus influenza A H1N1 em gestantes**
Influenza A H1N1 virus infection in pregnant women
Marília da Glória Martins, Karla Linhares Pinto, Onildo Martins Santos Júnior, Maria Iracema Rocha Dudek, Thweicyka Pinheiro Wakiyama e Ramón Moura dos Santos
- 45 **Conhecimento de usuárias de uma unidade básica de saúde sobre o autoexame das mamas**
Knowledge of clients of a primary healthcare unit about breast self-examination
Thessália Moraes Paixão, Adriana Lima dos Reis Costa, Míriam da Silva Maia, Juliana de Freitas Góes Campos e Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim
- 50 **Hipertrofia de mama: estudo comparativo dos achados histológicos e de imagem**
Breast hypertrophy: a comparative study of histopathological and imaging findings
Paulo Roberto Mocelin, Orlando Jorge Torres Martins, Luciane Maria Oliveira Brito, Rodrigo Duarte Martins Souza, George do Lago Pinheiro, Thaiana Bezerra Duarte e Maria Bethânia da Costa Chein

ARTIGO DE REVISÃO / REVIEW ARTICLE

- 55 **Revisitando o cuidado em saúde: revisão de literatura**
New look at the health care: literature review
Flor de Maria Araújo Mendonça, Maria da Graça Mouchreck Jaldin, Isolina Januária Sousa Freitas, João Victor Peres Lima, Maysa Baldez Dutra e Luciane Maria Oliveira Brito
- 60 **Mínima intervenção tecidual do Tratamento Restaurador Atraumático em programas de promoção de saúde**
Minimum tissue intervention of Atraumatic Restorative Treatment in health promotion programs
Gisele Quariguasi Tobias Lima e Pierre Adriano Moreno Neves

NOTAS REDATORIAIS / NOTES TO AUTHORS

Avaliação da Revista de Pesquisa em Saúde / *Journal of Health Research* do Hospital Universitário da UFMA pela CAPES em 2012

Nesta edição da Revista de Pesquisa em Saúde / *Journal of Health Research*, temos a satisfação de oferecer aos leitores um artigo que aborda a série histórica dos casos de óbitos por Leishmaniose Visceral no Estado do Maranhão entre 2000 e 2008, tendo como resultados números elevados de casos de LV e óbito no Maranhão distribuídos em vários municípios. Outros autores recomendam a adoção de medidas mais eficazes de prevenção e controle da doença no Estado.

Por seu turno, Monteiro e colaboradores descrevem as vivências lúdicas de pré-escolares nascidos com muito baixo peso acompanhados no ambulatório de seguimento do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, e tiveram como conclusão que pais de crianças com baixo peso ao nascer devem ser orientados precocemente em relação às necessidades específicas relacionadas à importância das vivências lúdicas.

Outro artigo aborda a incidência de câncer bucal no Maranhão, com o objetivo de analisar a tendência temporal da incidência de câncer bucal e a letalidade da doença no Estado do Maranhão, no período de 2003 a 2005. Os resultados evidenciaram que os casos continuam sendo principalmente representados por carcinomas epidermoides de língua em homens com idades mais avançadas. É alta a incidência de tumores malignos em glândulas salivares na população estudada.

Cinco artigos selecionados para esta edição abordam a mulher sobre vários aspectos: o primeiro artigo apresenta como objetivo, compreender a sexualidade de mulheres portadoras de lesão medular, e tiveram como conclusão que em mulheres com lesão medular evidenciou-se a sexualidade como importância ímpar no processo de aceitação da deficiência, passando por todo um processo de superação com o intuito de assimilar a deficiência física até chegar a uma fase de adaptação às incapacidades impostas pela lesão medular, as quais implicaram em consequências no âmbito cultural; o segundo tem-se como objetivo, conhecer as mudanças biopsicossociais e espirituais ocorridas no cotidiano de mulheres mastectomizadas. Os autores concluíram que são várias as mudanças biopsicossociais e espirituais na vida das mulheres mastectomizadas, como sentimentos de inutilidade, diminuição da vaidade, vergonha do corpo e o medo de morrer fizeram com que elas valorizassem mais as suas vidas; o terceiro procurou avaliar o comprometimento sistêmico e o tratamento de 10 casos de gestantes infectadas pelo vírus Influenza A H1N1, apresentando como resultado que a febre foi o sintoma mais comum, estando presente em todos os casos, e as radiografias do momento da internação evidenciaram infiltrado intersticial peri-hilar e consolidação; o quarto, propõe-se avaliar o conhecimento sobre o autoexame das mamas em usuárias de uma Unidade Básica de Saúde, tendo como conclusão que apesar de muitas mulheres estudadas conhecerem o autoexame, poucas o incorporam como hábito; e o quinto artigo, intitulado "Hipertrofia de mama: estudo comparativo dos achados histopatológicos e de imagem" tem como objetivo avaliar a sensibilidade e a especificidade dos exames de mamografia e de ultrassonografia em mulheres com hipertrofia mamária, fazendo correlação com os achados nos exames histopatológicos onde os resultados sugerem que a hipertrofia mamária deve ser considerada na interpretação de laudos de mamografia e de ultrassonografia em rastreamento de doenças mamárias.

Finalmente, apresentamos dois artigos de revisão. Mendonça e colaboradores com o artigo intitulado "Revisitando o cuidado em saúde" fazem um levantamento bibliográfico sobre o cuidar e as consequências para aquele que cuida, enfocando sobre saúde e estresse profissional, e Lima e colaboradores com o artigo intitulado "Mínima intervenção tecidual do tratamento restaurador atraumático em programas de promoção de saúde" apresenta como objetivo realizar uma apreciação teórica, sobre a proposta de maior preservação tecidual do Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) nos programas de promoção de saúde.

Essa edição expressa, de modo singular, a qualidade científica da Revista de Pesquisa em Saúde / *Journal of Health Research* do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA, que em 2012, foi reavaliada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), passando a ser classificada na categoria Qualis B4.

Prof^a. Dr^a. Arlene de Jesus Mendes Caldas
Editora Chefe
Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UFMA

ANÁLISE DOS CASOS E ÓBITOS POR LEISHMANIOSE VISCERAL NO ESTADO DO MARANHÃO, NO PERÍODO DE 2000 A 2008

CASES AND DEATHS BY VISCERAL LEISHMANIASIS IN THE STATE OF MARANHÃO, FROM 2000 TO 2008

Alan Cássio Carvalho Coutinho¹, Elza Lima da Silva² e Arlene de Jesus Mendes Caldas²

Resumo

Introdução: A importância da Leishmaniose Visceral (LV) para a saúde pública deve-se, em grande parte, pelas altas taxas de letalidade. Dados do Ministério da Saúde indicam elevação recente de letalidade, atingindo 8,5%. Além disso, a expansão da epidemia acometendo grupos de indivíduos jovens ou com comorbidades tem ocasionado número elevado de óbitos. **Objetivos:** Comparar o percentual de casos e de óbitos ocorridos no Maranhão em relação ao país e aos demais municípios da região nordeste no período de 2000 a 2008 e verificar a taxa de incidência da leishmaniose no Estado. **Métodos:** Realizou-se um estudo observacional retrospectivo sobre os casos e de óbito por Leishmaniose Visceral no estado do Maranhão ocorrido no período de 2000 a 2008. Os dados foram coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **Resultados:** O Maranhão foi o estado do Nordeste com o maior número de notificações, sendo 5.052 de casos no período de 2000 a 2008. Em relação ao coeficiente de incidência o Maranhão apresentou o maior da região Nordeste. Os coeficientes mais expressivos foram observados nos anos de 2000 e 2003 com 14,9/100.000 hab. e 12,7/100.000 hab., respectivamente, e o menor índice foi em 2007, 5,3/100.000 hab. Com relação ao número de óbitos, houve 1.953 óbitos decorrentes da LV no país; destes, 1.047 (53,60%) foram na região Nordeste, e 265 (13,6%) no Estado do Maranhão, o que representa 25% dos óbitos por LV na Região. **Conclusões:** O número de casos de LV e óbito no Maranhão são elevados e encontra-se distribuído em vários municípios. É necessária a adoção de medidas mais eficazes de prevenção e controle da doença no Estado.

Palavras-chave: Leishmaniose visceral. Calazar. Óbitos.

Abstract

Introduction: The importance of Visceral Leishmaniasis (VL) for public health is related mainly by its high mortality rates. Data from the Ministry of Health indicate lethality increase of up to 8.5%. Furthermore, the spread of this epidemic affecting young individuals or groups with comorbidities has caused a high number of deaths. **Objectives:** To compare the percentage of cases and deaths in Maranhão in relation to the country and other cities of the Northeast and check the rate of incidence of leishmaniasis in the State. **Methods:** We conducted a retrospective observational study of cases and deaths from visceral leishmaniasis in the period from 2000 to 2008. Data were collected in the Notifiable Diseases Information System (SINAN). **Results:** Maranhão was the Northeast state with more notifications (5052 cases). This State had the largest incidence rate of the Northeast region. The most remarkable coefficients were observed in 2000 and 2003 with 14.9/100,000 inhabitants and 12.7/100,000 inhabitants, respectively. The lowest coefficients were found in 2007, 5.3/100,000 inhabitants. The number of deaths resulting from VL in the country was 1,953 and of these, 1,047 (53.60%) were in the Northeast region, being 265 (13.6%) in the State of Maranhão, representing 25% of deaths from LV in the region. **Conclusions:** The cases and deaths from VL are high in Maranhão and distributed in several municipalities. It is necessary to adopt more effective measures to prevent and control the disease in the State.

Keyword: Visceral Leishmaniasis. Kala-azar. Deaths.

Introdução

As Leishmanioses, dentre elas o calazar, compreendem uma das sete endemias mundiais de prioridade da Organização Mundial de Saúde (OMS), devido ao seu caráter endêmico em varias regiões do mundo, afetando a dois em cada milhão de pessoas por ano, havendo aproximadamente 500.000 novos casos de Calazar a cada ano¹.

A Leishmaniose Visceral (LV), ou calazar, é uma síndrome clínica caracterizada por febre irregular de longa duração, acentuado emagrecimento, intensa palidez cutaneomucosa, a qual confere um aspecto escurecido da pele de indivíduos caucasianos, em geral associa-se a hepatoesplenomegalia, anemia, leucopenia e trombocitopenia¹.

A estimativa da população mundial de risco para aquisição da LV atinge 182 milhões de pessoas, sendo

considerada endêmica em 47 países. O Brasil representa o país de maior endemicidade para a LV, sendo responsável por cerca de 100% de todos os casos no continente americano. No Maranhão, desde o ano de 1982, a LV representa uma epidemia, com surtos epidêmicos nos anos de 1984-1985, 1993-1994 e 1998-2001, sendo que nos anos de 1999 e 2000 o Estado notificou o maior número de casos no país. A Ilha de São Luís responde por uma importante parcela destes casos, com destaque para São Luís e Paço do Lumiar².

A importância da Leishmaniose Visceral para a saúde pública deve-se, em grande parte, pelas altas taxas de letalidade. Dados do Ministério da Saúde indicam elevação recente de letalidade, atingindo 8,5% em 2005. Além disso, a expansão da epidemia acometendo grupos de indivíduos jovens ou com comorbidades tem ocasionado número elevado de óbitos. Observa-se que, nos últimos anos a letalidade da doença passou

¹ Aluno do curso de graduação em Enfermagem - Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

² Docente do Departamento em Enfermagem - Universidade Federal do Maranhão - UFMA.
Contato: Arlene de Jesus Mendes Caldas. E-mail: ajmc@elo.com.br

de 3,6% no ano de 1994 para 6,7% em 2003, o que representa um aumento de 85%^{1,3}.

Em decorrência da indisponibilidade de informações a respeito dos números de casos notificados e do número de óbitos por Leishmaniose durante os últimos anos no Maranhão e da importância desses referidos valores para formulação de estratégias e políticas públicas de saúde, este estudo teve como objetivo comparar o percentual de casos e de óbitos ocorridos no Maranhão em relação ao país e aos demais municípios da região nordeste no período de 2000 a 2008, verificar a taxa de incidência da leishmaniose no Estado, identificar os municípios com maiores números de casos da doença, classificar os municípios segundo capacidade de transmissão.

Métodos

Realizou-se um estudo observacional retrospectivo sobre os casos notificados e de óbito por Leishmaniose Visceral (LV) no estado do Maranhão ocorrido no período de 2000 a 2008.

O Maranhão está localizado no Oeste da região Nordeste, e ocupa uma área de 331.933,3 km² e tem como limites o oceano Atlântico (ao Norte), o Piauí (ao Leste), o Tocantins (ao Sul e Sudeste) e o Pará (ao Oeste). O Estado possui 217 municípios, 5 mesorregiões, 21 microrregiões e 18 Unidades Regionais de Saúde (URS). Sua população estimada em 2010 é de 6.184.538 habitantes e a capital é São Luís⁴.

Os dados sobre os casos e óbitos de leishmaniose visceral em humanos foram coletados no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) disponibilizado pela Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão.

Os dados foram tabulados e analisados no Microsoft® Excel® 6.0 versão 2007, com valores absolutos e percentuais. Para a classificação das áreas de transmissão da LV para seres humanos nos municípios do Estado de Maranhão foi utilizado o indicador baseado na média de casos nos últimos cinco anos, onde os pontos de cortes utilizados para estratificação das áreas foram: média de 2,4 casos de LV em cinco anos e média de 4,4 casos de LV em cinco anos. Sendo assim, os municípios com média de casos menor que 2,4 foram classificados como de transmissão esporádica, aqueles cuja média de casos encontra-se entre $\geq 2,4$ e $< 4,4$ foram classificados como de transmissão moderada e, aqueles que apresentam média de casos $\geq 4,4$ foram classificados como de transmissão intensa. Os municípios sem casos de LV notificados durante os cinco anos selecionados foram classificados como silenciosos, desta forma foram selecionados os cinco anos mais recentes disponíveis, sendo 2004 a 2008 para a aplicação deste critério^{1,2}.

Resultados

Segundo dados do SINAN no período de 2000 a 2008 o Brasil notificou 30.159 de casos, sendo a região Nordeste responsável por 17.949, aproximadamente 60% dos casos do país. No Brasil, o maior número de notificações foi em 2000 com 4.854 casos, seguido de 2005 com 3.597 casos, e o ano em que houve o menor

número de notificações foi em 2002 com 2.450 casos. A Região Nordeste seguiu a mesma tendência com o número de notificações nos anos de 2000 e 2005 com 4.029 e 2.011 casos, respectivamente.

Analisando-se a série de 2000 a 2008 pode se perceber que em relação ao Brasil, com exceção dos intervalos 2000-2001 e 2003-2004, a diferença dos casos notificados foi discreta mantendo-se praticamente no mesmo padrão de notificação, diferentemente dos períodos acima referidos como exceção no qual houve uma diferença significativa de mais de 1000 casos no primeiro intervalo e 600 casos no segundo.

Fazendo uma mesma análise em relação à região Nordeste, com exceção do intervalo 2000-2001 que obteve uma diferença de 2156 casos, os demais obtiveram uma variação média de 100 a 300 casos de diferença, mantendo certo padrão de notificações (Tabela 01).

Tabela 1 - Casos de Leishmaniose Visceral no Brasil, região Nordeste e Maranhão, 2000 a 2008. São Luís-MA, 2010.

Anos/(%) Local	2000 (%)	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)	2004 (%)	2005 (%)	2006 (%)	2007 (%)	2008 (%)
Maranhão	842 (17,4)	490 (19,2)	555 (22,7)	747 (23,2)	615 (17,2)	555 (15,4)	477 (13,1)	332 (10,4)	439 (13,3)
Nordeste	4054 (83,6)	1873 (73,5)	1487 (60,7)	1766 (59,4)	1954 (54,6)	2011 (56,0)	1982 (54,3)	1533 (48,0)	1344 (40,7)
Brasil	4854 (100,0)	2549 (100,0)	2450 (100,0)	2971 (100,0)	3580 (100,0)	3597 (100,0)	3651 (100,0)	3204 (100,0)	3303 (100,0)

Fonte: SINAN

O Maranhão foi o Estado do Nordeste com o maior número de notificações, sendo 5.052 de casos durante o período de 2000 a 2008, estando a frente dos outros Estados em notificações durante quase todo intervalo (2001-2005 e 2008), e superado apenas em 2000 pelo Estado da Bahia que teve 881 casos contra 842 do Maranhão e, em 2006 pelo Estado do Ceará. Ainda sobre a análise deste intervalo percebe-se que o Maranhão tem mantido uma média de mais de 500 casos por ano, apesar do decréscimo ocorrido no intervalo de 2003-2007 que foi de 747 para 332 casos, aumentando no ano seguinte (Figura 01).

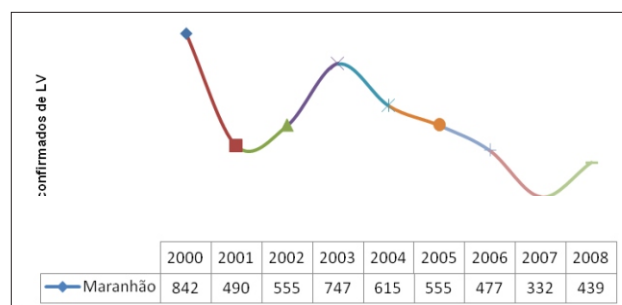
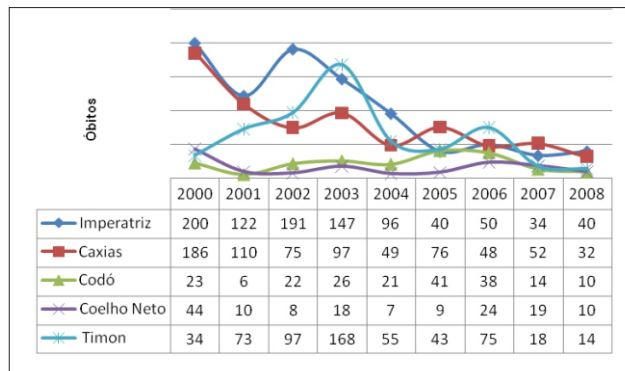


Figura 1 - Incidência de Leishmaniose Visceral no Maranhão, 2000 a 2008. São Luís-MA, 2010.

Em relação ao coeficiente de incidência no Estado do Maranhão percebeu-se que é o maior da região Nordeste, mantendo-se assim durante quase todo o intervalo, com exceção de 2000, em que Sergipe obteve um índice maior. Os coeficientes mais expressivos

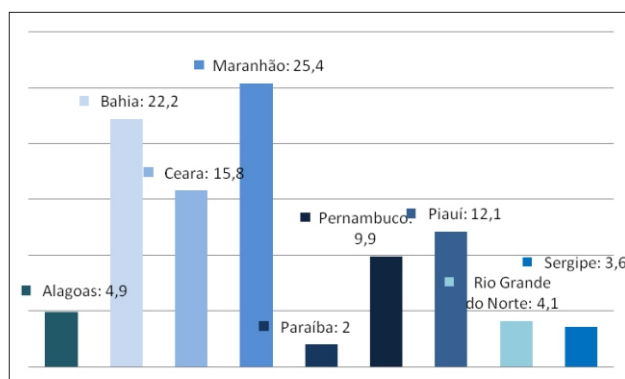
foram observados nos anos de 2000 e 2003 com 14,9/100.000 hab. e 12,7/100.000 hab., respectivamente, e o menor índice foi obtido no ano de 2007, 5,3/100.000 hab. Os municípios do Maranhão com o maior número de casos notificados neste período foram: Imperatriz (920 casos), Caxias (725 casos), Timon (577 casos), Codó (201 casos), Coelho Neto (149 casos), respectivamente (Figura 02).



Fonte: SINAN.

Figura 02 - Óbitos por Leishmaniose Visceral por município de alta notificação no Maranhão de 2000 a 2008. São Luís-MA, 2010.

Com relação ao número de óbitos pode-se constatar que houve 1.953 óbitos decorrentes da LV no país; destes, 1.047 (53,60%) foram registrados na região Nordeste do Brasil, sendo 265 óbitos no Estado do Maranhão o que representa 25% dos óbitos por LV na Região, e que coloca o Estado na primeira posição em relação à notificação de óbitos dentre os demais estados nordestinos, seguido da Bahia com 22% ocupando a segunda colocação e o Ceará em terceiro com 16% de óbitos, já a Paraíba foi o estado com menor porcentagem de óbitos da região nordeste, cerca de 2% (Figura 03).

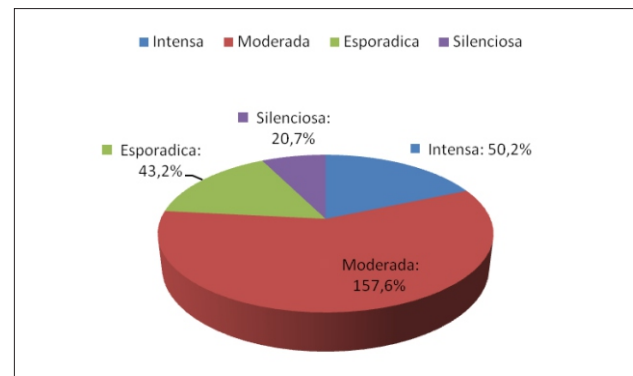


Fonte: SINAN.

Figura 03 - Percentual de óbitos por LV na Região Nordeste, 2000 a 2008.

Utilizando-se a média de casos nos últimos cinco anos disponíveis (2004 - 2008), o estado do Maranhão possui a seguinte distribuição dos seus municípios segundo a sua capacidade de transmissão: 50 municípios foram classificados como transmissão intensa (exemplo: Imperatriz, Caxias, Codó, Timon), 157 com moderada (exemplo: Anajatuba, Água doce

do Maranhão), 43 esporádica (exemplo: Bequimão, Centro Novo do Maranhão) e 20 silenciosa (exemplo Afonso Cunha, Altamira do Maranhão) (Figura 04).



Fonte: Ministério da Saúde, Brasil.

Figura 04 - Municípios do Maranhão segundo capacidade de transmissão de Leishmaniose Visceral. São Luís-MA, 20110.

Discussão

A Leishmaniose Visceral (LV), segundo o estudo, ainda constitui um grave problema de saúde pública, não só pelo elevado número de casos confirmados, mas também pelo elevado número de óbitos.

Devido o alto investimento do Ministério da Saúde em programas e políticas públicas para controle da Leishmaniose Visceral, já se percebe o retorno destas ações, visto que de 2000 a 2008 o Maranhão tem seguido um padrão de decréscimo no número de casos notificados, embora se mantenha sempre entre os três primeiros Estados com maior número de casos da Região Nordeste; estes dados ratificados por levantamento do Ministério da Saúde que apontam queda nos casos de LV em todo o Brasil no período de 2000 a 2005, principalmente nos Estados da região Nordeste^{1,2}.

Segundo o Ministério da Saúde, a região Nordeste tem diminuído na década atual sua participação na ocorrência da LV no Brasil, chegando a 56% em 2005¹, e segundo dados obtidos no SINAN em 2008², 39,78%, no entanto, segundo Gontijo e Melo⁵ o número de pessoas expostas à infecção ou infectadas sem sintomas é ainda maior do que o número de casos detectados.

Atualmente a distribuição geográfica da LV no Maranhão confirma a superação do paradigma estabelecido por alguns estudiosos de que a doença é tipicamente da zona rural, neste Estado, o ciclo zoonótico da LV encontra-se claramente estabelecido em áreas urbanas e periurbanas, como no município de Imperatriz, ainda assim ao estabelecermos uma visão panorâmica sobre os municípios com os maiores números de casos confirmados há prevalência de municípios com condições precárias de saneamento básico, tais como no município de Coelho Neto^{2,6}.

Desta forma, nos estados brasileiros, dentre eles, Maranhão, diversos fatores gerados pela urbanização não planejada servem de cenário para a disseminação das endemias e das doenças negligenciadas dentre elas a leishmaniose visceral^{7,8,9}.

O coeficiente de incidência no período analisado caiu significativamente, embora ainda seja considera-

do elevado para a nossa realidade. Percebeu-se também um decréscimo no número de óbitos, embora o Estado ainda permaneça entre os líderes do ranking de letalidade^{1,10,11}. Esse resultado é fruto da melhoria na notificação da doença, o que possibilita a realização do tratamento de forma mais precoce e consequentemente se obtém uma melhor resposta ao mesmo resultado da ação conjunta da Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Secretaria de Saúde seja do Estado do Maranhão ou dos próprios municípios envolvidos. Apesar deste avanço, algumas pesquisas apontam algumas dificuldades, entre os quais podemos citar o diagnóstico tardio nos municípios com dificuldade de acesso aos serviços de saúde e algumas reações ou incompatibilidades no tratamento. Para tais constatações têm sido realizados estudos avaliando toxicidade de medicamentos, eficácia dos mesmos no tratamento desta patologia¹²⁻¹⁶.

Ao observar a classificação dos municípios do Maranhão quanto à capacidade de transmissão detectou-se que a Leishmaniose está presente em todas as mesorregiões do Estado, isto pode ser em virtude da alta frequência migratória dos moradores do Estado⁵. Além disso, detectou-se que é elevado o número de municípios que são classificados como de transmissão intensa, cerca de 50, e neles estão inclusos os grandes centros urbanos, o que é preocupante, pois grande parte das políticas de saúde são realizadas nos mesmos, concluindo-se que estas não tem tido o resultado esperado.

Assim sendo, qualquer estratégia que venha a ter como objetivo o controle efetivo da expansão desta antroponose no Estado do Maranhão, não poderá ser baseado apenas em medidas paliativas como: a eliminação de seus agentes etiológicos e/ou reservatórios animais e, sim em ações de promoção à saúde de que venham amenizar os problemas socioambientais

da população, só assim, a Leishmaniose Visceral deixará de ser uma doença negligenciada no Maranhão.

Os dados obtidos com o presente estudo permitem verificar que o Maranhão ainda se constitui como o Estado com o maior número de casos confirmados para Leishmaniose Visceral embora a tendência seja que estes continuem em decréscimo, tendo como municípios de maior notificação: Imperatriz, Timon, Caxias e Codó. O coeficiente de incidência durante o período analisado teve uma queda significativa, mas mantém-se como um dos mais elevados da região Nordeste, chegando a 14,9 no ano de 2000.

A média de óbitos anual ultrapassa os 20 óbitos por ano, sendo o de maior média da Região Nordeste. Em relação à classificação dos municípios do Estado quanto a sua capacidade de transmissão verificou-se que no Maranhão, mais de 50% dos municípios são de transmissão moderada (entre 2 a 4 casos em cinco anos) e a minoria de transmissão silenciosa (nenhum caso em cinco anos). Desta forma este trabalho permitiu contextualizar o Maranhão, com relação à notificação de casos confirmados e de óbitos, em relação ao País e a região Nordeste, permitindo visualizar que o Estado ainda necessita de maiores investimentos em políticas para a saúde coletiva, e ao relacionar o número de casos com as condições ambientais, conforme estudo realizado em Minas Gerais⁵ constata-se que estas tem um papel fundamental na manutenção dos elevados índices.

Cabe aos gestores um investimento maciço nos programas de controle da Leishmaniose Visceral e nas pesquisas que avaliam a eficácia e toxicidade dos medicamentos para esta patologia, em especial aos casos considerados graves, devido ao ainda elevado número de óbitos, além da promoção de condições socioambientais favoráveis à população de forma que esta possa ter a sua capacidade de exposição à doença diminuída.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de vigilância de controle da leishmaniose visceral*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). 2009 [acessado em 15 mar. 2009]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/>.
3. Borges BKA. Fatores de risco para leishmaniose visceral em Belo Horizonte [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. População residente por sexo e população cedida, segundo o código e o município-Maranhão. 2007 [acessado em 24 mar.2009]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>.
5. Gontijo CMF, Melo MN. Leishmaniose visceral no Brasil: quadro atual, desafios e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*, 2004; 7: 338-349.
6. Silva AR, Viana G, Varonil C, Pires B, Nascimento M, Costa J, et al. Leishmaniose Visceral (calazar) na Ilha de São Luís, Maranhão, Brasil: evolução e perspectivas. *Rev Soc Bras Med Trop*, 1997; 30: 359-368.
7. Caldas AJM, Siva DRC, Pereira CCR, Nunes PMS, Silva BP, Silva AAM, et al. Infecção por *Leishmania chagasi* em crianças de uma área endêmica de leishmaniose visceral americana na ilha de São Luís-MA, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop*, 2001; 34: 445-451.
8. Nascimento MDSB, Costa J, Fiori B, Viana G, Alvim A, Bastos O, et al. Aspectos epidemiológicos determinantes na manutenção da leishmaniose visceral no Estado do Maranhão - Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop*, 2006; 29:219-228.
9. Gama MEA, Barbosa JS, Pires B, Cunha AKD, Freitas AI, Ribeiro IR, et al. Avaliação do nível de conhecimento que populações residentes em áreas endêmicas têm sobre leishmaniose visceral, Estado do Maranhão, Brasil. *Cad Saúde Púb*, 1998; 14: 381-90.

10. D'Oliveira Junior A, Costa SEM, Barbosa AB, Orge MLGO, Carvalho EM. Asymptomatic *Leishmaniachagasi* infection in relatives and neighbors of patients with visceral leishmaniasis. *Mem Inst Oswaldo Cruz*, 1997; 92: 15-20.
11. Werneck GL, Pereira TJCF, Farias GC, Silva FO, Chaves FC, Gouvêa MV, *et al.* Assessment of the Effectiveness of Control Strategies for Visceral Leishmaniasis in the City of Teresina, State of Piauí, Brazil: Baseline Survey Results - 2004. *Epidemiol Serv Saúde*, 2008; 17: 87-96.
12. Rosas Filho MS e Silveira FT. Epidemiologia, clínica e imunologia da infecção humana por *Leishmania (Leishmania) infantumchagasi* em área endêmica de leishmaniose visceral no Pará. *Rev Paraense Med*, 2007; 3: 7-18.
13. Badaró R, Jones TC, Lourenço R, CerfBJ, Sampaio D, Carvalho EM, *et al.* A prospective study of visceral leishmaniasis in an endemic area of Brazil. *J Infec Dis*, 1986; 154: 639-649.
14. Evans TG, Vasconcelos IAB, Lima JW, Teixeira JM, McAulliffe IT, Lopes UG, *et al.* Epidemiology of visceral leishmaniasis in northeast Brazil. *J Infec Dis*, 1992; 166: 1124-1132.
15. Ryan JR. *et al.* Spatial clustering and epidemiological aspects of visceral leishmaniasis in two endemic villages, baringo district, Kenya. *Am J Trop Med Hyg*, 2006; 74: 308-317.

VIVÊNCIAS LÚDICAS DE PRÉ-ESCOLARES NASCIDOS COM MUITO BAIXO PESO

PLAYFUL EXPERIENCES OF PRESCHOOL CHILDREN WHO ARE BORN WITH VERY LOW BIRTHWEIGHT

Ronize Couto de Sá Monteiro¹, Vânia Maria de Farias Aragão², Zeni Carvalho Lamy³, Flor de Maria Araújo Mendonça Silva⁴, Edna Lúcia Coutinho da Silva⁵, Mae Soares da Silva⁶ e David Karlos Miranda Mesquita⁷

Resumo

Introdução: O brincar é constituído de valores e normas culturais representativos das relações sociais estabelecidas no processo de integração da criança na comunidade. As vivências lúdicas além das influências culturais dependem do ambiente e de características das crianças. **Objetivo:** Avaliar vivências lúdicas de crianças em idade pré-escolar nascidas com muito baixo peso. **Métodos:** Pesquisa do tipo estudo de casos, com amostra constituída por 36 crianças que foram acompanhadas no Ambulatório de Seguimento do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Dois instrumentos foram utilizados: Entrevista Inicial com os Pais e Avaliação do Comportamento Lúdico (adaptada por Sant'anna *et al.*, 2008). Os dados foram processados nos programas de bioestatística Epi Info[®] 3.4.1 e SPSS[®] 16.0. **Resultados:** Verificou-se que o extremo baixo peso e o desenvolvimento atípico influenciam a atitude lúdica; o prazer e a curiosidade foram características mais frequentes nas brincadeiras, e senso de humor e gosto pelo desafio foram atitudes menos presentes nas crianças do estudo. **Conclusão:** Pais de crianças com baixo peso ao nascer devem ser orientados precocemente em relação às necessidades específicas relacionadas à importância das vivências lúdicas.

Palavras-chave: Recém-nascido de baixo peso. Criança. Crescimento e Desenvolvimento.

Abstract

Introduction: Playing is comprised of cultural norms and values which represent the social relationships established in the integration process of the child in the community. Playful experiences as well as the cultural values depend on characteristics of the environment and children. **Objective:** To evaluate playful experiences of preschool children who are born with very low birth weight. **Methods:** Case-control study with 36 children who were followed up in the University Hospital of Federal University of Maranhão. Two instruments were used: initial interview with parents and evaluation of playful behavior (adapted by Sant'anna *et al.*, 2008). The statistical programs Epi Info[®] 3.4.1 and SPSS[®] 16.0 were used for data processing. **Results:** We found that the extremely low birth weight and atypical development influence the playful attitude. Pleasure and curiosity were features more frequent seen in the games. Sense of humor and taste for challenge attitudes were less prevalent. **Conclusion:** Parents of children with low birth weight should be advised early in relation to the specific needs related to the importance of playful experiences.

Keywords: Newborns with low birth weight. Child. Growth and Development.

Introdução

Nos últimos anos, em decorrência de novas tecnologias vem sendo observado maior sobrevida de recém-nascidos prematuros e de Muito Baixo Peso (MBP). Os investimentos em tecnologias, no entanto, vem acompanhados de aumento da morbidade, pois muitos apresentam distúrbios ou atraso no desenvolvimento¹.

Com a melhoria da expectativa de vida, o risco de distúrbios no desenvolvimento se tornou foco crescente de pesquisas, mudando o interesse relacionado exclusivamente à sobrevida das crianças para as consequências a curto, médio e longo prazo da prematuridade no desenvolvimento infantil². A prematuridade e o Baixo Peso (BP) ao nascer são fatores de risco para esses distúrbios do desenvolvimento³.

Estima-se que mais de 18 milhões de crianças nasçam, no mundo, com BP, o que corresponde a 14% dos nascimentos. Há 20 milhões de Recém-Nascidos Baixo Peso (RNBP), sendo que na Ásia e África as inci-

dências são alarmantes com 40% e 22%, respectivamente. Na América Latina, há 1,2 milhões de RNBP e na Oceania 27 mil⁴. No Brasil, há 8,2% de RNBP. No Nordeste, a proporção é de 7,4 e no Maranhão 6,8⁵.

Define-se uma criança BP aquela com peso ao nascimento inferior a 2500g, já aquela com menos de 1500g é classificada como MBP e, com menos de 1000g, Extremo Baixo Peso (EBP)⁶.

A sobrevivência de neonatos de MBP exige melhor entendimento quanto à repercussão que esse fato provoca na vida dessas crianças no decorrer dos anos^{1,7-11}. As dificuldades psicomotoras, sócio-afetivas, cognitivas estão presentes na vida de crianças nascidas com MBP^{1,9,11,12} e podem ser confirmadas pela relação encontrada entre prematuridade e transtornos de atenção, coordenação motora¹³ e pior desempenho motor e cognitivo¹⁴.

