

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Revista do Hospital Universitário/UFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fernando Antonio Guimarães Ramos
Reitor

José Américo da Costa Barroqueiro
Vice-Reitor

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Elizabeth de Sousa Barcelos Barroqueiro
Presidente do Conselho de Administração

Natalino Salgado Filho
Diretor Geral

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

Alessandra Enes Rocha
Diretora Adjunta de Administração e Finanças

Marina do Nascimento Sousa
Diretora Adjunta de Planejamento

Zeny de Carvalho Lamy
Diretora Adjunta de Serviços Assistenciais

Redação e Administração da Revista

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

REVISTA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Editora Científica

Arlene de Jesus Mendes Caldas

Editores Associados

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

Conselho Editorial

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

Normalização Bibliográfica

Ana Luzia de Sá Magalhães

Editoração Eletrônica

João Lindoso Farias Neto

Tiragem

500 exemplares

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

v. 6, n. 1, 2005

Quadrimestral.

(ISSN – 1677-4647)

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

CDU: 61(05)

Editorial	7
 Artigos/Articles	
Hospital Universitário: uma política de arquivo, gestão e gerenciamento do prontuário de paciente. Ana Luzia de Sá Magalhães, Maria Mary Ferreira.....	9
Avós na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal: explorando possibilidades. Lívia Janine Leda Fonseca Rocha, Zeni Carvalho Lamy, Maria da Conceição Furtado Ferreira	13
Conhecimento de caminhoneiros em DST/AIDS. José de Ribamar Teixeira Assunção Filho, Dorlene Cardoso de Aquino, Arlene de Jesus Mendes Caldas	18
O papel do enfermeiro na reforma psiquiátrica. Valéria Cristina Menezes Berrêdo, Violante Augusta Batista Braga	22
Convivendo com HIV/AIDS: pacientes e enfermeiros. Samara Ribeiro Fernandes, Dorlene Cardoso de Aquino, Arlene Mendes Caldas	26
Epidemiologia da Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) e perspectivas de controle no Estado do Maranhão, Brasil. Jackson Mauricio Lopes Costa, José Manuel Macário Rebêlo, Ana Cristina R. Saldanha, Ivelise T. Balby, Mônica Elinor Alves Gama, Ana Célia Rolim Bezerril, Ana Nilce Silveira Maia	32
 Relato de caso/Case report	
Síndrome de Marfan. Lina Luana Costa Sá, José Bonifácio Barbosa Santos Lages, Fabrício Rabêlo Amorim	39
Tumor carcinóide de reto. Joaquim David Carneiro Neto, João Batista Pinheiro Barreto, Dóris Maria Costa Rocha.....	42
 Resumos/Article summaries	
Resumos da II Jornada Científica do Hospital Universitário/UFMA	45
 Normas Redatoriais/Notes to Contributors	

Nos artigos da presente edição, um passeio por temas de saúde coletiva e de pesquisas desenvolvidas no Hospital Universitário – UFMA. Poderemos apreciar artigos sobre: Política de arquivo, gestão e gerenciamento do prontuário do paciente que visa a atender satisfatoriamente as necessidades informacionais relacionadas às atividades científicas, educacionais, assistenciais e administrativas do HUUFMA; Avós na unidade de tratamento intensivo neonatal: explorando possibilidade, tenta compreender os efeitos decorridos da presença dos avós em UTI.

Conhecimento de caminhoneiros em DST/Aids e Convivendo com HIV/AIDS: pacientes e enfermeiros, abordam uma epidemia que desde seu surgimento há mais de 20 anos, grandes descobertas e avanços tecnológicos aconteceram, porém ainda não são suficientes para o controle da doença; Epidemiologia da leishmaniose tegumentar americana e perspectivas de controle no Estado do Maranhão, agravo que coloca o Maranhão no quarto lugar de notificação de casos entre os estados brasileiros e o segundo do Nordeste.

Descrição de um tipo de neoplasia que se assemelhava ao adenocarcinoma que é o tumor carcinóide de reto; e a descrição da síndrome de Marfan, doença de herança autossômica dominante com expressividade variável intra e interfamiliar.

O papel do enfermeiro na reforma psiquiátrica traz uma contribuição do processo da Reforma Psiquiátrica dentro do contexto do SUS, que contempla em seus princípios o respeito e o resgate à cidadania, onde o cliente com transtorno mental é visto como cidadão, digno de direitos.

Os Resumos da II Jornada Científica do Hospital Universitário-UFMA apresentam subsídios importantes para o estabelecimento de estratégias e intervenções para o atendimento de média e alta complexidade no Estado do Maranhão.

São Luís (MA), abril de 2005.

Arlene de Jesus Mendes Caldas
Editora Científica da Revista do Hospital Universitário/UFMA

Hospital Universitário: uma política de arquivo, gestão e gerenciamento do prontuário do paciente

University hospital: a policy of filing, handling and management of patient records

Ana Luzia de Sá Magalhães¹ Maria Mary Ferreira²

Resumo: A falta de política de informação na rede hospitalar se reflete de forma visível na tramitação do prontuário do paciente, documento antes considerado como de exclusivo uso médico e que no estudo “HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: uma política de arquivo, gestão e gerenciamento do prontuário do paciente”, é analisado tendo em vista o planejamento, o desenvolvimento, o acompanhamento e o gerenciamento do prontuário, visando atender, satisfatoriamente, às necessidades informacionais relacionadas às atividades científicas, educacionais assistenciais e administrativas do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HU/UFMA. Neste estudo analisa-se a problemática referente ao fluxo do prontuário nas dependências do Hospital, chamando a atenção da comunidade interna do HU para a importância desse documento, como instrumento legal e informacional no qual os registros clínicos nele documentados viabilizam o desenvolvimento das atividades médicas e de todos os profissionais de saúde que prestam assistência ao paciente, além de ser um instrumento essencial para garantir o exercício de cidadania do paciente. Enfatiza-se sobre os benefícios que a implantação dessa política trará para o Hospital.

Descritores: Arquivo Médico, Política Arquivística, Prontuário do Paciente.

Abstract: The lack of an information policy within the Hospital Network is visibly reflected on the follow-up of patient records, previously considered to be of exclusive use of physicians, and that in the study “UNIVERSITY HOSPITAL: a policy of filing, handling and management of patient records”, is analyzed taking into account planning, development, follow-up, and the handling of the records, aiming at satisfactorily attending to information needs related to scientific, educational, attention, and administrative activities of the Federal University of Maranhão – HU/UFMA. The present study analyzes the setbacks with respect to medical record flow within the hospital, calling attention of the medical community to the importance of such documents; as legal and informational tools in which documented medical cases facilitate the development of all health professional activities working with the patient, as well as being an essential instrument to assure the patients’ exercise of his/her citizenship. The advantages such policy will bring to the hospital have been highlighted.

Keywords: Clinical Records, Filing Policy, Patient Record.

INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da história da humanidade, o homem sempre se preocupou em se comunicar, em registrar e preservar a informação, como um objeto precioso de comunicação. Para isso, utilizou vários tipos de suporte, visando perpetuar a sua espécie e difundir a sua cultura através de gerações. A diversificação desses suportes possibilitou o início de uma nova etapa em seu ciclo evolutivo que deu origem a um sistema de comunicação e transferência de informação que norteou o desenvolvimento social, o progresso científico, tecnológico, econômico e político de toda a humanidade.

Na Idade Contemporânea, um novo perfil organizacional desponta nas empresas públicas e privadas, que caracteriza a informação como o bem mais valioso no mundo empresarial. É raro um processo ou atividade desenvolvidos nesses ambientes que não gere informações e que estas, por sua vez, não necessitem ser armazenadas e preservadas. Porém, armazenar e

preservar informações e documentos requer estabelecimento de normas e procedimentos arquivísticos, orientados por uma política documental que tem por finalidade, criar mecanismo de disciplina e controle que permite a execução eficiente do fluxo das atividades.

A existência de fundos documentais não organizados e sem tratamento técnico adequado dentro dos arquivos públicos, é muito freqüente, principalmente no que se refere aos arquivos correntes, pois, em muitos casos, estes não adotam códigos e/ou planos de classificação e/ou tabela de temporalidade. Estas situações “são constantes na realidade da administração pública e representam um importante fator de dificuldade do exercício do direito do cidadão de acesso à informação”. Embora exista um esforço normativo por parte do Arquivo Nacional, que visa ao empreendimento e conscientização profissional, “não foram ainda equacionados muitos dos problemas relacionados à organização, preservação e pleno acesso aos docu-

¹Bibliotecária. Especialista em Gestão de Arquivo. Coordenadora do Arquivo Médico da Unidade Presidente Dutra

²Mestre em Políticas Públicas. Bibliotecária. Docente da UFMA.

mentos de valor permanente já sob a guarda de instituições públicas e privadas”¹.

Situações iguais a essas enfrentam também muitos Hospitais da Rede Pública em seus arquivos médicos, o que implica pensar políticas de preservação de suas memórias, de forma que garanta a manutenção dos registros relevantes produzidos no presente.