Há poucas pesquisas relacionadas ao desenvolvimento de crianças nascidas prematuras realizadas no período pré-escolar, fase na qual a criança depara-

¹ Terapeuta Ocupacional. Mestre em Saúde Materno-Infantil pela Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

² Médica. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela USP. Docente UFMA.

³ Médica. Doutora em Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira - Fiocruz. Docente da UFMA.

⁴ Psicóloga. Doutoranda em Saúde Coletiva - UFMA. Mestre em Saúde Materno-Infantil - UFMA.

⁵ Terapeuta Ocupacional. Mestranda do Programa de Mestrado Saúde Materno-Infantil - UFMA.

⁶ Psicóloga. Mestranda em Saúde Coletiva - UFMA.

⁷ Acadêmico de Medicina da UFMA.

Contato: Edna Lúcia Coutinho da Silva. E-mail: ednalcsilva@yahoo.com.br

se com diversos desafios desenvolvimentais³. É necessário avaliar as diversas dimensões que cercam a vida das crianças nascidas prematuras e com BP a fim de fornecer subsídios para intervenções precoces que minimizem os efeitos da dificuldade inicial de seu desenvolvimento.

A idade pré-escolar compreende a faixa etária de 4 a 6 anos¹⁵, que é uma fase de aquisição e aperfeiçoamento de habilidades motoras e cognitivas, formas de movimento e pensamento e primeiras combinações de movimento, as quais possibilitam à criança dominar seu corpo em diferentes posturas e locomover-se. Isso só ocorre devido à curiosidade e interesse que possuem em brincar e explorar o ambiente¹⁶. O brincar torna-se uma das atividades humanas mais significativas e expressivas por proporcionar avanços cognitivos, psicomotores, afetivos e culturais indispensáveis ao convívio social¹⁷.

A brincadeira é uma atividade espontânea e que proporciona para a criança condições saudáveis para o seu desenvolvimento biopsicossocial¹⁸. A função do brinquedo é estimular a brincadeira e convidar a criança para essa atividade. Desvendar o brincar é um percurso intrigante, pois é um vocábulo amplamente utilizado, o que provoca perda de um olhar panorâmico e o enfoca numa visão simplista. É necessário compreendê-lo como um recurso para a aquisição de inúmeras habilidades¹⁹.

O brincar é toda atividade desprovida de fins econômicos, sustentada pelo prazer, liberdade, interesse e espontaneidade, realizada em determinado espaço-tempo. Engloba a ação lúdica (habilidades psicomotoras), o interesse lúdico (desejo de agir) e a atitude lúdica (curiosidade, iniciativa, senso de humor, gosto pelo desafio, espontaneidade e prazer)²⁰. É importante considerar como a criança brinca (os recursos utilizados), com quem brinca (isolada, dual ou grupal), com qual frequência e a forma de brincar (comportamento destrutivo, construtivo ou agressivo), a fim de identificar os reais significados do brincar e suas correlações com a realidade²¹.

As características lúdicas são uma estratégia de conhecimento da própria criança, na medida em que o brincar é constituído de valores e normas culturais, sendo representativo das relações sociais e um indicativo do processo de integração na comunidade. Este conhecimento viabiliza o planejamento de ações terapêuticas mais eficazes para prevenção e intervenção em crianças nascidas com MBP. Portanto, conhecer as características lúdicas de crianças pré-escolares nascidas com MBP é a motivação central desse estudo.

Metodologia

Pesquisa do tipo estudo de caso, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CEP-HUUFMA), conforme o Parecer Consubstanciado nº. 378/2006. A pesquisa foi realizada com crianças nascidas com MBP, entre 1º de julho de 2001 a 31 de junho de 2003, no Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI-UFMA), que estiveram internadas na UTI Neonatal e eram acompanhadas no ambulatório de seguimento do serviço de neonatologia. A amostra de conveniência foi composta

por 36 crianças (39,5% da população de referência – 91 crianças), pois muitas crianças mudaram de residência ou tinham endereço e telefone alterados e houve casos de evasão.

Os casos foram classificados a partir de características do nascimento: EBP, Pequeno para Idade Gestacional (PIG) e Idade Gestacional (IG) inferior a 32 semanas; e de desenvolvimento atípico.

Na avaliação do Comportamento Lúdico e na Entrevista Inicial com os Pais foram utilizados os instrumentos padronizados para a amostra brasileira por Sant'anna²². A avaliação do comportamento lúdico da criança pontua aspectos qualitativos e individualizados em cinco dimensões: interesse geral, interesse lúdico, capacidades lúdicas, atitude lúdica e expressão.

As crianças tiveram acesso livre aos brinquedos, tanto na escolha quanto no uso, seguindo a metodologia de Avaliação do Comportamento Lúdico que exige observação sistematizada, conhecimento do brincar normal e avaliação clínica consistente, posto que o método não determina a utilização de recursos lúdicos previamente estabelecidos²⁰.

Os familiares foram contactados por telefone, momento em que receberam informações preliminares sobre o objetivo da pesquisa e agendamento do dia e hora da avaliação lúdica. Antes de iniciar as sessões, os familiares foram orientados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As crianças foram avaliadas individualmente, em dupla e em grupo (no máximo quatro crianças) e o preenchimento dos protocolos da avaliação foi realizado em seguida. Os dados foram processados nos programas de bioestatística Epi Info® 3.4.1 e SPSS® 16.0 utilizando médias, desvio-padrão, teste *t-Student*, coeficiente linear de *Pearson* e de *Spearman*.

Resultados

De acordo com a Classificação de New Ballard²³, a menor IG foi de 26 semanas e 3 dias, sendo a maior, 37 semanas e 1 dia. A média foi de 31 semanas com desvio-padrão $\pm 2,4$ semanas (Figura 1).

Em 30 prontuários se obteve informações sobre a Classificação de *Lubchenco* que correlaciona peso de nascimento com IG. Foram classificadas como adequadas para IG (AIG) 20 crianças, o que corresponde a 66,7% do total. Quanto o peso de nascimento, o menor foi de 825g e o maior de 1.495g. A média de peso foi de 1.241g com DP ± 198 g (Figura 2). Nove crianças foram classificadas como PIG (25%). Neste grupo duas crianças (22,2%) apresentaram desenvolvimento atípico.

Quanto aos aspectos socioeconômicos, os genitores foram agrupados por faixa etária, no ano de nascimento do filho. A média de idade materna foi de 24,2 (DP $\pm 5,1$ anos) e a paterna foi de 27,4 (DP $\pm 7,4$ anos).

Quanto à renda familiar, considerando o salário mínimo (SM) vigente no Brasil, as 36 famílias (44,4%) possuem renda mensal entre um e dois SM. No item escolaridade, todas as mães têm no mínimo o fundamental completo (de oito ou mais anos de estudo), sendo que 63,9% têm ensino médio completo. Com ensino superior foram encontradas duas mães dentre as 36 pesquisadas. Quanto à escolaridade paterna, 18 (52,9%) dos 34 pais dos quais foram obtidas informa-

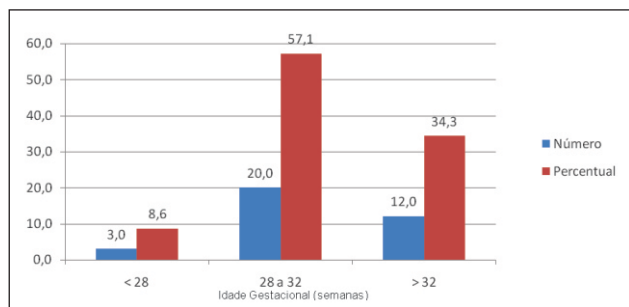


Figura 1 - Frequência da idade gestacional, em semanas, de acordo com a Classificação de New Ballard. Dados obtidos em prontuários do Ambulatório de Seguimento - HUUMI, em São Luís - MA, 2007 (n=36).

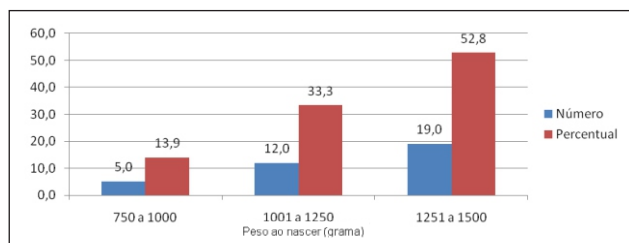


Figura 2 - Frequência do peso de nascimento, em gramas. Dados obtidos em prontuários do Ambulatório de Seguimento do HUUMI, em São Luís - MA, 2007 (n=36).

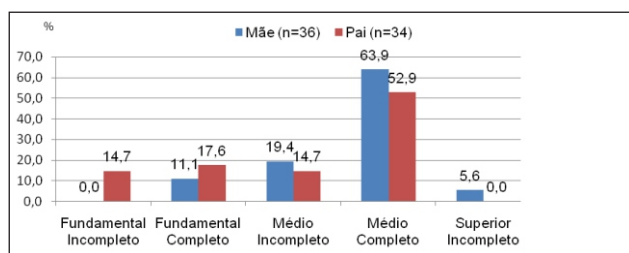


Figura 3 - Frequência do grau de instrução do pai e da mãe, São Luís - MA, 2007.

ções, concluíram o ensino médio e 14,7% não cursaram nem o ensino fundamental completo (Figura 3).

O grupo estudado é composto por 20 meninos (55,6%) e 16 meninas (44,4%), com média de idade de 4,7 anos (DP ±0,8 anos). A moda foi de 5,02 anos.

Nos aspectos lúdicos o item interesse geral: ambiente sensorial e humano apresenta uma rejeição em 62,9% dos casos a texturas rugosas e ásperas. Ser deslocada, isto é, rodopiada, lançada no ar é atrativo para 77,8% das crianças, assim como 75% são interessadas por sons domésticos, 63,9% em serem abraçadas e 55,6% por cheirar.

Quanto à disponibilidade de brinquedos que apresentam estímulos táteis, auditivos e visuais o interesse da criança em brincar evidencia um total possível de 7 pontos (36,1%) atingindo a nota máxima, sendo a média de 5,5 com DP ±1,5. Neste estudo, a bola foi considerada o brinquedo de interação mais disponível e mais apreciado por 94,4% das crianças.

Em 91,4% dos casos os entrevistados afirmaram que seus filhos demonstram grande interesse em manter contato com outras crianças. Apenas 8,6% das crianças demonstraram preferência por brincar com os irmãos, sendo estes os parceiros habituais em 31,4% dos casos. O pai e a mãe são parceiros para seis crianças cada.

Quanto a expressões dos sentimentos e necessidades das crianças, 91,4% expressaram oralmente para os pais seus interesses diante de situações que lhe atraem, sendo que 94,4% pediram verbalmente para ir ao banheiro ou para comer; 50% solicitaram por palavras a atenção dos pais e 61,1% verbalizaram necessidade de segurança na presença de estranho ou medo. A raiva foi expressa em 72,2% dos casos através de gritos, gestos e expressão facial, enquanto a tristeza foi expressa por gestos em 50% dos casos.

O interesse por brincar obteve unanimidade ao ser a atividade preferida dos filhos em 97% dos casos. E ainda, 85,7% gostam de brincar de faz de conta, porém, 41,7% não repetiam a brincadeira para dominá-la.

Na atitude lúdica, o prazer e a curiosidade por brincar foram declarados como presente por todos os entrevistados. A espontaneidade e a iniciativa se evidenciaram em 70% das crianças; o gosto pelo desafio em 50% e o senso de humor ao brincar em 36,1% dos entrevistados.

Nas atividades cotidianas da criança, metade (18) tinha uma rotina para as atividades escolares em casa, onde o brincar é atividade diária para todo o grupo e intensificada aos finais de semana. Desse grupo, uma criança participa de atividades desportivas duas vezes por semana e três frequentam um serviço de reabilitação com fisioterapeuta e terapeuta ocupacional uma vez por semana.

O interesse pelo ambiente humano demonstrado pela criança na presença, na ação, na interação verbal e não verbal diante do adulto e de outras crianças. Dos 12 pontos máximos a serem alcançados frente à figura do adulto, a média foi de 10,6 com DP ±1,6. O interesse da criança em relação à outra, obteve média de 5,8 com DP ±5,3 de um total de 12 pontos. Neste item, somente 21 crianças foram avaliadas em duplas ou em grupo.

Na avaliação do comportamento lúdico no item interesse pelo ambiente sensorial, em 69,9% as crianças demonstraram grande interesse por estímulos táteis, auditivo (63,9%) e por elementos vestibulares que engloba balanços ou embalas (58,3%). Os estímulos visuais foram de grande interesse para 20 crianças (55,6%). A rejeição, compreendendo a falta de interesse por elementos olfativos, esteve presente em 22 crianças.

Para o interesse e capacidade lúdica em relação à ação e utilização dos objetos foram correlacionados os interesses e capacidades na ação e utilização dos objetos e do espaço, sendo constatadas estatísticas significativas entre essas variáveis, com exceção do interesse e capacidade de ação diante dos objetos (Tabela 1).

No interesse e capacidade lúdica em relação à ação e utilização do espaço (item que avalia as mudanças posturais, deslocamento, exploração visual do ambiente que são as capacidades e interesses avaliados em relação ao espaço) dos 15 pontos possíveis de serem alcançados, a média foi de 12,9 com DP ±1,5. Em relação à capacidade de agir no espaço, de um total máximo de 10 pontos, a média foi de 9,6 com DP ±1,2. Foram correlacionados os interesses e as capacidades na ação e utilização dos objetos e do espaço com a idade atual das crianças, incluindo o peso de nascimento e observada a significância entre a capacidade de ação e de utilização do espaço em relação à idade. Não houve relação estatisticamente significativa entre interesse na ação e utilização do espaço ou do objeto

Tabela 1 - Correlação entre interesses e capacidades quanto à ação e utilização dos objetos e do espaço. São Luís - MA, 2007.

	Coefficiente de Correlação de Spearman	p
Ação		
Objeto	0,1923	0,2612
Espaço	0,3324	0,0476
Utilização		
Objeto	0,7103	0,0001
Espaço	0,3496	0,0366

Valor de $p < 0,05$ **Tabela 2** - Comparação entre pontuação obtida nas avaliações com o escore máximo esperado, através do Teste t-Student.

	Escore Total	Média ± DP	p
Ambiente Humano			
Adulto	12	10,6 ± 1,6	0,0001 *
Criança	12	5,8 ± 5,3	0,0001 *
Ambiente Sensorial	15	11,4 ± 2,3	0,0001 *
Interesse			
Ação objeto	18	15,3 ± 1,4	0,0001 *
Ação espaço	15	12,9 ± 1,5	0,0001 *
Utilização objeto	63	47,4 ± 6,0	0,0001 *
Utilização espaço	12	9,9 ± 1,7	0,0001 *
Capacidade			
Ação objeto	12	12,0 ± 0,2	0,1621
Ação espaço	10	9,6 ± 1,2	0,0453
Utilização objeto	42	37,6 ± 6,1	0,0001 *
Utilização espaço	08	7,7 ± 1,3	0,0646
Atitude Lúdica	12	9,6 ± 2,2	0,0001 *
Expressão			
Necessidade	12	8,6 ± 2,3	0,0001 *
Sentimento	20	6,7 ± 3,2	0,0001 *

*Valor de $p < 0,05$

com as variáveis: idade atual e peso de nascimento.

Na avaliação do comportamento lúdico para a expressão das necessidades e dos sentimentos, os dados relacionados à expressão das necessidades fisiológicas não foram observados em 24 crianças (66,7%), fato justificado pelo tempo da avaliação de aproximadamente uma hora. A necessidade de atenção foi expressa verbalmente em 61,1% e de segurança em 27,8% das crianças.

O prazer foi o sentimento possível de ser observado em 100% dos casos, sendo expressado verbalmente em 41,7%. O desprazer foi verbalizado por 31,4%; a raiva e o medo não se evidenciaram em 80% das crianças; a tristeza encontrava-se presente em 58,3% e o desprazer em 22,9% das crianças estudadas.

A pontuação máxima possível de ser alcançada quanto à expressão dos sentimentos foi 20, valor não atingido por nenhuma criança onde a média foi baixa, de apenas 7,2 com DP ±3,4.

Dos 12 pontos possíveis quanto às características da atitude lúdica a média foi de 9,6 com DP ±2,2. A curiosidade foi característica marcante em 80,6% das crianças, seguida pela espontaneidade (69,4%), pelo prazer (63,9%) e pela iniciativa (61,1%). O senso de humor (55,6%) e o gosto pelo desafio (38,9%) foram às características menos presentes.

No estudo foi comparada a pontuação média obtida nas avaliações com o escore máximo, onde se encontrou diferença significativa em todas as variáveis analisadas, com exceção da capacidade de ação junto ao objeto e da capacidade de utilização do espaço (Tabela 2).

Discussão

Do grupo estudado, obteve-se informação da idade das 36 mães, entretanto, só foi possível saber a idade de 33 pais. A média de idade materna foi de 24,2 anos com DP ±5,1 anos. A média de idade paterna foi de 27,4 anos com DP ±7,4 anos.

Considerando os dados socioeconômicos, foi evidenciada a presença predominante de genitores adultos jovens, com proventos de pelo menos um SM, união estável e escolaridade materna acima de oito anos - condições favoráveis ao desenvolvimento^{1,12}, visto que os aspectos ambientais foram relevantes nas correlações significativas desse estudo²⁴.

Quanto à profissão materna, doze se consideraram "do lar", dez declararam trabalhar no comércio, seis são empregadas domésticas, quatro são estudantes, quatro declararam outras profissões. Quanto à profissão paterna, em cinco casos as mães não souberam responder, cinco trabalhavam na construção civil, quatro eram autônomos, três eram mecânicos e os demais estavam distribuídos em outras profissões.

Apenas uma criança não frequentava a escola, segundo informação materna devido à dificuldade de adaptação escolar. Essa criança tem alteração comportamental com diagnóstico a ser esclarecido.

Quanto à disponibilidade de brinquedos, a bola, considerado brinquedo de interação, foi o mais disponível e apreciado pelas crianças (94,4%). Os brinquedos de estímulos visuais (coloridos e iluminados) e os de estímulos sonoros foram os menos disponíveis, 30,6% e 27,8% dos casos, respectivamente. Provavelmente por serem brinquedos mais caros, a sua aquisição é mais difícil. Em 91,4% dos casos os entrevistados afirmaram que seus filhos demonstram grande interesse em manter contato com outras crianças. O interesse por outras crianças pode também ser evidenciado pela preferência em brincar com primos, vizinhos e colegas em 45,7% dos casos. Apenas 8,6% das crianças demonstraram preferência por brincar com os irmãos, sendo estes os parceiros habituais em 31,4%. Portanto, parece haver uma preferência marcante em compartilhar brincadeiras com crianças que não pertencem ao seio familiar, visto que, só em três casos os irmãos são os escolhidos como parceiros mais desejados.

Brincar foi resposta unânime, ao ser solicitada informação sobre a atividade preferida dos filhos. Jogar bola e correr foram a preferência de 13 crianças e uma delas gostava de empinar pipa. Nove crianças preferiam atividades de imaginação como desenhar, pintar, sendo que para uma destas ir a escola é a melhor atividade. Atividades de imitação (faz de conta)

que envolvem brincadeiras com boneca e carro foram preferidas por cinco crianças. Andar de bicicleta foi preferido por duas crianças, outras duas preferiam cantar/dançar; uma criança preferia jogo de montar e outra pular na cama. Três mães não souberam especificar do que o filho mais gostava e responderam dizendo “mexer nas coisas”, “de tudo um pouco” e “brincar em seu cantinho”.

Quanto à atividade preterida, 21 mães entrevistadas (55,5%) não souberam responder. Atividades da vida diária que envolviam tomar banho, escovar dentes e alimentar-se foram rejeitadas por cinco crianças e atividades escolares por duas. Outras duas não gostavam de ficar quietas, segundo relato das mães. Brincar de faz de conta é preterido por cinco crianças e uma não gostava de bola. Uma das duas crianças que não gostavam de ficar “quietas”, após a escola, fica no ambiente de trabalho da mãe que é empregada doméstica e a outra faz “atividades escolares extras”, elaboradas pela mãe.

No item atitude lúdica, prazer e curiosidade por brincar foram as únicas atitudes lúdicas a serem declaradas como presente por todos os entrevistados. Em quase 70% dos casos a espontaneidade e a iniciativa durante as brincadeiras estavam frequentemente presentes. O gosto pelo desafio esteve presente em 50% dos casos e o senso de humor ao brincar sempre presente em apenas 36,1%, segundo relato dos entrevistados.

As mães fizeram distinção entre brincar e assistir TV, sinalizando que, assistir TV pode ser divertido, um lazer, uma distração, mas é diferente do ato de brincar no qual a criança tem participação direta no processo das brincadeiras explicando que:

- Aos sábados 13 crianças, frequentemente, faziam visitas aos familiares, em especial à casa da avó materna, outras nove crianças assistiam TV. Ir a igreja foi frequente para cinco famílias, ir à praia para quatro, realizar atividades escolares, também aos sábados, foi referido para três crianças. Em um caso a resposta foi “ficar em casa”, justamente da mãe cuja filha a acompanha no trabalho.
- Aos domingos as visitas foram mais frequentes para 16 crianças, sendo a ida à casa da avó materna a mais preferida; a TV aos domingos só foi referida por três entrevistados.

Enquanto que os passeios, idas à praia, pizzaria, praça foram frequentes para nove crianças, ir à igreja foi relatado como rotina dominical para cinco crianças; sair de casa foi referido como muito raro por uma mãe, uma criança utilizava computador e uma criança participava de atividades desportivas (balé duas vezes por semana). Outras três frequentavam serviço de reabilitação com fisioterapeuta e terapeuta ocupacional uma vez por semana.

Quanto ao item interesse e capacidade lúdica em relação à ação e utilização do espaço são avaliadas mudanças posturais, deslocamento, exploração visual do ambiente e manter-se sentado. Dos 15 pontos possíveis de serem alcançados, a média foi de 12,9 com DP $\pm 1,5$. Em relação à capacidade de agir no espaço, de um total máximo de 10 a média foi de 9,6 com DP $\pm 1,2$. A locomoção empurrando e segurando objeto, explorar fisicamente o espaço, abrir e fechar porta foram

habilidades referentes ao interesse e à capacidade de utilização do espaço. De 12 pontos máximos a serem alcançados no interesse, a média foi de 9,9 com DP $\pm 1,7$. Quanto à capacidade na utilização do espaço, de 8 pontos possíveis a média foi de 7,7 com DP $\pm 1,3$.

Brincando a criança tem a possibilidade de expressar seu estado emocional, superar medos e angústias, obter prazer, movimento e relaxamento, revelando-se como uma estratégia promotora de saúde. O brincar resgata a saúde mental na medida em que leva à ação criadora, sem desencadear ansiedade, auxiliando a expressar seus sentimentos, o que conduz à discussão de serem criadas estratégias lúdicas promotoras de saúde em ambiente nos quais se deve preservar o bem-estar infantil²⁵.

A correlação entre atitude lúdica e peso de nascimento e idade atual das crianças não foi observada. A atitude lúdica diz respeito a uma disposição mental considerada livre por excelência, tendo por paradigma o brincar da criança, a liberdade e o prazer de se entregar a objetos de relacionamento e entretenimento²¹.

Os dados referentes aos subgrupos na análise das 36 crianças foram correlacionados isoladamente, isto é, subdividiu-se o grupo em quatro subgrupos (PIG, IG < 32 semanas, EBP e desenvolvimento atípico) para observação mais pontual do brincar e da alteração ou o fator de risco marcador de cada subgrupo. As crianças nascidas com EBP também integraram o subgrupo dos nascidos com IG < 32 semanas.

Sete crianças apresentaram desenvolvimento atípico: uma com deficiência mental grave, quatro (57,1%) com paralisia cerebral do tipo diparética espástica, uma com transtorno do desenvolvimento da atenção e hiperatividade e uma com déficit comportamental a ser esclarecido. Esse subgrupo corresponde a 19,4% da população do estudo. Dessas, seis crianças (85,7%) nasceram com menos de 32 semanas de gestação.

A condição de desenvolvimento atípico foi relacionada com a capacidade e interesse na ação e utilização do espaço e dos objetos. Os resultados encontrados evidenciaram correlação significativa com o interesse na utilização do espaço. Também houve correlação significativa entre a condição de ter desenvolvimento atípico e as respostas dos entrevistados quanto à atitude lúdica dos filhos. No entanto, 71,4% das mães referiram que, em casa, não têm o hábito de estimular características lúdicas, em especial a iniciativa e o gosto pelo desafio.

Vinte crianças constituíram o subgrupo com nascimento ocorrido antes da 32ª semana de gestação, o que corresponde a 55,6% da população de estudo. A média da IG desse subgrupo foi de 29,7 semanas com DP $\pm 1,3$ semanas. Destas, 30% das crianças apresentaram desenvolvimento atípico. Não foi verificada correlação significativa, pelo Coeficiente de Correlação de *Spearman*, entre IG < 32 semanas e capacidade e interesse na ação e utilização dos objetos e do espaço, assim como, não foi observada correlação com a atitude lúdica.

O subgrupo com EBP foi composto por cinco crianças, correspondendo a 13,9% da população de estudo. A média de peso foi de 891g com DP ± 68 g. Deste grupo 40% das crianças apresentaram desenvolvimento atípico, a saber: deficiência mental grave e comprometido

mento comportamental. Houve correlação significativa entre EBP e interesse na ação do espaço e na capacidade e interesse na utilização dos objetos, assim como na atitude lúdica registrada na avaliação e na expressão dos sentimentos relatadas nas entrevistas.

Algumas pesquisas apresentam o peso de nascimento como um dos fatores de riscos relevante para atraso ou alteração do desenvolvimento global da criança no continuum de sua vida^{8,9,12,26}. Na literatura não foi encontrada nenhuma correlação significativa entre as variáveis analisadas e peso de nascimento muito baixo no que se refere ao brincar. Ao observar a influência do peso quando analisado o subgrupo de EBP, 40% das crianças apresentaram alterações significativas no seu desenvolvimento social e cognitivo. Considerando os subgrupos, o EBP foi o fator de risco predominante nesta pesquisa. Além disso, constatou-se que as alterações presentes são altamente incapacitantes, na medida em que os aspectos comportamentais dificultaram o convívio social e familiar, estando uma das crianças excluída do ambiente escolar.

Nesta pesquisa foi encontrada uma relação diretamente proporcional entre EBP de nascimento e o interesse na ação lúdica; desempenho na atitude lúdica registrada na avaliação e na expressão dos sentimentos no lar, condições que parecem reforçar a influência do peso no processo de formação das habilidades lúdicas e sociais. Considerando o subgrupo de crianças com desenvolvimento atípico, a seqüela mais frequente foi a paralisia cerebral do tipo diparesia espástica²⁶. Verificou-se que o fator de risco mais frequente nessa pesquisa foi à IG inferior a 32 semanas, pois apenas uma das crianças com alterações nasceu com IG superior a essa.

A correlação significativa entre as alterações presentes nesse subgrupo e as características da atitude lúdica relatadas pelas mães parece ser reveladora da complexidade do universo familiar de uma criança especial, na medida em que as mães referiram presença de atitude lúdica e, no entanto, mais da metade relataram ausência de incentivo ao gosto pelo desafio, curiosidade, iniciativa e espontaneidade durante as brincadeiras dos filhos. Portanto, a maioria das mães sinalizou que não brincam com seus filhos, mas afirmaram a presença da atitude lúdica nos momentos identificados como de brincadeira. Valorizou-se esse achado por considerá-lo um potencial marcante da criança e da mãe, aquela por "saber brincar" e dessa por "ver a brincadeira".

Ao verificar que as crianças com risco para atraso ou com comprometimento recebem maiores cuidados do que as crianças ditas normais, os escassos momentos lúdicos entre mães e filhos demonstrados neste estudo decorreram das inúmeras tarefas cotidianas exigidas pelos compromettimentos da criança¹. Talvez essa ajuda extra fornecida pelas famílias de crianças com dificuldades neurológicas promova uma dinâmica cotidiana mais desgastante, sendo contraponto de uma situação lúdica.

Nesta pesquisa ficou evidenciada que as barreiras impostas pelas limitações físicas não interferem no interesse em explorar e utilizar o espaço circundante²⁰. Outro trabalho desenvolvido em escola especial de Belo Horizonte relatou a presença de tomada de deci-

sões, iniciativas, progresso na socialização em crianças comprometidas durante suas brincadeiras²⁵.

O círculo humano e o ambiente formado pelos objetos contribuem para a socialização da criança e isso através de múltiplas interações, dentre as quais algumas tomam a forma de brincadeira, reforçando a importância do entorno para o indivíduo no que se refere ao seu desenvolvimento cultural-relacional^{19,25}.

Brincar com brinquedos novos e estar em lugares diferentes aguçam a curiosidade da criança e são potenciadores do brincar. É fundamental experimentar sensações e desafios provocados por novos brinquedos, pois um jogo que não reserva mais nenhuma surpresa é totalmente inútil e estorva a criança. Defende-se o empréstimo de brinquedos, no mesmo molde que há o uso dos livros, como um grande incentivo ao lúdico e as descobertas. A privação do brincar equivale à privação do prazer, sendo essa uma condição que impossibilita o desenvolvimento saudável da criança²⁷.

O senso de humor e o gosto pelo desafio foram às características menos frequentes. O incentivo dos pais em despertar o gosto pelo desafio e pela curiosidade estava ausente em mais da metade das famílias. Incentivar essas características parece colocar o filho em situações de risco. Em contrapartida, o prazer (83,3%) e o senso de humor (66,6%) são incentivados pelos familiares. O relato de irritabilidade fornecido pelos entrevistados, os quais apontaram a ausência de senso de humor dos filhos mobilizam os familiares na valorização dessas atitudes lúdicas como alternativa de superação. A presença de irritabilidade foi detectada no período da alta hospitalar em prematuros e supõe-se que esse comportamento precisa ser analisado nesta população ao longo dos anos, na medida em que há indícios de persistência deste⁸.

Na expressão dos sentimentos dos filhos, observou-se estratégias diferenciadas na comunicação, entretanto, apresenta correlação diretamente proporcional com EBP. O sentimento de prazer foi o único sentimento 100% identificado em casa e na avaliação, mesmo quando não verbalizado. O prazer e desprazer estão associados aos sentidos de proximidade: o tato, o paladar e o olfato²⁸. O medo foi o sentimento mais verbalizado (66,7%). A tristeza e a raiva foram sentimentos expressos por gestos e gritos, respectivamente. O medo é um sentimento aceito culturalmente como próprio do universo infantil, inclusive é utilizado como estratégia de coibição quando se diz "o lobo vai te pegar" ou "vou chamar ou vou dizer pro papai". Talvez por isso, possa ser verbalizado com mais frequência.

A ausência de correlação estatisticamente significativa entre os dados obtidos nas entrevistas e os coletados nas avaliações pode ter sido influenciada por elementos espaciais-temporais-relacionais na medida em que o ambiente de avaliação foi espaço-laboratório, no qual o tempo era inapropriado para observação de algumas necessidades (fisiológicas e de segurança) e sentimentos (raiva, medo, tristeza), assim como dificultava a constatação de alguns interesses em especial por estímulos vestibulares, pois as situações sabidamente perigosas foram evitadas.

A diferença estatisticamente significativa entre a média obtida e a esperada nos quesitos atitude lúdica, expressão dos sentimentos e das necessidades, capa-

idades e interesses, atração pelos ambientes humano e sensorial ratifica a importância de um acompanhamento multiprofissional nos primeiros anos de vida, configurando uma estratégia preventiva de saúde mental ao promover o bem-estar, na medida em que, as discretas dificuldades apresentadas pelas crianças podem ser detectadas precocemente quando há o seguimento neste período.

O brincar foi uma atitude prevalente na população estudada, mas podemos destacar alguns fatores que favoreceram o comportamento lúdico influenciando nas vivências dessas crianças: um ambiente facilitador, a disponibilidade de brinquedos e a presença de outras crianças.

Embora o interesse em brincar tenha sido observado em todas as crianças, evidenciou-se que aquelas com EBP ao nascer e/ou desenvolvimento atípico demonstraram menor expressão de sentimentos e menor interesse nas brincadeiras propostas.

Foi também evidenciado naquelas com EBP ao nascer, redução do senso de humor durante as brincadeiras e recusa em superar situações inesperadas impostas pelo brinquedo ou pela brincadeira. Talvez a falta de incentivo dos pais quanto ao gosto pelo desafio esteja associada a atitudes de proteção características daqueles que tiveram seus filhos internados em UTI Neonatal.

Os escores obtidos neste estudo foram inferiores aos esperados, e, portanto, apontam para a necessidade de acompanhamento do desenvolvimento destas crianças nos primeiros anos de vida.

Agradecimentos

Os autores deixam registrados agradecimentos ao Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão pelo apoio obtido para realizar a pesquisa, bem como aos participantes do referido estudo.

Referências

- Mancini MC, Megale L, Brandão M, Melo AP, Sampaio R. Efeito moderador do risco social na relação entre risco biológico e desempenho funcional infantil. *Rev Bras Saude Mater Infant*, 2004; 4(1): 25-34.
- Saigal S, Ouden L, Wolke D, Hoult L, Paneth N, Streiner DL et al. School-age outcomes in children who were extremely low birth weight from four international skill assessment tools. *J Sports Scienc Medic*, 2008; 8: 154-168.
- Martins IMB, Linhares MB, Martinez FE. Indicadores de desenvolvimento na fase pré-escolar de crianças nascidas pré-termo. *Psicol Estud*, 2005; 10(2): 235-43.
- United Nations Children's Fund; World Health Organization. *Low birth weight: country, regional and global estimates*. New York: UNICEF, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Nascidos Vivos - SINASC. [Capturado em 18 dez. 2007]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sinasc.htm>
- Organização Mundial de Saúde. *Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde*. 8. Ed. São Paulo: EDUSP, 2000.
- Magalhães LC, Catarina PW, Barbosa VM, Mancini MC, Paixão ML. Estudo comparativo sobre o desempenho perceptual e motor na idade escolar em crianças nascidas pré-termo e a termo. *Arq Neuro-Psiquiatr*, 2003; 61(2): 250-255.
- Castro SM. *Alterações neurocomportamentais em prematuros: análise dos principais fatores de risco na unidade neonatal do hospital Materno Infantil de São Luís - MA. 2005* [Dissertação - Mestrado em Ciências da Saúde]. São Luís (MA). Universidade Federal do Maranhão. 2005.
- Dahl L, Kaaresen PI, Tunby J, Handegård BH, Kvernmo S, Rønning JA. Emotional, Behavioral Social, and Academic Outcomes in adolescents born with very low birth weight. *Pediatrics*, 2006; 118: 449-459.
- Schmidhauser J, Caflich J, Rousson V, Bucher HU, Largo RH, Latal B. Impaired motor performance and movement quality in very-low-birth weight children at 6 years of age. *Dev Med Child Neurol*, 2006; 48: 718-722.
- Swaminathan S, Alexander GR, Boulet S. Delivering a very low birth weight infant and the subsequent risk of divorce or separation. *Matern Child Health J*, 2006; 10: 473-479.
- Reijneveld SA, Kleine MJ, van Baar AI, Kollée LA, Verhaak CM, Verhulst FC et al. Behavioural and emotional problems in very preterm and very low birthweight infants at age 5 years. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 2006; 91: F 423-428.
- Davis DH, Bartlett TR, Belyea M. Developmental problems and interactions between mothers and prematurely born children. *J Pediatr Nurs*, 2000; 15(3): 157-67.
- Seitz J, Jenni OG, Molinari L, Caflich J, Largo RH, Latal Hajnal B. Correlations between motor performance and cognitive functions in children Born. *Neuropediatrics*, 2006; 37: 6-12.
- Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira: Lei Nº 9.394 de 20 de Dezembro de 1996 [capturado em 12 jan. 2008]. Disponível em: <http://www.portal.mec.gov.br/arquivos>.
- Cools N, de Martelaer K, Samaey C, Andries C. Movement skill assessment of typically developing preschool children: A review of seven movement skill assessment tools. *J Sports Scienc Med*, 2008; 8: 154-168.
- Knox SH. *Tratamento através do lazer e da brincadeira*. In: Neistadt ME, Crepeau EB, Willard & Spackman. *Terapia Ocupacional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002; 356-363.
- Bomtempo E, Hussein CL. O brinquedo: conceituação e importância. In: Bomtempo E, Hussein CL, Zamberlan MAT (Coord.). *Psicologia do Brinquedo: aspectos teóricos e metodológicos*. São Paulo: Nova Stella: EDUSP. 1986, p. 17-28.
- Brougère G. A criança e a cultura lúdica. In: Kishimoto, T. M. *O brincar e suas teorias*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning. 2003, p. 19-32.
- Ferland F. *O modelo lúdico: o brincar, a criança com deficiência física e a terapia ocupacional*. São Paulo: Roca, 2006.

21. Trinca W. Atitude Lúdica e Expansão de Consciência . In: *Congresso Brasileiro de Ludodiagnóstico*, 1., 2009, São Paulo. Anais do I Congresso Brasileiro de Ludodiagnóstico. São Paulo: EPPA - Escola Paulista de Psicologia Avançada, 1 CD-ROM. 2009.
22. Sant'anna MMM. *Tradução e adaptação transcultural dos protocolos de avaliação do Modelo Lúdico para crianças com paralisia cerebral*. [Dissertação - Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento]. São Paulo (SP). Universidade Presbiteriana Mackenzie. 2006.
23. Ballard JN, Koury JC, Wedig K, Wang I, Eilers-Walsman BL, Lipp R. New Ballard Score expanded to include extremely premature infants. *J Pediatrics*, 1991. 119: 417-423.
24. Carvalho AM, Alves MMF, Gomes, PLD. Brincar e educação: concepções e possibilidades. *Psicologia em Estudo*, 2005; 10(2): 217-226.
25. Oliveira VB. O brincar da criança hospitalizada e a família: o que dizem os trabalhos? In: VB Oliveira, AMQ Perez-Ramos (orgs.) *Brincar é saúde: o lúdico como estratégia preventiva*. Rio de Janeiro: Walk Ed. 2010, p. 41-76.
26. Platt MJ, Cans C, Johnson A, Surman G, Topp M, Torrioli MJ et al. Trends in cerebral palsy among infants of very low birthweight (<1500g) or prematurely (< 32 weeks) in 16 European centers: a database study. *Lancet*. 2007; 364: 43-50.
27. Dolto F. *As etapas decisivas da infância*. Tradução: Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
28. Montagu A. *Tocar: o significado humano da pele*. (MS Mourão Netto, trad.). São Paulo: Summus. 1988.

INCIDÊNCIA DE CÂNCER BUCAL NO MARANHÃO, BRASIL: UM ESTUDO DE SÉRIE TEMPORAL

INCIDENCE OF ORAL CANCER IN MARANHÃO, BRAZIL: A TEMPORAL SERIES STUDY

Andrea Ferraz Tomaz¹, Juliana Aires Paiva de Azevedo² e Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz³

Resumo

Introdução: Os casos de câncer de boca (CB) não fazem parte da lista de agravos de notificação compulsória no Brasil, dificultando a vigilância epidemiológica e acompanhamento da magnitude deste agravo. **Objetivo:** Analisar a tendência temporal da incidência de CB e a letalidade da doença no Estado do Maranhão, no período de 2003 a 2005. **Métodos:** Estudo de série temporal retrospectivo com 136 realizados no Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello (IMOAB), em São Luís, MA, Brasil. Realizou-se análise descritiva e inferencial, com dados retrospectivos de prontuários dos pacientes ($\alpha=5\%$). **Resultados:** A incidência variou de 1,24 a 0,48 por 100 mil habitantes ($p=0,157$), e a de letalidade, de 0,24 a 0,06 ($p=0,160$). Verificou-se maior incidência dos casos em homens (56,62%), com idade superior a 40 anos (87,5%), com raça/cor branca (76,52%). O município do Estado com maior incidência da doença foi São Luís, totalizando quase a metade da casuística - 60 casos (44,78%). A idade média dos casos foi de 61,3 ($\pm 16,6$) anos. O tipo histológico predominante foi o carcinoma epidermóide ($n=86, 65,15\%$). As localizações anatômicas mais frequentes foram língua (16,42%), orofaringe (14%) e parótida (14%) e a modalidade terapêutica mais empregada foi a cirúrgica (94,03%). **Conclusão:** As taxas de incidência e de letalidade mantiveram-se estáveis entre 2003 e 2005. Tais casos continuam sendo principalmente representados por carcinomas epidermóides, de língua, em homens e naqueles com idades mais avançadas. É alta a incidência de tumores malignos em glândulas salivares na população estudada.

Palavras-chave: Neoplasias Bucais. Epidemiologia. Incidência. Letalidade.

Abstract

Introduction: The cases of mouth cancer (MC) are not on the list of mandatory notifiable in Brazil; this makes it difficult the epidemiological vigilance and the monitoring the magnitude of this disease. **Objective:** To analyze time trends in the incidence of MC and case fatality in the state of Maranhão, in the period from 2003 to 2005. **Methods:** This study is temporal and retrospective, referring to cases with a primary diagnosis of MC ($n = 136$) in the Maranhense Institute of Oncology Aldenora Bello (IMOAB) in São Luís, Brazil. Descriptive and inferential analysis was held, with retrospective data from medical records of patients ($\alpha=5\%$). **Results:** The incidence rate of MC ranged from 1.24 to 0.48 per 100 000 inhabitants ($p = 0.157$) and the case fatality rate ranged from 0.24 to 0.06 ($p = 0.160$). A higher incidence of cases was verified in males (56.62%), aged 40 years (87.5%), ethnicity/color Caucasian (76.52%). The county in the state with the highest incidence of the disease was São Luís, totaling almost half of the sample - 60 cases (44.78%). The mean age of patients was 61.3 (± 16.6) years. The predominant histological type was squamous cell carcinoma ($n = 86, 65.15\%$). The most frequent anatomic locations of MC were tongue (16.42%), oropharynx (14%) and parotid (14%) and type of treatment that was most often used was the surgical one (94.03%). **Conclusion:** The incidence and mortality by MC remained stable over the period from 2003 to 2005. Such cases continue to be represented mainly by squamous cell carcinoma in the tongue, with higher incidence among males and older ages' patients. It is a high incidence of malignant tumors in salivary glands in the population studied.

Keywords: Mouth Neoplasms. Epidemiology. Incidence. Mortality.

Introdução

O câncer é uma doença sistêmica caracterizada pela reprodução e pelo desenvolvimento celular anômalo, independente do controle biológico. No seu curso natural, pode se difundir para outras regiões do corpo levando à caquexia e à morte¹.

A doença tem o seu desenvolvimento estimulado pela interação de fatores do ambiente e do hospedeiro; sendo este último, influenciado por fatores como sexo, idade e raça e por fatores externos, entre eles o tabagismo, etilismo, nutrição, exposição à radiação solar; além disso, estudos atuais tem sugerido uma possível ação carcinogênica da atividade profissional, região onde habita e higiene bucal deficiente^{2,3,4}.

Estatísticas mundiais relatam o contínuo aumen-

to das taxas de novos casos de câncer, sendo projetado para o ano de 2020 o acometimento de 15 milhões de indivíduos⁵, o que nos permite afirmar que o câncer é um importante problema de saúde pública⁶. O câncer bucal é uma das formas mais incidentes de câncer, representando cerca de 5% do total de incidência em todo o mundo⁷. O Instituto Nacional do Câncer (INCA)⁸ estima 9.990 novos casos de câncer da cavidade oral em homens e 4.180 em mulheres, para o Brasil, no ano de 2012.

Histologicamente, os carcinomas representam os principais tipos de CB em todo o mundo. Distinguem-se alguns tipos de carcinomas bucais: "In Situ", Espinocelular, Basocelular e Adenocarcinoma. Mais de 90% dos cânceres bucais são representados pelo carcinoma epidermóide ou carcinoma de células escamosas³.

¹ Cirurgiã Dentista. São Luís - MA.

² Mestranda em Odontologia pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

³ Doutora em Saúde Pública. Professora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão - UFMA. Contato: Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz. E-mail: ebthomaz@globom.com

A incidência de casos de câncer bucal é maior no sexo masculino, com razão de incidências variando entre 3:1⁹ e 1,8/1⁵.

A doença tem sido relacionada com maior frequência à raça branca, todavia, nos países onde há maior miscigenação racial observa-se uma distribuição mais homogênea em relação à raça¹⁰.

A faixa etária onde há registros de maior concentração de casos é primariamente os grupos etários superiores a 40 anos, aumentando as chances de ocorrência com o decorrer dos anos, embora sejam verificados casos em quase todas as idades¹¹.

As diferenças de concentração de renda e o estilo de vida também se relacionam aos indicadores de CB. Grupos populacionais de baixa renda tendem a ter precárias condições de saúde bucal e carências nutricionais, além terem um maior contato com os fatores de risco¹².

No Estado do Maranhão, poucos são os trabalhos que se reportam à situação epidemiológica do CB. O presente estudo torna-se relevante na medida em que objetiva analisar a tendência temporal da incidência de CB e a letalidade da doença no Estado do Maranhão, no período de 2003 a 2005, comparando-os com os resultados de pesquisas realizadas em outras localidades do Brasil constituindo-se, desta forma, em um incentivo para a implementação de medidas de prevenção, diagnóstico e controle do câncer pelas autoridades competentes.

Métodos

Trata-se de um estudo de série temporal. Após obtenção de autorização da diretoria do Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello (IMOAB), São Luís – MA, para a realização da pesquisa, foi realizada análise epidemiológica descritiva e inferencial, com dados retrospectivos de prontuários dos pacientes com diagnóstico histopatológico de câncer bucal, catalogados no serviço de arquivo médico do IMOAB, correspondentes ao período de 2003 a 2005.

Os dados foram catalogados em ficha elaborada para a pesquisa, na qual constam informações que dizem respeito ao número do prontuário; sexo, raça/cor; ano do diagnóstico; idade do paciente no momento do diagnóstico; município de residência (categorizado em capital ou interior); tipo histológico, localização do tumor; tipo de tratamento realizado (cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia) e situação do paciente após cinco anos de preservação (cura, recidiva ou óbito). Em decorrência da miscigenação a “raça/cor” foi categorizada em apenas dois grupos: branca e não branca.

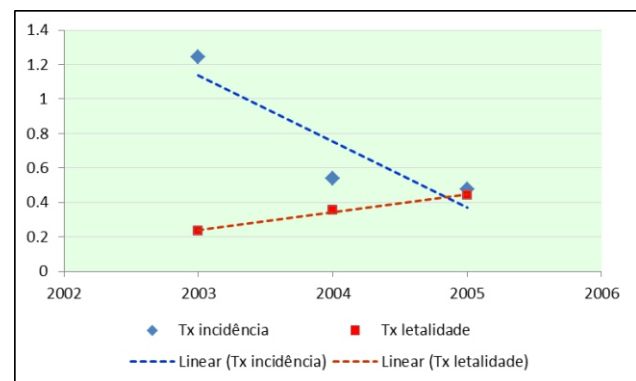
De acordo com o Código Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10)¹³, os cânceres de boca são representados pelas neoplasias malignas de lábio, cavidade oral e faringe, variando de C00 a C14. Os sítios anatômicos considerados foram: lábios, língua, gengiva, assoalho da boca, palato, mucosa jugal, região retromolar, glândulas salivares maiores (parótida, submandibular e sublingual) e menores, amígdalas, úvula e outras partes da boca. Foram excluídos os prontuários de pacientes cuja lesão em lábio, cavidade oral e/ou faringe fosse proveniente de metástase (tumor secundário).

Os dados obtidos foram editados em Microsoft®

Excel® e tabulados no programa Stata®, versão 11.0. Efetuou-se a análise descritiva dos dados, estimando-se frequências absolutas e percentuais, bem como médias, desvios-padrão, medianas, modas e percentis. Calculou-se o índice de incidência para cada ano e a tendência temporal foi avaliada de forma gráfica e utilizando o teste Qui-quadrado de tendência. Em acréscimo, utilizaram-se os testes Qui-quadrado, Qui-quadrado de tendência e Exato de Fisher. Adotou-se nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$).

Resultados

Verificou-se a ocorrência de 136 casos de câncer com sede primária no lábio e cavidade oral no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2005. Foram notadas oscilações anuais, tendo o ano de 2003 com maior frequência, com 76 casos (55,88%), em 2004 ocorreram 32 casos (23,53%) e em 2005 foram encontrados 28 casos (20,59%). Observa-se que apesar da redução de ambas as taxas, não se observou tendência temporal ($p > 0,05$) (Gráfico 1).



*Qui-quadrado de tendência.

Gráfico 1 - Taxas de incidência e de letalidade por câncer de boca no Estado do Maranhão no período de 2003-2005. São Luís, MA, 2012.

Observou-se maior frequência da doença em indivíduos do sexo masculino ($n=77$ casos; 56,62%), registrando-se razão de sexos de 1,3/1; com idade superior a 40 anos ($n=119$ casos; 87,5%); e em indivíduos não brancos ($n=101$ casos; 76,52%). O município do Estado com maior incidência de câncer de boca foi São Luís, a capital, totalizando quase a metade da casuística - 60 casos (44,78%). O tipo histológico predominante foi o carcinoma epidermóide ($n=86$ casos; 65,15%), seguido pelo adenocarcinoma ($n=12$ casos; 9,09%) e carcinoma adenoide cístico ($n=12$ casos; 9,09%).

A localização anatômica primária preferencial foi língua ($n=22$ casos; 16,42%), seguida de glândula parótida ($n=19$ casos; 14%). Registraram-se 17 casos (12,69%) em lábio e 14 casos (10,45%) no palato. O tratamento cirúrgico foi o mais empregado, sendo realizados em 126 casos (94,03%), ao passo que 64 casos (47,06%) foram tratados com radioterapia e 17 casos (12,69%) foram tratados com quimioterapia. Ao final do tratamento e/ou durante o período de acompanhamento foi notado que em 45 casos (52,33%) houve recidiva da lesão; dezessete casos (19,77%) foram considerados livres da doença no momento da alta hospita-

lar; e 24 casos (27,91%) evoluíram para óbito. A maioria dos casos de óbito referiu-se aos indivíduos com o tipo histológico de carcinoma epidermóide (19 casos - 79,2% dos óbitos). Além disso, o tratamento do tipo cirúrgico esteve relacionado com o menor percentual de óbitos, se comparado com a utilização dos demais tratamentos (Tabela 1).

Tabela 1 - Casos de câncer de boca no estado do Maranhão no período de 2003-2005. São Luís, MA, 2012.

Características da população	n	%
Sexo		
Masculino	77	56,62
Feminino	59	43,38
Idade		
> 40	119	87,50
≤ 40	17	12,50
Raça/Cor		
Não branco	101	76,52
Branco	31	23,48
Ano do diagnóstico		
2003	76	55,88
2004	32	23,53
2005	28	20,59
Município		
Capital	60	44,78
Interior	74	55,22
Tipo histológico		
C. epidermóide	89	64,71
Adenocarcinoma	32	23,53
Outros*	16	11,76
Localização anatômica primária		
Língua	22	16,42
Orofaringe	19	14,00
Glândula parótida	19	14,00
Lábio	17	12,69
Palato	15	11,36
Glândula submandibular	12	8,820
Outros**	29	23,62
Tratamento Cirúrgico		
Sim	126	94,03
Não	08	5,970
Tratamento Quimioterápico		
Sim	17	12,69
Não	117	87,31
Tratamento Radioterápico		
Sim	64	47,76
Não	70	52,24
Desfecho		
Recidiva	45	52,33
Óbito	24	27,91
Cura	17	19,77
Total	136	100,00

*Outros tipos histológicos: Carcinoma basocelular (n=5; 3,79), Carcinoma mucoepidermoide (n=4; 3,03), Linfoma não Hodgkin (n=4; 3,03), Carcinoma basoepidermoide (n=2; 1,52), outros (n=8).

**Outras localizações primárias: mandíbula (n=8; 5,97%), maxila (n=3; 2,24%), assoalho bucal (n=7; 5,22%), região retromolar (n=4; 3%), gengiva (n=3; 2,24%), mucosa jugal (n=3; 2,24%).

A distribuição dos casos de câncer de boca segundo o ano de diagnóstico. Nenhuma das variáveis estudadas apresentou diferença na distribuição dos casos relacionados ao ano (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos casos de câncer de boca em relação ao sexo, idade, raça/cor/etnia, município, tipo histológico, localização anatômica, e tratamento no período de 2003 a 2005. São Luís, MA, 2012.

Variáveis	Ano de diagnóstico						p-valor
	2003		2004		2005		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,666*
Feminino	32	42,11	16	50	11	39,29	
Masculino	44	57,89	16	50	17	60,71	
Idade							0,728**
≤ 40	11	14,47	04	12,5	02	7,14	
> 40	65	85,53	28	87,5	26	92,86	
Raça/Cor							0,322*
Não branco	61	81,33	22	70,97	18	69,23	
Branco	14	18,67	09	29,03	08	30,77	
Município							0,388*
Interior	40	53,33	16	50	18	66,67	
Capital	35	46,67	16	50	09	33,33	
Tipo histológico							0,074**
C. epidermóide	49	64,47	21	65,63	18	64,29	
Adenocarcinoma /C.A.cístico	14	18,42	08	25	10	35,71	
Outros	13	17,11	03	9,38	-	-	
Localização anatômica primária							0,214**
Língua	11	14,86	07	21,88	04	14,29	
Orofaringe	13	17,57	04	12,50	02	7,14	
G. parótida	9	12,16	04	12,50	06	21,43	
Lábio	15	20,27	01	3,13	01	3,57	
Palato	6	8,11	05	15,63	04	14,29	
G. submandibular	4	5,41	04	12,50	04	14,29	
Outros	16	21,62	07	21,88	07	25,00	
Tratamento Cirúrgico							0,252**
Sim	72	96	28	87,5	26	96,30	
Não	03	04	04	12,5	01	3,70	
Tratamento Quimioterápico							0,381**
Sim	10	13,33	2	6,25	05	18,52	
Não	65	86,67	30	93,75	22	81,48	
Radioterapia							0,129**
Sim	30	40	18	56,25	16	59,26	
Não	45	60	14	43,75	11	40,74	

*Qui-quadrado; **Exato de Fisher.

Discussão

Após serem analisados os 136 casos de câncer de boca com sede primária na cavidade oral, no Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello, no período de 2003 a 2005, observou-se que, apesar da redução registrada na taxa de incidência, e aumento da letalidade por câncer de boca no Estado do Maranhão, no período de 2003 a 2005, as diferenças não foram estatisticamente significativas. Verificou-se maior ocorrência da doença em pessoas do sexo masculino, com a razão homem/mulher de 1,3:1; naqueles com idade superior a 40 anos; de cor da pele não branca; e em indivíduos provenientes do interior no Estado. O tipo histológico predominante foi o carcinoma epidermóide, sendo a língua a área anatômica de maior incidência. A modalidade terapêutica mais empregada foi a cirúrgica.

Os resultados obtidos mostraram que o ano de 2003 apresentou maior frequência no número de casos, com decréscimo anual. Porém a redução não foi estatisticamente significativa. Tais resultados estão em consonância com os achados de Perussi *et al.*,¹⁴ os quais verificaram manutenção do número de casos novos de câncer de boca ao longo do tempo de observação do estudo. Maciel *et al.*,¹⁵ e McGorray, Guo e Logan¹⁶ por sua vez, verificaram diminuição do número de casos. Não obstante, esses achados discordam daqueles referidos pela maioria dos autores, a exemplo de Kowalski *et al.*,⁷ que verificaram haver um aumento significativo na incidência de câncer bucal com o tempo, principalmente nas capitais.

A diversidade de resultados pode sugerir que a doença tem um comportamento diferenciado a depender da região investigada, como referem Barreto *et al.*¹⁷, ao mencionarem que essas diferenças na incidência de câncer bucal podem variar entre os diversos países ou mesmo entre distintas regiões de um mesmo país. Além disso, o curto período de observação – apenas três anos – pode não ter sido suficiente para identificar tendências temporais na presente investigação.

Os resultados desta pesquisa coincidem com os obtidos por Silva *et al.*,¹⁸ os quais verificaram que o câncer bucal, no Maranhão, tem uma predileção pelo sexo masculino, confirmando assim os achados na literatura mundial^{6,9,10}.

A faixa etária superior a 40 anos foi a mais atingida, coincidindo com os relatos de que o risco de desenvolvimento de câncer bucal aumenta com a idade¹⁶. Enquanto alguns autores^{19,21} afirmam que a faixa etária de maior incidência para o câncer bucal é a que está entre os 40 e 60 anos, outros^{5,14,16,22-24} afirmam que a maior ocorrência de câncer está associada a pessoas da quinta a sétima décadas de vida, sendo raro em pessoas jovens e em crianças. É relevante considerar que devido às mudanças dos hábitos e costumes, decorrentes do processo global de industrialização, e com o aumento a expectativa de vida, as pessoas estão mais tempo expostas a agentes cancerígenos e cada vez mais precocemente, o que justifica a ocorrência da doença cada vez mais frequente em faixas etárias menores.

Os resultados obtidos demonstram um predomínio evidente da cor não branca, discordando de parcela majoritária da literatura mundial, que refere maior frequência em pessoas brancas, por conta do efeito protetor da melanina, que reduziria o efeito nocivo dos raios ultravioleta, especialmente nos lábios^{5,25-27}. Contudo, um estudo realizado nos Estados Unidos da América²⁸, em 2012, observou maior incidência de câncer de próstata, colo de útero e boca em indivíduos negros, quando comparados aos brancos, corroborando os resultados obtidos nesta pesquisa. Algumas hipóteses podem ser levantadas para tentar explicar estes resultados. Podemos supor que os resultados obtidos sejam influenciados pela grande miscigenação das populações ou pela falta de padronização dos critérios utilizados para a classificação da raça/cor. É possível ainda que a maior incidência da doença entre os não brancos esteja relacionada à maior exposição a fatores de risco entre estas pessoas, que, em geral, encontra-se em pior situação socioeconômica e mais expostas a fatores ambientais carcinogênicos do que os brancos.

Notou-se uma maior quantidade de casos no

interior do Estado comparado à capital. Porém, quando analisamos a quantidade de casos existentes por cada município, constatou-se maior frequência no município de São Luís, capital do estado. Deve-se mencionar a dificuldade em precisar o real lugar de origem do paciente, uma vez que, em muitas situações, por receio de não conseguir atendimento, os pacientes que migraram do interior do Estado para a capital e/ou os que estão hospedados temporariamente em casas de parentes não relatam o seu verdadeiro local de origem (naturalidade), constando, portanto, no prontuário como provenientes de São Luís. De qual-quer forma, as taxas de incidência mostraram-se baixas tanto no Estado do Maranhão quanto na capital, São Luís, discordando com Maciel *et al.*,¹⁶ e Barreto¹⁸, que afirmam haver um aumento dos casos de doenças crônico-degenerativas no Brasil e no mundo.

O tipo histológico mais frequente foi o carcinoma epidermóide, representando 65,15% dos casos. Esse é o tipo mais comumente encontrado na literatura^{7,14,24,29-31}, porém os autores relatam uma incidência deste tipo histológico variando de 90 a 99%, sendo consideravelmente maior do que a encontrada neste estudo. É relevante destacar a significativa incidência de câncer de glândulas salivares, especialmente adenocarcinoma e carcinoma adenoide cístico. São necessários estudos futuros para investigar potenciais fatores relacionados a essa elevada incidência no Estado do Maranhão quando comparado às demais unidades da federação.

No tocante à localização anatômica, a língua foi a sede predominante em consonância com diversos estudos^{21,24,27,32}. Os achados de Silva *et al.*,¹⁴ em pesquisa realizada em São Luís, Maranhão, concordam com os dados dessa pesquisa, entretanto em uma pesquisa feita por Lopes *et al.*,³¹ no mesmo município, o lábio foi a área anatômica de maior incidência, discordando, portanto, dos resultados obtidos nesta pesquisa.

Verificou-se que muitos pacientes não foram acompanhados por tempo mínimo de cinco anos, o que torna difícil estimar a situação dos mesmos após o tratamento. Isto pode indicar que questões culturais estigmatizantes ainda podem estar amplamente relacionadas a esta enfermidade; ou ainda que haja dificuldade de marcação de consultas, tendo em vista a imensa demanda por tal especialidade médica. Os casos de pacientes considerados livres da doença referiram-se principalmente à situação do paciente no momento da alta hospitalar (pós-cirúrgica), podendo posteriormente ter havido recidiva. Com relação aos casos de óbito, torna-se difícil a notificação de todos os pacientes falecidos, pois existem os casos de falecimento em outra cidade e o não registro do óbito no prontuário. Neste sentido, as taxas de letalidade da doença podem estar subestimadas nesta investigação. Desta forma deve-se ter cautela ao comparar tais resultados com os da população em geral.

Convém mencionar alguns limites e dificuldades do estudo, principalmente no que se refere à qualidade dos dados obtidos e potenciais vieses. Em alguns prontuários não foi possível identificar algumas informações para a pesquisa, quer por falta de preenchimento, ou por impossibilidade de leitura. Tais perdas podem ter comprometido a validade dos resultados encontrados, embora se acredite que o erro tenha sido não-diferencial. O período de observação do estu-

do compreendeu apenas três anos, o que torna difícil a percepção de tendências temporais. Portanto, a redução encontrada na incidência, apesar de não apresentar tendência estatística pode ser considerada importante. Os casos de câncer de lábio não estão classificados, nos arquivos do local da pesquisa, como pertencentes à cavidade oral, mas como cânceres de pele, caracterizando-se, desta forma, como uma dificuldade importante para o desenvolvimento da pesquisa. No entanto, todos os casos de câncer de pele foram revisados e os cânceres de lábio foram computados.

Conclui-se que as taxas de incidência e de letalidade por câncer de boca mantiveram-se estáveis no

período de 2003 a 2005. Tais casos continuam sendo principalmente representados pelos carcinomas epidermóides, localizados na língua, com maior incidência entre indivíduos do sexo masculino e com idades mais avançadas. É alta a incidência de tumores malignos em glândulas salivares na população estudada. Recomenda-se a inclusão das neoplasias malignas na lista de agravos de notificação compulsória no Maranhão, haja vista que o câncer, inclusive o de boca, representa um importante problema de saúde pública, sendo, portanto, primordial que as autoridades sanitárias dirijam maior atenção a este problema no Estado.

Referências

1. Castro AL. *Estomatologia*. 2ª Ed. São Paulo: Ed. Santos; 1995.
2. Carvalho C. Cresce incidência de câncer de boca no Brasil. *Rev Bras Odontol*, 2003; 60(1): 36-9.
3. Silvestre JAO, Jeronymo DVZ. Câncer Bucal e sua Correlação com Tabagismo e Alcoolismo. *Rev Lato Sensu*, 2007; 2(1): 1-12.
4. Marchioni DML, Fisberg RM, de Góis Filho JF, Kowalski LP, de Carvalho MB, Abrahão M *et al*. Fatores dietéticos e câncer oral: estudo caso-controle na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2007; 23(3): 553-564.
5. Spara L, Spara P, Costa AG. Achados epidemiológicos de câncer da cavidade oral em hospital de referência avaliados no período de 1980-2003. *Odontologia Clínica Científ*, 2005; 4(3): 177-183.
6. Mignogna MD, Fedele S, Russo LL. The World cancer report end the burden of oral cancer. *Eur. J. Cancer Prev*, 2004; 13: 139-142.
7. Kowalski LP. Modelo de programa de prevenção e detecção precoce do câncer bucal. *Saúde Debate*, 1991; 32: 66-71.
8. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Inca; 2011.
9. Guerra MR, Moura Gallo CV, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2005; 51(3): 227-234.
10. Franco EL, Kowalski LP, Oliveira BV, Curado MP, Pereira RN, Silva MC *et al*. Risk Factors for oral cancer in Brazil: a case control study. *Int. Câncer*, 1989; 43: 992-1000.
11. Coaracy AEV, Lopes FF, da Cruz MCFN, Bastos EG. Correlação entre os dados clínicos e histopatológicos dos casos de carcinoma espinocelular oral do Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello, em São Luís, MA. *J Bras Patol Med Lab*, 2008; 44(1): 31-35.
12. Borges FT, Garbin CAS, de Carvalhosa AA, Castro PHS, Hidalgo LRC. Epidemiologia do câncer de boca em laboratório público do Estado de Mato Grosso. Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2008; 24(9): 1977-1982.
13. Organização Mundial da Saúde. *CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10ª Rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
14. Perussi MR. Carcinoma epidermoide da boca em idosos de São Paulo. *Rev Assc Med Bras*, 2002; 48(4): 222.
15. Maciel S, Lessa F, Rodrigues CS. Mortalidade por câncer bucal e desigualdades sociais em capitais brasileiras nos anos de 1980 e 1981, *Rev Bras Odon*, 2000; 1: 51-61.
16. McGorray SP, Guo Y, Logan H. Trends in incidence of oral and pharyngeal carcinoma in Florida: 1981-2008. *J Public Health Dent*, 2012 Winter; 72(1): 68-74.
17. Barreto ML. The role of epidemiology in the development of the National Health System in Brazil: background, foundation and prospects. *Rev bras epidemiol*, 2002; 5(1): 4-17.
18. Silva NB, Cutrim MCFN, Nascimento MDSB. Aspectos epidemiológicos de carcinoma epidermoide da cavidade oral: casuística do Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello em São Luís - Maranhão. *Rev Hospital Universitário/UFMA*, 2001; 2: 15-19.
19. Tommasi AF. *Diagnostico em Patologia Bucal*. 2 ed. São Paulo: Pancast; 1997.
20. Garrafa I. Promoção de saúde em câncer bucal. *Ars. Cur. Odontologia*, 1977; 3(5): 27.
21. Guerra MR, Moura Gallo CV, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil, tendências e estudos epidemiológicos. *RBO*, 2005; 51(3): 227-234.
22. Araújo NS, Araújo VC. *Patologia bucal*. Rio de Janeiro: Artes Médicas; 1984.
23. Shafer WG, Maynard KH, Barnet ML. *Tratado de Patologia Bucal*. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Loogan S.A.; 1987.
24. Vidal KL, Silveira RCJ, Soares EA, Cabral AC, Caldas Junior AF, Souza EHA *et al*. Prevenção e diagnostico precoce do câncer de boca uma medida simples e eficaz. *Odontologia Clínica-científ*, 2003; 2(2):109-114.
25. Muir C, Weiland L. Upper aerodigestive tract cancers. *Cancer Supplement*, 1995; 75(S1): 147-153.
26. Pindborg JJ. Oral cancer and pre cancer as diseases of the aged. *Comm Dent Oral Epidemiology*, 1981; 6(6): 300-307.

27. Navarro CM. Fatores de risco no desenvolvimento do câncer bucal. *Rev. de Odontol Minas Gerais*, 1996; 2(2): 98-102.
28. Wagner SE, Hurley DM, Hébert JR, McNamara C, Bayakly AR, Vena JE. Cancer mortality-to-incidence ratios in Georgia: Describing racial cancer disparities and potential geographic determinants. *Cancer*, 2012; 118(16): 4032-45
29. Bhaskar SN. *Sinopsis of oral Patology*. 6 ed. St. Louis: Mosby company; 1981.
30. Nofre MA. Prevalência de câncer bucal. *Rev Gaúcha Odontologia*, 1997; 45 (2). 101-104.
31. Lopes FF, Cutrim MCEN, Casal CP, Fagundes DM, Montero LA. Aspectos epidemiológicos e terapêuticos do câncer bucal. *RBO*, 2002; 59(2): 98-99.
32. Gervasio OLAS. Oral squamous cell carcinoma: a retrospective Study of 740 cases in a Brazilian population. *Braz Dent J*, 2001; 12(1): 57-61.

SEXUALIDADE EM MULHERES COM LESÃO NA MEDULA ESPINHAL

SEXUALITY IN WOMEN WITH SPINAL CORD INJURY

Viviane Maciel Batalha Carneiro¹, Ednalva Maciel Neves², Sonayra Brusaca Abreu³ e Luciane Maria Oliveira Brito⁴

Resumo

Introdução: A lesão medular traz consequências trágicas na vida das pessoas. A sexualidade se constitui em um dos aspectos relevantes das perdas sofridas e se torna importante no processo de ajustamento à nova condição. **Objetivo:** Compreender a sexualidade de mulheres portadoras de lesão medular. **Métodos:** Estudo qualitativo com aplicação de questionário semiestruturado em 10 mulheres com paraplegia e tetraplegia, com no mínimo um ano de acometimento da lesão e com experiência sexual antes e após a lesão. **Resultados:** As mulheres entrevistadas demonstraram dificuldades de reconstrução da vida afetivo-sexual, após a lesão a necessidade de reconstrução da imagem corporal e de si mesmas, bem como a incorporação de novos sentidos à sexualidade e suas práticas eróticas. **Conclusão:** Em mulheres com lesão medular evidenciou-se a sexualidade como importância ímpar no processo de aceitação da deficiência, passando por todo um processo de superação com o intuito de assimilar a deficiência física até chegar a uma fase de adaptação às incapacidades impostas pela lesão medular, as quais implicaram em consequências no âmbito cultural, afetivo e sexual.

Palavras-chave: Mulheres. Paraplegia. Quadriplegia. Sexualidade.

Abstract

Introduction: Spinal cord injury brings tragic consequences in people's lives. The sexuality is one of the important aspects of losses and becomes important in the process of adjustment to the new conditions. **Objective:** Understanding the sexuality of women with spinal cord injury. **Methods:** Qualitative study with application of semi-structured questionnaire in 10 women with paraplegia and quadriplegia, with at least one year of onset of injury and with sexual experience before and after injury. **Results:** The women interviewed showed the difficulties of rebuilding the emotional-sexual after de lesion, the need for reconstruction of body image and of themselves, and the incorporation of new meanings of sexuality and their erotic practices. **Conclusions:** In women with spinal cord injury became evident sexuality as unique importance in the process of acceptance of disability, through a process of overcoming in order to assimilate the disability until you reach a stage adaptation to disability imposed by spinal cord injury, which entail consequences under cultural, emotional and sexual.

Keywords: Women. Paraplegia. Quadriplegia. Sexuality.

Introdução

As lesões medulares são cada vez mais frequentes devido principalmente ao aumento da violência urbana. Dentre as causas, o acidente de trânsito e a agressão por arma de fogo são as mais comuns¹. Tais lesões geram uma incapacidade de alto custo para o governo e acarretam importantes alterações no estilo de vida do paciente².

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) qualquer país em tempos de paz apresenta 10% com grau maior ou menor de incapacidade³, o que significa 18 milhões de brasileiros necessitando de cuidados reabilitadores. Neste país, desconhece-se a real incidência de lesão medular traumática, pois esta condição não é sujeita à notificação⁴.