O valor arquivístico de um documento está associado à importância da informação que o mesmo contém e à administração da organização que o gerou em decorrência de suas atividades. Na área de saúde e, mais especificamente, no dia a dia de um hospital, a informação se aplica a vários aspectos como: pesquisa científica, planejamento, organização e avaliação de serviços, sendo essencial e imprescindível ao atendimento individual de cada paciente e ao estabelecimento de políticas institucionais. Dentre essas políticas, torna-se necessária a inserção de uma política de arquivo, gestão e gerenciamento do prontuário do paciente, que tem dentre as suas funções, interagir no gerenciamento da informação clínica produzida e registrada nesse suporte, que é o documento legal e essencial para esta finalidade, assim como constituir a memória científica da instituição.

REGISTRO CLÍNICO

No HU/UFMA, a produção e uso de informações estão associados a dois processos: assistencial e administrativo, que são oriundos do atendimento do paciente. O registro dessas informações efetuadas no prontuário é denominado registro clínico e é resultante das atividades desenvolvidas pela equipe de saúde, que tem caráter multidisciplinar.

O registro clínico é o instrumento que permite documentar o raciocínio lógico envolvido na determinação de um plano terapêutico, assim como a investigação epidemiológica. São seus objetivos e funções: auxiliar o tratamento dos pacientes, servir como base para as ações administrativas, avaliar o desempenho dos profissionais que registram a informação, ser fonte de informação para a pesquisa científica e defesa legal, gerar estatísticas e proporcionar a comunicação entre a equipe multidisciplinar, sendo resultante do trabalho integrado de toda a equipe de saúde. Assim, o proces-

so administrativo é oriundo do clínico, pois são os registros dessas informações que direcionam todas as demais atividades, incluindo os aspectos financeiros^{2,3}.

O Conselho Federal de Medicina, na Resolução N.º 1638/2002, define o prontuário como “um documento único, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”⁴.

O prontuário deve permitir acompanhar o diagnóstico e o tratamento do paciente de forma adequada, controlando, reunindo e preservando todas as informações, proporcionando maiores facilidades ao seu atendimento, seja em suporte de papel ou informatizado. Os registros dos dados devem obedecer aos mais estritos critérios de clareza e precisão, sendo observados minuciosamente pela “Comissão de Organização de Prontuário”, que tem a finalidade de analisar e disciplinar a organização, o uso e o padrão do prontuário⁵.

O arquivamento do prontuário do paciente está sob a responsabilidade do Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME, através do Setor de Arquivo Médico, que é responsável pela sua guarda, conservação e preservação.

Sendo uma instituição de referência em procedimentos de alta complexidade para todo o Estado do Maranhão, cujas finalidades consistem em oferecer serviços: ambulatoriais, pronto atendimento e internações clínicas aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, o HU/UFMA dispõe, até o presente momento, de aproximadamente seiscentos e vinte e três mil e setecentos prontuários médicos correntes cadastrados.

Esse quantitativo vem se acentuando expressivamente desde o ano de 2000, em função da diversidade de especialidades clínicas oferecidas. Essa produção por sua vez vem ocasionando a carência de espaço físico nos arquivos correntes e central e o arquivamento inadequado, em função do acúmulo de prontuários, o que favorece o erro de arquivamento e consequentemente, a perda do documento e da informação.

MÉTODOS

Ao vivenciarmos os problemas do Arquivo após um trabalho ininterrupto de quase dez anos, nos deparamos ainda com situações como: carência de espaço físico, erro de arquivamento, ilegibilidade dos registros nos prontuários, fragmentação e perda da informação, volume variável e excessivo de informações, falta de padronização e da sequência cronológica dos registros, ruídos de comunicação e outros, que segundo Sabbatine *et al.*,⁶ são consideradas peculiares aos arquivos médicos dos hospitais públicos brasileiros.

Os problemas acima mencionados têm nos estimulado a buscar saídas, entretanto, constatamos que boa vontade e atitudes isoladas não bastam para solucionar os problemas, é preciso que se adote uma política de arquivo que trace diretrizes para nortear o

gerenciamento e a preservação documental, afim de que as rotinas de fluxo da informação arquivísticas possam ser incorporadas por todos os Serviços.

Assim, realizamos um estudo que se fundamenta em constatações evidenciadas no HU/UFMA, que tem como base os resultados apresentados na monografia de especialização do Curso de Ciência da Informação da Universidade Federal do Maranhão, intitulada: Estudo de Demanda e Uso da Informação Clínica na Unidade Presidente Dutra do Hospital Universitário – Universidade Federal do Maranhão, com vistas à implantação do prontuário eletrônico⁷.

A primeira constatação refere-se à presença de ruídos de comunicação no processo do ciclo da informação clínica que foram detectados, através da obser-

vação dos usuários reais que freqüentaram os Arquivos Médicos no período de 1998 a 2001, para coletar dados nos prontuários para elaboração de trabalhos científicos. Alguns desses usuários fizeram relatos informais sobre os problemas que eram observados por eles, que dificultavam a coleta de dados como: ilegibilidade dos registros, padronização irregular, dificuldade de pesquisa e fragmentação da informação, o que impede a conclusão do raciocínio lógico⁷.

Esses problemas foram evidenciados nos resultados dos questionários aplicados no desenvolvimento da monografia.

A segunda constatação diz respeito à tramitação do prontuário durante e após o processo de internação do paciente. Problemas como: demora do prontuário no retorno ao Arquivo Médico, duplicidade de pastas em decorrência da demora, erro de arquivamento e dificuldade de acesso ao prontuário, também foram identificadas na pesquisa.

Nesse estudo, refletimos sobre a importância e necessidade de implantação de uma política documental e arquivística no HU/UFMA e da sua função social para a comunidade usuária. Analisamos, ainda, como a falta dessa política implica em uma ameaça constante de perda de prontuários, da informação, da cidadania e, conseqüentemente da memória científica da instituição. Assim, com base nas constatações evidenciadas esse estudo tem como objetivos:

Propor o desenvolvimento e implantação de uma política de arquivo, gestão e gerenciamento do prontuário para que as necessidades assistenciais do paciente, educacionais e administrativas do HU/UFMA sejam atendidas satisfatoriamente;

Propor a definição de uma política arquivística direcionada para o prontuário com a finalidade de disciplinar o fluxo da informação e posterior arquivamento dos referidos documentos;

Apontar diretrizes para a elaboração de normas, rotinas e manuais de procedimentos arquivísticos para o prontuário do paciente;

Propor um programa de educação e informação sobre política arquivística incorporadas às atividades científicas, a fim de tornar prioridade nas rotinas do hospital a preservação e fluxo adequado dos prontuários

os dos pacientes.

Para alcançar os objetivos da proposta foram adotados como procedimentos metodológicos: observação direta, aplicação de questionários e avaliação de desempenho das atividades funcionais realizadas no Setor de Arquivo Médico. O universo da pesquisa constituiu-se pelos Arquivos Médicos e os acervos de prontuários médicos correntes das Unidades Hospitalares Presidente Dutra e Materno Infantil.

Os questionários foram aplicados com a equipe de saúde e a Direção do Hospital. Na observação direta efetuaram-se registros das situações vivenciadas no dia-a-dia, referentes à coleta de dados nos prontuários efetuadas pelos usuários.

Os sujeitos da pesquisa, com exceção da Direção do Hospital, foram selecionados de forma aleatória nos Serviços Clínicos do Hospital, a partir de uma amostra de 30% que corresponde a (N = 68), referente ao total de (N = 227) sujeitos.

Foram avaliados o desempenho das atividades funcionais, as técnicas de arquivamento adotadas, sistema eletrônico de controle do fluxo prontuário e gerenciamento do acervo, a estrutura física dos arquivos, o mobiliário e a problemática existente, que deram origem ao diagnóstico da situação atual dos Arquivos Médicos.

Para desenvolver o estudo, realizamos pesquisa bibliográfica e documental, em que buscamos fontes de informação sobre o assunto. Utilizamos, também, os documentos disponíveis no Hospital como relatórios de gestão e portarias e pesquisa de campo, através de visitas técnicas a instituições congêneres em outros estados do Brasil.

A partir das reflexões amadurecidas no estudo, espera-se estabelecer o desenvolvimento de uma política que tenha ações e processos relacionados à gestão da informação clínica e do prontuário. Ao mesmo tempo, esperamos criar condições para a adequada formação e uso do patrimônio documental, estabelecendo assim, uma estreita relação com a gestão documental no que se refere à produção de informações administrativas, assistenciais e científicas, norteadas todas as demais atividades que estão implícitas.

CONCLUSÃO

A dificuldade em se implantar uma política documental reside, em grande medida, na ausência de uma cultura sobre o que é o patrimônio documental, qual a sua importância para a instituição e para a sociedade. Por que é necessário preservá-lo e para que? São inúmeros os questionamentos que subsidiam a estruturação de uma política de informação arquivística. Inicialmente, precisa-se conhecer a realidade do patrimônio documental do Hospital para que se possa entender a sua importância científica, legal e social. A implantação de uma política de informação arquivística só poderá alcançar os resultados almejados se a comunidade institucional tiver ciência da im-

portância desse patrimônio documental e estiver comprometida com o seu gerenciamento e preservação.

Por fim, podemos afirmar que o desenvolvimento de uma política de informação arquivística para o HU/UFMA trará inúmeros benefícios a comunidade, tais como, sensibilização sobre a função científica e social da informação arquivística, constituição de um patrimônio cultural e científico, viabilização da preservação da memória documental, garantia do exercício da cidadania e participação efetiva dos usuários internos (equipe de saúde e funcionários) no processo de socialização, organização e preservação da informação.

REFERÊNCIAS

1. Silva JA. *Instrumentos técnicos de gestão*. Arquivo Nacional[Capturado 2001 mar 28] Disponível em: http://www.coc.fiocruz.br/sigda/dadsa1_codclass2.html. 2p.
2. Diener JRC, Silva NM. Aspectos administrativos, éticos e legais do prontuário médico. *Arquivos Catarinense de Medicina*, 1994 jul./set Santa Catarina; 23(3): 181 – 183.
3. ILHA JO. O registro clínico computadorizado: funções e vantagens. *Revista Informédica* 1994 Campinas;1(7):5-10[Capturado 2000 set 1] Disponível em: <http://www.epub.org.br/informed/recclin2.html>
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM N. 1.638/2002:.. “ *Define o prontuário médico e torna obrigatória a criação de revisão de Prontuários nas instituições de saúde*”. Brasília: 2002. 2p.
5. Nogueira JL. *Prontuário médico: ética do sigilo e conservação*. In: Mello V L. Arquivo médico e sistema de arquivamento. São Paulo: CAVIGLIA & CIA LTDA; 1994. p. 30-34.
6. Sabatini RE, Ortiz J. MEDSARR: um sistema para a informatização integrada de clínicas. *Revista Informédica* 1994;2(10):5-12[Capturado 2000 abr 3] Disponível em: <http://www.nib.unicamp.br/~sabbatin>
7. Magalhães A L S. *Estudo de demanda e uso da informação clínica na Unidade Presidente Dutra do Hospital Universitário – Universidade Federal do Maranhão, com vistas à implantação do prontuário eletrônico*. [Monografia de Especialização]. São Luís(MA): Universidade Federal do Maranhão; 2001. 131p.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Rua Barão de Itapary, 227, Centro, São Luís – MA. CEP: 65.000.
 Email: magalhaesaluzia@hotmail.com - aluziamagalhaes@bol.com.br
 Instituição: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HU/UFMA.
 SAME, Setor de Arquivo Médico/UPD. Fone: (98) 2109-1036

Avós na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal: explorando possibilidades

Grandparents at the UTI Neonatal: exploring possibilities

Lívia Janine Leda Fonseca Rocha¹, Zeni Carvalho Lamy², Maria da Conceição Furtado Ferreira³

Resumo: Estudo de caso qualitativo, que objetiva compreender os efeitos decorridos da presença dos avós em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. A pesquisa, realizada na UTI Neonatal do Hospital Universitário Unidade Materno Infantil, priorizou a relação da mãe com a avó do bebê. Utilizamos a triangulação de instrumentos: fichas sociais das mães e prontuários dos bebês, observação participante e entrevistas semi-estruturadas com mães, avós e médicos, sendo as falas submetidas à análise temática. A partir desse material observamos, entre outras coisas: que as mães fazem às avós um pedido de serem maternadas, pois elas também sofrem; que a mãe-da-mãe, ao contrário da mãe-do-pai, se atribui a função de cuidar da filha para que esta cuide do bebê; e que os profissionais acham a visita dos avós importante, mas ainda demonstraram um desconforto com a presença deles. A entrada dos avós mostrou-se positiva, mas não deve ser encarada como uma simples “visita”, a função dos avós na UTI neonatal é uma construção gradual que envolve os próprios avós mas também os pais, os bebês e os profissionais.

Descritores: UTI Neonatal, Avós.

Abstract: Study of a qualitative case, that objectives to understand the effects of grandparents presence in a UTI Neonatal. The research, made at the UTI Neonatal of the Hospital Universitário Unidade Materno Infantil, gave priority to the relation of the mother with the baby's grandmother. It was used the relationship away three instruments: mothers' social files and babies records, sharing watch and “half-structured” interviews with the mothers, grandparents and doctors, making the words to be submitted to the subject matter analysis. From this material we observed, besides other things: that the mothers make a wish to the grandmothers, to be loved by them because they are also in pain; that the mother's mother, contrary to the father's mother, take care of her daughter so that she can take care of her baby; and that the professionals think that the grandparents' visit is important, but they fell uncomfortable with their presence. The entry of the grandparents is positive and it mustn't be seen just like a simple “visit”, the function of the grandparents at the UTI Neonatal is a gradual construction that involves the grandparents, but also the parents, the babies and the professionals.

Key-words: UTI Neonatal, Grandparents.

INTRODUÇÃO

A maternidade é uma construção, não se trata de algo inato nem instintual, e pode iniciar antes da gestação ou depois do parto, podendo concretizar-se ou não. No nascimento de um “bebê de risco” nada está dado de antemão. Na internação em UTI Neonatal, vários são os fatores que intervêm nessa construção: a separação precoce entre mãe e bebê, a perda das referências de tempo e de espaço, a desarticulação da referência familiar, a presença da equipe de saúde como um terceiro em um momento de construção do vínculo, entre outros, podem tornar essa tarefa bem difícil ou mesmo impossível. A mãe de um “bebê de risco” encontra-se em uma “tempestade psíquica” e, para construir sua maternidade, terá que “descolar a criança do horror do real e projetar sobre ela um futuro possível”¹. Nisso, por vezes, a forma da equipe acolher a mãe, de esta sentir-se apoiada e segura têm considerável influência. Cremos que uma das formas de auxiliar essa construção da parentalidade seja com a entrada dos avós na UTI Neonatal.

Assim, almejamos com esse estudo resgatar a função dos avós na UTI Neonatal, ressaltando que não se trata só de uma visita à mãe mas de uma presença na UTI para pais e equipe. Trazemos como pressuposto a idéia de que o avô, compartilhando a UTI, se torna um facilitador para as formações dos laços afetivos entre pais e bebês, ajudando na construção da maternidade e paternidade, bem como possibilita um olhar, por parte também do profissional, que vai além do biológico, um olhar humanizado.

Tivemos como objetivo geral analisar a presença dos avós no ambiente da UTI Neonatal, e como objetivos específicos: identificar as repercussões da participação dos avós nesse espaço, analisar a percepção da equipe e das mães sobre isso bem como a percepção dos avós acerca da sua entrada nesse espaço.

Com suas experiências, Benavides e Boukobza² nos apontam que algumas vezes “falar” não é suficiente para as parturientes: “Tínhamos o sentimento de que era preciso assistir, no real da sua vivência cotidiana, o

¹Mestre em Saúde e Ambiente. Psicóloga. Docente da UFMA

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

³Mestre em Psicologia Social.

casal mãe-bebê, dar um *continente* para que a palavra pudesse ter seu efeito". Da mesma forma que o bebê precisa de um *holding*^{3/4} o equivalente à noção de sustentar o bebê, no sentido físico e psíquico, até que tenha certa maturidade emocional e biológica para interagir com o mundo mais diretamente, sem passar pela figura materna^{3/4} a mãe, assaltada por um "desejo de dependência"⁴ que a faz buscar reviver a relação de dependência que outrora tivera com a própria mãe, necessita também de um "*holding* psicológico"⁵. Isto possibilita que ela se organize psiquicamente e faça a construção da maternidade para então ser mãe daquele bebê. E quem melhor para propiciar esse continente, esse *holding* "no real da vivência" do que a mãe-da-mãe inserida nessa vivência?

Os pais estão todos os dias na UTI, inseridos de outra forma nessa história e em contato direto com a

equipe, o que faz com que se identifiquem com o olhar da equipe e comecem a ver na incubadora mais o bebê-objeto-dos-cuidados-médicos do que seu bebê. Já os avós ^{3/4} não estando comprometidos com o "luto do bebê imaginário"^{6,7}, com a "ferida narcísica"⁸ e sem tanto contato com a equipe ^{3/4} podem lançar um outro olhar para o bebê, proferir outras palavras em torno do berço. Trazendo uma história que antecede, perpassa e vai além daquele bebê os avós podem inseri-lo nessa trama geracional, podem trazer palavras que possibilitem que advenha, para pais e equipe, um bebê-sujeito, capaz de trocas, um bebê cujo breve reflexo dos lábios é interpretado como um sorriso dado à família. Essa capacidade de humanizar o bebê é não só mais viável para os avós, como acreditamos que eles podem auxiliar pais e equipe a construir esse olhar.

MÉTODOS

Desenhamos uma pesquisa qualitativa, especificamente um estudo de caso, onde caso não mais se restringe a um indivíduo mas refere-se a um grupo, uma organização ou comunidade⁹ e cujos instrumentos foram a observação participante do campo, a saber a UTI Neonatal do Hospital Universitário Unidade Materno Infantil que realiza a visita semanal dos avós há mais de dois anos, e entrevistas semi-estruturadas com utilização do gravador após assinatura do consentimento informado. Entrevistamos médicos, mães e avós, submetendo o material à análise temática com os seguintes passos: a) leitura exaustiva e interrogativa do mate-

rial para apreensão das idéias centrais, b) constituição dos vários "Corpus" com a "leitura transversal" dos mesmos e "enxugamento da classificação por temas mais relevantes"¹⁰ e por fim, c) a análise final do material, dialogando com o referencial teórico em busca de respostas às questões teóricas bem como às suscitadas pelo campo.

Para Minayo¹⁰ o Discurso é um conceito teórico-metodológico e o Texto é um conceito analítico, é o discurso acabado para fins de análise. E desse texto, objeto completo de análise, que partem possíveis recortes, possibilidades interpretativas, o "Corpus".