Sabe-se que a medula espinhal conduz impulsos para o encéfalo e impulsos que nele se originam. A transecção da medula resulta na perda da capacidade motora, sensitiva superficial e profunda, além do controle vasomotor, intestinal e da bexiga. Além desse aspecto físico, no entanto, é preciso considerar os aspectos de natureza emocional e o conceito de sexualidade em pacientes com lesão medular².

A sexualidade é parte integrante da personalidade de cada ser humano, é um aspecto natural e precioso da vida, uma parte essencial e fundamental de nossa humanidade. Para que as pessoas atinjam o maior padrão de saúde, elas, primeiramente, devem ser fortalecidas para exercerem escolhas em suas vidas sexuais e reprodutivas^{5,6}. A sexualidade não está restrita a impulsos biológicos e representa muito mais que procriação, afetando o ser humano em sua totalidade. Pela sexualidade passam toda a experiência e autoconsciência do indivíduo, ou seja, a pessoa percebe, sente, pensa e ama⁷.

A lesão medular traz alterações tanto na função sexual quanto em outras manifestações clínicas que interferem no intercurso sexual e estão relacionadas com a perda do controle intestinal, da bexiga e alterações na sensibilidade. Portanto, associada ao quadro parálítico, essa síndrome neurológica acarreta a impossibilidade de um controle socialmente adequado dos esfíncteres, um fator de constrangimento e de complicações orgânicas, uma vez que o aparelho urinário é fonte de constantes infecções e o intestinal de

¹ Mestre em Saúde Materno-Infantil.

² Doutora em Antropologia. Docente da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

³ Acadêmica do curso de Medicina. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

⁴ Doutora em Ginecologia. Docente da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

Contato: Luciane Maria Oliveira Brito. E-mail: luciane2406@yahoo.com.br

constantes perturbações. O esvaziamento voluntário do intestino desaparece com a lesão medular, o que representa para a pessoa desconforto físico⁸.

Em relação ao orgasmo, Bong e Rovner⁹ referem que as experiências relatadas em homens e mulheres são similares. Ocorre diminuição tanto em homens quanto em mulheres na capacidade de obter-se um orgasmo após uma lesão raqui-medular, assim como sensações diferentes e menos intensas em comparação com aquelas sentidas antes da aquisição da lesão, considerando que os fatores envolvidos num orgasmo são em sua maioria subjetivos, estando mais relacionados com características cognitivas^{10,11}.

A trajetória da atividade sexual após a lesão inclui um período inicial de assexualidade, seguido por um período de redescoberta que ocorre durante o tempo de reabilitação. O apoio efetivo neste campo contribui para a obtenção de resultados objetivos em todo o processo de recuperação^{12,13}. De acordo com Ostrander¹⁴ apesar de tratar-se de um tempo indefinido, esse "luto sexual" é recomendado por um período de 6 meses.

Imagem corporal, autoestima e identidade sexual são fatores que interferem nesse processo de adaptação. O ajuste sexual desempenha papel importante, justamente por estar interligado com a auto-estima. Nesse contexto, podem aparecer sentimentos de vergonha e medo, por acreditar que sua deformidade venha a ser motivo de rejeição social e sexual, podendo acarretar em isolamento por parte do portador de lesão medular, contribuindo para dificuldades no ajuste sexual¹⁵.

Portanto, a mulher com lesão medular sente que tem um corpo "diferente" devido as sequelas, que a ela é imputada, sendo percebido socialmente como um corpo fora da normalidade. Dessa forma, as mulheres precisam adotar outras técnicas corporais, as quais não são contempladas pela sociedade, e assim buscam mostrar a normalidade dentro da alteridade que se reflete em primeira instância em seu corpo.

Métodos

Estudo qualitativo com mulheres portadoras de lesão raqui-medular, sendo incluídas tanto mulheres com paraplegia quanto com tetraplegia. Fez-se contato com 13 mulheres, sendo que 3 recusaram em participar da pesquisa. Assim, foram entrevistadas 10 mulheres com lesão medular, com idade entre 20 e 49 anos, com no mínimo um ano de acometimento da lesão e com experiência sexual antes e após a lesão.

O recrutamento das participantes foi inicialmente na Associação do Lesado Medular. A Associação é mantida pelo município de São Luís (MA) e tem como objetivo formar grupos com ideais comuns, como a luta pelos direitos dos deficientes.

Devido à dificuldade em alcançar número suficiente, optou-se por utilizar também a técnica *Snowball Sampling*. Essa técnica, também conhecida como amostragem em bloco de neve, é uma forma de amostra não probabilística onde os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes que por sua vez indicam novos participantes e assim sucessivamente. Possibilita a identificação de sujeitos para a pesquisa indicados por pessoas que compartilham ou conhecem outras que possuem as características de interesse da pesquisa. Assim, o cenário deste estudo

não se limitou à Associação de Lesado Medular, que foi apenas o ponto de partida. Foram entrevistadas ao todo 4 mulheres da citada associação e 6 recrutadas por meio da *Snowball Sampling*¹⁶.

A obtenção das informações ocorreu através de uma entrevista semiestruturada, buscando o diálogo e aprofundamento das temáticas propostas. O nome das entrevistadas foi substituído pela letra "E" seguido de um número que indica a ordem de ocorrência das entrevistas, a fim de manter o sigilo de identidade das participantes.

Este estudo foi conduzido conforme os preceitos estabelecidos pela Resolução CNS N° 196/96, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, CEP-HUUFMA. Participaram mulheres que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de maneira livre e espontânea.

Resultados

As entrevistas revelaram a necessidade das mulheres com lesão raqui-medular de resgatarem sua sexualidade alicerçada em sentimentos de afetividade, sobre a importância da "Relação afetivo-emocional" e do estabelecimento de uma "Relação com o novo corpo" e "autoaceitação", para então "Manifestarem a sexualidade" e após viverem essa experiência "Resignificar a percepção sobre a sexualidade". Na análise dos relatos emergiram várias categorias.

Aspectos afetivo-sexuais

As mulheres que tinham um relacionamento quando adquiriram a lesão medular, manifestaram "O medo de serem abandonadas" por acreditarem que não poderiam mais ter relação sexual e de não aceitarem as sequelas.

"Eu comecei a me preocupar com meu marido, será que ele ainda vai me querer?" (E1)

"Eu tive medo, eu pensei, que nessa situação, ele iria perder a 'excitação' por mim." (E2)

A vontade inicial de terminar o relacionamento, por acreditarem que não mais poderiam desempenhar seu papel social e expressarem sua sexualidade, foi pensamento comum entre as mulheres.

"Então eu pensei que não podia mais namorar, por isso quis terminar com meu namorado." (E2)

"Não ia dá certo, por isso eu não fiquei mais com ele." (E3)

Já as mulheres que não tinham um relacionamento amoroso antes, relatam "O medo de não serem aceitas" e de não encontrarem um companheiro.

"Logo no início eu tinha esse receio das pessoas não me aceitarem." (E10)

"Depois que eu tive essa doença eu não queria ver ninguém perto de mim, porque ninguém ia me aceitar." (E4)

Imagem Corporal

As entrevistadas consideraram difícil aceitar a transformação do corpo e revelaram o sofrimento em virtude da impotência diante dessa violação além de referirem a influência da autoimagem na sexualidade.

“Hoje eu já me escondo. Agora eu ficar com alguém pra eu transar e a pessoa me ver nua, é um pouco difícil porque eu sinto muita vergonha.” (E4)

“Eu morro de vergonha do meu corpo, pela dificuldade de movimento como também me sinto feia, por isso é difícil ter sexo, quando faço fico toda cheia de dedos.” (E9)

Autoaceitação

O relato de que o “Namoro ocorre depois da autoaceitação” e da adaptação à nova condição de vida, foi manifestação comum entre as mulheres.

“O maior problema está na pessoa com a lesão medular que precisa se resolver, assumindo seu novo corpo”. (E6)

“Eu comecei a me conhecer, a me valorizar como pessoa, foi aí que começou a surgir namorado.” (E5)

“A partir do momento que você retoma sua autoestima, as pessoas acabam te percebendo. Surgem os namoros.” (E6)

Prática sexual após a lesão medular

Os medos sofridos pelas mulheres e seus parceiros em relação a essa nova realidade foi evidenciado.

“Acho que ele tinha mais medo do que eu porque ele ficava adiando”. (E2)

Relatos evidenciaram o afloramento de reações emocionais entre os parceiros antes da primeira relação sexual. Constata-se que o advento da “primeira relação sexual após a lesão medular” foi um grande marco para essas mulheres. É o que se observa a seguir:

“É como você fosse virgem e perdesse a virgindade. você não tem experiência sexual na cama.” (E6)

Os relatos apontam para outra dificuldade relatada pelas mulheres relacionada à prática sexual, que são as limitações motoras e alterações fisiológicas advindas com a lesão medular.

“A limitação motora influi, interfere com certeza, assim como a bexiga. Tem dia que você está toda hora se urinando, não pode ter relação num dia desses.” (E3)

*“No começo eu não tinha controle de urina e das fezes, por isso eu não tinha contato sexual.” (E2)
“A mudança que houve é que você tem menos movimento, e bem menos, então isso deixa você meio intimidada.” (E6)*

Prazer sexual e ressignificado da sexualidade

Os relatos apontam o prazer sexual como algo entendido em seu sentido amplo, que envolve a aceita-

ção do outro e a manifestação do amor, fazendo com que o orgasmo assumira outra conotação, não sendo mais compreendido como uma possibilidade sensorial, característica corporal positiva da sexualidade, mas em uma dimensão afetiva.

As mulheres revelaram que mudaram sua fonte de prazer, ou seja, o que era centrado na genitália passou a ser percebido em outras partes do corpo, a fim de sentirem prazer. Além disso, mudaram também a conotação da sexualidade, que agora para elas passou a ter significado mais amplo, não se restringindo ao ato sexual, mas a entendendo como uma manifestação influenciada por valores culturais, sociais e expressos através de atitudes afetuosas.

“Sexualidade envolve carinho, beijo, cheiro, palavras gostosas no ouvido, excitação, sedução, troca entre os parceiros, não e só penetração, é muito mais que isso.” (E2)

Discussão

Após a lesão medular, as mulheres que tinham algum relacionamento referiram sobre o “Medo de serem abandonadas pelo companheiro”, enquanto que aquelas que não tinham nenhum relacionamento referiram “Medo de não serem aceitas” e, portanto, de não terem um relacionamento afetivo no futuro.

Dentro da relação conjugal, a sexualidade tem um papel central, tanto que se torna inconcebível uma relação sem atividade sexual entre os cônjuges¹⁵. Portanto, o medo representado pela impossibilidade de não ter mais relação sexual é expresso pela preocupação de serem abandonadas pelo companheiro.

A respeito da autoimagem, Novaes e Vilhena¹⁷ a concebem como uma representação mental que cada um tem de si, fruto do desenvolvimento das sensações e percepções relativas ao próprio corpo e integradas aos sentimentos, sendo resultante da influência que o ambiente exerce sobre o sujeito. Neste estudo observou-se uma deterioração da autoimagem advinda com a deficiência associada ao medo e vergonha da exposição.

O padrão corporal da sociedade está ligado aos atributos de independência, eficiência e beleza onde a imagem da mulher é associada à beleza, havendo menos aceitação para os desvios nos padrões estéticos, dentre os quais se incluem alguns tipos de deficiência, especialmente as visíveis aos olhos da sociedade^{11,17}.

Mulheres com deficiência física vivenciam um processo de negatização da autoimagem e do autoconceito que institui a crença de serem pessoas sexualmente indesejáveis¹⁸. O confronto com a imagem impossibilita a mulher de vivenciar seu corpo e isso se reflete na dificuldade de expressar-se sexualmente.

De acordo com os relatos deste estudo, antes de ter a relação sexual o “início difícil” corresponde à consciência das limitações impostas pela lesão medular. Além disso, a autoaceitação é prejudicada porque elas se tornam vítimas de seu próprio preconceito e do convencionalismo estabelecido pela sociedade que padroniza o belo e o perfeito.

O processo de aceitação marcado pela integração e acolhimento da deficiência, permeia a ressignificação da identidade do deficiente físico^{19,20}. As

relações sexuais neste grupo foram possíveis após a autoaceitação.

As mulheres revelaram que, quando elas reiniciaram a vida sexual, se depararam com os “problemas biológicos” advindos da lesão medular, que dificultavam o exercício da relação sexual. Dentre os problemas, foram destacadas as alterações no trato urinário, no intestino e a limitação motora.

Essas limitações contribuem para a percepção de serem deficientes e a identificação dos problemas conduz o indivíduo a monitorar constantemente seu corpo no intuito de não permitir vazamento de urina ou funcionamento do intestino sem que seja esperado¹⁴.

Analisando as entrevistas, compreende-se que a

sexualidade concebida como além do sexo genital revela um aspecto social que é a manifestação da sexualidade ligada ao amor e outros afetos. Os resultados aqui encontrados mostraram que o início da vivência da sexualidade da mulher após a lesão medular é permeado por muitos conflitos, porque elas sentem medo de não mais poderem manifestar-se sexualmente, sentem medo de serem abandonadas por seus parceiros ou de não ser possível ter um namorado. Esses medos são dissipados, no entanto, quando elas passam a aceitar a si próprias, ou seja, quando transcendem a deficiência e fazem seu potencial remanescente materializar-se em desempenho social e manifestação afetiva, o que se traduz em uma apreensão positiva da nova imagem corporal.

Referências

- Gianini PES, Chamlian TR, Arakaki JC. Dor no ombro em pacientes com lesão medular. *Acta ortop Bras*, 2006; 14 (1): 44-47.
- Salvador LA, Tarnhovi EG. Estudo comparativo da qualidade de vida em indivíduos com trauma raquimedular praticantes e não-praticantes de atividades físicas, utilizando o questionário genérico SF-36. World Gate Brasil Ltda. [serial online] 2004 [capturado 2013 jan 10]; 11(1): 67-77; Disponível em: <http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/traumato/raquimedular/raquimedular.htm>.
- Brasil, Ministério da Saúde. Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência [site da internet] 2006 [capturado 2012 nov 28]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_deficiencia.pdf.
- Rodrigues D; Herrera G. Recursos fisioterapêuticos na prevenção da perda da densidade óssea com lesão medular. *Acta Ortop Bras*, 2004; 12(3): 183-8.
- Masini M. Tratamento das fraturas e luxações da coluna toracolombar por descompressão pósterio-lateral e fixação posterior com retângulo e fios segmentares sublineares associados a enxerto ósseo [dissertação]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina, 2000. 110 p.
- Federação Internacional de Planejamento Familiar. Direitos sexuais: uma declaração da IPPF. Edição em português da BEMFAM. Rio de Janeiro (RJ). 2009. p 36.
- Pan JRA. Afetividade e sexualidade na pessoa portadora de deficiência mental. São Paulo: Loyola. 2003. p 446.
- Silva LCA. A reinvenção da sexualidade masculina na paraplegia adquirida. Revista do Departamento de Psicologia [serial online]. 2004 [2012 nov 9]; 19 (1); Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-80232007000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
- Bong G, Rovner E. Sexual health in adult men with spina bífida. *ScientificWorldJournal*, 2007; 7:1466-1469.
- Sipski ML. Future options for improving sexual satisfaction in persons with spinal cord injuries. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*, 2000; 6: 148-154.
- Mah K, Binik Y. Are orgasms in the mind or the body? Psychosocial versus physiological correlates of orgasmic pleasure and satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2005; 31:187-200.
- Fisher TL, Laud PW, Byfield MG, Brown TT, Hayat MJ, Fiedler IG.(2002) Sexual health after spinal cord injury: a longitudinal study. *Arch Phys Med Rehabil [serial online]* 2002 [capturado 2012 out 13]; 83(8): 1043-51. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12161824>.
- Garrett A, Teixeira Z, Martins F. Modelo transaccional do stresse: momento que antecede ao reinício da sexualidade do lesionado vértebro-medular. *Revista da FCHS – UFP*, 2007; 24: 222-8.
- Ostrander, N. Sexual pursuits of pleasure among men and women with spinal cord injuries. *Sex Disabil*, 2009; 27(1): 11-9.
- Alves AS, Guedes MHD, Alves VLR. Um estudo sobre a satisfação sexual de pessoas portadoras de lesão medular. *Acta Fisiátrica*, 1999; 6(1): 6-9.
- Baldin N, Munhoz ENB. Snowball (Bola De Neve): Uma Técnica Metodológica Para Pesquisa Em Educação Ambiental Comunitária. X Congresso Nacional de Educação – Educere; 2011, dez 7-10. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2011.
- Novaes JV, Vilhena J. De cinderela a moura torta: sobre a relação mulher, beleza e feiúra. Interações [online] 2003 [capturado 2012 set 28]. 8(15): 9-36. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/inter/v8n15/v8n15a02.pdf>.
- De França ISX, Chaves AF. Sexualidade e paraplegia: o dito, o explícito e o oculto. *Acta Paul Enferm*, 2005; 18(3): 253-9.
- Antunes GLA. *Transformação de identidade do portador de deficiência física adquirida tardiamente*. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004; 82 p.
- Barbosa VRC. *A vivência da sexualidade de homens com lesão medular adquirida*. [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto (São Paulo): Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003. 206 p.

MUDANÇAS BIOPSISSOCIAIS E ESPIRITUAIS NA MULHER MASTECTOMIZADA

BIOPSYCHOSOCIAL-SPIRITUAL CHANGES IN MASTECTOMIZED WOMEN

Rosângela Almeida Rodrigues de Farias¹, Elza Lima da Silva², Flávia Baluz Bezerra de Farias³, Arlene de Jesus Mendes Caldas⁴, Aline Lima Pestana⁵ e Josélia de Jesus Garcia Pinheiro⁶

Resumo

Introdução: A mama sempre foi símbolo de feminilidade, de erotização e de maternidade. A retirada (mastectomia) da mama em consequência de uma doença maligna interfere na história orgânica e emocional da mulher. **Objetivo:** conhecer as mudanças biopsicossociais e espirituais ocorridas no cotidiano de mulheres mastectomizadas. **Métodos:** Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa. Foram entrevistadas 15 mulheres as quais tiveram suas falas organizadas e analisadas através da técnica de análise de conteúdo. Constituíram-se as seguintes categorias: relacionamento familiar, imagem corporal, autoestima, atividades laborativas, medo e religiosidade. **Resultados:** Observou-se que é rico o universo de significados na vida das mulheres que tiveram câncer de mama, porque a mama representa a elas a maternidade, o poder de sedução, a feminilidade; a perda desta, interfere não só na história orgânica como também no emocional. **Conclusão:** Diversas foram as mudanças biopsicossociais e espirituais na vida das mulheres mastectomizadas. Sentimentos como o de inutilidade, diminuição da vaidade, vergonha do corpo e o medo de morrer fizeram com que elas valorizassem mais as suas vidas. Elas buscaram forças para continuar vivendo e superar seus medos e dificuldades principalmente através do apoio de seus familiares e através da religiosidade.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Mastectomia. Neoplasias da mama.

Abstract

Introduction: The breast has always been a symbol of femininity, eroticism and motherhood. The removal (mastectomy) of this part of the woman's body as a result of a malignant disease interferes in the woman's organic and emotional history. **Objective:** To know about the biopsychosocial and spiritual changes occurring in daily life of women who have undergone mastectomy. **Methods:** Descriptive study with qualitative approach with fifteen women. All the participants were interviewed and had their speeches organized and analyzed through the Bardin's content analysis technique. The following categories were analyzed: family relationships, body image, self-esteem, work activities, fear and religion. **Results:** We observed that the lives of women who had breast cancer are rich of meanings since the breast represents maternity, power of seduction as well as the femininity. The breast loss interferes either in the organic and emotional history of women. **Conclusion:** Several biopsychosocial and spiritual changes in the lives of mastectomized women were observed. Feelings such as worthlessness decrease of vanity, body shame and fear of dying made these women appreciate their lives with more intensity. They sought for strength to continue living and overcoming their fears and difficulties mainly through the support of their families and religion.

Keywords: Woman's Health. Mastectomy. Breast cancer.

Introdução

O câncer de mama é a doença responsável pelo maior número de mortes entre as mulheres brasileiras e, sem dúvida, uma das patologias da qual as mulheres mais temem adoecer. Trata-se de uma condição patológica na mama, onde uma célula normal transforma-se em uma célula alterada, tendo todo o seu material genético danificado. A partir daí, essa nova célula começa a agir independentemente, em vez de cooperativamente, dividindo-se de modo descontrolado, até formar uma massa celular denominada tumor, com características invasivas e de delimitação imprecisa¹.

Trata-se de um grupo de doenças distintas, com diferentes manifestações, tratamento e prognóstico, o qual não possui etiologia única, mas existem vários

fatores, além do biológico, que podem determinar a sua origem e o seu desenvolvimento². Quanto mais precoce for o diagnóstico, melhor será o prognóstico e mais longa a sobrevivência da paciente, a qual terá que se adaptar a uma série de mudanças em sua vida devido à retirada da mama ou parte desta³.

A mama sempre foi símbolo de feminilidade, de erotização e de maternidade. A retirada desta, conhecida como mastectomia, em consequência da doença maligna, interfere na história orgânica e emocional da mulher, pois a imagem e o esquema corporal representam a consciência e o reconhecimento psíquico de valores e funções de cada parte do nosso corpo⁴.

As alterações anatômicas e/ou funcionais remetem a mulher à experiências emocionais de profundo "luto", levando a um estado de consciência corporal

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem - Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

² Enfermeira. Doutoranda em Fisiopatologia Clínica - Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ. Departamento de Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

³ Enfermeira. Docente do Curso de Enfermagem da UFMA/Campus Imperatriz. Mestre em Ciências da Saúde - UFMA.

⁴ Enfermeira. Doutora em Patologia Humana. Departamento de Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

⁶ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem - Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

Contato: Rosângela Almeida R. de Farias. E-mail: rosarosangela3@yahoo.com.br

fragmentado (ou parcial)⁴. A experiência de fragmentação vivida na ameaça de morte e da mutilação, juntamente com a própria limitação física, leva a mulher mastectomizada a mudanças no seu cotidiano e a enfrentarem dificuldade de se reinserir socialmente.

Dessa forma, as mulheres com câncer de mama têm seu comportamento social afetado pela retirada da mama total ou parcialmente. Elas deixam seus empregos e restringem suas atividades no lar pela ocorrência da doença e isto concorre para acentuar o processo depressivo em que se encontram⁵.

Diversas mudanças, são observadas no dia-a-dia dessas mulheres, quer seja na realização das atividades laborativas, no relacionamento com a família, ou em outros aspectos. Estas mudanças transformam o cotidiano da mulher, a qual passa a vivenciar uma nova fase, que mediante o estigma do câncer oferece dois caminhos: um “renascimento” de sua identidade ou “um mergulho” em sentimentos negativos. Este trabalho teve por objetivo conhecer as mudanças biopsico-sociais e espirituais ocorridas no cotidiano da mulher mastectomizada.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa que foi realizada em uma instituição de saúde referência no tratamento de câncer de mama que atende pacientes oriundos do setor público e privado de todo estado do Maranhão.

A amostra do estudo foi constituída por 15 mulheres mastectomizadas, residentes no Estado do Maranhão, as quais faziam consultas no ambulatório do setor público (atendidas pelo Sistema Único de Saúde) da referida instituição, que teriam sido submetidas a mastectomia radical ou parcial há um ano ou mais. Este período foi estabelecido por se acreditar que é o tempo mais apropriado para se avaliar mudanças biopsico-sociais e espirituais nessas mulheres.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, com variáveis sobre as características das mulheres: idade, estado civil, profissão, tempo e tipo de mastectomia, principais mudanças ocorridas após a cirurgia de mastectomia, tipos de sentimentos manifestados pelos familiares atividades que lhe eram prazerosas, dificuldades encontradas para realização de suas atividades normais e mudança com o parceiro após a mastectomia. Ressalta-se que antes da coleta de dados foram realizadas três entrevistas como piloto para a adequação do instrumento.

Inicialmente, solicitou-se a autorização ao diretor da instituição para a realização da pesquisa. Em seguida, foi realizado um levantamento nos registros dos prontuários das mulheres que obedeciam aos critérios de inclusão da pesquisa.

Uma vez identificadas essas mulheres, elas foram convidadas a participar do estudo e explicados todos os aspectos relacionados à pesquisa, bem como sua finalidade. A obtenção da anuência dos participantes se deu por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), do qual lhes foram assegurados o sigilo das informações e de suas identidades. O estudo foi apreciado e aprovado de acordo com o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hos-

pital Universitário, Protocolo nº 00513/2003. As entrevistas foram gravadas e em seguida transcritas.

O tamanho da amostra foi estabelecido a partir da repetição das respostas durante as entrevistas. As mulheres mastectomizadas participantes da pesquisa foram identificadas por meio de números a fim de manter o anonimato.

Após a transcrição dos dados as informações foram organizadas em categorias temáticas de acordo com as semelhanças das falas e analisadas segundo o método de análise de conteúdo, proposto por Bardin⁶. Essa técnica possibilitou a compreensão dos significados atribuídos pelas mulheres mastectomizadas à experiência do adoecer e às suas diferentes mudanças após a retirada do câncer e da mama.

Resultados

Na caracterização do sujeito observou-se que das quinze mulheres mastectomizadas, sete delas estavam com idade entre 30 e 49 anos e oito, entre 50 e 69 anos. Em relação ao estado civil: quatro eram divorciadas, três solteiras, cinco casadas e três viúvas. Mais da metade (oito) das mulheres foram submetidas a cirurgia de mastectomia radical modificada e, quanto ao tempo de realização da cirurgia: nove tinham um ano ou mais de mastectomia, cinco mais de dois anos e uma com mais de sete anos.

As categorias temáticas organizadas foram estabelecidas para facilitar a interpretação. Constituíram-se em:

Relacionamento Familiar

A família foi considerada pelas mulheres mastectomizadas como um ponto de partida para o sustento emocional, físico e financeiro. Diante dos vários aspectos e elucidações da temática em questão, foi necessário dividi-la em duas sub-temáticas: relacionamento com os filhos e relacionamento com o marido ou companheiro, as quais serão abordadas a seguir.

Relacionamento com os filhos

De acordo com as falas expressas pelas mulheres mastectomizadas a responsabilidade de cuidar bem dos filhos, de querer o melhor para eles e amá-los serviu de estímulo para superar as dificuldades e o medo da morte, como se exemplifica na fala a seguir:

“[...] Deus há de me tirar dessas tribulações, dessas cruces que eu tenho carregado, ele vai me deixar viver mais uns anos, para eu terminar de criar meus filhos, eu tô fazendo tudo direitinho.” (1)

A maior parte das entrevistadas referiu ter tido um relacionamento de maior proximidade e intimidade com os filhos após a mastectomia. Estes, segundo elas, tornaram-se mais prestativos, obedientes e carinhosos, conforme descrito nas falas:

“[...] Eles agora me tratam com mais carinho, fazem tudo por mim, agora.” (2)

“[...] Mudou porque eles têm medo de me perder, me tratam melhor. Agora são eles que resolvem tudo para mim.” (3)

Relacionamento com o marido ou companheiro

Os maridos/companheiros apresentaram diferentes comportamentos como demonstra as falas abaixo:

"[...] ele é um bom esposo, é muito compreensivo e não mudou nada não, mas eu até acho que ele ficou assim mais chegado a mim. Agora ele é mais preocupado comigo." (3)

"[...] esse meu último namorado não me dizia nada, ele não se importava." (4)

Entre as entrevistadas que possuíam marido/companheiro, seis referiram ter havido uma mudança benéfica em seus relacionamentos, os quais demonstraram atitudes positivas de maior amor, mais carinho, compreensão e companheirismo.

Verificou-se que alguns maridos/companheiros (dois) apresentaram mudanças negativas no comportamento afetivo com suas esposas: incompreensão, desprezo, afastamento entre outros que culminaram com o fim do casamento, como representado nas falas a seguir:

"[...] ele se afastou, se afastou um pouco, inclusive agente se separou agora, acho que ele tinha nôjo, preconceito, não sei, ele nunca falou nada mas a gente sente quando a pessoa vai se afastando." (5)

Imagem Corporal

A maior parte das entrevistadas referiu ter diminuído a sua vaidade, sentindo-se diferentes das outras, inferiores, mutiladas, envergonhadas, o que se exemplifica nas seguintes falas:

"Minha vaidade diminuiu muito, eu não tenho mais vontade de ir para parte nenhuma... Não passeio em nenhuma parte porque tenho vergonha [...]" (6)

"[...] agora é difícil eu botar um batom, boto assim para mim não ficar muito branca velha, mas de primeiro eu botava batom, pintava as unhas, agora não, depois que eu fiquei assim [...] eu fico com cerimônia, com vergonha por causa do meu peito." (7)

Verificou-se que algumas entrevistadas que já eram viúvas, solteiras ou divorciadas perderam o interesse pela companhia masculina após a mastectomia, como demonstram as falas a seguir:

"[...] eu já era separada quando descobri que tinha câncer de mama e depois disso eu não quis nenhum companheiro." (8)

"Companheiro eu não tenho, graças a Deus, depois de tudo isso, eu prefiro ficar só." (9)

A maior parte delas refere ter vergonha do corpo diante do marido/companheiro, apresentam-se envergonhadas, medrosas, tentam esconder a parte mutilada e durante o ato sexual sentem-se inseguras e defeituosas, como observa-se nas falas a seguir:

"[...] eu tenho vergonha do meu corpo, não fico nua na frente de ninguém, nem do meu marido, nem dos meus filhos, eles ficam me olhando...eu não me sinto bem." (7)

"[...] quando agente faz sexo, eu tenho medo dele não cair em cima de mim, porque é dolorido, né?" (6)

Autoestima

Nesta categoria temática os sujeitos da pesquisa apresentaram reação emocional significativamente positiva no que se refere a autoestima, conforme os depoimentos a seguir:

"Eu nunca senti raiva de mim, sempre fui uma pessoa bem alegre, porque tem gente que diz que hoje eu tô com raiva de mim mesma, mas isso nunca aconteceu comigo, graças a Deus eu sou uma pessoa bem alegre em minha casa e em todo lugar que eu chego." (2)

Observou-se que as mulheres aumentaram a sua autoestima, passaram a dar maior valor às suas vidas, mas segundo elas esses valores eram totalmente inversos no início da doença, como se observa nas falas a seguir:

"[...] eu me amo mais que antigamente, porque antes eu trabalhava demais e agora não, agora eu me levanto faço minha comida, almoço, armo minha rede e me deito. Eu tenho mais amor a minha vida agora depois que eu me opereí." (10)

"[...] no começo eu não queria ficar com ninguém, me isolava, me detestava, foi horrível mas agora eu tô bem, sou uma pessoa mais confiante." (5)

Atividades laborativas

A maioria das entrevistadas relatou que perdeu o emprego, deixaram de trabalhar e conseqüentemente sentiram-se inúteis, incapazes, entristecidas, improdutivas, e até depressivas, observe:

"[...] tudo mudou para pior, porque eu não trabalho, começo a fazer as coisas de casa aí prejudica o braço, fica cansado, dói e isso é triste, né? Eu era uma mulher que tinha muita saúde, trabalhava muito e agora eu evito limpar minha casa, lavar roupa, tudo o que eu adorava fazer, mas por causa do meu braço agora eu não faço." (11)

Medo

Por meio da análise das falas constatou-se que as mulheres tornaram-se mais temerosas após a mastectomia. O medo foi demonstrado pelas entrevistadas de três maneiras: medo de morrer, medo do câncer ressurgir e o medo pela influência negativa com pessoas da família/conhecidos portadores de câncer.

A maior parte das entrevistadas, ao admitirem sua doença, demonstraram profundo medo da morte, de deixar seus filhos, seus netos. As falas a seguir demonstraram isso:

"[...] eu fiquei mais medrosa depois de tudo eu enfrentava as coisas assim com mais [...] eu não quero morrer." (8)

O medo da doença ressurgir foi também expresso pelas mulheres mastectomizadas. Notadamente esse sentimento se acentua todas às vezes que elas vão entregar os resultados dos novos exames nas consultas de retorno, como destacado nas seguintes falas:

"[...] eu tendo o resultado dos exames para entregar e a médica dizendo assim para mim, olha vai pra casa, vai curtir tua vida é um momento feliz, mas toda vez que eu vou levar os resultados dos exames [...] uh, aí é que é o negócio." (11)

Outra maneira que contribuiu para a mulher demonstrar medo foi pelo conhecimento/convívio com pessoas que passaram por uma experiência negativa com o câncer. Algumas mulheres demonstraram estar impressionadas com o sofrimento, angústia, e até mesmo com a morte dessas pessoas, como foi evidenciado nos relatos:

"[...] não presta a gente tá com essa doença, não! eu já cuidei de uma pessoa com câncer e sei que é ruim demais." (6)

Religiosidade

Observou-se por meio das falas das mulheres, que a fé em Deus é destacada como predominante para a segurança e confiança no desenvolvimento das ações cotidianas e tomada de decisões em relação a continuidade do tratamento, assim como foi demonstrado nos depoimentos:

"[...] sabendo que a gente entrega todo o problema da gente para Deus, a gente não se entristece, eu sempre entreguei tudo, todo o problema para Deus e ele resolveu." (2)

Verificou-se que das quinze mulheres entrevistadas, treze referem ter aumentado o seu elo de ligação com Deus após a mastectomia, tornaram-se mais religiosas.

Discussão

Constatou-se que são muitas as mudanças na vida de uma mulher mastectomizada vindo de encontro com outros estudos^{7,8}. Tantas e diferentes mudanças às fazem vivenciar sentimentos complexos, que nem sempre são bem explicados ou entendidos por elas mesmas. Entre as mudanças mais significativas e que trouxeram maiores intervenções na vida dessas mulheres estão àquelas relacionadas à família, onde se constatou maior afetividade entre elas, seus maridos e filhos.

É muito rico o universo de significados na vida das mulheres que tiveram câncer de mama. Percebeu-se que é essencial que essas mulheres sejam ouvidas e estimuladas a expressarem seus sentimentos e queixas, afim de que sejam compreendidas e esclarecidas, não só por seus familiares como também pelos profissionais de saúde.

As mulheres mastectomizadas consideraram a família como a base, o seu sustentáculo para vencer as dores e o sofrimento trazido pelo câncer de mama. Com esse suporte, possivelmente a mulher ganha estímulo e força para garantir um ajustamento saudável à nova condição de saúde⁴.

Relacionamento familiar foi a categoria na qual as mulheres entrevistadas expressaram as maiores e mais importantes mudanças. No que se refere a sub-temática relacionamento com os filhos, a perda da mama para muitas mulheres, sem dúvida significou pensar sua finitude. No entanto, a responsabilidade de cuidar dos filhos, de buscar o melhor para eles e amá-los, são sentimentos que se acentuaram no pós-operatório e ajudaram a superar o medo de morrer.

Observou-se uma maior proximidade e intimidade dos filhos após a mastectomia. Essa maior proximidade baseia-se no medo da perda; o que é confirmado em outro estudo como um fato facilmente encontrado todas às vezes que um dos componentes da família recebe o diagnóstico de câncer, em especial de mama⁵.

Constatou-se também, que os filhos assumiram papéis que antes eram desempenhados pelas mães. Nesses casos os filhos formam um subsistema mais coeso com a mãe, fazendo com que o comportamento emocional dos filhos pareça exacerbado. Assim, a somatização da doença da mãe e o descontrole emocional caracterizam o sentimento de provável perda do ente querido ou mudança estrutural de um sistema que mantinha forte equilíbrio^{4,12}.

Na sub-temática relacionamento com o marido ou companheiro observou-se que a participação afetiva e efetiva dos maridos no cotidiano das mulheres entrevistadas se mostrou benéfica e possibilitou a algumas retomar a vida com melhores condições e, conseqüentemente, uma vida mais saudável.

O comportamento dos maridos variaram desde uma aceitação de fato, procurando manter a aparência de normalidade, à omissão, negação do acontecimento expressa em recusa em ver e/ou tocar a área operada, levando-o ao abandono da casa.

Entre as entrevistadas que possuíam marido/companheiro, a maioria referia ter havido uma mudança benéfica em seus relacionamentos, os quais demonstraram atitudes positivas de maior amor, mais carinho, compreensão e companheirismo. Talhaferro *et al.*,⁷ encontraram dados parecidos, em parceiros das mulheres mastectomizadas que demonstraram aspectos positivos de apoio às suas mulheres.

Um casamento bem estruturado fornece apoio social e/ou barra os efeitos do estresse, enquanto um mau casamento, a perda de um parceiro ou mesmo o fato de estar descasado causa ou exacerba o estresse, tendo efeitos prejudiciais ao bom funcionamento orgânico. Ter um companheiro ou estar casada provavelmente influencia na saúde, posição social e ao longo da vida, serve de intermédio para muitos procedimentos e caminhos psicobiológicos, compreende a satisfação das necessidades socioemocionais e estilo de vida^{9,10,11}.

Na categoria Imagem Corporal constatou-se que para a mulher os seios representam uma forma de linguagem corporal sexual e leva a formação de uma identidade especificamente feminino. Ela usa o corpo como início de uma relação social que está caracterizada pelo fato de ser a mais íntima na vida humana. A mulher

sente-se estimulada quando é admirada pelo corpo como atributo da beleza sexual e sente sua vaidade diminuída quando tem um déficit nesse estímulo^{8,10}.

A perda da vaidade, levantada pela maioria das entrevistadas, leva essas mulheres a um déficit no relacionamento com seus maridos/companheiros, principalmente no que se refere à sexualidade. Em decorrência da mutilação algumas delas, viúvas, solteiras ou divorciadas perdem o interesse pela companhia masculina; tendo elas ficado solteiras deixam de querer seus ex-companheiros e passam a evitar um novo relacionamento.

A mulher mutilada sente-se sexualmente incompleta. Embora o companheiro se esforce para agir com naturalidade, ela percebe esta normalidade como uma forma de maltrato. Tal condicionamento masculino em presenciar imagem corporal íntegra faz com que os mesmos tenham relação sexual da "cintura para baixo", ignorando o outro seio^{3,9}.

Quanto a autoestima, apresentaram reação emocional significativamente positiva, o que a literatura diz ser um fato importante e favorável ao processo de reabilitação e que confere melhor prognóstico². A mastectomia resulta em uma mutilação física com repercussões emocionais, que muitas vezes, somos incapazes de avaliar a profundidade, o nível de implicações na vida da mulher. É provável que muitos destes sentimentos permaneçam reprimidos, por algumas razões nem sempre conhecidas até mesmo por essas mulheres. A reação emocional apresenta-se, durante toda a existência, através de comportamentos variados e particulares de cada mulher.

Na categoria atividades laborativas constatou-se que as limitações ou o abandono das atividades de trabalhos são uma das várias mudanças ocorridas na vida das mulheres submetidas a uma cirurgia radical de mama. Verificou-se que o comportamento social destas mulheres foi afetado pela retirada da mama, corroborando com o encontrado em outros estudos^{8,12}. Elas deixaram ou perderam seus empregos e restringiram suas atividades no lar pela ocorrência da doença e isto contribui para acentuar o processo depressivo em que algumas delas se encontravam, pois essas mulheres sentem-se inúteis na maioria das vezes por não conseguirem desempenhar as tarefas que antes faziam.

Constatou-se que a aposentadoria obrigatória

do trabalho remunerado e das tarefas do lar levaram a mulher a uma situação de crise e estresse social. Ao lado dessa "aposentadoria" está o câncer, que também coloca a portadora a margem da sociedade.

Na categoria Medo, observou-se que as mulheres tornaram-se mais temerosas após a mastectomia, isto porque o medo é uma força incontável que cada um traz dentro de si e esse medo existe por insuficiência de idéias firmes, ou seja, por alguma insegurança¹¹. O medo demonstrado, de várias formas pelas entrevistadas, é um sentimento despertado e aceitável na mulher mastectomizada, e foi encontrado em vários estudos^{7,8}. O câncer de mama sempre comporta a sensação de sofrimento, de dependência, limitações e, sobre tudo isso a incerteza da própria condição de vida¹³⁻¹⁶.

Observou-se que o medo da metástase em um paciente que foi portador de câncer é constante e persistente por toda a vida, isto ocorre, porque a doença é realmente preocupante, além da limitação no âmbito social pode causar a perda da mobilidade física do paciente⁵.

Quanto à Religiosidade verificou-se que a maioria das entrevistadas referiram ter aumentado o seu elo de ligação com Deus após a mastectomia, tornando-se mais religiosas. Outros estudos também encontraram resultados semelhantes^{17,18}. Nota-se que para essas mulheres a fé é vista como um sustentáculo, um apoio indispensável para sua segurança, um estímulo para continuidade do tratamento e uma força para elaboração e controle das estratégias a fim de desenvolver as atividades do cotidiano.

Foram várias as mudanças biopsico-sociais e espirituais observadas na vida das mulheres mastectomizadas. Sentimentos como o de inutilidade, diminuição da vaidade, vergonha do corpo e o medo de morrer fizeram com que elas valorizassem mais as suas vidas. Elas buscaram forças para continuar vivendo e superar seus medos e dificuldades principalmente através do apoio de seus familiares e através da religiosidade.

Percebeu-se que é essencial que essas mulheres sejam ouvidas e estimuladas a expressarem seus sentimentos e queixas, afim de que sejam compreendidas e esclarecidas, não só por seus familiares como também pelos profissionais de saúde.

Referências

1. NAPACAN - Núcleo de apoio ao paciente com câncer. *Manual do paciente com câncer*. 8ª Ed. São Paulo: Novartis; 2007; 71 p.
2. Nettina MS. *Prática de Enfermagem*. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
3. Gradim CVC. *Sexualidade de casais que vivenciaram o câncer de mama*. [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2005, 184p.
4. Fernandes AFC, Mamede MV. *Câncer de mama: mulheres que sobreviveram*. Fortaleza: Ed. UFC; 2003.
5. Fernandes AFC. *O cotidiano da mulher com câncer*. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1997.
6. BARDIN L. *Análise de Conteúdo*. 7ª Ed. Edições 70 - Brasil; 2011.
7. Talhaferro B, Lemos SS, Oliveira E. Mastectomia e suas consequências na vida da mulher. *Arq Ciênc Saúde*, 2007; 14 (1): 17-22.
8. Duarte TP, Andrade AN. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*, 2003, 8(1): 155-163.
9. Burman B, Marcolin G. Marriage and health Advances Inst. Adv. Health. *Chisth Editor*, 1989; 6(4).
10. Bruhl D. Família, corpo, saúde e ambiente social: a contribuição da sociologia para a compreensão de

- doença - uma defesa da cooperação das ciências e da saúde. *Acta Psiquiát Psicol Am Latina*, 1991.
11. Bucher RE, Richard E, Rodovalho E, Joselita CRR, Ferreira TCSC. Influências e estrutura psicológica do câncer da mama. *Acta Psiquiát Psicol Am Latina*. 1986; 32(4): 271-80.
 12. Bervian PI, Girardon-perlini NMO. A família (con) vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. *Rev Bras Cancerol*, 2006; 52(2): 121-128.
 13. Conceição LL, Lopes, RLM. O cotidiano de mulheres mastectomizadas: do diagnóstico à quimioterapia. *Rev Enferm UERJ*, 2008; 16 (1): 26-31.
 14. Alves RA. *A morte como conselheira*. In: Cassorla, R. M. S. *Da morte: estudos brasileiros*. Campinas: Papi-rus. 1991.
 15. Kübler-ross E. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes*. 9ª Ed. São Paulo: WMF Martins Fontes. 2008.
 16. Silva TBC, Santos MCL, Almeida AM, Fernandes AFC. Percepção dos conjugues de mulheres mastectomizadas em relação à convivência pós-cirurgia. *Rev Esc Enferm USP*, 2010; 44(1): 113-9.
 17. Ferreira CB, Almeida AM, Rasera EF. Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram. *Interface Comunicação Saúde Educação*, 2008; 12(27): 863-71.
 18. Barbosa RCM, Ximenes LB, Pinheiro AKB. Mulher mastectomizada: desempenho de papéis e redes sociais de apoio. *Acta Paul Enf*, 2004; 17(1): 18-24.

INFECÇÃO PELO VÍRUS INFLUENZA A H1N1 EM GESTANTES

INFLUENZA A H1N1 VIRUS INFECTION IN PREGNANT WOMEN

Marília da Glória Martins, Karla Linhares Pinto², Onildo Martins Santos Júnior², Maria Iracema Rocha Dudek², Thweicyka Pinheiro Wakiyama² e Ramón Moura dos Santos²

Resumo

Introdução: Gestantes têm um risco aumentado para infecção pelo vírus influenza e suas complicações. **Objetivo:** Avaliar o comprometimento sistêmico e o tratamento de gestantes infectadas pelo vírus Influenza A H1N1. **Métodos:** Estudo descritivo e retrospectivo do tipo documental. Foram analisados os aspectos radiológicos, clínicos e demográficos de todos os casos de gestantes infectadas pelo vírus Influenza A H1N1 internadas no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA. **Resultados:** Foram avaliados 10 casos de gestantes infectadas pelo vírus Influenza A H1N1. A média de idade foi de $20,9 \pm 4,7$, variando entre 14 e 30 anos. No início dos sintomas, 5 (50%) mulheres estavam no terceiro trimestre de gestação, sendo que dessas, 4 (80%) evoluíram com complicações. Febre foi o sintoma mais comum, estando presente em todos os casos. Cinco (50%) mulheres apresentaram, além da gestação, pelo menos um fator de risco para complicações. Sete (70%) gestantes apresentaram complicações, sendo que 3 (42,9%) tinham fatores de risco. Duas (20%) pacientes evoluíram para o óbito. Cinco (50%) pacientes iniciaram tratamento específico para o vírus após 48 horas de início dos sintomas, sendo que todas (100%) tiveram complicações. As radiografias do momento da internação evidenciaram infiltrado intersticial peri-hilar e consolidação. **Conclusão:** O presente estudo sugere que as características da infecção pelo vírus H1N1 nas gestantes admitidas no HUUFMA se assemelham às características de outras gestantes estudadas em pesquisas nos diversos lugares do mundo.

Palavras-chave: Gestantes. Vírus da Influenza A, subtipo H1N1. Febre. Fatores de risco.

Abstract

Introduction: Pregnant women are at increased risk for influenza and its complications. **Objective:** Evaluate the systemic involvement and the treatment of pregnant women infected with Influenza A virus, H1N1 subtype. **Methods:** Descriptive and retrospective study, documentary type. We reviewed the radiological, clinical and demographic aspects of all cases of pregnant women infected with H1N1 virus hospitalized in the Obstetrics and Gynecology Sector of University Hospital of the Federal University of Maranhão. **Results:** Ten cases of pregnant women infected with H1N1 virus were analyzed. The average age of patients was $20,9 \pm 4,7$, ranging between 14 e 30 years. At the onset of symptoms, 5 (50%) women were in the third trimester of pregnancy, and of these amount, 4(80%) had complications. Fever was the most common symptom, being present in all cases. Five (50%) women had, in addition to pregnancy, at least one risk factor to develop complications. Seven (70%) patients had complications, of which 3 (42,9%) had risk factors. Two (20%) patients subsequently died. Five (50%) patients started specific treatment for the virus 48 hours after the onset of symptoms, and from these amount, all (100%) of them had complications. Interstitial perihilar infiltrate and consolidation were seen in radiographs at admission. **Conclusion:** The present study suggest that the characteristics of the infection due to H1N1 I pregnant women, admitted in HUUFMA are similar to the characteristics in other pregnant women observed in a variety of other researches around the world.

Keywords: Pregnant women. Influenza A virus, H1N1 subtype. Fever. Risk Factors.

Introdução

Em abril de 2009, houve um aumento do número de casos de pneumonia notificados no sistema de vigilância em saúde mexicano, o qual se relacionou, posteriormente, com um novo subtipo de vírus influenza A, o H1N1¹. O vírus se propagou rapidamente pelo continente americano e, em seguida, estendeu-se para outras partes do mundo². Em 11 de junho de 2009, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou estado pandêmico³.

Estudos recentes mostram que muitos dos fatores de risco associados a complicações por influenza sazonal também têm sido encontrados em indivíduos com influenza A H1N1 admitidos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Dentre esses fatores destacam-se doenças crônicas, obesidade, condições relacionadas à imunodepressão, tabagismo e gravidez⁴⁻⁷.

Os efeitos da influenza durante a gravidez têm sido notados em pandemias anteriores, havendo um aumento da mortalidade nesse grupo comparado ao restante da população⁸⁻¹¹.

Gestantes têm um risco aumentado para influenza e suas complicações, pois durante a gestação ocorrem alterações no organismo materno, sendo algumas delas consideradas como possíveis explicações para a suscetibilidade das gestantes a formas graves de influenza A H1N1. São exemplos dessas alterações as mudanças no sistema imune para acomodar o feto em desenvolvimento, diminuindo, portanto, a habilidade desse sistema em combater infecções. Além desse fator, a pressão no diafragma causada pelo aumento uterino, a diminuição do volume corrente pulmonar, o edema e congestão local contribuem para a pneumonia e Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA)^{8,12}.

¹ Professora Doutora da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

² Aluno do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal do Maranhão - UFMA. Contato: Marília da Glória Martins. E-mail: martinsm@elo.com.br

Uma estimativa calculada pelo CDC (Centers for Disease Control and Prevention) entre abril e junho de 2009, estabeleceu que entre 8% e 16% de todas as mortes por A H1N1 foi de gestantes, que representam 1% da população^{7,13}. Observações preliminares da Vigilância Sanitária do Reino Unido (UKOSS) mostraram que 18% das gestantes admitidas com complicações por influenza A H1N1 ficaram internadas em UTI¹².

Um estudo realizado em gestantes com diagnóstico comprovado ou provável de influenza A H1N1 demonstrou que, durante o primeiro mês do surto, 11 dos 34 casos foram hospitalizados e que a taxa de admissão hospitalar de mulheres grávidas era quatro vezes maior que a da população¹³.

Em 10 de agosto de 2010, a Organização Mundial da Saúde anunciou o início da fase pós-pandêmica da Influenza A H1N1 de 2009. Ou seja, o vírus continua circulando no mundo, porém juntamente com outros vírus da influenza sazonal e com intensidade diferente entre os países. No entanto, a OMS alerta que, mesmo com a mudança de nível, o monitoramento e as ações preventivas devem continuar, especialmente em relação aos grupos mais vulneráveis para desenvolver formas graves da doença¹⁴.

Sendo a gestação um importante fator de risco para complicações pelo vírus influenza A H1N1⁸⁻¹¹, o presente estudo tem o objetivo de analisar o perfil epidemiológico e o comprometimento sistêmico de gestantes infectadas, internadas no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário (HUUFMA).

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo com as gestantes internadas no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HUUFMA nos meses de março e abril de 2010 com infecção pelo vírus Influenza A H1N1, sendo o diagnóstico laboratorial confirmado pela coleta da secreção da nasofaringe.

A coleta de dados foi realizada por meio da investigação nos prontuários sendo a amostra de 10 casos. A análise incluiu avaliações clínicas, laboratoriais e de imagem. Quanto à avaliação clínico-epidemiológica, foram levantados dados referentes à idade, profissão, paridade, idade gestacional, história de exposição ao vírus, presença de alterações patológicas na gestação atual e em anteriores, sintomas e sinais presentes no início do quadro de infecção pelo A H1N1.

A avaliação do tratamento foi feita baseada em sua duração, medicamento específico utilizado, início da droga em relação ao aparecimento dos sintomas sendo observados as contraindicações e efeitos colaterais. A avaliação do comprometimento pulmonar foi realizada pela análise de radiografias realizadas no momento da internação.

Os dados coletados foram organizados e tabulados em um banco de dados utilizando-se o Microsoft® Excel®, para realizar a análise descritiva. Os principais resultados estão apresentados em tabelas e gráficos.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do HUUFMA, protocolo 002497/2010, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Resultados

Foram estudados 10 casos de gestantes infectadas pelo vírus influenza A H1N1, sendo todos os casos confirmados por exames laboratorial.

A idade das gestantes foi distribuída da seguinte forma: 3 (30%) < 18 anos, 4 (40%) de 18 a 29 anos e 3 (30%) ≥ 30 anos, sendo a média de idade $20,9 \pm 4,7$, variando entre 14 e 30 anos. Segundo a ocupação, 4 (40%) mulheres eram estudantes, 2 (20%) eram donas de casa, 2 (20%) eram vendedoras, 1 (10%) era empregada doméstica e 1 (10%) era manicure. Todas as gestantes nasceram no Maranhão, sendo que 8 (80%) eram procedentes da capital, 2 (20%) do interior do Maranhão. Três (30%) pacientes apresentavam história de abortamento espontâneo em gestações anteriores. Três (30%) mulheres eram primigestas, 4 (40%) tiveram entre 2 e 3 gestações e 3 (30%) apresentaram 4 ou mais gestações.

Nenhuma gestante teve história de viagem à local com grande incidência de casos de influenza A H1N1 nas semanas que precederam a infecção. Três (30%) gestantes tiveram contato com parentes próximos que apresentaram síndrome gripal ou resfriado na semana que precedeu o início dos sintomas e 7 (70%) não relataram história de exposição ao vírus.

Os sinais e sintomas referidos por todas foram febre (acima de 38,5°C), tosse, calafrios, dispnéia, dor torácica, cefaléia, dor de garganta e mialgia (Figura 1).

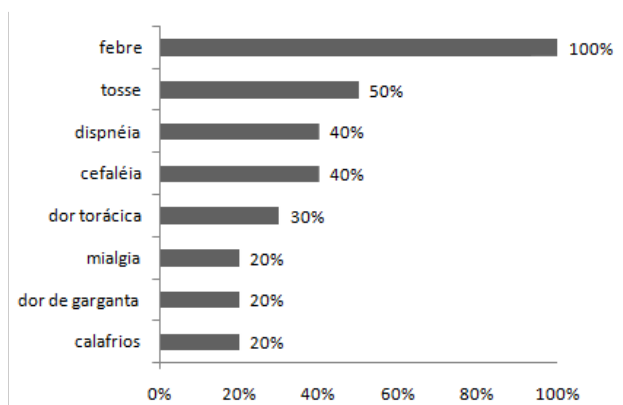


Figura 1 - Principais sintomas iniciais apresentados em gestantes com A H1N1. HUUFMA, São Luís - MA, 2010.

Quatro (40%) pacientes apresentaram Síndrome Respiratória Aguda Grave no momento da internação. No período de início dos sintomas, 2 (20%) mulheres estavam no primeiro trimestre de gestação, 3 (30%) no segundo e 5 (50%) no terceiro. Dentre as gestantes estudadas, 5 (50%) tinham fatores de risco para evolução com complicações associados à A H1N1, 1 (10%) apresentava obesidade, 1 (10%) era portadora de Hipertensão Arterial Crônica, 2 (20%) eram portadoras de asma e 1 (10%) era fumante. Das gestantes 7 (70%) apresentaram complicações, sendo que 1 (10%) complicou com pielonefrite, 1 (10%) apresentou disúria e piúria, 2 (20%) evoluíram com abortamento, 1 (10%) evoluiu para insuficiência respiratória, permanecendo em UTI por 7 dos 9 dias de internação e 2 (20%) evoluíram para insuficiência respiratória seguida de óbito, permanecendo em UTI por 5 e 9 dos 8 e 11 dias de internação, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1 - Complicações por trimestre de gestação em gestantes com A H1N1. HUUFMA, São Luís - MA, 2010.

Complicações	1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pielonefrite	1	14,3	-	-	-	-	1	14,3
Disúria + Piúria	-	-	-	-	1	14,3	1	14,3
Insuficiência Respiratória	-	-	-	-	1	14,3	1	14,3
Insuficiência Respiratória + óbito	-	-	1	14,3	1	14,3	2	28,6
Abortamento	1	14,3	-	-	1	14,2	2	28,5
Total	2	28,6	1	14,3	4	57,1	7	100

Em nenhum caso houve antecipação do parto por decisão médica. Nas pacientes que evoluíram para o óbito houve, também, óbito fetal. A média de dias de internação para as pacientes que não necessitaram de UTI foi de $4,3 \pm 1,2$ dias. Dentre as gestantes que apresentaram complicações, 3 (43,9%) possuíam fatores de risco além da gestação.

Após o aparecimento dos sintomas, 1 (10%) das gestante procurou assistência médica nas primeiras 24 horas, 7 (70%) gestantes entre 24 e 48 horas e 2 (20%) com 48 horas ou mais. Todas as pacientes foram tratadas com Oseltamivir no esquema de 75mg de 12 em 12 horas. Uma (10%) paciente iniciou tratamento específico com esse medicamento antes das 24 horas do início dos sintomas, 4 (40%) com 24 a 48 horas, 5 (50%) após 48 horas, não ultrapassando 72 horas. Duas (20%) pacientes foram tratadas por 4 dias, 2 (20%) por 5 dias, e 6 (60%) foram tratadas por 6 dias, sendo a média de dias de tratamento de $5,4 \pm 0,8$ dias. Nenhuma paciente apresentou contraindicações ao tratamento e nem efeitos colaterais documentados (Tabela 2).

Tabela 2 - Complicações em gestantes com A H1N1 em relação ao início do tratamento. HUUFMA, São Luís - MA, 2010.

Complicações	< 24 horas		24-48 horas		> 48 horas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pielonefrite	-	-	-	-	1	14,3	1	14,3
Disúria + Piúria	1	14,3	-	-	-	-	1	14,3
Insuficiência Respiratória	-	-	-	-	1	14,3	1	14,3
Insuficiência Respiratória + óbito	-	-	-	-	2	28,5	2	28,5
Abortamento	-	-	1	14,3	1	14,3	2	28,6
Total	1	14,3	1	14,3	5	71,4	7	100

O comprometimento pulmonar foi avaliado pelas radiografias, em incidências ântero-posterior e perfil, solicitadas no momento da internação. Apenas 8 gestantes possuíam radiografias, e destas 2 apresentaram alterações relacionada a infiltrado intersticial peri-hilar e consolidação em metade inferior do pulmão esquerdo e 1 apresentou infiltrado intersticial peri-hilar e consolidação em metade inferior do pulmão direito evoluindo com insuficiência respiratória.

Discussão

Este estudo faz uma abordagem dos diversos aspectos referentes à infecção pelo vírus A H1N1 em gestantes.

A infecção causada pelo vírus Influenza A H1N1 apresenta um largo espectro de sintomas iniciais¹³. No presente estudo, a febre foi encontrada em todos os casos, seguida de tosse, encontrada em metade dos casos, além de outros sintomas menos frequentes. Na população em geral, pesquisas revelam que a ausência de febre é relatada em 8 a 32% dos casos de doença leve a moderada¹⁵.

Estudo realizado por Shimada *et al.*¹⁶, comprovou que a maioria dos pacientes apresenta a forma clássica da doença, caracterizada por febre e tosse, podendo ser acompanhada de dor de garganta e rinorréia sendo ainda comuns os sintomas sistêmicos, como os gastrointestinais. Em mulheres grávidas, essa apresentação clínica foi encontrada por Jamieson *et al.*¹³, em um importante estudo americano sobre gestantes com A H1N1.

Diversos fatores, considerados de risco, estão relacionados à maior gravidade pelo vírus H1N1^{15,16}. Na presente pesquisa, dentre as gestantes que apresentaram complicações, a minoria apresentava, algum fator de risco. Porém, Siston *et al.*¹⁷, mostraram que a probabilidade para complicações é muito maior entre gestantes portadoras de fatores de predisponentes, revelando aumento de até 55,3% e 78,3% no riscos de hospitalização e morte respectivamente.

No início da pandemia, em 2009, a letalidade média observada no mundo era de 0,4% para a população em geral¹⁸. Porém, como os casos leves, que constituem a maioria, passaram a não ser investigados e notificados, e o Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde não divulgaram mais a letalidade do vírus Influenza A H1N1¹⁹. Em relação às gestantes, Jamieson *et al.*,¹³ descreveram 34 pacientes, das quais 1 evoluiu para óbito, enquanto que a presente pesquisa demonstrou uma proporcionalidade maior de óbitos quando comparada a esse estudo.

Neste estudo, a maioria das pacientes que evoluíram com complicações estava no terceiro trimestre de gestação, assemelhando-se aos resultados encontrados em outros estudos, nos quais gestantes com início dos sintomas apresentaram maior proporção de complicações e de mortes¹⁷. Pesquisas anteriores sobre influenza sazonal já mostravam existir um risco aumentado para complicações nesse trimestre da gestação^{10,9}.

O tempo de início de tratamento com o antiviral observado na presente pesquisa foi de, no máximo, 72 horas após os primeiros sintomas, sendo que as pacientes que iniciaram tratamento após 48 horas evoluíram com mais complicações que as pacientes que iniciaram precocemente. É recomendado que o tempo de início do tratamento com o antiviral seja de até 48 horas após o aparecimento dos sintomas²⁰. No entanto, estudos mostram benefício mesmo após esse intervalo¹⁷.

O tratamento precoce está associado à redução do tempo de doença, da severidade dos sintomas, da mortalidade, da incidência de complicações secundárias e da necessidade de antibióticos^{21,22}.

Em muitos estudos o tratamento foi iniciado com mais de 48 horas após o início dos sintomas^{23,24}. Pesquisa realizada com mulheres australianas revelou que a média de dias de início do tratamento após os primeiros sintomas foi de 6 dias²³. Há hipóteses para explicar o atraso do início do tratamento, como a relu-

tância dos médicos e/ou das gestantes em relação ao uso do antiviral, receosos em causar malefícios ao feto²⁴. Apesar das incertezas quanto às consequências fetais com o uso desse medicamento, está bem esclarecido, que gestantes com suspeita de infecção pelo vírus A H1N1 devem receber tratamento empírico o mais precocemente possível²⁵.

Uma minoria de gestantes apresentou alterações em radiografias solicitadas no momento da internação. Os achados radiográficos foram bastante uniformes, uma vez que em todas as radiografias que mostraram alterações foi observado infiltrado intersticial e consolidação.

De acordo com estudo realizado por Aviram *et al.*,²⁶ sobre os achados radiográficos do momento da internação de pacientes com H1N1, demonstraram que radiografias iniciais normais não excluem uma evolução com resultados adversos, e que radiografias posteriores devem ser solicitadas de acordo com a situação clínica de cada paciente e destacam que a

principal alteração radiográfica à opacidade em vidro-fosco, encontrada em metade dos pacientes estudados refere-se à consolidação. Essa última representa uma infecção viral severa, a qual pode evoluir para insuficiência respiratória aguda ou para infecção bacteriana secundária²⁶.

Conclui-se que as características da infecção pelo vírus H1N1 nas gestantes internadas no HUUFMA foram semelhantes aos encontrados na literatura. O número pequeno de pacientes permite seu caráter descritivo, porém impossibilita estabelecer inferências estatísticas.

Agradecimentos

À Liga Acadêmica "AMAFETO" e ao Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HUUFMA pela contribuição e acesso aos dados da pesquisa.

À Suânia Lima e Jordana Cardoso pelo apoio na realização deste estudo.

Referências

1. Chowell G, Bertozzi SM, Colchero MA, Lopez-Gatell H, Alpuche-Aranda C, Hernandez M *et al.* Severe respiratory disease concurrent with the circulation of H1N1 influenza. *N Engl J Med*, 2009; 361(7): 674-679.
2. Rizzo C, Declich S, Bella A, Caporali MG, Lana S, Pompa MG, *et al.* Enhanced epidemiological surveillance of influenza A (H1N1) in Italy. *Euro Surveill*, 2009; 14(27): 1-4.
3. World Health Organization. 2009 [acesso em 2010 set 20]. World now at the start of 2009 influenza pandemic; [aproximadamente 3 p.]. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/en/index.html.
4. Domínguez-Cherit G, Lapinsky SE, Macias AE, Pinto R, Espinosa-Perez L, Torre A *et al.* Critically ill patients with 2009 influenza A(H1N1) in Mexico. *JAMA*, 2009; 302(17): 1880-1887.
5. Kumar A, Zarychanski R, Pinto R, Cook DJ, Marshall J, Lacroix J, *et al.* Critically ill patients with 2009 influenza A (H1N1) infection in Canada. *JAMA*, 2009; 302(17): 1872-1879.
6. Webb SA, Pettilä V, Seppelt I, Bellomo R, Bailey M, Cooper DJ *et al.* Critical care services and 2009 H1N1 influenza in Australia and New Zealand. *N Engl J Med*, 2009; 361(20): 1925-1934.
7. Jain S, Kamimoto L, Bramley AM, Schmitz AM, Benoit SR, Louie J *et al.* Hospitalized patients with 2009 H1N1 influenza in the United States, April-June 2009. *N Engl J Med*, 2009; 361(20): 1935-1944.
8. Rasmussen SA, Jamieson DJ, Bresee JS. Pandemic influenza and pregnant women. *Emerg Infect Dis*, 2008; 14(1): 95-100.
9. Harris J. Influenza occurring in pregnant women. *JAMA*, 1919; 72: 978-980.
10. Freeman D, Barno A. Deaths from Asian influenza associated with pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 1960; 15(2): 212-213.
11. Neuzil KM, Reed GW, Mitchel EF, Simonsen L, Griffin MR. Impact of influenza on acute cardiopulmonary hospitalizations in pregnant women. *Am J Epidemiol*, 1998; 148(11): 1094-1102.
12. Boon LH, Tahir MA. Pandemic H1N1 2009 (swine flu) and pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 2010; 20(4): 101-106.
13. Jamieson DJ, Honein MA, Rasmussen SA, Williams JL, Swerdlow DL, Biggerstaff MS, *et al.* H1N1 2009 influenza virus infection during pregnancy in the USA. *Lancet*, 2009; 374(9688): 451-458.
14. World Health Organization. 2010 [acesso em 2010 out 20]. WHO recommendations for the post-pandemic period; [aproximadamente 2 p.]. Disponível em: http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20100810/en/index.html.
15. Cao B, Li X-W, Mao Y, Wang J, Lu H-Z, Chen Y-S, *et al.* Clinical features of the initial cases of 2009 pandemic influenza A (H1N1) virus infection in China. *N Engl J Med*, 2009; 361(26): 2507-2517.
16. Shimada T, Gu Y, Kamiya H, Komiya N, Odaira F, Sunagawa T *et al.* Epidemiology of influenza A (H1N1) virus infection in Japan, May-June 2009. *Euro Surveill*, 2009; 14(24): pii19244.
17. Siston AM, Rasmussen SA, Honein MA, Fry AM, Seib K, Callaghan WM *et al.* Pandemic 2009 Influenza A(H1N1) Virus Illness Among Pregnant Women in the United States. *JAMA*, 2010; 303(15): 1517-1525.
18. Ministério da Saúde. 2009 [acesso em 13 ago 2010]. Influenza A (H1N1); [aproximadamente 3 p.]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10377.
19. Medicina Net. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2009 [acesso em 07 jul 2010]. Informativos sobre gripe suína - Influenza A (H1N1); [aproximadamente 3 p.]. Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1848/revisao_sobre_gripe_suina_influenza_a_h1n1.htm.

20. Cheng A, Dwyer R, Kotsimbos A, Starr M, Korman TM, Buttery JP *et al.* ASID/TSANZ guidelines: treatment and prevention of H1N1 influenza 09 (human swine flu) with antiviral agents. *Med J Aust*, 2009; 191(3): 1-8.
21. Louie JK, Acosta M, Jamieson DJ, Honein MA, California Pandemic (H1N1) Working Group. Severe 2009 H1N1 Influenza in Pregnant and Postpartum Women in California. *N Engl J Med*. 2010; 362(1): 27-35.
22. Aoki FY, Macleod MD, Paggiaro P, Carewicz O, El Sawy A, Wat C, *et al.* Early administration of oral Oseltamivir increases the benefits of influenza treatment. *J Antimicrob Chemother*, 2003; 51(1): 123-129.
23. The ANZIC Influenza Investigators and Australasian Maternity Outcomes Surveillance System. Critical illness due to 2009 A/H1N1 influenza in pregnant and postpartum women: population based cohort study. *BMJ*, 2010; 340: 1279.
24. Tanaka T, Nakajima K, Murashima A, Garcia-Bournissen F, Koren G, Ito S. Safety of neuraminidase inhibitors against novel influenza A (H1N1) in pregnant and breastfeeding women. *CMAJ*, 2009; 181 (1-2): 55-8.
25. CDC Health Alert Network (HAN) Info Service Message. 2009 [acesso em 2010 ago 22]. Recommendations for early empiric antiviral treatment in persons with suspected influenza who are at increased risk of developing severe disease; [aproximadamente 3 p.]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/H1N1flu/HAN/101909.htm>.
26. Aviram G, Bar-Shai A, Sosna J, Rogowski O, Rosen G, Weinstein I, *et al.* H1N1 Influenza: Initial Chest Radiographic Findings in Helping Predict Patient Outcome. *Radiology*, 2010; 255(1): 252-259.

CONHECIMENTO DE USUÁRIAS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SOBRE O AUTOEXAME DAS MAMAS

KNOWLEDGE OF CLIENTS OF A PRIMARY HEALTHCARE UNIT ABOUT BREAST SELF-EXAMINATION

Thessália Moraes Paixão¹, Adriana Lima dos Reis Costa², Míriam da Silva Maia³, Juliana de Freitas Góes Campos³ e Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim⁴

Resumo

Introdução: Atualmente, o câncer de mama é uma das doenças de maior impacto devido à elevada e preocupante incidência, devido aos enormes custos sociais, e às desastrosas consequências físicas e psíquicas com altas taxas de mortalidade. **Objetivo:** Avaliar o nível de conhecimento sobre o autoexame das mamas em usuárias de uma Unidade Básica de Saúde. **Métodos:** Estudo transversal descritivo onde foram entrevistadas mulheres que procuraram espontaneamente ao ambulatório de ginecologia da Unidade Básica de Saúde Fabiana Moraes, localizada na periferia de São Luís (MA). Foi utilizado o modelo de regressão logística e o teste do χ^2 e o nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** O estudo mostrou que 77,4% das usuárias conheciam o autoexame, 63,3% afirmaram saber como o autoexame é feito, porém a maior parte delas desconhecia a periodicidade correta para realizá-lo (63,7%). Quanto à frequência de realização do autoexame pelas entrevistadas, apenas 31,5% o faziam na periodicidade preconizada, ou seja, mensalmente. A maioria das entrevistadas afirmou ter adquirido seus conhecimentos através de rádio/TV (58,9%); 51,4% das entrevistadas relataram ter dificuldades na realização do autoexame, sendo o esquecimento o principal motivo apresentado. Quanto à análise das variáveis sócio-demográficas, apenas a faixa etária ($p=0,01$) e a escolaridade ($p=0,00$) foram estatisticamente significativas relacionadas ao conhecimento do autoexame. **Conclusão:** Apesar de muitas mulheres possuírem conhecimento sobre o autoexame, poucas o incorporam como hábito.