RESULTADOS

A importância de ver o neto

As avós nos falaram da importância de ver o neto, "ver dá uma base" para tudo (Paulina): poder falar do bebê para a família, dar apoio à mãe, sentir-se inserido em todo esse processo que circunda o início da vida do neto, dissipar fantasias ou mesmo preparar-se para a morte do bebê. Trouxeram, também, em suas falas o bebê sujeito: "Quando toquei na mãozinha dela ela... começou a rir, olhou pra trás e começou a rir, não sei se é o meu pensamento ou se é a vontade de tá... (Celina); "A criança sente o carinho de quem tá ali ao redor dela... uma criança rejeitada, sem ninguém, fica assim um deficiente, sem carinho, sem calor nenhum" (Cleide).

Quanto às fantasias desfeitas com a entrada das avós, isso também apareceu na fala das mães dos bebês, apontando para a importância disso para elas, para a desarticulação de suas próprias fantasias: "eles falaram: 'tão magrinho ele, nossa!' Ela (avó) imaginou que ele fosse menor... e que estivesse muito feio... ela passou a perceber hoje que ele não é assim tão pequenininho como falavam" (Alexandra).

As mães apontam para uma mudança no olhar que enviam aos seus bebês bem como ao serviço como um todo, a partir da experiência da entrada dos avós.

Em sua entrevista, antes de falar sobre a entrada da avó, Aline falou que os bebês ficam muito sozinhos na UTI e quando perguntada como foi quando a avó entrou começa a falar que o bebê ficou muito "animado", a UTI, a avó e ela própria ficaram mais "animadas": "eu fiquei mais animada com a presença dela lá... ela falou o tempo todo no netinho dela, com quem ele se parecia, ela ficou muito animada". Para Ana o bebê que era "isolado" e "sem ânimo" ficou "aconchegado" e "familiar". Enfim, as mães puderam trazer, à medida que falavam das avós na UTI, um bebê-sujeito, um "bebê que sente a presença da avó" (Antônia, Alice, Augusta).

Os movimentos de autorização

Outro dado interessante que apareceu com a análise das falas foi o delicado movimento de autorizações entre mães e filhas. Carola nos dá um exemplo: "...eu disse: será que essa menina é minha filha (neta) mesmo?". Ela não foi a única avó a se referir, em vários momentos, ao neto como se fosse filho. Houve diferença no movimento de autorização se a mãe estava acompanhada pela própria mãe ou pela sogra. Primeiro, a busca de um culpado pelo nascimento prematuro ou pela internação do bebê apareceu somente na fala das avós paternas e, segundo, na fala destas apareceu um

cuidado que é dado mais diretamente ao bebê, sem incluir a mãe, enquanto nas avós maternas apareceu um cuidado que é dado à mãe para esta cuidar do bebê. Quando pergunto a Pâmela, avó paterna, a quem vai dar os cuidados de que me falava responde prontamente: “A menina, a mãe já é adulta, já tem noção da vida, não é” $\frac{3}{4}$ esta mãe estava internada em UTI, em estado grave, por problemas decorridos do parto de pouco mais de cinco meses. Patrícia, também avó paterna, diz: “ela não sossegava, eu avisei que devia ter repousado”. Já Carola, avó materna diz que vai ajudar “dando assistência pra minha filha, pra ela amamentar direitinho, pra ela ter carinho por ela (bebê), ter cuidado com ela... De mim eu passo pra ela pra ela passar pra filha dela”.

Esse movimento de autorização apareceu, também, entre avós e equipe: “vão me levar pra olhar mas ele não vai escapar, ‘só pra senhora olhar pra ver, pra senhora conformar a mãe’, isso que eu pensei” (Célia). Buscando autorizar-se, onde nem o espaço e nem o bebê parecem precisar dela, Paula opõe seu saber ao da equipe, reconhece esta mas a convoca a funcionar nesse lugar do saber e, portanto, do curar: “tô achando ele alegrezinho... Pra mim ele não tá doente mas... quem sabe é o médico, tá no critério dele... aí tá no querer de vocês, não é eu que mando quem manda é vocês, vocês é que sabem o que tá acontecendo com ele” (Paula).

Apesar dessas dificuldades as avós puderam trazer uma função dentro da UTI: “eu sei que a gente olha a neném pra mostrar a neném... É, falar, não é isso que eu tô dizendo? De mim eu vou dizer pra minha filha, pra minha filha passar pra ela, já olhei a minha netinha. Já da minha neta eu já vou passar pra minha mãe... Dizer que eu vi ela” (Carola). As mães, complementando a fala das avós, disseram que a função destas dentro da UTI é “criar”, construir um bebê-sujeito: “É passando pelo jeito de observar, de fazer carinho... Que vai se *criando* ele... ela (avó) passou a perceber hoje que... ele não é assim tão pequenininho como falavam” (Alexandra); “é difícil só eu como mãe pra *criar*” (Amanda).

Independente de estarem acompanhadas pela mãe ou pela mãe-do-pai, as mães acharam que é importante a avó entrar na UTI para ver que ela também sofre: “me senti mais... à vontade, porque você ta vendo, elas também... elas falando que era difícil pra mim como mãe... Esse sofrimento não é só ele, eu também” (Amanda); “ela viu a situação dele... a partir do momento que ela entrou já fez uma diferença... porque aí ela soube me compreender melhor, ver o que eu tô passando” (Augusta).

Nos movimentos de autorizações por parte das mães, vimos que a equipe deve ser cuidadosa para evitar ao máximo a confusão entre avós e mães, possibilitando que se demarque esses papéis. Duas mães nos trouxeram esse desconforto: “tudo o que os médicos passam pra mim passam pra ela também. Tudo o que eu sei a respeito dele, elas (as avós) também sabem, e

quando eu não venho elas vêm” (Amanda); “a avó me substituiu, ficou com ela esse tempo todinho fazendo o papel da mãe... é inexplicável... o momento de *ter* a minha filha” (Antônia). Algumas dessas confusões são inerentes a essas relações mas podem ser amenizadas ou potencializadas.

Paradoxalmente, as avós nos trouxeram um mal-estar, alertando que a escolha de um dia da visita se os inclui no processo também os desautoriza, como se nos outros dias não fossem importantes: “eu fui permitida pra entrar... *hoje* eu fui convidada pra mim vim olhar *meu* netinho” (Paula); “sexta-feira eu vim pra conhecer cheguei aqui aí fui barrada, não é barrada é porque... realmente não era dia da visita né, eu digo: ‘meu Deus, não era meu dia hoje de vim pra conhecer minha neta...’” (Celina). Essa foi uma das surpresas do campo. A equipe deve estar atenta a tais movimentos, buscando minimizar seus efeitos.

A equipe médica

Passemos à equipe médica. Nos falaram de uma “zoada” que fica, um certo mal-estar causado pela UTI e tudo que ela representa: “não é pela gravidade das crianças. Se você dá assistência, consegue equilibrar, você sai dali vai pra sua mesa, mas fica a zoada” (Glória); “você vive situações horríveis, crianças mal formadas, pai revoltado, ou talvez muita culpa nossa em...” (Márcia); “então eu não me sinto muito médica por isso” (Áurea).

A presença das avós convoca para um outro olhar que não o médico, “faz lembrar um pouco a visita domiciliar” (Áurea), mas é difícil, mais de uma vez falam do bebê que é só paciente: “elas (avós) chegam e olham o *paciente* delas, olham... os... os netinhos delas”, corrigiu-se a médica Márcia. Trouxeram que é difícil lidar com as avós: “como ela (avó) não está tão envolvida, ela vê mais, pergunta mais, questiona mais, tá mais livre das emoções, assim, de perto do bebê, então tem cabeça pra dizer: ‘quando é que ele vai ter alta, quando tem realmente alguma chance’, parece que tá mais lúcida nesse sentido, como ela vem uma vez por semana já vem... já não tá grudada né, então ela vê mais...” (Vitória). Entretanto acham a entrada das avós importante: “E se você não olha, só sabe que aquele bebê tá lá, tá olhando só de foto você não cria... eu acho que o amor é uma coisa de carne” (Márcia); “como é que a gente não permitia isso... ficava só na imaginação deles” (Vitória). Áurea ao falar que o avô “não é um profissional é um familiar, então o toque é diferente, a carícia, o modo de falar, não tem como a gente igualar isso”, aponta uma coisa importante: com a entrada das avós na UTI, com o “holding no real da vivência” que darão às mães, isso não torna desnecessário o holding da equipe, e vice-versa. Avós e equipe são importantes na construção da maternagem, cada um ocupando um lugar na história do bebê e seus pais.

DISCUSSÃO

Entrar na UTI sem dúvida não é uma experiência fácil. Entretanto, por vezes nos pareceu que as avós estavam lidando melhor com a situação — a presença delas na UTI — do que a equipe. Os profissionais falaram que a entrada dos avós é boa para o bebê e os pais, mas a análise de suas falas evidenciou que ainda se sentem inseguros quanto a essa presença: de um lado as avós falam do mal-estar do dia da visita e convocam a equipe para que salvem seus netos e do outro lado a equipe não sabe a melhor forma de lidar com elas, que estão mais lúcidas. Essa delicada relação entre a família e a equipe de saúde não deixa de ser também histórica, e temos que nos perguntar até onde não é influenciada por uma sociedade que não está preparada para lidar com as diferenças, as ambivalências.