Palavras-Chave: Autoexame. Neoplasias da mama. Saúde da Mulher.

Abstract

Introduction: Currently, breast cancer is one of diseases most striking and worrisome due to the high incidence, the enormous social costs, and the disastrous consequences of physical and psychological with high mortality rates. **Objective:** To evaluate the level of knowledge about breast self-examination in clients of primary healthcare unit. **Methods:** Cross-sectional study where they were interviewed women who spontaneously sought the service of gynecology in the primary Healthcare Unit Fabiana Moraes, on the outskirts of São Luís. The logistic regression and χ^2 test was used and the significance level was 5%. **Results:** This study showed that 77.4% of those who knew the self-examination, 63.3% claimed to know how the self-exam is done, but most of them unaware of the correct frequency to accomplish it (63.7%). Regarding the frequency of application of self-examination by the interviewees, only 31.5% were in the recommended interval, or monthly. Most patients said they had acquired their knowledge through self-examination on the radio / TV (58.9%), 51.4% of respondents reported having difficulties in carrying out self-examination, and forgetting the main reason given. Regarding the analysis of socio-demographic variables, only age ($p = 0.01$) and schooling ($p = 0.00$) were statistically significant with knowledge of self-examination. **Conclusion:** Although many women studied to know the self-examination, few are those that incorporate it as a habit.

Keywords: Self-examination. Breast cancer. Women's Health.

Introdução

Atualmente, o câncer de mama é uma das doenças de maior impacto devido à elevada e preocupante incidência, aos enormes custos sociais, e às desastrosas consequências físicas e psíquicas com altas taxas de mortalidade¹. O Brasil, apresenta índices crescentes e elevados, sendo a maior causa de morte entre mulheres na faixa etária de 40 e 69 anos, provavelmente porque a doença é diagnosticada em estágios avançados². É o tumor de maior incidência em vários países, dentre os quais o Brasil³. As estimativas para o ano de 2012 das taxas brutas de incidência por 100.000 habitantes no Maranhão e em São Luís são de 13,97 e 35,65, respectivamente⁴.

O desenvolvimento do câncer de mama encontra-se relacionado a fatores de risco podendo ser estra-

tificados em risco muito elevado (mãe ou irmã com câncer de mama na pré-menopausa; antecedente de hiperplasia epitelial atípica ou neoplasia lobular in situ; suscetibilidade genética comprovada), risco medianamente elevado (mãe ou irmã com câncer de mama na pós-menopausa; nuliparidade; antecedente de hiperplasia epitelial sem atipia ou macrocistos apócrinos) e risco pouco elevado (menarca precoce; menopausa tardia; primeira gestação de termo depois de 34 anos; obesidade; dieta gordurosa; sedentarismo; terapia de reposição hormonal por mais de 5 anos e ingestão alcoólica excessiva)⁵. Além destes fatores, outras variáveis também estão sendo investigadas, mas os resultados ainda são inconclusivos como histórico de aborto, não-amamentação, tabagismo e exposição a toxinas ambientais⁶.

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

² Mestre em Saúde Materno Infantil. Docente da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

³ Enfermeira da Estratégia Saúde Família - São Luís - MA.

⁴ Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

Contato: Thessália Moraes Paixão. E-mail: thessalia.px@hotmail.com

O câncer de mama é uma doença progressiva, representando, em sua trajetória, diferentes situações de ameaça aos seus portadores, como aquelas relacionadas à integridade psicossocial, à incerteza do sucesso no tratamento, à possibilidade de recorrência e à morte⁷. As pacientes portadoras desta patologia vivenciam experiência de dor física e psicológica durante diferentes estágios da doença, trazendo mudanças efetivas em suas vidas⁸.

Estudos epidemiológicos têm evidenciado a importância do ambiente psicossocial na saúde^{10,11,12}. Além disso, diversas investigações sugeriram que a disponibilidade de apoio material e afetivo, assim como informação e outras dimensões de apoio social, por exemplo, por parte dos amigos e familiares, podem exercer um papel importante no estímulo à adoção e manutenção de hábitos de autocuidado¹³. Ao considerar a sobrevivência dos pacientes, observa-se que essa se reduz drasticamente à medida que o estágio da doença avança¹⁴, ficando evidente a importância de uma campanha que vise o diagnóstico precoce, a qual alia um maior benefício para a paciente a um menor custo econômico¹⁵.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, há dois componentes principais nos programas de detecção precoce para o câncer: o diagnóstico precoce, que seria o reconhecimento pelo paciente ou pelo profissional de saúde de sinais e sintomas precoces do câncer, a fim de facilitar o diagnóstico antes que a doença se torne avançada; e o rastreamento, que seria a aplicação de um exame em uma população presumivelmente assintomática¹⁶. A redução da mortalidade por câncer de mama só é possível com a identificação do tumor com menor tamanho possível e em estágio inicial¹⁹. Os três principais métodos de detecção precoce do câncer de mama são o exame mamográfico, o exame clínico das mamas e o autoexame das mamas⁴. Partindo do princípio da utilização de métodos mais simples para os de maior complexidade, encontram-se na literatura estudos que demonstram a eficácia do auto-exame e a recomendação da sua utilização como prática adequada¹⁷, podendo ser realizado regularmente pelas mulheres em menores intervalos¹⁹.

A palpação das mamas pode ser executada pela própria mulher ou por profissional treinado⁸. Quando executada pela paciente, é recomendado fazê-lo no sétimo dia do ciclo menstrual ou em um mesmo dia do mês escolhido pelas mulheres menopausadas⁸. O autoexame das mamas é útil e sua prática não tem qualquer efeito colateral adverso. As mulheres que o exercitam tendem a procurar ajuda médica prontamente, sendo fundamental no seu prognóstico, pois atrasos que levem à demora diagnóstica e/ou terapêutica permitem o crescimento tumoral com potencial detrimento das chances de cura das pacientes^{1,2}.

A mortalidade pelo câncer de mama é mais elevada em mulheres de grupos com baixa condição socioeconômica, sugerindo que a dificuldade de acesso ao atendimento e a adesão ao tratamento constituem obstáculos importantes para o diagnóstico e tratamento¹⁶. A mamografia, mesmo sendo considerado o método diagnóstico adequado, apresenta-se como um exame radiológico de alto custo e, infelizmente, ainda hoje não está acessível a toda população²⁰. Assim sendo, o autoe-

xame consagra-se como estratégia viável, uma vez que se caracteriza como prevenção secundária, sem custos e segura³. Demonstrada a devida importância da temática para a Saúde Pública, este estudo teve o objetivo de avaliar o conhecimento sobre o autoexame das mamas em usuárias de uma Unidade Básica de Saúde.

Métodos

Estudo transversal descritivo realizado com mulheres que procuraram espontaneamente o serviço de ginecologia da Unidade Básica de Saúde Fabiana Moraes, localizada no bairro Cidade Operária, na periferia do município de São Luís-MA.

O tamanho da amostra de 124 mulheres foi calculado de acordo com Rea e Parker²¹. A coleta de dados foi realizada no posto de saúde, no dia da consulta ginecológica, por meio de um instrumento contendo questões referentes a dados sociodemográficos e questões relacionadas ao conhecimento, prática e dificuldades na realização do autoexame.

Os dados obtidos foram processados e analisados no programa EPI INFO 3.5.1, e as variáveis quantitativas apresentadas por meio de média e desvio padrão. Foi utilizado o modelo de regressão logística e o teste qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5%.

Todas as pacientes, após serem informadas sobre detalhes da pesquisa, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Este estudo é parte integrante da pesquisa "Mulheres: riscos para o câncer de mamas e o auto-cuidado", que foi aprovado e registrado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão com protocolo Nº 000261/2011-90.

Resultados

As Mulheres tinham entre 15-71 anos, com média de 36,7 (desvio padrão de $\pm 14,08$) sendo a faixa etária mais frequente entre 25 aos 45 anos (45,2%). Autoafirmaram-se pardas (52,5%), solteiras (41,1%), com escolaridade de 5 a 9 anos (66,1%), baixa renda familiar (48,4%) com até um salário mínimo. Quanto ao trabalho, a metade possuía vínculo empregatício e a outra estava desempregada (Tabela 1).

Quanto ao conhecimento observou-se que 77,4% das usuárias tinham conhecimento sobre o autoexame, 63,3% afirmaram conhecer a técnica de realização, porém a maior parte delas desconhecia a periodicidade para realização (63,7%). A frequência de realização do autoexame mostrou que apenas 31,5% a faziam mensalmente e 46% referiu não considerar esse aspecto como relevante. A maioria afirmou ter adquirido os conhecimentos sobre o autoexame através de rádio/TV (58,9%), dificuldades na realização e o esquecimento foram referidos por 53,2%, para a não realização do autoexame (Tabela 2).

Quanto à análise das variáveis sociodemográficas, apenas a faixa etária ($p=0,01$) e a escolaridade ($p=0,01$) foram estatisticamente significativas com o conhecimento do autoexame. Em relação à escolaridade, dentre aquelas que não conheciam o autoexame, 53,6% tinham 0 a 4 anos de estudo, enquanto todas as entrevistadas que tinham mais de 10 anos de estudo conheciam o autoexame (Tabela 3).

Tabela 1 - Características gerais das mulheres sobre conhecimento de autoexames. São Luís-MA. 2012.

Características	n	%
Faixa etária		
≤ 25	34	27,4
> 25 - 45	56	45,2
> 45 - 65	29	23,4
> 65	05	4,0
X ± DP	36,7±14,08	
Escolaridade (anos)		
0 - 4	25	20,2
5 - 9	82	66,1
> 10	15	12,1
Ignorada	02	1,6
Estado Civil		
Casada	47	37,9
Divorciada	06	4,8
Solteira	51	41,1
União Estável	15	12,1
Viúva	05	4,0
Ocupação		
Com emprego	61	49,2
Sem emprego	61	49,2
Ignorada	02	1,6
Raça		
Amarela	02	1,6
Branca	23	18,9
Negra	29	23,8
Parda	64	52,5
Ignorada	04	3,3
Renda Familiar*		
≤ 1	60	48,4
2 - 3	48	38,7
4 - 6	07	5,6
Ignorada	09	7,3
Total	124	100

X=média; DP= desvio-padrão.

*Salários mínimos.

Tabela 2 - Conhecimento, prática e dificuldades de mulheres na realização do autoexame. São Luís-MA, 2012.

Variáveis	n	%
Conhecimento		
Sim	96	77,4
Não	28	22,6
Fontes de conhecimento		
Centros de saúde	24	19,4
Escolas	12	9,7
Jornal	02	1,6
Rádio/TV	73	58,9
Interpessoal	03	2,4
Outros	10	8,0
Sabem fazer		
Sim	81	65,3
Não	43	34,7
Sabem o período		
Sim	44	35,5
Não	79	63,7
Ignorada	01	0,8
Frequência de realização		
Mensalmente	39	31,5
Frequência não preconizada	57	46,0
Não faz	28	22,6
Dificuldades		
Desconhece a maneira correta	14	11,3
Esquecimento	36	29,0
Medo	04	3,2
Acha que apenas o médico pode fazer	10	8,1
Vergonha	02	1,6
Não tem dificuldades	58	46,8
Total	124	100

Tabela 3 - Conhecimento, prática e dificuldades de mulheres na realização do autoexame. São Luís-MA, 2012.

Variáveis	Conhecimento do autoexame				p
	Sim (96)		Não (28)		
	n	%	n	%	
Faixa etária					0,001
≤25	29	30,2	05	17,9	
>25-45	42	43,8	14	50,0	
>45-65	24	25,0	05	17,8	
>65	01	01,0	04	14,3	
Escolaridade (anos)					0,001
0 a 4	10	10,8	15	53,6	
5 a 9	71	73,4	13	46,4	
>10	15	15,8	-	-	
Estado civil					0,287
Casada	36	37,5	11	39,3	
Divorciada	05	05,2	01	03,6	
Solteira	42	43,7	09	32,1	
União estável	11	11,5	04	14,3	
Viúva	02	02,1	03	10,7	
Ocupação					0,521
Empregada	44	45,7	10	35,7	
Desempregada	51	53,3	17	60,7	
Ignorada	01	01,0	01	03,6	
Raça/Cor					0,586
Amarela	01	01,0	01	03,6	
Branca	17	18,1	06	21,4	
Negra	25	25,5	05	17,9	
Parda	49	51,1	16	57,1	
Ignorada	04	04,3	-	-	
Renda familiar*					0,399
≤1	46	47,9	14	0,50	
2-3	36	37,5	12	42,9	
4-6	05	05,2	02	07,1	
Ignorada	09	09,4	-	-	
Total	96	100	28	100	

*Salários mínimos.

Discussão

Neste estudo encontrou-se uma divergência entre o conhecimento e a prática do autoexame, ou seja, enquanto a maioria das mulheres entrevistadas afirmaram conhecer o autoexame (74,4%), apenas 31,5% o realizavam mensalmente, sendo este resultado compatível com outros estudos^{3,17,22-24}. A discrepância entre o conhecimento e a prática do autoexame das mamas é também relatada em outros países como Holanda e Espanha²⁵. Este fato revela que mesmo conhecendo as formas de prevenção do câncer de mama, as mulheres ainda apresentam dificuldades para executá-lo na periodicidade recomendada¹⁶.

Muitas mulheres declararam não praticar o autoexame, indicando que, apesar de toda informação sobre a importância da realização do autoexame, divulgada principalmente nos meios de comunicação e pelos programas de assistência à saúde da mulher, a população feminina não tem sido estimulada o bastante para realizar o autoexame²².

Independente da escolaridade e renda o conhecimento sobre o autoexame foi adquirido por meio da TV ou rádio, considerados meios de comunicação de massa. Godinho *et al.*,¹⁸ e Monteiro *et al.*,² também afirmaram ser a imprensa um dos maiores disseminadores do conhecimento e ensino da prática do autoexame. Entretanto estudos realizados por Marinho *et al.*,¹⁷ e Silva *et al.*,²⁴ constataram que o profissional de saúde

foi a principal fonte de conhecimento referida.

Fica evidente diante dos resultados encontrados o grande poder de penetração da mídia, em especial a televisão, em todas as camadas sociais, porém sua importância é limitada no que diz respeito à transmissão de dados corretos, pois grande parte das pacientes mesmo conhecendo o autoexame não o realizava ou o fazia em desacordo com a periodicidade preconizada^{13,18}. Já a orientação se mostra mais eficiente ao proporcionar o maior percentual da prática correta, indicando assim, a boa qualidade da orientação¹⁷.

A transmissão correta das informações, preferencialmente pelo profissional de saúde, torna-se fundamental atualmente, em função do surgimento de estudos que questionam a confiabilidade do autoexame sugerindo que este método pode causar mais ansiedade e exames diagnósticos necessários¹⁶. Portanto, cabe ao profissional de saúde incentivar a mulher a incorporar as orientações a respeito de sua saúde e de seu comportamento através do autoexame, pois ele ainda é considerado um método complementar que desperta a atenção da mulher para o autocuidado, fazendo-a perceber qualquer alteração e procurar o profissional de saúde¹⁷.

Mais da metade das entrevistadas afirmaram ter dificuldades na realização do autoexame, sendo o esquecimento o principal motivo apresentado, concordando com estudos realizados por Brito *et al.*,²⁶ e Marinho *et al.*,¹⁷ realizado em São Luís (MA), discordando de outros estudos que encontraram como principais motivos o desconhecimento da técnica e não achar necessário fazê-lo^{3,24}.

Neste estudo houve associação positiva com a faixa etária e escolaridade. O câncer de mama vem atingindo progressivamente um número maior de mulheres em faixas etárias mais baixas²², entretanto, 85% dos casos de câncer de mama ainda ocorrem em mulheres com mais de 50 anos¹⁶. Por isso, as ações de detecção precoce do câncer de mama devem abranger mulheres de todas as idades, conscientizando-as da importância da realização do autoexame, fazendo esclarecimentos para que estas possam envolver-se ativamente no processo do autocuidado, transformando assim, seus hábitos de saúde, já que os melhores índices de sobrevivência estão relacionados à detecção precoce deste tipo de câncer²².

O presente trabalho revela que a escolaridade das mulheres foi importante para o conhecimento do autoexame, concordando com os resultados encontrados por Borba *et al.*,¹⁹ Brito *et al.*,²⁶ e Freitas Júnior *et al.*,²⁵ os quais afirmam que quanto maior for o grau de estudo, maiores serão as oportunidades de acesso aos serviços de saúde e melhores serão as oportunidades

de diagnóstico precoce e do conhecimento adquirido sobre métodos de prevenção.

O autoexame possui um custo direto extremamente reduzido¹⁸. Clientes que costumam frequentar as unidades básicas de saúde são, geralmente, pessoas em condições econômicas desfavoráveis, como a maioria das participantes deste estudo, tendo maior dificuldade de acesso ao sistema de saúde e consequentemente são expostas ao diagnóstico tardio de várias doenças, inclusive o câncer¹⁷. Assim sendo, o autoexame é, com certeza, uma das etapas importantes neste processo de identificação dos tumores mamários, oferecendo às mulheres a oportunidade de realizar um método de auxílio diagnóstico que está ao seu alcance e que pode contribuir para a detecção mais precoce de tumores nas mamas¹⁷. Apesar de não existirem evidências de que programas de rastreamento através do autoexame diminuam a mortalidade por câncer^{16,27-29}, a sua execução é ainda aconselhada, pois pode seguramente ser considerado como um auxílio no diagnóstico porque a mulher que o realiza regularmente passa a conhecer a estrutura da própria mama e, nos casos de variações, pode fornecer ao médico informações que podem levar a uma antecipação no diagnóstico, fazendo parte das ações de educação para a saúde que contemplem o conhecimento do próprio corpo^{4,25-26}.

Para aqueles que trabalham diretamente no atendimento primário, são necessárias atividades educativas e programas de capacitação, pois os mesmos têm mais acesso à população assintomática¹. A assimilação da prática do autoexame das mamas passa primeiramente pela conscientização da importância deste procedimento pela própria equipe de saúde que atua nas unidades básicas¹⁷.

Apesar de muitas mulheres conhecerem o autoexame, poucas são aquelas que o incorporam como hábito, demonstrando a necessidade de práticas educativas para enfatizar e a importância de adotar a prática do autoexame.

Fontes de financiamento

Pesquisa financiada com bolsa do Programa em Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde.

Agradecimentos

Ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde, por incentivar a vivência do estudante da área da saúde no ambiente da Atenção Básica, contribuindo de maneira especial para a formação e pelas bolsas concedidas.

Referências

1. Fogaça EIC, Garrote L. Câncer de mama: atenção primária e detecção precoce. *Arq Ciênc Saúde*, 2004; 11(3): 179-260.
2. Truffelli DC, Miranda VC, Santos MBB, Fraile NMP, Pecoronni PG, Gonzaga SFR *et al.* Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. *Rev Assoc Med Bras*, 2008; 54(1): 72-78.
3. Monteiro APS, Arraes EPP, Pontes LB, Campos MSS, Ribeiro RT, Gonçalves REB. Autoexame das mamas: Frequência do conhecimento, prática e fatores associados. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2003; 25(1): 201-205.
4. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativa 2012 – Incidência de câncer no Brasil. [on line] 2012 [capturado 2012 mai 7] Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/tabelaestados.asp?UF=MA>.

5. Barros ACSD, Barbosa EM, Gerbrim LH *et al.* Diagnóstico e tratamento do câncer de mama – Projeto Diretrizes. [on line] 2001 [capturado 2010 jul 6]. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/024.pdf.
6. Pinho VFS, Coutinho ESF. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. *Cad Saúde Pública*, 2007; 23(5): 1061-1069.
7. Davim RMB, Torres GV, Cabral MLN, Lima VM, Souza MA. Auto-exame da mama: conhecimento de usuárias atendidas no ambulatório de uma maternidade escola. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2003; 11(1): 21-28.
8. Molina L, Dalben I, De Luca A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. *Rev Assoc Med Bras*, 2003; 49(2): 185-275.
9. Vieira CP, Lopes MHBM, Shimo AKK. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. *Rev Esc Enferm USP*, 2007; 41(2): 311-318.
10. Penninx BWJH, van Tilburg T, Boeke AJP, Deeg DJH, Kriegsman DMW *et al.* Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: The Longitudinal Aging Study, Amsterdam. *Am J Epidemiology*, 1997; 146: 510-9.
11. Dalgard OS, Haheim LL. Psychosocial risk factors and mortality: a prospective study with special focus on social support, social participation and locus of control in Norway. *J Epidemiol Community Health*, 1998; 52(8): 476-81.
12. Bekman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support and health. In Berkman LF; Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000; p. 137-73.
13. Andrade CR, Chor D, Faerstin RH. Apoio social e autoexame das mamas no Estudo Pró-saúde. *Cad Saúde Pública*, 2005; 21(2): 379-383.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. O problema do câncer no Brasil: Pro-Onco. 4. ed. Rio de Janeiro: Pro-Onco, 1997.
15. Quintana AM, Borges ZN, Tonetto AM, Oliveira DS, Weber BT, Russowsky ILT. Prevenção do câncer de mama: a contribuição das representações sociais. *Ciência Cuidado e Saúde*, 2004; 3(3): 295-302.
16. Stein AT, Zelmanowicz AM, Zerwes FP, Biazus JVN, Lázaro L, Franco LR. Rastreamento do câncer de mama: recomendações baseadas em evidências. *Revista da AMRIGS*, 2009; 53(4): 438-446.
17. Marinho LAB, Costa-Gurgel MS, Cecatti JG, Osis MJD. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. *Rev. Saúde Pública*, 2003; 37(5): 576-658.
18. Godinho ER, Koch HA. Fontes utilizadas pelas mulheres para aquisição de conhecimentos sobre câncer de mama. *Radiol Bras*, 2005; 38(3): 169-173.
19. Borba AA, Souza RM, Lazzaron AR, Defferrari R, Scherer L, Frasson AL. Frequência de realização e acurácia do auto-exame das mamas na detecção de nódulos em mulheres submetidas à monografia. *Rev Bras Ginecologia Obstetrícia*, 1998; 20(1): 37-43.
20. Batiston AP, Tamaki EM, Dos Santos MLM, Cazola LHO. Método de detecção do câncer e suas implicações. *Cogitare Enferm*, 2009; 14(1): 59-64.
21. Rea LM, Parker RA. Metodologia de Pesquisa: do Planejamento à Execução. Ed.1. São Paulo: Pioneira, 2000.
22. Araújo VS, Dias MD, Barreto CMC, Ribeiro AR, Costa AP, Bustorff LACV. Conhecimento das mulheres sobre o auto-exame de mamas na atenção básica. *Rev Enferm Referência*, 2010; 2(3): 27-34.
23. Pereira BCS, Guimarães HCQC. Conhecimento sobre câncer de mama em usuárias do serviço público. *Rev Inst Ciênc Saúde*, 2008; 26(1): 10-5.
24. Silva B, Smidarle DN, Pasqualotto EB, Roth F, Artico GR, Winkler J *et al.* Conhecimento e realização do autoexame de mamas em pacientes atendidas em Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul. *Arq Catarinenses de Medicina*, 2008; 37(3): 39-43.
25. Freitas JR, Koifman S, Santos NRM. Conhecimento e prática do autoexame de mama. *Rev Assoc Med Bras*, 2006; 52(5): 337-341.
26. Brito LMO, Chein MBC, Brito LGO, Amorim ÂMM, Marana HRC. Conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2010; 32(5): 241-246.
27. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Orientação – Mastologia [on line] São Paulo (SP): Febrasgo, 2010.
28. Recomendações da X Reunião Nacional de Consenso – Sociedade Brasileira de Mastologia [on line] São Paulo (SP): Sociedade Brasileira de Mastologia, 2008. [citado em 2012 jun 8]. 6p. Disponível em: http://www.sbmastologia.com.br/downloads/reuniao_de_consenso_2008.ppp.
29. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativa 2012 – Incidência de câncer no Brasil. [on line] 2012 [capturado 2012 jul 27] Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/prevencao>.

HIPERTROFIA DE MAMA: ESTUDO COMPARATIVO DOS ACHADOS HISTOPATOLÓGICOS E DE IMAGEM

BREAST HYPERTROPHY: A COMPARATIVE STUDY OF HISTOPATHOLOGICAL AND IMAGING FINDINGS

Paulo Roberto Moceline¹, Orlando Jorge Torres Martins¹, Luciane Maria Oliveira Brito², Rodrigo Duarte Martins Souza³, George do Lago Pinheiro³, Thatiana Bezerra Duarte³ e Maria Bethânia da Costa Chein²

Resumo

Introdução: A hipertrofia mamária é uma deformidade de contorno corporal caracterizada pela presença de mamas volumosas, desproporcionais ao biótipo da paciente. Quanto maior o grau de hipertrofia, maior desconforto e maior a dificuldade de autoexame para detecção de afecções. **Objetivo:** Avaliar a sensibilidade e a especificidade dos exames de mamografia e de ultrassonografia em mulheres com hipertrofia mamária, fazendo correlação com os achados nos exames histopatológicos. **Métodos:** Estudo prospectivo realizado em 60 pacientes, portadoras de hipertrofia mamária, com idade entre 16 e 72 anos, no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. De acordo com a faixa etária, foi indicado o exame de imagem, classificando o resultado pelo sistema BI-RADS (*Breast Imaging Reporting and Date System*). Os resultados dos exames foram correlacionados com o grau de hipertrofia (peso) e o exame histopatológico das 120 peças cirúrgicas obtidas na cirurgia plástica de redução mamária. **Resultados:** O exame histopatológico detectou 47,5% de lesões benignas não neoplásicas, sendo 7,5% com risco relativo levemente aumentado. O exame de ultrassonografia apresentou especificidade de 80,6% e sensibilidade de 40,5%. A mamografia apresentou especificidade de 54,5% e sensibilidade de 49,0%. A ultrassonografia mamária não apresentou comprometimento da especificidade, mas apresentou baixa sensibilidade. A mamografia apresentou baixa sensibilidade e especificidade. Mesmo em faixas etárias mais avançadas, onde era esperado uma redução da densidade mamária que favoreceria a sensibilidade mamográfica o resultado foi compatível com o encontrado em mamas densas. **Conclusão:** Estes dados sugerem que a hipertrofia mamária deve ser considerada na interpretação de laudos de mamografia e de ultrassonografia em rastreamento de doenças mamárias.

Palavras-chave: Hipertrofia mamária. Mamografia. Ultrassonografia. Exame histopatológico.

Abstract

Introduction: Breast hypertrophy is a body contour deformity characterized by the presence of large breasts, disproportionate to the biotype of the patient. The higher the degree of hypertrophy, increased discomfort and increased difficulty in self-examination to detect diseases. **Objective:** Evaluate the sensitivity and specificity of mammography and ultrasonography in women with breast hypertrophy and to correlate the findings with the histopathological exam. **Methods:** Prospective study was conducted on 60 patients aged 16 to 72 years with breast hypertrophy, seen at the Plastic Surgery Service of the University Hospital, Federal University of Maranhão. Imaging exams were indicated according to age and the results were classified using the Breast Imaging Reporting and Data System. The imaging findings were correlated with the degree of hypertrophy (weight) and with the histopathological result of 120 surgical specimens obtained during reduction mammoplasty. **Results:** Histopathological analysis detected 47.5% of non-neoplastic benign lesions, 7.5% of them presenting a slightly elevated relative risk of malignancy. Ultrasonography showed 80.6% specificity and 40.5% sensitivity. Mammography presented 54.5% specificity and 49.0% sensitivity. Breast ultrasonography presented low sensitivity, whereas mammography showed both low sensitivity and specificity. Even in the case of patients of older age in whom a reduction in breast density would favor mammographic sensitivity, the result was similar to that obtained for dense breasts. **Conclusion:** These data suggest that breast hypertrophy should be taken into account when interpreting mammography and ultrasonography results for the screening of breast diseases.

Keywords: Breast hypertrophy. Mammography. Ultrasonography. Mammary. Histopathology.

Introdução

A hipertrofia mamária é uma deformidade de contorno corporal caracterizada pela presença de mamas volumosas, desproporcionais ao biótipo da paciente. Esta dimorfia pode causar mastalgia, dorsalgia, vícios posturais, dificuldade respiratória e limitação de atividades físicas^{1,2}.

O tratamento da dimorfia é cirúrgico e de acordo com o peso do tecido mamário removido pela cirurgia, a hipertrofia mamária pode ser classificada em: leve (até 500g), moderada (501 a 800g), grave (801 a 1000g) e gigantomastia (acima de 1000g). Quanto maior o grau de hipertrofia, maior será o desconforto para paciente e maior a dificuldade de autoexame para

detecção de afecções³.

Seguindo uma tendência mundial, o câncer de mama se tornou a principal causadora de morte por câncer na população feminina do Brasil⁴⁻⁷. Este aumento na incidência de câncer de mama tem sido acompanhada por aumento da mortalidade, que pode ser atribuída principalmente ao atraso no diagnóstico e instituição de tratamento adequado. No Brasil, 70% dos casos diagnosticados em nosso país estão em estágios mais avançados (III e IV), quando as taxas de sobrevida e cura das pacientes são substancialmente menores⁸.

Diante deste quadro, o diagnóstico precoce impõe-se como a principal alternativa para redução da mortalidade, e o exame clínico, a ultrassonografia (USG) e a mamografia (MMG), são os métodos de esco-

¹ Cirurgião. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA.

² Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil - Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

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

Contato: Maria Bethânia da Costa Chein. E-mail: bethaniachein@ufma.br

lha para rastreamento de câncer de mama⁹⁻¹².

Sendo o câncer de mama uma doença cujo prognóstico depende de diagnóstico precoce, o objetivo desta pesquisa foi avaliar a sensibilidade e a especificidade dos exames de USG e MMG utilizados para detecção de alterações mamárias em pacientes com hipertrofia.

Métodos

Trata-se de um estudo prospectivo descritivo do tipo pareado, não aleatório realizado no ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA.

A amostra foi constituída de 60 pacientes, com idade entre 16 e 72 anos de idade com hipertrofia mamária submetidas ao exame clínico. Para avaliação do procedimento cirúrgico a ser realizado, as pacientes foram submetidas à rotina laboratorial e exames de imagem. Aquelas com idade igual ou superior a 35 anos realizaram MMG enquanto às com idade inferior a 35 anos realizaram apenas a USG.

Os exames de imagem foram todos realizados no Setor de Radiologia do HUUFMA. A MMG nas incidências crânio-caudal e médio-latero-obliqua foram realizadas no aparelho Siemens®, modelo Mammomat® 1000, automático, com foco de 1mm e 3mm. A processadora da Kodak® exclusiva para revelação das mamografias, modelo Kodak® X-OMAT® 2000, com os cassetes Kodak® MIN - R-2. Para a USG utilizou-se o aparelho da SHIMADZU® SDU® - 2200.

Todas as pacientes sem alterações nos exames laboratoriais pré-operatórios foram incluídas. Pacientes com BI-RADS (*Breast Imaging Reporting and Data System*) categorias 3 e 4 nos exames de imagem (MMG ou USG) foram encaminhadas ao ambulatório de Mastologia para a definição de conduta e indicação de mamoplastia de redução.

As pacientes selecionadas foram submetidas ao tratamento utilizando a técnica cirúrgica de mamoplastia com pedículo inferior tipo I. Optou-se por esta técnica, por permitir uma abordagem mais ampla dos quatro quadrantes mamários¹³. De cada paciente foram obtidas duas peças cirúrgicas (mama esquerda e mama direita), que a seguir foram aferidas para serem classificadas de acordo com o peso mamário². As 120 peças classificadas em seus diversos graus foram encaminhadas para o Laboratório de Patologia do HUUFMA, onde foram submetidas à avaliação histopatológica de acordo com o preconizado para avaliação das lesões e tumores na mama¹⁴. Todas as pacientes realizaram os exames de imagem e o exame histopatológico com os mesmos profissionais.

Utilizou-se uma ficha protocolo para registro dos seguintes dados: identificação pessoal, antecedentes mórbidos pessoais e familiares de câncer, comorbidades (diabetes, hipertensão, alergias), uso de medicamentos, tabagismo e cirurgias prévias. Também foram registrados os resultados de exames laboratoriais, da avaliação cardiológica, da MMG, USG e do histopatológico dos espécimes cirúrgicos.

Os dados foram analisados utilizando-se o programa SPSS® for Windows® versão 10.0. Estes dados foram submetidos a técnicas da estatística descritivas, permitindo assim uma análise exploratória através de tabelas de frequência e gráficos de todas as variáveis investigadas na pesquisa.

Para correlacionar os resultados dos laudos histopatológicos com os exames de imagem foram adotados critérios relacionados com o risco relativo de malignidade: a) risco não elevado: adenose, metaplasia apócrina, ectasiaductal, macro emicrocistos, hiperplasia simples, fibroadenoma e metaplasia escamosa; b) risco ligeiramente elevado: hiperplasia moderada ou florida, adenose esclerosante, papiloma (provavelmente), e cicatriz radial; c) risco moderadamente elevado: hiperplasia ductal atípica e hiperplasia lobular atípica; d) alto risco: carcinoma ductal *in situ* e carcinoma lobular atípico¹⁵ (Quadro 1).

	Ultrassonografia	Mamografia	Histopatologia
0	Necessita avaliação adicional	Inconclusivo	Sem expectativa
1	Exame negativo	Parênquima normal	Mama normal
2	Achado benigno	Patologia benigna	Lesões benignas não neoplásicas Proliferações epiteliais benignas
3	Provavelmente benigno	Provavelmente benigna	Neoplasias epiteliais benignas
4	Suspeita de anormalidade: 4A - Baixo risco 4B - Intermediário 4C - Moderado risco de malignidade	Provavelmente maligna	Lesões proliferativas intraductais Neoplasias papilares intraductais Tumores fibroepiteliais
5	Altamente sugestivo de malignidade	Sugestiva de malignidade	Tumores epiteliais
6	Lesões com diagnóstico histológico de malignidade		

Fonte: Adaptado de Atlas de Imagem da Mama¹⁵.

Quadro 1 - Correlação entre exames de imagem e histopatológicos de portadoras de hipertrofia mamária.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - CEP/HUUFMA (processo nº 33104-1056/2004).

Resultados

No pré-operatório em 50% das pacientes foram realizados os dois exames de imagem (USG e MMG) enquanto que nos 50% restantes somente foram realizados exames de USG.

Na avaliação histopatológica observou-se maior prevalência de lesões não neoplásicas benignas. Com relação ao risco relativo, em 60% dos casos as alterações não apresentaram risco elevado, em 32,5% não foram

Tabela 1 - Distribuição de espécimes cirúrgica submetidas à mamoplastia redutora, segundo o risco relativo, entre 2007 a 2009. São Luís - MA (Brasil).

Risco Relativo	n	%
Mamas sem alterações	39	32,5
Não aumentado	72	0,6
Levemente aumentado	09	7,5
Total	120	100

observadas alterações e em apenas 7,5% dos casos foram observadas alterações significativas (Tabela 1).

A relação entre a USG e histopatologia não revelou categorias acima de BI-RADS 4B (Tabela 2).

Tabela 2 - Correlação entre os achados ultrassonográficos e histopatológicos das mamoplastias redutoras, entre 2007 a 2009. São Luís - MA (Brasil).

BI-RADS™	Ultrassonografia	%	Histopatológico	%
0	Necessita avaliação adicional	-		-
1	Exame negativo	65,8	Mama sem alterações	30,0
2	Achado benigno	26,7	Lesões benignas não neoplásicas	47,5
			Proliferações epiteliais benignas	18,3
3	Provavelmente benigno	5,00	Neoplasias epiteliais benignas	-
4A	Baixo risco de anormalidade	-	Lesões proliferativas intraductais	4,1
4B	Intermediário risco de anormalidade	2,50	Neoplasias papilares intraductais	-
4C	Moderado risco de anormalidade	-	(tumores fibroepiteliais)	-
5	Altamente sugestivo de malignidade	-	(tumores epiteliais)	-
6	Diagnóstico histopatológico de malignidade	-		-

Tabela 3 - Correlação entre os achados mamográficos e histopatológicos das mamoplastias redutoras, entre 2007 a 2009. São Luís - MA (Brasil).

BI-RADS™	Mamografia	%	Histopatológico	%
0	Inconclusivo	30,0		-
1	Parênquima normal	51,6	Mama sem alterações	21,6
2	Patologia benigna	18,4	Lesões benignas não neoplásicas	58,4
			Proliferações epiteliais benignas	15,0
3	Provavelmente benigno	-	Neoplasias epiteliais benignas	-
4A	Provavelmente Maligna	-	Lesões proliferativas intraductais	5,00
	Baixo risco de anormalidade	-		
4B	Provavelmente Maligna	-	Neoplasias papilares intraductais	-
	Intermediário risco de anormalidade	-		
4C	Provavelmente Maligna	-	(tumores fibroepiteliais)	-
	Moderado risco de anormalidade	-		
5	Sugestivo de malignidade	-	(tumores epiteliais)	-
6	Diagnóstico histopatológico de malignidade	-		-

Na categoria BI-RADS 2 houve maior correlação com os achados histopatológicos (Tabela 3).

A USG apresentou melhor especificidade para todas as faixas etárias. No entanto, o intervalo de confiança foi muito amplo. Com relação à MMG, não foram observadas diferenças significativas entre os grupos etários. O intervalo de confiança não pode ser calculado para pacientes acima de 50 anos, porque os resultados foram iguais a zero (Tabela 4).

Tabela 4 - Sensibilidade e especificidade da ultra-sonografia e mamografia de acordo com a faixa etária das pacientes com hipertrofia mamária, entre 2007 a 2009. São Luís - MA (Brasil).

Exames de imagem	Sensibilidade	95% IC	Especificidade	95% IC
Ultra-sonografia				
< 20 anos	18,2	3,20 - 52,2	100,0	46,3 - 100,0
21 - 30 anos	44,4	22,4 - 68,7	50,00	22,3 - 77,70
31 - 40 anos	45,5	25,1 - 67,3	83,30	36,5 - 99,10
41 - 50 anos	30,4	14,1 - 53,0	100,0	46,3 - 100,0
> 50 anos	43,8	20,8 - 69,4	43,80	2,70 - 97,30
Mamografia				
35 - 40 anos	54,5	24,6 - 81,9	44,40	15,3 - 77,30
41 - 50 anos	50,0	27,9 - 72,1	100,0	39,6 - 100,0
> 50 anos	57,1	-	-	-

CI = Intervalo de Confiança.

O exame de USG apresentou melhor desempenho na especificidade, demonstrando ser um exame adequado para detectar mamas sem alterações. Apesar de sua alta especificidade, MMG apresentou um intervalo de confiança de largura. Embora a sensibilidade tenha sido baixa o valor preditivo positivo foi satisfatório (Tabela 5).

Tabela 5 - Sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivos e negativos dos exames de ultrassonografia e mamografia em pacientes com hipertrofia mamária, de 2007 a 2009. São Luís - MA (Brasil).

	USG	95% CI	Mamografia	95% CI
Sensibilidade	40,5	30,1 - 51,8	49,0	34,6 - 63,5
Especificidade	80,6	63,4 - 91,2	54,5	24,6 - 81,9
Valor preditivo positivo	82,9	67,4 - 92,3	82,8	63,5 - 93,5
Valor preditivo negativo	36,7	26,4 - 48,4	19,4	8,10 - 38,1

CI = Intervalo de Confiança.

Discussão

Neste estudo, o exame histopatológico foi realizado em todas as peças cirúrgicas e serviu como padrão ouro para correlacionar o diagnóstico com a detecção dos exames de imagem. A detecção por meio dos exames de imagem visa encontrar anomalias enquanto o diagnóstico histopatológico visa à caracterização da anomalia se benigna ou maligna¹⁶.

A avaliação USG das 120 mamas, não detectou a maior parte das alterações diagnosticadas no exame histopatológico. Dos 65,8% de laudos negativos, apenas 30% obtiveram equivalência com o histopatológico. Cata-

logou-se 35,8% de falso negativo e 7,5% de falso positivo.

Dentre os laudos emitidos como BI-RADS 1 (parênquima normal) pela MMG, apenas 25,8% obtiveram a confirmação histopatológica e dentre os laudos emitidos como normais pela USG, 24,0% apresentaram equivalência com o histopatológico. O que demonstrou que apesar de uma maior atenção devido a pesquisa ser prospectiva, ainda é grande a percentagem de laudos normais em exames de imagem com alterações histopatológicas benignas.

Os laudos de USG e MMG BI-RADS 2 mostraram que 52,1% de casos de MMG foram benigno e em 41,4% a USG não tiveram concordância dos achados. Na avaliação geral o exame histopatológico demonstrou que 70% das peças mamárias encaminhadas para exame apresentavam alterações sendo 47,5% representadas por lesões benignas não neoplásicas e em 22,5% compatíveis com tumor benigno de mama.

Em um estudo retrospectivo com 939 espécimes cirúrgicos obtidos durante mamoplastia redutora, 60% das mamas no pré-operatório foram classificadas como normal e apresentaram alguma alteração na avaliação histopatológica, onde a maioria delas com lesões benignas não-neoplásicas e 10,1% de hiperplasia epitelial¹⁷.

Há uma correlação da categoria 2 com o histopatológico de até 100% de acertos, caindo gradualmente à medida que a categoria torna-se mais elevada¹⁸. A questão é se estas alterações não detectadas poderiam ter alguma relevância e se requerem outro tipo de investigação diagnóstica. Entretanto ao submetê-las à classificação de risco relativo de Page e Dupont¹⁹, observou-se que em 7,5% de casos, havia alterações proliferativas não atípicas, consideradas lesões precursoras para câncer mamário. Alterações cujo risco relativo de evoluir para câncer mamário é de uma e meio a duas vezes.

Não foi encontrado na literatura referências que relacionassem o grau de hipertrofia mamária aos testes de sensibilidade e especificidade de exames de

imagem. Desta forma, os dados encontrados foram comparados ao de índices gerais. A sensibilidade da USG variou de acordo com a idade e quanto ao grau de hipertrofia. Quanto à faixa etária a sensibilidade apresentou os melhores índices na faixa etária de 31 a 40 anos e o pior índice em menores de 20 anos. Quanto à especificidade observaram-se resultados superiores ao da sensibilidade até os 50 anos, ficando equivalentes na faixa etária superior a 50 anos.

Na avaliação do conjunto, a sensibilidade da USG ficou abaixo do encontrado na literatura que apresenta uma variação de sensibilidade de 67.6% a 75.3%^{20,21}. A especificidade foi compatível com a da literatura que registra variações de 30.5% a 96.2%²².

Em relação à MMG, a especificidade encontrada foi de 54,5%, a sensibilidade de 49% e o valor preditivo positivo foi de 82,8%. Estes resultados diferem da literatura que registram uma sensibilidade MMG de até 90% e valor preditivo positivo (VPP), referente à proporção de doentes entre os considerados positivos ao teste, de até 40%²³. O que demonstra que apesar da baixa sensibilidade, apresenta alto índice de valor preditivo positivo.

A sensibilidade MMG oscila entre 98% para mamas lipo-substituídas a 48% para aquelas densas, ricas em tecido fibroglandular²¹. Neste estudo a sensibilidade MMG foi de 49%, sendo comparável com o de mamas densas.

Os exames de imagem, especialmente a USG, são influenciados pelo examinador, pelo aparelho, técnica empregada, das incidências e da localização das alterações. Este estudo, por ser prospectivo, possibilitou minimizar estas influências por seguir um protocolo.

As limitações impostas pela pesquisa decorreram do elevado intervalo de confiança observado nas tabelas de estimativa de validade especialmente na de MMG onde a amostra limitou-se a 30 pacientes, entretanto esses resultados não impediram de evidenciar a elevada densidade das mamas.

Referências

1. Araújo CDM, Gomes HC, Veiga DF, Hochman B. *et al.* Influência da hipertrofia mamária na capacidade funcional das mulheres. *Rev bras reumatol*, 2007; 47(2): 91-96.
2. Singh KA, Pinell XA, Losken A. Is reduction mammoplasty a stimulus for weight loss and improved quality of life? *Ann Plast Surg*, 2010; 64 (5): 585-7.
3. Revueltas MB. Mamoplastia reductora con incisión mínima em J. Una alternativa ideal en el manejo de las gigantomastias. *Rev Colomb Cir Plast Reconstr*, 2002; 8(2). Available at: <http://www.medilegis.com/banco_conocimiento/r/rev_cirurgiav8-n2art-mamoplastia/art_mamoplastia2.htm>. Accessed June 20, 2010.
4. De Matos JC, Pelloso SM, De Barros Carvalho MD. Prevalence of risk factors for breast neoplasm in the city of Maringá, Paraná, Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*, 2010; 18(3): 352-9.
5. Jácome EM, Silva RM da, Gonçalves MLC, Collares PMC, Barbosa IL. Breast Cancer Detection: Knowledge, Attitude and Practices of Doctors and Nurses from the Family Health Strategy of Mossoró, RN, Brazil. *Rev Bras Cancer*, 2011; 57(2): 189-198.
6. Ricci MD, Pinotti M, Pinotti JA. Perspectives ultrasonographic in detection and diagnostic of breast cancer. *Rev Ginecol Obstet*, 2000; 11(3): 156-60.
7. Brasil. Ministério da Saúde. National Institute of Cancer. Breast cancer: epidemiologic. Rio de Janeiro, 2004. Available at: <<http://www.inca.gov.br/>>. Accessed April 25, 2010.
8. Martins E, Freitas-Junior R, Curado MP. *et al.* Temporal evolution of breast cancer stages in a population-based cancer registry in the Brazilian Central region. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2009; 31(5): 219-223.
9. Souza ABA, Santos MM, Volbrecht B, Viegas J. *et al.* Breast cancer: screening and diagnosis. *Actaméd*, 2009; 30: 337-347.

10. Rezende MCR, Koch HA, Figueiredo JA, Thuler LCS. Factors leading to delay in obtaining definitive diagnosis of suspicious lesions for breast cancer in a dedicated health unit in Rio de Janeiro. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2009; 31(2): 75-81.
11. Smith RA, Cokkinides V, Brawley OW. Cancer screening in the United States, 2009: a review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin*, 2009; 59(1): 27-41.
12. Wu GH, Chen LS, Chang KJ. Evolution of breast cancer screening in countries with intermediate and increasing incidence of breast cancer. *J Med Screen*, 2006; 13(Suppl 1): 23-7.
13. Katsaros J, Harvey I, Caplash Y. The triplicated inferior pedicle - a new method for breast reduction and mastopexy. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2010; 63 (7): 1131-5.
14. Resetkova E, Khazai L, Albarracin CT, Arribas E. Clinical and radiologic data and needle biopsy findings should dictate management of cellular fibro-epithelial tumors of the breast. *Breast J*, 2010; 16(6): 573-80.
15. Ellis RL. Sonographic confirmation of mammographically detected breast lesion. *AJR Am J Roentgenol*, 2011; 196 (1): 225-6.
16. Shin HJ. *et al.* Or relation between mammographic and sonographic findings and prognostic factors in patients with node-negative invasive breast cancer. *Br J Radiol*, 2011; 84(997): 19-30.
17. Tafuri LSA, Gobbi H. Epithelial hyperplasia in specimens from bilateral reduction aesthetic mammoplasty and reduction mammoplasty contralateral to breast cancer. *J Bras Patol Med Lab*, 2005; 41(2): 135-41.
18. Giannotti IA, GiannottiFilho O, Scalzaretto AP, Visentainer M, Elias S. Pre-clinical breast lesions correlation between image and histopathology. *Rev Bras Cancerol*, 2003; 49(1): 87-90.
19. Dupont WD, Page DL. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. *N Engl J Med*, 1985; 312:146-151.
20. Ciatto S, RossellideTurcoM, CatarziS, MorroneD. The contribution of ultrasonography to the differential diagnosis of breast cancer. *J Neoplasma*, 1994; 41(6): 341-5.
21. Kolb TM, Lichy J, Newhouse JH. Comparison of the performance of screening mammography, physical examination, and breast US and evaluation of factors that influence them: an analysis of 27,825 patient evaluations. *Radiol*, 2002; 225(1): 165-75.
22. Calas MJG, Koch HA, Dutra MVP. A breast sonography classification proposal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27(9): 515-23.
23. Ghafoor A, Jemal A, Ward E, Cokkinides V, Smith R, Thun M. Trends in breast by race and ethnicity. *Canc J Clin*, 2003; 53: 342-55.

REVISITANDO O CUIDADO EM SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA

NEW LOOK AT THE HEALTH CARE: LITERATURE REVIEW

Flor de Maria Araújo Mendonça¹, Maria da Graça Mouchreck Jaldin², Isolina Januária Sousa Freitas³, João Victor Peres Lima⁴, Maysa Baldez Dutra⁴ e Luciane Maria Oliveira Brito⁵

Resumo

Introdução: O cuidado é atitude, característica e necessidade própria do ser humano. Cuidadores em saúde (profissional ou não), estão suscetíveis a adoecer e sofrerem suas implicações biopsicossociais. Muitos trabalhos enfatizam a importância do cuidado com a saúde do cuidador familiar, entretanto, poucos são direcionados para o profissional de saúde enquanto pessoa que cuida e demanda cuidados. **Objetivo:** Realizar levantamento bibliográfico sobre o cuidar e as consequências para aquele que cuida, enfocando sobre saúde e estresse profissional. **Métodos:** Estudo descritivo e bibliográfico em revistas e artigos científicos, sites especializados e livros técnicos sobre o tema. **Resultados:** O cuidado como profissão requer atenção quanto às experiências, muitas vezes antagônicas, vivenciadas. Os profissionais de saúde convivem com dor e sofrimento humano, doença e morte em suas rotinas laborais. Além disso, a nível hospitalar, possuem carga horária de trabalho excessiva e tem contato constante com situações limites de tensão e perigo de vida para si e para os outros. Assim, associando-se o comprometimento laboral e estresse crônico, o cuidador profissional pode desenvolver a Síndrome de *Burnout*, caracterizada por sinais e sintomas de ordem física e emocional, identificada por três elementos: Exaustão, Despersonalização e Baixo rendimento profissional. Esta síndrome tem implicações na saúde dos cuidadores em si e naquele que é cuidado. **Conclusão:** Pesquisas sobre a saúde dos cuidadores em saúde precisam ser estimuladas a fim de que se direcionem as políticas assistências à saúde destes profissionais.

Palavras-chave: Cuidados em saúde. Cuidadores. Estresse profissional.

Abstract

Introduction: Care is attitude, character and need as a human being. Health caregivers (professional or otherwise), characters - key health - disease process, are likely to suffer illness and biopsychosocial implications. Many studies stress the importance of health care of the family caregiver, however, few are directed to health professionals as a person who cares and demands care. **Objective:** literature on caring and the consequences for those who care, focusing on health and professional stress. **Methods:** This descriptive study and bibliographical and scientific articles in magazines, websites and specialized technical books on the subject. **Results:** The profession requires careful attention as to the experiences, often antagonistic, experienced. Health professionals live with pain and human suffering, disease and death in their daily work. In addition, the hospital level, have excessive workload and has constant contact with extreme situations of tension and danger of life for themselves and others. So, associating the work and commitment chronic stress, the caregiver can develop the professional Burnout Syndrome, characterized by signs and symptoms of physical and emotional, identified by three elements: exhaust you, depersonalization and low employment income. This syndrome has implications for the health of caregivers themselves and the one which is taken care of. **Conclusion:** Research on the health of caregivers in healthcare need to be encouraged to ensure that policies are to target assistance to the health of these professionals.

Keywords: health care. Caregivers. Professional stress.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas, ausência de doenças ou enfermidades¹. Essa definição configura-se em um emaranhado de ações e expressões de comportamentos, as quais envolvem uma rede de apoio e atividades relacionadas à fenomenologia do cuidar.

O cuidar não se limita apenas ao aspecto técnico, à realização de uma tarefa ou procedimento; engloba atitudes que possibilitam atender o outro com dignidade humana. “[...] é um processo que envolve ações, atitudes e comportamentos que se fundamen-

tam no conhecimento científico, técnico, pessoal, cultural, social, econômico, político e psicoespiritual, buscando a promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde, dignidade e totalidade humana”².

O cuidado é uma condição da vida humana e uma atividade constante que busca manter, continuar e reparar o mundo, para que se possa viver nele da melhor maneira possível; sem ele o homem deixa de ser humano, desestrutura-se, define, perde o sentido e morre^{3,4}.

O ser humano necessita de cuidados, independente de estar doente, pois a este existem outros motivos que exigem cuidados⁵. A literatura é farta em registros da importância essencial do cuidado na sobrevi-

¹ Mestre em Saúde Materno Infantil. Especialista em Psicologia Jurídica. Professora dos Cursos de Psicologia e Medicina do UniCEUMA.

² Mestre em Saúde Materno Infantil. Professora da disciplina de Pediatria da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

³ Mestre em Saúde Materno Infantil. Especialista em Saúde da Família e Neonatologia. Neonatologista do Hospital Universitário Materno Infantil - HUUFMA.

⁴ Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

⁵ Mestrado e Doutorado em Medicina (Mastologia). Docente da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

Contato: Luciane Maria Oliveira Brito. E-mail: luciane2406@yahoo.com.br

vência das espécies, na promoção da vida e na preservação do planeta. Da geração da vida à sua manutenção e finitude é preciso cuidado⁶. Assim, a prática do cuidado não está restrita a pessoas dependentes (crianças, idosos, pessoas com deficiência ou doenças), e sim, estendida a toda sociedade permeada por relações de interdependência⁴.

Ao considerar o "estar doente", o universo do cuidar é mais abrangente que o do curar. Neste aspecto os cuidadores da saúde, podem não curar sempre a pessoa que sofre, mas sempre poderão cuidar e diminuir o sofrimento da pessoa doente. Deste modo, destacam-se duas formas de cuidado humano. O primeiro é realizado no subsistema informal (famílias, relações interpessoais, grupos de autoajuda) ou popular (curadores não profissionais), fora do âmbito do trabalho profissional e sem embasamento científico. Enquanto que a segunda forma de cuidado humano é pautada na esfera profissional e nos diversos tipos de instituições de saúde. Neste campo, todos os profissionais de saúde praticam o ato de cuidar, apesar de a enfermagem colocar o cuidado como objeto epistemológico e como *core* de seu agir profissional⁶.

O cuidado só acontece quando há troca de sentimentos⁷, assim ao serem personagens do processo saúde-doença de seus pacientes, os profissionais de saúde está susceptível a ficar doente, daí a importância de conhecerem os problemas biopsicossociais implicados no processo do adoecer e, também do morrer. Entende-se que estes conhecimentos permitirão a elaboração de sentimentos positivos e, conseqüentemente, favorecerão o bem-estar no exercício da profissão.

Partindo da compreensão de que aquele que cuida também necessita de cuidados torna-se necessário esclarecer que o cuidador deve ter clareza dos estágios e emoções a que está exposto e supere momentos de angústia e tristeza e, não tomar para si, o que pode ser bastante incômodo⁸.

Os profissionais de saúde têm como agente de trabalho o homem, e, como sujeito de ação, o próprio homem. Há uma estreita ligação entre o trabalho e o trabalhador, com a vivência direta e ininterrupta do processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade e tantos outros sentimentos e reações desencadeadas pelo processo doença⁷. Neste íterim, os profissionais de saúde tanto quanto os pacientes demandam a necessidade de apoio e suporte⁵.

Estudos demonstram problema do estresse ocupacional em profissionais da saúde, em particular de médicos e enfermeiros, apontando este como um tema contemporâneo de debate e investigação. Assim, têm-se procurado verificar quais os potenciais efeitos negativos na saúde e bem-estar desses profissionais, descrevendo-se as conseqüências em vários níveis como, por exemplo, menor satisfação, mais queixa de natureza física e psicológica e maior absentismo⁹⁻¹¹.

Alguns trabalhos destacam pessoas e situações de doença ou estresse, especialmente aqueles que ressaltam a situação de saúde do cuidador familiar^{4,12,13}; entretanto, poucos são aqueles direcionados para o profissional de saúde, enquanto pessoas que cuidam e que demandam cuidados.

Nesse contexto, este estudo teve como objetivo descrever sobre as concepções e inter-relações atuais

de cuidado em saúde, com destaque especial àqueles que se dedicam a cuidar profissionalmente e vivenciam o estresse em sua rotina laboral.

Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão, considerando como critérios de inclusão as publicações que respeitavam as questões investigadas, bem como os idiomas português e inglês. Os descritores utilizados na língua portuguesa foram: "cuidados em saúde", "cuidadores" e "estresse profissional". A busca se concentrou nas bases de dados do LILACS, SciELO, MEDLINE e PUBMED, por artigos nacionais e internacionais, elegendo os que apresentavam maior relevância ao tema e evidências científicas disponíveis. Priorizaram-se os artigos mais recentes, bem como *guidelines* direcionados ao estresse como doença ocupacional dos profissionais da saúde, totalizando 41 artigos encontrados, dentre os quais 30 foram utilizados.

Resultados

O desafio humano do Cuidar

Cuidar pode ser compreendido como a ação voltada ao comportamento e prestação de auxílio, apoio ou capacitação para com outro indivíduo ou grupo, com necessidades explícitas ou antecipadas de melhorar ou aperfeiçoar uma vida ou condição humana. O ato de cuidar é uma ação pessoal que depende basicamente da pessoa que faz a ação¹⁴.

Mais que pensar, imaginar e julgar, cuidar é um ato de atenção, proteção, preocupação, atitudes e sentimentos que leva a uma relação entre pessoas, práticas e ações sociais, comandadas por representações simbólicas acerca da solidariedade. O ato de zelar por alguém só existe quando é sentido, vivido e experienciado. Isto envolve respeitar ao outro e a si mesmo como ser humano e também como profissional^{13,15}.

O cuidado é uma maneira de ser homem, possui significado a partir do próprio homem. Incluem comportamentos, atitudes, valores e princípios que são vividos cotidianamente pelas pessoas em determinadas circunstâncias, porém, antes de tudo, diz respeito ao ser, ou, ao homem. O ser humano nasce com potencial de cuidado e isso significa que todas as pessoas são capazes de cuidar. Evidentemente, essa capacidade será melhor ou menos desenvolvida conforme as circunstâncias em que for exercida durante as etapas da vida¹⁶.

O conceito de cuidador vem sendo bastante discutido na literatura, contudo sem um consenso sobre sua definição. Autores o consideram como aquele que dá suporte (físico e psicológico) ao paciente, fornecendo ajuda prática quando necessário; pessoa da família ou pessoa contratada responsável diretamente pelos cuidados de alguém que necessite de auxílio em saúde; ou ainda, principal responsável por prover ou coordenar os recursos adquiridos pelo paciente¹⁷.

Ao falar de cuidador, fala-se de todos aqueles que procuram atender as necessidades dos pacientes, quer sejam necessidades físicas ou psicossociais; estes podem ser tanto a equipe de saúde como os familiares do próprio paciente¹⁸.

Ser um cuidador é sentir, viver, experienciar, entender e lidar com a "pessoa inteira", uma vez que

para isso ele se coloca diante da sua própria existência. Isto envolve respeitar ao outro e a si mesmo como ser humano e também como profissional¹⁵.

Ser um cuidador e ver um Ser sofrer doente é muito difícil e, desempenhando tal papel poderá sentir emoções diferenciadas, como ansiedade, depressão, luto, culpa e frustração¹⁹. Neste ponto o cuidador se depara com elementos da condição humana que não gosta de lembrar/ refletir como sua fragilidade, vulnerabilidade e mortalidade¹⁵.

Cuidadores em saúde: O cuidado como fator de risco à saúde

Na concentricidade das vivências, postula-se que a relação cuidador-cuidado quando não elaborada de forma a buscar um equilíbrio, poderá ocasionar distúrbios biopsíquicos e sociais no cuidador, visto que a relação com o "ser" cuidado está envolta de sentimentos que se contidos ou exageradamente extravasados, poderão causar tais distúrbios. Portanto, é necessário um contato cauteloso, uma vez que uma aproximação pessoal, conduzindo a certa intimidade, pode dificultar a relação, ser desencadeante de cansaço e desgaste para os profissionais²⁰.

Nesse sentido, as experiências com a saúde e a doença permeiam as dimensões objetiva e subjetiva, pessoal e coletiva, universal e cultural. E assim, refletir a relação saúde-doença isoladamente é excluir a influência sócio-cultural que envolve, além de outros aspectos, a experiência do cuidador no processo saúde-doença- cronicidade, por exemplo. Estas influências são mais fortemente percebidas nos países em desenvolvimento que sofrem com a problemática sócio-econômica-cultural¹⁹.

Além disso, a atividade laboral hospitalar realizada pelo profissional de saúde, caracterizada por excessiva carga de trabalho, contato com situações limite, alto nível de tensão e de riscos para si e para outros. Inclui, ainda, problemas de relacionamento interpessoal entre indivíduos que prestam assistência direta aos pacientes e preocupações com demandas institucionais²¹.

Os profissionais de saúde convivem diariamente com a dor e o sofrimento humano, a doença e a morte são vivenciadas com frequência em sua rotina de trabalho, uma vez que seu objeto de trabalho é uma pessoa doente, vulnerável, sensível, fragilizada com problemas físicos, psíquicos e sociais que exige, às vezes, daquele profissional, resultados superiores a sua possibilidade de alcançá-los como ser humano. Os óbitos, por exemplo, são fontes de sofrimento e desgaste tanto para as famílias, como para os profissionais de saúde, os quais para estes podem gerar a sensação do trabalho inacabado ou malsucedido. Um trabalho interrompido pela morte, que por sua vez afeta o *ethos* e a missão deste grupo profissional que é de salvar vidas^{5,22}.

Como no exercício de sua profissão são exigidas perfeição e onipotência ao cuidarem dos doentes, inclusive diante de doenças de difícil diagnóstico e/ou tratamento, o profissional convive de perto a ignorância, incerteza, impotência e incompetência. Por outro lado, tem-se a vivência da maior parte dos profissionais em condições de trabalho inadequadas, com recur-

sos tecnológicos por vezes inexistentes, baixos salários, regimes forçados de trabalho, entre outras situações como dificuldades de ordem afetiva e material, doença sua ou de seus familiares⁵.

Síndrome de Burnout entre profissionais de saúde: um grito silencioso

É sabido que os cuidadores, profissionais de saúde, comprometidos com seu trabalho, com estresse crônico e associado a situações laborais podem desencadear a Síndrome de Estresse Profissional ou Síndrome de *Burnout*, que é definida no âmbito das profissões de saúde, como: "o estresse crônico próprio dos profissionais de prestação de serviços à saúde, cuja tarefa envolve uma atenção intensa e prolongada a pessoas que estão em situação de necessidade ou dependência". A Síndrome ocorre quando o indivíduo não possui mais recursos para enfrentar as situações e conflitos laborais^{8,23}.

A Síndrome de *Burnout* se caracteriza por variados sintomas somáticos, psicológicos e comportamentais. Três elementos identificam esta síndrome: exaustão emocional (falta ou carência de energia e entusiasmo em razão do esgotamento dos recursos); despersonalização (o profissional passa a tratar os clientes, colegas e a organização de forma distante e impessoal); baixa realização no trabalho (sentimento de irrealização pessoal caracterizada por atitudes negativas em face de si mesmo)^{8,23}.

É válido esclarecer que o cuidador poderá estar adoecendo ao internalizar e vivenciar quotidianamente situações estressantes sem que nada seja construído no sentido de assistir o cuidador, analisando suas resiliências, ou seja, a vulnerabilidade do cuidador frente a situações diuturnamente adversas a que está exposto, bem como sua capacidade de recuperação frente ao estresse⁸.

As condições de vida as quais são expostos permitem que estes profissionais, muitas vezes, sejam psicologicamente, indivíduos estressados, com autoestima baixa, sequiosos de reconhecimento, exigidos, impotentes, sobrecarregados, despreparados, culpados, revoltados, isolados e desamparados. O elevado estresse do profissional pode até impedir uma aproximação com o paciente; fazê-lo perder a objetividade nos cuidados com o mesmo ou exceder-se nesses cuidados; fazê-lo sentir raiva do paciente, imaginando-o mais acolhido do que ele próprio e aumentar a sensibilidade geral às doenças⁵.

Quanto às estratégias para cuidar do cuidador, por tudo que foi exposto, fica evidenciada a simbiótica relação que se estabelece entre o cuidador-cuidado. Daí, a necessidade de serem ofertados, aos profissionais de saúde, suportes sociais capazes de moderar os efeitos estressantes do exercício da profissão, bem como de ações preventivas voltadas para o fortalecimento dos vínculos de apoio⁵. Numa tentativa de sintetizar a descrição dinâmica do suporte social enquanto relacionamento próximo e acolhedor relacionam-se três componentes, os quais consideram essenciais: o emocional, que é o sentimento de ser amado, cuidado e protegido; o valorativo, que é o sentimento de autoestima e valorização pessoal; o comunicacional, que envolve o sentimento de pertencer a uma rede de mútua obrigação⁵.

Para minimizar as emoções negativas que poderão causar o estresse patológico, é fundamental que o cuidador identifique seus sentimentos. Ignorá-los, será muito perigoso, pois, geralmente, isso não os faz desaparecer; ao contrário poderão tornar-se incontroláveis, deixando o cuidador emocionalmente estressado e incapaz de manejar a situação sozinho²⁴.

Considera-se relevante que o profissional de saúde, enquanto cuidador possa exercer domínio sobre situações atemorizantes, identificar e aplacar sentimentos de culpa, identificar e resolver impulsos voyeurísticos, sádicos ou masoquistas e, também estar habilitado a lidar com emoções, suas e daqueles com que terá que conviver ao longo de sua vida profissional²⁵.

Deve-se atentar para sinais e sintomas decorrentes de um desgaste emocional no que tange ao cuidador, com origem sumariamente da exposição a situações emocionais extenuantes, destes destacam-se a ansiedade, depressão, raiva, agressividade e dispersibilidade. Portanto, cuidados devem ser realizados com ajuda de um profissional da área, sobre os sentimentos ora vivenciados²⁷.

Assim, é importante que as instituições percebam os sentimentos presentes no cuidador, detectando suas necessidades e avançando na promoção de um processo de escuta ativa. O local de trabalho, onde são desenvolvidas as atividades do cuidador, seja hospital ou clínica, deve mostrar-lhe que é preciso cuidar de si mesmo, através da oferta de espaço e criação de grupos para discussão dos problemas existentes, de situações vivenciadas no dia-dia²⁶. Nos diversos campos de atuação dos diversos profissionais da saúde a atuação interdisciplinar frente a quem se direciona o cuidado evita uma visão dicotomizada do paciente e reduz o estresse surgido por falhas na comunicação entre as diferentes categorias profissionais²⁷.

As instituições nas quais estão inseridos os cuidadores profissionais devem oferecer condições favoráveis que permitem a atuação saudável do mesmo em seu ambiente profissional. A criação de espaços de reflexão destinados aos profissionais da saúde pode ser uma estratégia de prevenção da instituição, à medida que possibilita um espaço de identificação e troca de idéias, propiciando o autoconhecimento desses profissionais e beneficiando a relação cuidador-cuidado²⁸.

Discussão

Ao analisar os dados presentes na literatura sobre o cuidado da saúde dos cuidadores profissionais em saúde, observa-se que, até o presente momento que estes apontam a importância da existência de mais estudos relacionados ao tema. Estudos recentes^{8,10,21,22,29}, destacam a importância no que se refere a prevenção, intervenção e, ainda a busca da qualidade de vida como pontos-chaves para a promoção em saúde destes profissionais.

Camargo e Kurashima⁸ reiteram ainda, que esta preocupação deve ter tanto um caráter institucional quanto individual, precedidas de uma avaliação diagnóstica institucional, e que as medidas de prevenção e intervenção devem contemplar os profissionais, o contexto ocupacional e a interação do profissional com o contexto ocupacional e, fazerem algumas recomendações como: a) que os profissionais procurem

definir limites pessoais em termos de tempo e energia; b) sejam incentivados a explicitarem suas necessidades aos colegas e supervisores principalmente quando há sobrecarga de trabalho; c) sejam estimulados a apresentarem sugestões e propostas visando a melhoria da atividade e do ambiente de trabalho; d) que mantenham uma relação de equilíbrio entre vida pessoal e profissional, dedicando atenção à família, disponibilizando tempo para as atividades físicas e lazer. Por outro lado, os gestores devem estimular a interação social e uma comunicação aberta no trabalho; facilitar encontros com os membros da equipe nos momentos de crise e oferecer estímulos para o desenvolvimento profissional.

Convém enfatizar que os profissionais que se dispõem a trabalhar em programas de atendimentos de cuidados, deverão ter sempre a preocupação de estabelecer para si uma boa qualidade de vida, uma vez que: "qualidade de vida relaciona-se a fatores físicos, psíquicos, sociais e espirituais, tendo cada uma destas dimensões, um valor e pesos diferentes para cada pessoa"²⁹.

Apesar das discussões acerca da importância de uma mudança de paradigma no ensino na área de saúde, as instituições formadoras necessitam aprimorar suas metodologias de ensino relacionadas ao cuidado, incluindo nesse contexto preocupações com a saúde do cuidador³⁰.

Almeja-se executar uma relação mais salutar entre o pensar, o agir e o sentir, por parte do cuidador. Espera-se que este seja inserido no contexto de uma possibilidade de expressão e acolhimento, não se mantendo recluso na solidão do processo de cuidado, estimulando-o a compreender o verdadeiro sentido do ato humanizado. Portanto, a inclusão nas grades curriculares dos cursos da Saúde dos conteúdos da Psicologia, Antropologia e Sociologia são essenciais para a formação do, até então, futuro profissional. Tal mudança refletiria na formação dos cuidadores de modo a torná-los mais aptos no relacionamento saudável e humanizado mesmo nos casos que preconizam por maior suporte emocional como o lidar com pacientes pediátricos ou geriátricos^{22,24,30}.

Conclusão

O ato de cuidar está presente na vida humana e sempre é exercido por meio de processos relacionais, interativos e associativos, posto que é indispensável para a preservação e na manutenção das condições de vida. Assim, o cuidar dos profissionais de saúde deve estar presente na essência do binômio, saúde/doença; primeiro como ser humano, depois como profissional.