A fala da equipe é, nesse ponto, contraditória pois por um lado vivem em um momento histórico onde a humanização tem sido o discurso operante e trabalham em um serviço que é centro de referência, e por outro lado herdaram uma formação que passa a idéia, mesmo que não conscientemente, de que o médico é o dono do espaço, aquele que estudou para salvar, para curar. A fala desses profissionais estão, em parte, amarradas em um discurso oficial, mas acreditamos que estão entrando em um momento de reflexões individuais de seu papel, pois eles não repetiram simplesmente, de forma automática, esse discurso oficial, a própria ambigüidade, o mal-estar que suas falas já demonstram quer dizer que, de alguma forma, os avós já conseguiram mobilizá-los. Enfim, o médico que, não raro, se porta como o dono do lugar, em uma posição distante do paciente, começa a escutar uma certa “zoada”.

Quanto às mães, nos falaram principalmente de uma avó que, agora compartilhando a experiência da UTI, pode perceber o quanto elas também sofrem, não só o bebê. Entendemos que faziam um pedido de maternagem: elas também precisavam ser cuidadas, o que confirma a função que estivemos construindo para as avós nos capítulos teóricos: o “holding psicológico”, o “desejo de dependência”. Esse pedido não deixa de estar em qualquer maternidade, mas na de um bebê de risco, talvez mais do que em qualquer outra, maternar

a mãe pode implicar em se constituir ali uma mãe para um bebê, ou, quiçá, um ato de abandono. E é interessante observarmos que, se da parte das avós houve diferenças quanto a sua função $\frac{3}{4}$ para a mãe-da-mãe trata-se de um cuidado para a filha para esta cuidar do filho e para a mãe-do-pai de um cuidado mais direto ao bebê $\frac{3}{4}$ da parte das mães não houve diferença: a importância dos avós entrarem é poderem ver que elas também sofrem, um pedido que se manifestou independente delas estarem sendo acompanhadas pela sua mãe e/ou sogra. O que implica que realmente esse pedido é inerente à maternagem mas que talvez seja mais intenso quando atravessada pela internação em UTI Neonatal.

Outro ponto interessante, que complementa a função dos avós na UTI, foi, de um lado, a mãe nos falando que a função da avó era ajudá-la a “criar” o bebê, um criar que refere-se a construí-lo enquanto um bebê-sujeito, e do outro, a mãe-da-mãe nos dizendo que sua função era passar para a filha para esta passar ao bebê, o que seria algo como inscrevê-lo nessa linha transgeracional, inscrever a diáde nessa história que a precede mas que também é sua. Falas que se complementam e mostram a importância dos avós na constituição de um bebê-sujeito.

A análise da presença das avós na UTI Neonatal nos levou à construção da sua função nesse lugar, construção gradual e que atravessa tanto o discurso da equipe quanto o dos pais do bebê. Nisso ressaltamos que a entrada dos avós, embora chamada oficialmente pelo serviço de visita, é muito mais do que simplesmente “visita”. As avós funcionam tanto na construção de um bebê para uma mãe e uma equipe, quanto de uma mãe para um bebê. Trata-se de um funcionamento não só como avó mas como pais-dos-pais. Então, o que se vem discutindo como maternagem ampliada não é uma função constituída somente a partir da figura dos avós e nem da permissão para entrar na UTI, mas é uma função importante construída a partir dos discursos dos avós, das mães e da equipe, nos movimentos de autorizações entre eles, no que um diz ao outro que possibilita ou impossibilita construções, nas fantasias, nas expectativas, nas histórias que constitui cada um deles e que agora se entrelaçam.

REFERÊNCIAS

- 1 Mathelin C. *Prática analítica em neonatologia*. In: Palavras em torno do berço. D B W(Org). Salvador: Ágalma; 1997. (Coleção de Calças Curtas, 1).
- 2 Benavides F, Boukobza C. *A clínica do holding*. In: Palavras em torno do berço. D B W (Org). Salvador: Ágalma; 1997. (Coleção de Calças Curtas, 1).
- 3 Winnicott DW. *Da pediatria à psicanálise*: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago; 2000.
- 4 Brazelton TB. *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*: Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.
- 5 Stern D. *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebês*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
- 6 Winnicott D W. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
- 7 Morsch D S. *O desenvolvimento afetivo em situações de alto risco neonatal*: um estudo

- sobre o processo de interação.[Dissertação].Rio de Janeiro(RJ): - Pontifícia Universidade Católica;1990.
- 8 Diniz A, Góes C. *Avaliação de questões relacionadas ao atendimento da equipe em uma unidade de cuidados intensivos neonatais sob a perspectiva dos pais após a alta*. In: Agora eu era o rei. D B W (Org). Salvador: Ágalma; 1999.
- 9 Becker HS. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: HUCITEC; 1993.
- 10 Minayo M C S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1992.
- (Coleção de Calças Curtas, 2).

Conhecimento de caminhoneiros em DST/AIDS

Truck drivers' STD/AIDS awareness

José de Ribamar Teixeira Assunção Filho¹, Dorlene Cardoso de Aquino²,
Arlene de Jesus Mendes Caldas³

Resumo: Realizou-se estudo descritivo com o objetivo de investigar o conhecimento dos caminhoneiros sobre as DSTs/Aids. A amostra foi constituída por 31 caminhoneiros que se encontravam no momento da coleta, nos postos de combustíveis no KM 7 da BR 137 em São Luís-MA e que aceitaram participar do estudo. Utilizou-se um questionário com perguntas referentes aos dados socioeconômicos, práticas sexuais, tipo de DST, meios de prevenção e modo de transmissão. Observou-se que a maioria dos entrevistados era casado, procedente de outro Estado, na faixa etária entre 31 a 50 anos, com ensino fundamental incompleto ou ensino médio completo. Quanto ao tipo de DST, todos citaram a gonorréia, 77,4% a sífilis e 96,8% o cancro mole, porém alguns relataram outras doenças: tifo (29%), tuberculose (29%) e varicela (16%) como sendo DST. O uso freqüente de preservativo nas relações sexuais foi relatado por 58%, 26% às vezes e 16% nunca usavam. Concluiu-se que os caminhoneiros apresentam comportamento de risco para as DST/Aids e que ações preventivas devem ser intensificadas tanto para os caminhoneiros como para sua família.

Descritores: Caminhoneiro; DST/Aids; Conhecimento.

Abstract: A descriptive study aiming at investigating Truck Drivers' STD/Aids awareness was undertaken. The study subjects were 31 Truck Drivers in Gas Stations along Federal Highway 137 in the County of São Luis, who agreed to participating on the trial. A form with questions referring to social economical data, sexual practices, types of STD's, prevention and transmission means was filled out. It was observed that most of the interviewees were married, were from other States, with a mean age of 31 to 50 years old, either with incomplete Elementary School or completed High School. As to type of STD, all of them cited gonorrhea, 77.4% cited syphilis, and 96.8% cited Cancroids, some of them, however, mentioned other diseases such as typhus (29%), tuberculosis (29%), and **varicela** zoster (16%) as being STDs'. Frequent use of condoms during sexual intercourse was reported by 58%, occasional use by 26%, and never used, 16%. It is concluded that Truck Drivers presented risk behavior for STD/Aids and that preventive measures must be put forwards both for Truck Drivers and their families.

Keywords: Truck-driver; STD/Aids; Awareness

INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) são infecções transmitidas de pessoa a pessoa durante o ato sexual, geralmente, no coito propriamente dito ou nos atos que o cercam e são causados por vírus, bactérias ou outros microorganismos. Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento das DSTs na década de 80 ocorreu um recrudescimento não só nas doenças clássicas como sífilis, gonorréia, cancro mole, linfogranuloma venéreo e donovanose como também o surgimento da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids)¹.

A Aids fez com que aumentasse a conscientização pública em relação à importância das DSTs e os riscos de práticas sexuais não seguras. As DSTs são prevalentes em todos os segmentos da sociedade, mas a prevalência é mais alta em pessoas sexualmente ativas, com grande números de parceiros e realizando práticas sexuais variadas².

Recentemente as DSTs têm sido consideradas como causas significativas de morbidez a longo prazo, em virtude de suas complicações sobre a saúde

reprodutiva (esterilidade masculina e feminina; impotência masculina; inflamação no útero, trompas e ovários; câncer no colo de útero e no pênis; prematuridade; aborto e morte fetal; recém-nascido com baixo peso ou morte ao nascimento)^{1,3}

No Brasil, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorrem 12 milhões de casos novos por ano, sendo que a notificação da maioria das DSTs não é compulsória, e por outro lado há um grande número de pessoas que buscam tratamento em farmácias e com amigos⁴.

A atividade sexual sem preservativo, o grande número de parceiros sexuais e práticas sexuais variadas, determinam o risco de adquirir uma DST. A maior prevalência da gonorréia é em jovens solteiros entre 15 a 30 anos e com baixo nível de escolaridade. Convém ressaltar que as infecções mistas são freqüente nas pessoas acometidas por DSTs. Cerca de 20% dos homens com gonorréia, também, apresentam infecção uretral por clamídia, e 30 a 50% das mulheres com gonorréia têm infecção cervical por clamídia.^{1,2,5}

¹ Enfermeiro.

² Mestre em Saúde e Ambiente. Enfermeira. Docente da UFMA.

³ Doutora em Patologia Experimental. Enfermeira. Docente da UFMA.

Estudos realizados em mulheres com vaginites demonstraram que 15% dos casos eram causados por infecções mistas, com combinação de *cândida*, *trichomonas* e *gardnerella vaginalis*². Isto nos mostra que a coexistência de infecções mistas sexualmente adquiridas pode ser devido a multiplicidade de parceiros sexuais. As DSTs podem agravar mais a situação da epidemia de Aids quando sua prevalência entre os caminhoneiros é alta. Estes profissionais intineirantes apresentam comportamento de risco para aquisição de doenças infecto-contagiosa. Os caminhoneiros por viverem se deslocando de um lugar para outro durante

dias ou mesmo semanas longe de família, utilizam os postos de gasolina como dormitórios, onde, por sua vez, existe um fluxo elevado de profissionais do sexo. Isso contribui o contato com parceiros eventuais sem uso de preservativo. Além do mais, os postos de combustível são localizados em BR, dificultando ainda mais o acesso do caminhoneiro aos serviços de saúde.^{3,6}

Diante do exposto, fez-se necessário a realização do presente estudo com o objetivo de investigar o conhecimento, comportamento e práticas sexuais dos caminhoneiros em relação às DSTs/Aids.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo com caminhoneiros que utilizavam os postos de combustíveis localizados na BR135 no Km-7 e 8.5 em São Luís-MA. Estes postos além de serem utilizados para abastecer e fazer manutenção do caminhão servem também, para os caminhoneiros realizarem suas necessidades de higiene e limpeza, sono e repouso, alimentação, comunicação entre outros.

A população do estudo foi constituída por 31 caminhoneiros que se encontravam no local no momento da aplicação do instrumento e que concordaram em aceitar participar do estudo, assinando um termo de

consentimento livre e esclarecido. O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário/UFMA.

Utilizou-se um questionário com perguntas abertas e fechadas em relação à identificação, conhecimento sobre DSTs/Aids, comportamento sexual e meios de prevenção. Realizou-se um piloto do instrumento para averiguar a sua adequação ao estudo em apreço.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a julho de 2003 pelos pesquisadores. Os dados foram tabulados e analisados no programa EPI-INFO versão 2003.

RESULTADOS

Quanto à procedência, aspecto demográfico e socioeconômico observou-se que 93,5% dos caminhoneiros eram de outros Estados; 74,2% eram casados; 58,2% com idade variando entre 31 a 51 anos; 32,3%

tinham ensino fundamental incompleto e outros 32,3% concluíram o ensino médio (Tabela 1).

Em relação ao número de filhos e renda, verificou-se que 61,2% tinham entre 2 a 4 filhos, 48,5% apresentaram renda de 2 a 4 salários mínimos (Tabela 1). A maioria dos caminhoneiros (87%) informou que já ouvira falar em DSTs/Aids por meio da mídia (48%) e de palestras (34%) (Tabela 2)

A Tabela 3 apresenta a distribuição das respostas dos caminhoneiros referentes ao conhecimento sobre os meios de transmissão de DST/Aids. As questões que tiveram 100% de acerto foram: sexo anal e vaginal sem preservativo e compartilhamento de seringas usadas. Em segundo lugar, apareceu a transfusão de sanguínea com 96,8%.

Quanto às possibilidades de contrair DST/Aids, observou-se que 96,8% dos entrevistados afirmaram que um único contato sexual é suficiente para adquirir a

Tabela 1: Características demográficas dos caminhoneiros. São Luís-MA, 2003.

Características	f	%
Naturalidade		
Maranhão	2	6,5
Outros Estados	29	93,5
Estado civil		
Casado	23	74,2
Solteiro	6	19,4
Divorciado	2	6,4
Idade (anos)		
21 a 30	7	22,5
31 a 50	18	58,2
51+	6	19,3
Escolaridade		
Analfabeto	1	3,2
Ensino fundamental incompleto	10	32,3
Ensino fundamental completo	7	22,5
Ensino médio incompleto	2	6,5
Ensino médio completo	10	32,3
Ensino superior incompleto	1	3,2
Número de filhos		
Nenhum	5	16,1
Um	5	16,1
2 a 4	19	61,2
5+	2	6,5
Renda (salário mínimo)		
Um	1	3,2
2 a 4	15	48,5
5 a 10	13	42,0
>10	2	6,5
Total	31	100,0

Tabela 2: Meios de obtenção das informações sobre as DSTs/Aids. São Luís-MA, 2003

Variáveis	f	%
Ouvir falar em DST/AIDS		
Sim	27	87,0
Não	4	13,0
Como obteve a informação		
Mídia	15	48,0
Palestras	10	33,0
Amigos	5	15,0
Ignorado	1	4,0

doença, principalmente se for com homens homossexuais ou profissionais do sexo feminino.

Observa-se na Tabela 4 que 80,6% dos entrevistados não usam preservativos quando a parceira é a namorada fixa ou esposa, 12,9% quando a parceira tem boa aparência e 3,2% quando a parceira é virgem. Para 54,8% dos entrevistados o uso do preservativo diminui o prazer, 51,6% relatam que incomoda e estraga o prazer.

No que diz respeito aos tipos de DSTs, observou-se que todos os entrevistados citaram a gonorréia como DST; 96,8% o cancro mole; 77,4% a sífilis. Por outro lado, observou-se também, que alguns caminhoneiros relataram o sarampo 19,4%), tuberculose (29%), tifo (29%), varicela (16%) e caxumba (6,5%) como sendo DSTs.

Tabela 3: Perguntas sobre conhecimento da transmissão de DST/Aids e distribuição percentual das respostas corretas. São Luís-MA, 2003.

Perguntas	Resposta correta	f	%
DST			
Uso de sanitários	"Não pega"	22	71,0
Banhos de piscinas	"Não pega"	27	87,0
Uso de roupa íntima	"Não pega"	21	68,0
Acento de ônibus	"Não pega"	26	84,0
Sexo sem preservativo	"Pega"	31	100,0
Beijo	"Não pega"	20	64,5
Aids			
Beijo	"Não pega"	21	67,7
Sexo oral	"Pega"	22	71,0
Sexo anal sem preservativo	"Pega"	31	100,0
Sexo vaginal s/ preservativo	"Pega"	31	100,0
Seringas usadas	"Pega"	31	100,0
Transfusão de sangue	"Pega"	30	96,8
Doando sangue	"Não pega"	12	38,7

DISCUSSÃO

O Ministério da Saúde² realizou um estudo sobre as DSTs/Aids com os motoristas do Porto de Santos, em 1998, que revelou baixa escolaridade e pouca informação sobre as DSTs semelhante, portanto, aos nossos resultados. Por outro lado, a Coordenação Nacional de DST/Aids mostra que a pessoa casada também mantém relações sexuais eventuais com profissionais do sexo e o uso do preservativo varia de acordo com o grau de escolaridade. Quanto mais baixa a escolaridade menor uso de preservativo.

Estudos têm demonstrado que as práticas sexuais variam em função do nível socioeconômico³. As regiões Norte e Nordeste apresentam percentuais elevados de caminhoneiros com nível de escolaridade baixo, fazendo uso de drogas (ribite) e com mais parceiros sexuais eventuais sem preservativo. Enquanto que os caminhoneiros das regiões Sudeste e Sul possuem nível de escolaridade mais elevado e nos encontros sexuais eventuais quase sempre usam preservativo³.

Observa-se que a obtenção da informação por meio de campanhas é mais de mobilização e sensibilização da população, porém de certa forma produzem mudanças de comportamento e incorporação de meios de prevenção. Cem por cento dos caminhoneiros

informaram que sexo anal e vaginal sem preservativo, e compartilhamento de seringas usadas contribui para a transmissão de DST/Aids. Observou-se que o comportamento do caminhoneiro diante de uma relação afetiva baseia-se na confiança e fidelidade da parceira, condição essa insuficiente para prevenir uma DST/Aids. Até hoje, existem pessoas que acreditam que as DST/Aids são restritos aos chamados "grupos de risco" (travestis e profissionais do sexo)^{1,5,6,7}.

O preservativo é o método mais simples de prevenção das DST/Aids, além de permitir relacionamentos sexuais seguros. Em casos de ejaculação precoce o preservativo é utilizado para retardar o tempo de ejaculação, também é capaz de evitar a gravidez sem, no entanto, furtar o prazer do ato sexual.^{1,4}

Os programas educacionais servem para informar e conscientizar sobre as relações sexuais seguras para os indivíduos com vida sexual ativa. Por isso a necessidade de incorporar oficinas de sexo seguro, assim como manuais de informações devem ser destinados às populações diferenciadas, tratando desta forma cada grupo alvo no que se refere às práticas de seguro.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que os caminhoneiros apresentam comportamento de risco para as DST/Aids e que ações

preventivas devem ser intensificadas tanto para os caminhoneiros como para sua família.

REFERÊNCIAS

- 1 Passos MRL. *Doenças sexualmente transmissíveis*. 4 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1995.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 4 ed. Brasília; 2001.