Pesquisas com os cuidadores profissionais precisam ser estimuladas a fim de que melhor se direcionem as políticas de atenção em saúde voltadas a estes indivíduos. Além disso, o tema deve ser uma preocupação individual, ou seja, do profissional, para que também se cuide e, conhecedor das implicações do ato de cuidar, possam perceber precocemente sinais e sintomas, permitindo uma intervenção direcionada, bem como envolver atitudes coletivas, extrapolando os limites da área social e da saúde, devendo ser foco de atenção interdisciplinar e institucional.

Referências

1. Dalmolin BB, Backes DS, Zamberlan C, Schaurich D, Colomé JS, Gehlen MH. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. *Esc Anna Nery (impr.)*, 2011; 15(2): 389-394.
2. Sá Neto JA, Rodrigues BMRD. Tecnologia como fundamento do cuidar em Neonatologia. *Texto contexto Enferm*. [serial on the Internet]. 2012; 19(2): 372-377.
3. Boff L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 11ª Ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.
4. Guimarães, R. Deficiência e cuidado: por que abordar gênero nessa relação? *SER Social*, Brasília. 2008; 10(22): 213-238.
5. Campos, E. P. *Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde*. Petrópolis (RJ): Vozes; 2005.
6. Pires D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Rev Bras Enferm*, 2009; 62(5): 739-44.
7. Salomé GM, Espósito VHC, Silva GTR. The nursing Professional in an Intensive Therapy Unit. *Acta Paul Enferm*, 2008; 21(2): 294-99.
8. Camargo B, Kurashima AY. *Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: o cuidar além do curar*. São Paulo: Lemar; 2007.
9. Guerrer FJL, Bianchi ERF. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*, 2008; 42(2): 355-62.
10. Silva MCM, Gomes AR. Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 2009; 14(3): 239-248.
11. Gomes AR, Cruz JF, Cabanelas S. Stresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2009; 25(3): 307-318.
12. Brito DCS. Cuidando de quem cuida: estudo de caso sobre o cuidador principal de um portador de insuficiência renal crônica. *Psicol Estud*, Maringá. 2009; 14(3): 603-607.
13. Pinto JP, Ribeiro C, Pettengill M, Balieiro M. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Rev bras enferm*, 2010; 63(1): 132-5.
14. Rodrigues AL, Maria VLR. Teoria das necessidades humanas básicas: conceitos centrais descritos em um manual de enfermagem. *Cogitare enferm*, 2009; 14(2): 353-9.
15. Oliveira Júnior JO. Cuidando do cuidador. *Prática Hospitalar*, 2009; (65): 117-119.
16. Waldow, VR. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica. *Rev Gaúcha Enferm*, 1998; 19(1): 20-32.
17. Cruz MN, Hamdan AC. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 2008; 13(2): 223-229.
18. Volpato FS, Santos GRS. Pacientes oncológicos: um olhar sobre as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores. *Imaginário – USP*. 2007; 13 (14): 511-544.
19. Pinto JMS, Nations MK. Cuidado e doença crônica: visão do cuidador familiar no Nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; 17(2): 521-530.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. *Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
21. Paschoalini B, Oliveira MM, Frigério MC, Dias ALRP, Santos FH. Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*, 2008; 21(3): 487-92.
22. Souza KMO, Ferreira SD. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2010; 15(2): 471-80.
23. Trindade LL, Lautert L, Beck CLC, Amestoy SC, Pires DEP. Estresse e Síndrome de *burnout* entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*, 2010; 23(5): 684-9.
24. Cruz EMTN. A formação do médico: algumas reflexões. *Arq. Cienc. Saude*, 2004; 11(1): 53-4.
25. Leo P, Bertachini L. (org.) *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: EDUNISC: Editora do Centro Universitário São Camilo, 2004.
26. North American Nursing Diagnosis Association - NANDA. *Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006*. Porto Alegre (RS): Artmed; 2006.
27. Batista N *et al*. O enfoque problematizador na formação de profissionais de Saúde. *Rev Saúde Pública*, 2005; 39(2): 147-161.
28. Bertoletti J, Cabral PMF. Saúde mental do cuidador na instituição hospitalar. *Psic Teor Pesq*, 2007; 23(1): 103-110.
29. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
30. Damas KCA, Munari DB, Siqueira KM. Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. *Rev Eletr Enf*, 2004; 6(2): 272-278.

MÍNIMA INTERVENÇÃO TECIDUAL DO TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO EM PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

MINIMUM TISSUE INTERVENTION OF ATRAUMATIC RESTORATIVE TREATMENT IN HEALTH PROMOTION PROGRAMS

Gisele Quariguasi Tobias Lima¹ e Pierre Adriano Moreno Neves¹

Resumo:

Introdução: O Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) é um método de mínima intervenção cirúrgico-restauradora dental implementado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que segue uma filosofia de tratamento associada à promoção de saúde. **Objetivo:** Este trabalho teve por objetivo realizar uma apreciação teórica, sobre a proposta de maior preservação tecidual do Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) nos programas de promoção de saúde. **Revisão de Literatura:** Com o melhor entendimento do processo de desenvolvimento da lesão cárie, as restaurações atraumáticas têm sido aplicadas baseadas na filosofia de mínima intervenção tecidual e preservação da estrutura dental proporcionando ao agente de saúde um instrumento de apoio para atuação nas atividades educativas, com destaque para a interação das atividades preventivas e curativas no sucesso do procedimento. **Conclusão:** O Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) é uma proposta terapêutica de controle das lesões de cárie, que visa a preservação tecidual e que pode ser explorada nos programas de promoção de saúde em Saúde Pública, desde que haja indicações para o seu uso.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Cárie Dentária. Tratamento.

Abstract

Introduction: The Atraumatic Restorative Treatment is a method of minimal surgical-restorative intervention implemented by the World Health Organization, which follows a treatment philosophy associated with health promotion. **Objective:** This study aimed to perform a theoretical assessment on the proposal of greater tissue preservation of the Atraumatic Restorative Treatment in health promotion programs. **Literature review:** With a better understanding of the development of caries lesion, the atraumatic restorations have been applied based on the philosophy of minimal tissue intervention and preservation of tooth structure, providing for the health worker a support instrument for the performance of the educational activities, highlighting the importance of the relationship between preventive and operative activities for the success of the procedure. **Conclusion:** the Atraumatic Restorative Treatment is a therapeutic approach for the control of caries lesions which aims tissue preservation and can be exploited in programs of health promotion in public health since there are indications for its use.

Keywords: Oral Health. Dental caries. Treatment.

Introdução

O estudo do processo saúde-doença cárie permitiu compreendê-la como sendo uma atividade sequencial infecciosa, bacteriana, resultante do desequilíbrio no processo fisiológico da desmineralização dos tecidos dentários mineralizados^{1,2}, associados a processos psicossomático-ambientais desequilibrados, intermediados por fatores comportamentais³; é de caráter multifatorial, crônico e de alta prevalência⁴, que atinge a população de vários países, principalmente daqueles que estão em fase de desenvolvimento, tornando-se uma das principais causas de perdas de elementos dentais e, conseqüentemente, um desafio para a saúde pública^{5,6}.

Apesar da existência de efetivos métodos para a sua prevenção e controle, a cárie dentária ainda prevalece, pois grande parte da população não tem acesso a informações sobre manutenção de saúde bucal, ao atendimento odontológico e nem condições financeiras de custeá-lo^{7,8}. Dentro deste contexto, no sentido de minimizar esses agravos, surgem os Programas de Promoção de Saúde Bucal, com estratégias que enfatizam a promoção de saúde através da educação e manobras preventivas⁹, e, havendo disponibilidade de recursos humanos e materiais apropriados, realizam proce-

dimentos curativos também importantes para que haja um controle epidemiológico da doença.

Neste sentido de redução dos agravos em saúde bucal, foi desenvolvida uma técnica denominada Tratamento Restaurador Atraumático - TRA (*Atraumatic Restorative Treatment - ART*), implementada há mais de dez anos pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e que se constitui de um método com mínima intervenção cirúrgico-restauradora, seguindo, portanto, uma filosofia de tratamento associado à promoção de saúde, e que se aplica a realidade das populações mais carentes, pois não requer anestesia, equipamentos sofisticados e infra-estrutura complexa¹⁰⁻¹³.

Considerando o exposto, verificou-se a importância de se realizar uma apreciação teórica narrativa sobre a proposta de mínima intervenção tecidual do Tratamento Restaurador Atraumático nos programas de promoção de saúde considerando as indicações de aplicabilidade da técnica e o fato de ser um instrumento de apoio às atividades de educação em saúde bucal em populações de risco à doença cárie.

Revisão de literatura

O grande avanço no desenvolvimento e no aperfeiçoamento de técnicas e materiais restauradores não

¹ Departamento de Odontologia II. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.
Contato: Gisele Quariguasi Tobias Lima. E-mail: gisaqua@elo.com.br

tem apresentado grande impacto sobre a doença cárie, visto que ainda é um grande problema a ocorrência de lesões de cárie em estágios cavitados avançados em populações de baixa renda¹¹. Da mesma forma, a simples utilização de manobras reparadoras de danos, desprovida de uma visão humanitária, não tem mais função justificada ou lugar privilegiado na Odontologia moderna¹⁴.

Admite-se que as condições de saúde bucal melhoraram nas últimas décadas, porém a cárie dentária ainda permanece como um grande problema de saúde pública, tanto no Brasil, como na maior parte do mundo^{14,15}. Apesar da melhora, a distribuição da cárie ainda é desigual, pois os dentes atingidos passaram a se concentrar numa proporção menor de indivíduos e não houve alteração da proporção de dentes cariados não tratados¹⁶.

O entendimento da cárie como doença é importante para a busca de métodos que promovam o declínio e o controle da doença, e a abordagem de diagnóstico deve avaliar além de manchas e cavidades (sinais clínicos), os fatores de risco (dieta, substrato, hospedeiro, microorganismos), as atividades da doença e os fatores moduladores (saliva, flúor, escovação e fatores socioeconômicos)^{11,17}.

Muitos estudos e projetos têm sido investidos nos trabalhos de prevenção e educação da população, o que têm colaborado bastante com a diminuição da intensidade da doença^{9,12,18}. Entretanto, quando essa atinge o estágio de cavitação, tornando-se um sítio localizado da doença, há necessidade de intervenção cirúrgica para a remoção do tecido infectado seguido do selamento da cavidade¹⁹. A questão, por outro lado, residia na dificuldade de acesso de grande parte da população de baixo nível socioeconômico, assim como os custos com equipamentos caros^{5,6,20,21}.

Frete a esse problema, Frencken⁵ buscou uma solução que aliasse a remoção do tecido cariado somente por instrumentos manuais e o preenchimento da cavidade com um material que tivesse papel selador e longevidade alta, além de benefícios terapêuticos. A partir de então, a técnica denominada Tratamento Restaurador Atraumático - TRA, ou ART (*Atraumatic Restorative Treatment*) ganhou adeptos em países como Tailândia, Zimbábue e Paquistão e outros países com nível socioeconômico baixo^{20,22}.

O enfoque minimamente invasivo do Tratamento Restaurador Atraumático

Desde que o profissional tenha conhecimento da histopatologia do processo cárie, em que considere as condições de saúde e doença do hospedeiro, a ingestão de sacarose e o pH do biofilme como pontos significativos para o desenvolvimento da doença^{1,23}; entendendo que a mesma tem evolução diferenciada nas estruturas de esmalte e dentina, dadas as suas origens e características distintas²; e que os procedimentos para tratar a doença, dependendo do seu estágio, da sua localização, da capacidade de acumular placa, ou de causar sensibilidade, de afetar a oclusão e da idade do paciente podem variar entre ações educativas e preventivas, somente, ou associações com atuações cirúrgico-restauradoras e de controle, ele estará apto para melhor manter a saúde das estruturas envolvidas nesse

processo e controlá-lo com maior eficiência^{24,25}.

Na situação de cavitação provocada pela doença, em que há necessidade restauradora, a remoção do tecido cariado ocorre de maneira distinta no esmalte e na dentina, precisamente na metade interna. Nas lesões localizadas no esmalte e na metade externa da dentina a remoção do tecido cariado é sempre indicada, entretanto na metade interna de dentina, a lesão apresenta duas camadas de dentina; a primeira necrótica, com desmineralização avançada e de alta concentração bacteriana, degradação de fibras colágenas, de consistência amolecida e aspecto umedecido deverá ser removida; e a segunda compreende a dentina afetada, com menos bactérias, passível de remineralização, que deverá ser mantida²³⁻²⁵. Aconselha-se utilizar os critérios clínicos visual e tátil, como coloração, consistência e umidade da dentina, uma vez que estes parâmetros estão vinculados ao grau de contaminação do tecido dental²⁶.

A proposta do TRA é incluída como um princípio de tratamento minimamente invasivo onde a intervenção cirúrgica elimina a menor quantidade possível de estrutura dental^{12,27}. Nessa técnica há escavação em massa com a utilização de curetas, mantendo, quando a lesão é profunda em dentina, o tecido dentinário afetado e em seguida as cavidades são seladas com cimento de ionômero de vidro, que é um material com efeito anticariogênico, adesão química a estrutura dentária, liberação de flúor e biocompatibilidade com tecidos orais, tornando-o o mais adequado para a técnica¹¹. Os materiais restauradores mais preconizados nesse caso são o Fuji IX[®], Ketac Molar[®], Chem Flex[®], Vitro Molar[®], Magic Glass[®] e Maxxion R[®]^{12,28,29}.

Deve-se atentar para as indicações da técnica, as quais se referem, principalmente, a todos os casos onde se deseja preservar maior quantidade de tecido dentário, seja esmalte, dentina ou cimento. Quando a remoção do tecido cariado é feita manualmente, há menor possibilidade de remoção de tecido dentário sadio junto com a remoção de tecido cariado³⁰.

O engajamento do Tratamento Restaurador Atraumático nas propostas de promoção de saúde

A Promoção de Saúde tem como modelo de abordagem o diagnóstico integral das enfermidades, onde se realiza um levantamento dos riscos e das atividades das doenças e em seguida dos sinais clínicos³¹. Baseando-se nessas questões prepara-se um protocolo de procedimentos para conter as enfermidades, atuando sobre os fatores etiológicos, levando-se em conta o contexto em que esses se encontram inseridos. Tratar os sinais clínicos da doença faz parte do protocolo do tratamento e não confere o tratamento em si. Dessa forma, a filosofia do TRA se insere nessa proposta¹².

Dentre os programas de promoção de saúde do Governo Federal, encontra-se a Estratégia em Saúde da Família (ESF), que tem por objetivo atender as necessidades de saúde e prevenção de doenças de indivíduos e famílias pertencentes a um determinado grupo ou localidade, resultando em melhoria de vida da população menos favorecida. Neste contexto, os princípios desse programa se assemelham aos do TRA, que visam promoção de saúde bucal, através de medidas preventivas e educativas, além da sua ação terapêutica curativa³².

A afirmativa de que o TRA deve ser considerado uma medida de Saúde Pública, devendo ser visto como um programa de controle de cáries de caráter permanente verifica-se em razão dos resultados que recordam o sucesso da técnica em populações carentes^{5,6,33-36}.

Ações de promoção de saúde presentes nos espaços comunitários sejam esses: escolas, creches, lares/abrigos, têm demonstrado que o TRA têm sido aceito pela maioria dos pacientes submetidos à técnica, por essa ser simples e de fácil acesso^{22,32}. Outrossim, esse tratamento permite a participação da comunidade, dividindo a responsabilidade sobre a saúde bucal, fazendo com que seus membros e outros colaboradores, dentre eles os agentes de saúde, assumam uma nova postura, incorporando práticas de saúde e atividades locais que facilitem a propagação de comportamentos saudáveis^{36,37}.

O emprego da técnica em associação com procedimentos preventivos e com a execução de medidas de orientação de higiene bucal determinou a redução dos índices de cárie e mudança comportamental nos indivíduos^{13,38}. Associados a esses procedimentos, a orientação sobre dieta e a fluoroterapia combinada com o TRA podem determinar a redução na quantidade de colônias de *S. mutans* e *Lactobacillus* na saliva³⁹.

Discussão

Nas últimas décadas, tem sido observado um importante declínio na prevalência da doença cárie no âmbito mundial. Os progressos no estudo e no entendimento da etiologia da doença têm desencadeado tais resultados. Entretanto, em alguns países em desenvolvimento, isso ainda não confere uma realidade e, mesmo em países onde a prevalência da doença é baixa, pequenas parcelas da população apresentam elevado índice de cárie^{15,16,39,40}. Por consequência, a doença continua sendo a maior responsável pela perda de dentes em todas as idades, mais que qualquer outra doença bucal. Uma visão holística da doença, portanto, deve ser considerada, segundo a qual uma ação simultânea entre os fatores etiológicos seja a chave da questão^{3,41}.

A odontologia tradicional estritamente curativista não conseguiu determinar melhores índices de Saúde Bucal, não somente pelo fato de concorrer com a elevada prevalência de cárie dentária, mas também pela existência de barreiras econômicas por parte do paciente e do profissional⁴². Da mesma forma existe uma variabilidade e subjetividade entre os profissionais na detecção da cárie e na escolha do tratamento, afetando negativamente o custo do tratamento dentário⁴³.

A necessidade de buscar métodos mais baratos, que pudessem atender à população excluída do atendimento odontológico, fez com que o TRA, fosse desenvolvido. Este método foi proposto como nova abordagem para o tratamento das lesões cavitadas de cárie, respeitando os conceitos atuais da prática odontológica através da mínima intervenção e máxima preservação tecidual, considerada uma opção viável para impedir a progressão da cárie⁴⁴. Nesse aspecto, baseia-se na identificação da lesão, garantindo a integridade tecidual e intervindo cirurgicamente na eliminação do tecido desmineralizado irreversivelmente^{5,6,7,2}.

Em meio ao surgimento dessa proposta inovadora, a confiabilidade da técnica foi questionada, pro-

vavelmente em virtude de dúvidas geradas pelo enraizamento dos conceitos predominantes na odontologia tradicional, que traduz serem indispensáveis o uso de anestesia, de instrumentos rotatórios e a completa remoção do tecido afetado pelo processo de cárie, no tratamento restaurador^{38,45}.

Em contrapartida, a compreensão da histopatologia da cárie em dentina proporcionou o surgimento de terapias menos invasivas como o capeamento pulpar indireto e a escavação gradativa²⁴. Dentre estas, o TRA, que visa a manutenção da camada mais interna da dentina atingida pelo processo de cárie que é capaz de remineralizar-se^{11,12}. Da mesma forma, entende-se que como limitação, o TRA não atende a todas as necessidades curativas do paciente. Assim, o diagnóstico correto é essencial para a obtenção de sucesso^{13,35,45}.

O TRA é indicado para lesões de cárie com poucas perdas teciduais, envolvendo ou não dentina, podendo ser de média profundidade e acessíveis aos instrumentos manuais^{11,27}. Respeitando tais condições; fazendo uso do material proposto para o selamento das cavidades, o Cimento de Ionômero de Vidro - CIV, que atende às necessidades clínicas de adesão, libera flúor e é biológico; e conjugando a técnica à proposta de promoção de saúde, o sucesso é mais frequentemente observado. Visto os trabalhos que declaram que a técnica não deva ser realizada isoladamente, mas associada a outras medidas de educação e prevenção. Por outro lado, quando utilizada de forma desvinculada de um programa de promoção de saúde, verifica-se um aumento do número de restaurações e de dentes extraídos^{9,26,30,31,36,38}.

Mesmo indicado tanto para dentes decíduos quanto para dentes permanentes, existe um maior destaque para os dentes decíduos em virtude da necessidade de tratamento acumulada em escolares, de forma que, independentemente do tipo de cavidade e do material restaurador utilizado, a porcentagem de sucesso quando empregada a técnica do TRA em dentes decíduos encoraja sua indicação e uso. Entretanto, o TRA tem demonstrado sucesso em dentes permanentes no Zimbábue e Tailândia; em comunidades de zonas rurais e urbanas; em zonas carentes, ou grupos especiais, como refugiados, deficientes físicos e mentais, idosos e crianças^{5,7,8,14,27,28,33,45}.

No Brasil, assim como em outras regiões em que os índices de cárie são elevados, se fizeram necessárias medidas de saúde públicas intersetoriais e educativas que possibilitassem intervenções sobre fatores de risco e incentivo ao autocuidado, conduzindo a população à promoção de saúde⁴⁶. Ao se associar a essa proposta, o TRA, como programa, demonstrou ser eficiente e eficaz no serviço público, onde a população além de apresentar ganhos de saúde, passa a adquirir responsabilidades e a participar do resgate à saúde bucal perdida^{45,46}.

O TRA revela-se por superar as dificuldades de limitação da cobertura para o tratamento individual em virtude de permitir a sociabilização pelo acesso ao tratamento curativo^{46,47}.

Considera-se ainda as medidas de prevenção e controle, como o acesso ao flúor como terapia, redução do consumo de açúcar e disponibilidade sistemática de informação sobre os fatores de risco e autocuidado. Essas atividades podem ser aplicadas pelo cirurgião-

dentista, o técnico em higiene bucal, o auxiliar de consultório dentário e o agente comunitário de saúde⁴⁸.

A apresentação da técnica, tendo em vista sua simplicidade, aceitação e eficácia no seu desempenho clínico e seus benefícios sociais, tem permitido um espaço cada vez maior para o seu emprego, respeitando suas limitações e acreditando na melhoria dos indicadores de saúde bucal na população.

Pode-se concluir que o tratamento restaurador atraumático é uma proposta terapêutica de controle das lesões de cárie, que visa a preservação tecidual e que pode ser explorada nos programas de promoção de saúde em Saúde Pública, desde que haja indicações para o seu uso.

Referências

1. Featherstone JD. The Continuum of dental caries - evidence for a dynamic disease process. *J Dent Res*, 2004; 83: 39-42.
2. Fejerskov O. Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. *Caries Res*, 2004;38(3):182-189.
3. Gonçalves MR. Resgate do Modelo Biopsicossocial. *Rev ABO Nacional* [serial online]. Dez/Jan 2006 [capturado 2011 dez 5] 23(6): Disponível em: <http://www.abo.org.br/revista/75/materia-2.php>.
4. Thylstrup A, Fejerskov O. Características clínicas e patológicas da cárie dentária. In: Thylstrup A, Fejerskov O. *Cariologia Clínica*. 3ª Ed. São Paulo: Editora Santos; 2001.
5. Frencken JE, Makoni F, Sithole, WD. ART restorations and glass ionomer sealants in Zimbabwe: survival after 3 years. *Community Dent Oral Epidemiol*, 1998; 26(6): 372-381.
6. Frencken JE, Holmgren CJ. How effective is ART in the management of dental caries? *Community Dent Oral Epidemiol*, 1999; 27(6): 423-430.
7. Guedes-Pinto AC, Imparato JCP. O tratamento restaurador atraumático. *J Bras Odontopediatr Odont Bebê*, 2000; 3(13): 23-35.
8. Nunes OBC, Abreu PHA, Nunes NA, Reis LPKFM, Reis RTM, Júnior AR. Avaliação clínica do Tratamento Restaurador Atraumático (ART) em crianças assentadas do movimento sem-terra. *Rev Fac Odonto Lins*, 2003; 15(1): 23-31.
9. Baía KLR, Salgueiro MC. Promoção de saúde bucal através de um programa educativo-preventivo utilizando a técnica restauradora atraumática. *Rev ABO Nacional* 2000;8(2):98-107.
10. Frencken JE, Songpaisan Y, Phantumvanit P, Pilot T. An atraumatic restorative treatment (ART) technique: evaluation after one year. *Int Dent J*, 1994;44:460-464.
11. Massara ML. Aspectos ultra-estrutural e químico relativos ao tratamento restaurador atraumático. In: Imparato JCP. *Tratamento Restaurador Atraumático: técnicas de mínima intervenção para o tratamento da doença cárie*, Curitiba: Editora Maio; 2005.
12. Molina GF, Cabral RJ, Frencken JE. The ART approach: clinical aspects reviewed. *J Appl Oral Sci*, 2009; 17: 89-98.
13. Frencken JE. Evolution of the the ART approach: highlights and achievements. *J Appl Oral Sci*, 2009; 17:(1) 78-83.
14. Weyne SC. A construção do paradigma de promoção de saúde: um desafio para as novas gerações. In: Kringer L. *Promoção de Saúde Bucal: paradigma, ciência e humanização*. São Paulo: Editora Artes Médicas; 2003.
15. Nadanovsky P. O declínio da cárie. In: *Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Editora Santos; 2000.
16. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica*, 2006; 19(6): 385-393.
17. Antunes LAA, Antunes LS, Costa MEPR. Fatores utilizados como predisponentes de cárie na primeira infância. *Pesq Bras Odontoped Clin Int*, 2006; 6(2): 117-124.
18. Borges BCD, Trindade FCS, Silva RSG, Fernandes MJM, Costa ICC, Pinheiro IVA. A escola como espaço promotor de saúde bucal: cuidando de escolares por meio de ações coletivas. *Rev Baiana Saúde Pública*, 2009; 33: 642-53.
19. Araújo FB, Mariath AAS, Bressani AEL, Casagrande L, Wienandts P. Tratamento das lesões cariosas em dentes decíduos. In : Toledo, AO, editor. *Odontopediatria. Fundamentos da Prática clínica*. 3ª Ed. São Paulo: Premier; 2005.
20. Ferreira CA, Loureiro CA. Cost-effectiveness ratio of public oral care in the perspective of service and society. *RGO*, 2010; 58(3): 287-293.
21. Silva MAM, Mendes CAJ. O tratamento restaurador atraumático em saúde pública e o custo dos materiais preconizados. *Rev APS*, 2009; 12(3): 350-356.
22. Kikwilu EN, Frencken JE, Mulder J. Barriers to the adoption of the ART approach as perceived by dental practitioners in governmental dental clinics, in Tanzania. *J Appl Oral Sci*, 2009; 17(5): 408-413.
23. Consolaro A, Pereira AAC. Histopatologia da cárie dentária e correlações clínico-radiográficas. *CECADE News*, 1994; 2(3): 1-22.
24. Araujo FB, Bressani AEL, Mariath AAS, Casagrande L. Tratamento nas lesões cariosas em tecidos decíduos. In: Toledo OA (Org). *Odontopediatria: Fundamentos para a prática clínica*. São Paulo: Editora Premier; 2005.
25. Moi GP, Araujo FB, Barata JS. Abordagem contemporânea das lesões cariosas adjacentes às restaurações na clínica odontopediátrica. *Rev Fac Odontol Porto Alegre*, 2005; 46(2): 5-8.
26. Barata JS, Freita, JSA, Cruz MRS, Groisman S. Critérios clínicos e biológicos para a remoção de tecido cariado. *RFO UPR*, 2003; 8(2): 51-55.
27. Wambier DS, Paganini F, Locatelli FA. Tratamento Restaurador Atraumático (estudo da sua aplicabilidade em escolares de Tangará- SC). *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 2003; 3(2): 09-13.

28. Carvalho ERT, Filho HRS, Soet H, Gonçalves RM, Knupp R, Groisman S. Avaliação de restaurações realizadas com cimento de ionômero de vidro nacional no tratamento restaurador atraumático. *Rev Assoc Paul Cir Dent*, 2011; 65(1): 28-31.
29. Momesso MGC, Silva RC, Imparato JCP, Molina C, Navarro RS, Ribeiro SJL. In vitro surface roughness of different glass ionomer cements indicated for ART restorations. *Braz J Oral Sci*, 2010; 9(2): 77-80.
30. Camargo LB, Fell C, Bonini GC, Marquezan M, Imparato JC, Mendes FM, Raggio DP. Paediatric dentistry education of atraumatic restorative treatment (ART) in Brazilian dental schools. *Eur Arch Paediatr Dent*, 2011; 12(6): 303-307.
31. Souza, SMD. Saúde Bucal no programa de saúde da família. In: *Ações de saúde bucal no programa de saúde da família (PSF) ampliando a atenção básica à saúde*. Pernambuco: Editora Edupe; 2001.
32. Foschetti JHM. *Tratamento Restaurador Atraumático associado a medidas preventivas na saúde pública brasileira*. Monografia do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Formiga. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Minas Gerais, 2010, 34p.
33. Holmgren CJ, Frencken JE. Conclusions from the symposium: Two decades of ART: success through research. *J Appl Oral Sci*, 2009; 17: 134-136.
34. Lo EC, Holmgren CJ, Hu D, van Palenstein Helder W. Six-year follow up of atraumatic restorative treatment restorations placed in Chinese school children. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2007; 35: 387-392.
35. Cefaly DF, Barata TJ, Bresciani E, Fagundes TC, Lauris JR, Navarro MF. Clinical evaluation of multiple-surface ART restorations: 12 month follow-up. *J Dent Child*, 2007; 74(3): 203-208.
36. Franca C, Góes MPS, Domingues MC, Colares V. A utilização do tratamento restaurador atraumático por odontopediatras. *Arq Cent Estud Curso Odontol Univ Fed Minas Gerais*, 2008; 44(1): 30-34.
37. Chevatarese L, Junqueira F, de Paula V, Imparato JCP. A importância do tratamento restaurador atraumático como Programa. In: Imparato et al. *ART - Tratamento Restaurador Atraumático - técnicas de mínima intervenção para o tratamento da doença cárie*. 2005.
38. Navarro MFL, Modena KCS, Freitas MCCA, Fagundes TC. Transferring ART research into education in Brazil. *J Appl Oral Sci*, 2009; 17: 99-105.
39. Frencken JE, Leal SC. The correct use of the ART approach. *J Appl Oral Sci*, 2010; 18(1): 1-4.
40. Scherer SC, Turkienicz MM, Araujo FB. *Estudo do tratamento odontológico integral na quantidade de bactérias cariogênicas em Crianças de 2 a 6 anos*. Anais da Sociedade Brasileira de Pesquisas Odontológicas; 1990; 6:83.
41. Bönecker M, Marcenes W, Sheiham A. Caries reductions between 1995, 1997 and 1999 in preschool children in Diadema, Brazil. *Int J Paediatr Dent*, 2002; 12(3): 183-188.
42. Moreira PVL, Rosenblatt A, Passos IA. Prevalência de cárie em adolescentes de escolas públicas e privadas na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2007; 12(5): 1229-1236.
43. Chibinski ACR, Wambier DS. Protocolo de promoção de saúde bucal para a criança portadora de cárie de estabelecimento precoce. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 2005; 5(3): 281-290.
44. da Silva RP, Meneghim MC, Correr AB, Pereira AC, Ambrosano GM, Mialhe EL. Variations in caries diagnoses and treatment recommendations and their impacts on the costs of oral health care. *Community Dent Health*, 2012; 29(1): 25-28.
45. Ferreira JM, Pinheiro SL, Sampaio FC, de Meezes VA. Caries removal in primary teeth-a systematic review. *Quintessence Int*, 2012; 43(1): 9-15.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92p. (Cadernos de Atenção Básica n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
47. Lima DC, Saliba NA, Moimaz SAS. Tratamento Restaurador Atraumático e sua utilização em saúde pública. *RGO*, 2008; 56(1): 75-79.
48. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003. *Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília. Ministério da Saúde 2004, 68p.

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

com resultados que agreguem valores ao campo científico e prático das diversas áreas da saúde. Deve conter na estrutura: resumo, abstract, introdução, métodos, resultados, discussões 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 Palavras-chave; 3) Abstract e Keywords; 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.

many health areas. It should contain in its structure: resumo, abstract, introduction, methods, results, discussion, conclusion 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/their correspondence address (es): name of the corresponding author and email.

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.

4. Fontes de financiamento

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 identifies 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&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. Funding sources

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 International 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*.

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

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]. 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, sendo numeradas consecutivamente por algarismo arábico.

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. *Emerg Infect Dis* [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 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 la-

Cada figura deve ser acompanhada de uma legenda que a torne inteligível sem referência 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.

bel, 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.

EDITORIAL

- 9 **Avaliação da Revista de Pesquisa em Saúde / Journal of Health Research do Hospital Universitário da UFMA pela CAPES em 2012**
Arlene de Jesus Mendes Caldas

ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

- 11 **Análise dos casos e óbitos por leishmaniose visceral no Estado do Maranhão, no período de 2000 a 2008**
Cases and deaths by visceral leishmaniasis in the State of Maranhão, from 2000 to 2008
Alan Cássio Carvalho Coutinho, Elza Lima da Silva e Arlene de Jesus Mendes Caldas
- 16 **Vivências lúdicas de pré-escolares nascidos com muito baixo peso**
Playful experiences of preschool children who are born with very low birthweight
Ronize Couto de Sá Monteiro, Vânia Maria de Farias Aragão, Zeni Carvalho Lamy, Flor de Maria Araújo Mendonça Silva, Edna Lúcia Coutinho da Silva, Mae Soares da Silva e David Karlos Miranda Mesquita
- 24 **Incidência de câncer bucal no Maranhão, Brasil: um estudo de série temporal**
Incidence of oral cancer in Maranhão, Brazil: a temporal series study
Andrea Ferraz Tomaz, Juliana Aires Paiva de Azevedo e Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz
- 30 **Sexualidade em mulheres com lesão na medula espinhal**
Sexuality in women with spinal cord injury
Viviane Maciel Batalha Carneiro, Ednalva Maciel Neves, Sonayra Brusaca Abreu e Luciane Maria Oliveira Brito
- 34 **Mudanças biopsicossociais e espirituais na mulher mastectomizada**
Biopsychosocial-spiritual changes in mastectomized women
Rosangela Almeida Rodrigues de Farias, Elza Lima da Silva, Flávia Baluz Bezerra de Farias, Arlene de Jesus Mendes Caldas, Aline Lima Pestana e Josélia de Jesus Garcia Pinheiro
- 40 **Infecção pelo vírus influenza A H1N1 em gestantes**
Influenza A H1N1 virus infection in pregnant women
Marília da Glória Martins, Karla Linhares Pinto, Onildo Martins Santos Júnior, Maria Iracema Rocha Dudek, Thweicyka Pinheiro Wakiyama e Ramón Moura dos Santos
- 45 **Conhecimento de usuárias de uma unidade básica de saúde sobre o autoexame das mamas**
Knowledge of clients of a primary healthcare unit about breast self-examination
Thessália Moraes Paixão, Adriana Lima dos Reis Costa, Míriam da Silva Maia, Juliana de Freitas Góes Campos e Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim
- 50 **Hipertrofia de mama: estudo comparativo dos achados histológicos de imagem**
Breast hypertrophy: a comparative study of histopathological and imaging findings
Paulo Roberto Mocelin, Orlando Jorge Torres Martins, Luciane Maria Oliveira Brito, Rodrigo Duarte Martins Souza, George do Lago Pinheiro, Thaiana Bezerra Duarte e Maria Bethânia da Costa Chein

ARTIGO DE REVISÃO / REVIEW ARTICLE

- 55 **Revisitando o cuidado em saúde: revisão de literatura**
New look at the health care: literature review
Flor de Maria Araújo Mendonça, Maria da Graça Mouchreck Jaldin, Isolina Januária Sousa Freitas, João Victor Peres Lima, Maysa Baldez Dutra e Luciane Maria Oliveira Brito
- 60 **Mínima intervenção tecidual do Tratamento Restaurador Atraumático em programas de promoção de saúde**
Minimum tissue intervention of Atraumatic Restorative Treatment in health promotion programs
Gisele Quariguasi Tobias Lima e Pierre Adriano Moreno Neves

NOTAS REDATORIAIS / NOTES TO AUTHORS