-
- | | | | |
|---|--|---|--|
| 3 | Dados e Pesquisas DSTs e Aids[capturado 2003 abr 4] Disponível em: < http://www.Aids.Gov.br > Aids.gov.br>. | 6 | História das DSTs[capturado 2003 abr 16] Disponível em: < http://www.falando-seriosobredrogas.org.br/dst.htm >. |
| 4 | Amato Neto V, Silveira JL. <i>Doenças transmissíveis</i> . 3 ed. São Paulo: Sarvier; 1991. | 7 | Admora AA. <i>Doenças sexualmente transmissíveis</i> . 2 ed. São Paulo; Organização Andrei; 1998. |
| 5 | Harrison. <i>Medicina Interna</i> . 14 ed. Rio de Janeiro: Gron Mill; 1998. | | |

O papel do enfermeiro na reforma psiquiátrica

The role of nurses in the psychiatric reform

Valéria Cristina Menezes Berrêdo¹, Violante Augusta Batista Braga²

Resumo: Estudo exploratório de fundamentação bibliográfica com o objetivo de descrever a história da inserção do enfermeiro na área de psiquiatria e seu papel na atualidade frente ao processo de Reforma Psiquiátrica. Demonstra-se nesse estudo as várias fases pelas quais a enfermagem psiquiátrica brasileira passou e as influências exercidas sobre o papel do enfermeiro até os dias atuais. Percebe-se a necessidade de que o enfermeiro avance em direção a um novo perfil que esteja ajustado ao novo modelo de assistência preconizado pela Reforma Psiquiátrica. Esse estudo fornece subsídios para melhoria da qualidade da assistência de Enfermagem.

Descritores: Psiquiatria, enfermeiro, reforma psiquiátrica.

Abstract: An investigative study of bibliographical grounding aiming at describing the history of the nurses' incorporation in the psychiatric field, and his/her role nowadays in the Psychiatric Reform process. The study shows the various stages which the Brazilian psychiatry nurse experienced, as well as the influences wielded on the nurses' role play up to now. The need for the nurse to advance towards a new profile adjusted to the new assistance model recommended by the Psychiatric Reform is observed. The present study points ways to improve Nursing assistance quality.

Key words: Psychiatry; nurse; psychiatric reform

INTRODUÇÃO

O Interesse por esse estudo emergiu da nossa experiência profissional em seis anos trabalhando como enfermeiras em um hospital psiquiátrico. Nesse período, acompanharam-se algumas mudanças na área que vêm ocorrendo com o advento do processo de Reforma Psiquiátrica, implicando em melhorias na estrutura física da Instituição e discreta modificação na qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Este estudo é produto da pesquisa sobre a "Prática do enfermeiro no hospital psiquiátrico: uma avaliação na perspectiva da reforma psiquiátrica". O presente estudo teve por objetivo descrever a história da inserção do enfermeiro na área de psiquiatria e seu papel na atualidade frente ao processo de Reforma Psiquiátrica, em implantação em todo o país.

Pensando na reestruturação da assistência psiquiátrica e em suas repercussões, em nosso meio, pretendemos fazer a articulação desse processo com a prática do enfermeiro, recuperando aspectos históricos que consideramos importantes e significativos, para a compreensão das transformações previstas na assistência psiquiátrica e sua influência sobre o trabalho do enfermeiro.

A atenção ao doente mental: breve resgate histórico da enfermagem psiquiátrica

Em 1882, surge a primeira escola de enfermeiros na área de Psiquiatria dos Estados Unidos, no McLean Hospital, em Waverly, Massachusetts. Porém,

sua abordagem era principalmente de custódia com ações voltadas para o atendimento às necessidades físicas dos pacientes, incluindo cuidados com a higiene, administração de medicação e nutrição. Linda Richards, tida como sendo a primeira enfermeira psiquiátrica norte-americana que aprimorou cuidados de Enfermagem nos hospitais psiquiátricos e organizou práticas de Enfermagem e programas educacionais em manicômios públicos, nos Estados Unidos, dava ênfase à avaliação das necessidades tanto físicas quanto emocionais do indivíduo¹.

O papel do enfermeiro psiquiátrico começou a surgir no início da década de 50, e em 1958 foram descritas por Peplau, as seguintes funções dos enfermeiros psiquiátricos:

- a) Lidar com os problemas de atitude, de humor e de interpretação da realidade dos pacientes;
- b) Explorar pensamentos e sentimentos perturbadores e geradores de conflitos;
- c) Usar os sentimentos positivos do paciente para com o terapeuta para propiciar o equilíbrio psicofisiológico;
- d) Aconselhar os pacientes em emergência, incluindo pânico e medo¹.

Podemos dizer que as idéias de Peplau, ainda na década de 50, em relação ao papel do enfermeiro na Psiquiatria, demonstram uma visão muito profunda e precoce dos atuais preceitos da reforma sobre a assistência ao paciente portador de transtorno mental, não só em relação ao papel do enfermeiro, mas de todos

¹Mestre em Enfermagem. Docente da UFMA.

²Doutora em Enfermagem. Docente da UFC – CE.

os profissionais da área. Desta forma, consideramos que, inversamente as precoces idéias de Peplau, encontra-se a atual situação da assistência de Enfermagem nos hospitais psiquiátricos nos quais a resistência é refletida na falta de mudanças concretas e numa assistência sem fins terapêuticos.

O início da atividade psiquiátrica no Brasil deu-se com a criação do Hospício Pedro II no Rio de Janeiro, em 1852, quando a Enfermagem também teve sua inserção na Psiquiatria².

Com Florence Nightingale e sua idéia de que a Enfermagem devia manter o paciente nas melhores condições possíveis para que essa pudesse agir, surge a Enfermagem Moderna. Após sua volta da Guerra da Criméia, é criada a primeira escola de formação de enfermeiras da Europa, em 1860, no Saint Thomas Hospital, em Londres³.

Florence Nightingale define a Enfermagem como: a ciência e a arte de cuidar do outro, nas situações de sofrimento e de prazer que permeiam a vida das pessoas, no seu continuum saúde doença [...] a Enfermagem, como ciência, procede na prática pelo modelo interativo, convivendo com o inacabado, com a multifinalidade, com as diferenças, com a ambigüidade e com a incerteza⁴.

Entretanto, a Enfermagem moderna, nascida durante a guerra nos hospitais militares, apropriou-se de um poder disciplinar que até hoje faz parte das características fundamentais da profissão, garantindo aos hospitais a vigilância, o controle e o registro do tempo e do espaço dos doentes⁴. E o papel dos técnicos, nessa Instituição total, seria o de perpetuar a violência que a sociedade exercia sobre a pessoa em sofrimento mental, atenuando-lhe as reações em relação à mesma e que a autoridade exercida por esses sobre o doente mental lho aniquilou⁵. Referente a esse fato, perguntamos o que teria mudado até os dias de hoje?

No Brasil, somente em 1890 surge a primeira escola de Enfermagem criada junto ao Hospital de Alienados no Rio de Janeiro, a qual visava preparar enfermeiros para serviços sanitários e assistenciais em hospitais psiquiátricos, civis e militares⁶. Porém, o ensino prático em Enfermagem psiquiátrica só ocorreu em 1949, com estágio no Hospício Engenho de Dentro, pela Escola de Enfermeiras Dona Anna Nery (fundada desde 1923), quando foi promulgada a Lei nº 775 que tornou obrigatório o ensino teórico e prático através da disciplina Enfermagem em Clínica Neurológica e Psiquiátrica^{7,8}.

Com a História da Enfermagem psiquiátrica brasileira, influenciada pela Enfermagem moderna, observamos que, ao longo dos anos, permanece a necessidade de desincorporar a herança pautada na vigilância e controle do doente, para que possa haver contribuição para melhora concreta desse, enfocando, em primeiro lugar, o cuidado daquele que sofre.

A despeito de todas essas questões que envolvem e influenciam a Enfermagem psiquiátrica encontramos uma grande contribuição para o crescimento dessa, ainda no ano de 1952, quando surgiu o trabalho pioneiro de Hildegard Peplau, preconizando o relaciona-

mento terapêutico enfermeira-paciente como instrumento básico da assistência de Enfermagem psiquiátrica, que passa do enfoque voltado aos cuidados físicos (higiene, limpeza), à vigilância e contenção, para centrar-se nas relações interpessoais⁹.

Para Peplau, o objetivo da Enfermagem psiquiátrica é auxiliar o paciente em sofrimento mental a desenvolver seu potencial para viver produtivamente na comunidade, e por esse motivo, a enfermeira deve familiarizar-se com as técnicas interpessoais de comunicação¹⁰. Dessa forma, ele deixa de ser um "peso" para a família, além de tornar-se um cidadão em condições de cuidar de si próprio, obtendo com isto um olhar diferente da sociedade e família em relação à sua pessoa e à sua doença.

Com essa contribuição surge a perspectiva de a assistência de Enfermagem ao paciente em sofrimento mental mudar qualitativamente, o que influenciou vários autores.

Segundo Miranda⁷ "[...] a Enfermagem como ciência, procede na prática pelo modelo interativo, convivendo com o inacabado, com a multifinalidade, com as diferenças, com a ambigüidade e com a incerteza". Para a autora, a Enfermagem tem um papel terapêutico baseado no relacionamento estabelecido com o paciente a partir da compreensão do significado do seu comportamento.

Pode-se compreender que, nos diversos conceitos sobre o papel do enfermeiro, encontramos uma relevância significativa dessa no trabalho desenvolvido junto à equipe multidisciplinar para melhoria da assistência e qualidade de vida do ser em sofrimento mental.

O papel do enfermeiro e sua relação com os preceitos da reforma psiquiátrica

Muito embora a Enfermagem Psiquiátrica não tenha sido criada com o objetivo de melhorar a assistência ao doente mental, fato que se observa analisando a História, hoje há uma obrigatoriedade de que esta avance em direção a um novo perfil que esteja ajustado ao novo modelo de assistência preconizado pela Reforma Psiquiátrica.

De acordo com Fraga¹¹, para que o enfermeiro avance na direção de um novo perfil no âmbito da reforma psiquiátrica são de fundamental importância:

acessibilidade aos novos serviços para realização dos treinamentos, instituições formadoras empenhadas em processar a qualificação esperada e uma categoria organizada para transformar a meta traçada em uma de suas estratégias nacionais.

A autora coloca ainda que um dos muitos desafios para os trabalhadores de saúde mental, em especial para os enfermeiros, frente à reforma psiquiátrica, é a ampliação e diversificação da rede de assistência de modo que o indivíduo se mantenha integrado à família e ao trabalho, decidindo sobre si mesmo, como sujeito de sua própria história¹¹.

O novo conhecimento desenvolvido pela Enfermagem aponta como principal preocupação não só a

patologia, mas o ser humano, doente ou não, experienciando o processo saúde-doença com enfoque na promoção do bem-estar e da saúde¹².

A nova concepção de tratamento no campo da Psiquiatria, com o advento da reforma, entre outras, está na questão de descartar a “solução cura” e “ocupar-se com o paciente”, onde o papel do enfermeiro e de outros profissionais não pode estar limitado a uma técnica que se afirma numa ciência básica, mas num trabalho que depende da capacidade desses de se organizarem em equipe para cuidar, de uma forma criativa, das demandas singulares do paciente¹³.

Sabemos, entretanto, que no campo da Psiquiatria, a prática da Enfermagem direcionada pelos preceitos da reforma, está ainda em construção dentro de cada serviço e com cada trabalhador de Enfermagem¹⁴. É preciso, então, que o enfermeiro conheça os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Italiana, que implica em desinstitucionalização, em que a reforma brasileira está baseada.

A desinstitucionalização é entendida como um trabalho prático de transformação que contempla:

1. A ruptura do paradigma clínico e a reconstrução da personalidade – probabilidade;
2. O deslocamento da ênfase no processo de ‘cura’ para a ‘invenção de saúde’;
3. A construção de uma nova política de saúde mental;
4. A centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global;
5. A construção de estruturas externas totalmente substitutivas à internação do manicômio;
6. A não-fixação dos serviços em um modelo estável, mas em um modelo dinâmico e em transformação;
7. A transformação das relações de poder entre a instituição e os sujeitos;
8. O investimento menor dos recursos em aparatos e maior nas pessoas;
9. O cuidado como elemento – chave para transformar os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ em sua concretude no cotidiano;
10. A mobilização de todos os atores envolvidos – técnicos e pacientes: isto irá produzir comunicação,

solidariedade e conflitos, ingredientes fundamentais para a mudança das estruturas e dos sujeitos.

11. Promoção da capacidade de auto-ajuda e de autonomia das pessoas;

12. O enriquecimento das competências profissionais e espaços de autonomia e decisão;

13. A demolição da compartimentalização das terapias (médica, psicológica, social, farmacológica);

14. A valorização da dimensão afetiva, na relação terapêutica, de figuras não profissionais no campo, a atualização de esforços sociais e;

15. A liberdade e terapêutica¹⁵.

Além de conhecer esses pressupostos, o enfermeiro precisa ainda saber seu papel específico para desenvolver sua prática de forma ajustada ao novo modelo de assistência preconizado pela reforma psiquiátrica.

É bem verdade que os enfermeiros que trabalham nos hospitais psiquiátricos tradicionais, voltados para o lucro, têm poucas chances de desenvolver uma prática voltada para os interesses da clientela, porém esse fato não deve justificar a acomodação a uma realidade que reflete um comportamento profissional passivo, omissivo e até mesmo cúmplice. Porém, com imaginação as enfermeiras podem oferecer uma assistência de qualidade ao paciente com transtorno mental, mesmo que haja descaso da instituição em relação ao cuidado¹³.

Observamos nas falas desses autores citados a grande importância do papel e da capacidade do enfermeiro para ajudar o paciente em sofrimento mental a enfrentar a doença mental e diante de todos esses pressupostos e da luta pela modificação da assistência ao paciente em sofrimento mental, encontramos a possibilidade de transformação do sofrimento psíquico através da modificação da prática dos profissionais da área psiquiátrica e, dentre eles, podemos dizer que o enfermeiro com seu papel terapêutico pautado no processo interpessoal pode, com criatividade, juntamente com o paciente, ajudá-lo a desenvolver seu potencial para ter uma vida mais saudável, embora convivendo com a existência da doença mental.

CONCLUSÃO

Consideramos importante a retomada de alguns conceitos e a descrição de momentos marcantes na história da assistência à pessoa em sofrimento mental, reconstruindo o cenário no qual o enfermeiro está inserido e possibilitando melhor aproximação da realidade da atenção prestada na atualidade.

Não há um ponto final, uma norma previamente definida a ser alcançada como marco do fim da intervenção. Desta forma, compreendemos que através de uma assistência voltada para os interesses do paciente pode-se chegar a contribuir significativamente, como profissional para sua autonomia e que o papel do enfermeiro no campo da Psiquiatria não é somente importante e significativo, mas essencial no contexto multidisciplinar.

Embora na Reforma esteja prevista a superação do modelo hospitalar, não vislumbramos, em curto prazo, a extinção de tais instituições. Porém, mudanças radicais deverão ser realizadas, não só em sua estrutura física, mas, principalmente, no modo de perceber e tratar as pessoas em sofrimento mental, os envolvidos nesse processo, entre eles profissionais, pacientes, famílias, sociedade civil e poderes constituídos.

Esperamos que o retrato da Enfermagem Psiquiátrica possa continuar mudando e tornar-se mais colorido, mais belo, mais atraente, mais feliz e eficiente, a ponto de influenciar outros profissionais a também pintarem uma nova paisagem e escreverem uma nova história da assistência à pessoa portadora de so-

frimento mental; uma nova obra que tenha como protagonista àquele que sofre, em toda sua individualidade,

totalidade e jeito único de manifestar-se, sendo percebido em sua “existência-sofrimento”.

REFERÊNCIAS

- 1 Stuart GW. *Papéis e funções dos enfermeiros psiquiátricos: cuidado competente*. In: Stuart GW, Laraia M T. *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática*. 6. ed. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 31- 45.
- 2 Amaral A. *A enfermagem psiquiátrica na realidade brasileira: desafio entre o saber e o fazer*. [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): EEAN/ Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1990.
- 3 Rocha VLF. Políticas e programas de saúde mental no país: aspecto técnico, científico e ético. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1993, Recife. *Anais...* Recife: ABEN, 1994. p.189-197.
- 4 Miranda CL. *Oparentesco imaginário*. São Paulo/ Rio de Janeiro: Cortez; UFRJ, 1994.
- 5 Basaglia F. (Coord.). *A instituição negada*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
- 6 Gross H B, Casagrande LDR. Enfermagem psiquiátrica como disciplina de graduação em enfermagem no Brasil: uma visão de conjunto. *R. Esc. Enferm*, 1987 dez São Paulo; 21(3): 221-224.
- 7 Miranda CL. Algumas questões sobre assistência de enfermagem psiquiátrica de qualidade. *Cadernos do IPUB*, 1996 dez Rio de Janeiro; 1(3): 77-82.
- 8 Carvalho ACC. *Associação Brasileira de Enfermagem: 1926-1976: Documentário*. Brasília DF: ABEN; 1976.
- 9 Teixeira MB. Breve história da psiquiatria e da assistência de enfermagem psiquiátrica. In: Teixeira MB. (Coord.). *Manual de enfermagem psiquiátrica*. São Paulo: Atheneu; 1997.
- 10 Stefanelli MC. *Comunicação com paciente*. 2. ed. São Paulo: Robe; 1993. 200 p.
- 11 Fraga M N O. Construção da reforma psiquiátrica brasileira: questões sobre o modo de inserção da enfermagem. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 45, 1993, Recife. *Anais...* Recife: ABEN, 1994. p.189-197.
- 12 Leopardi MT. *Teorias em enfermagem: instrumento para a prática*. Florianópolis: Papa Livros; 1999.
- 13 Tavares CMM. *A poética do cuidar: na enfermagem psiquiátrica*. Rio de Janeiro: 2000. 221 p.
- 14 Fraga MNO, Souza AMA, Santos MSO. Atuação da enfermagem nos serviços de saúde mental: a experiência em um CAPS de Fortaleza. *Cadernos IPUB*, 2000; 6(19): 189-201.
- 15 Hirdes A, Kantorski LP. Sistematização do cuidado psiquiátrico. *Texto & Contexto*, 2000 Florianópolis maio/ago; 9(2): 90-105.

Convivendo com HIV/AIDS: pacientes e enfermeiros

Living with HIV/AIDS: patients and nurses

Samara Ribeiro Fernandes¹, Dorlene Cardoso de Aquino², Arlene Mendes Caldas³

Resumo: Estudo apresenta a convivência com HIV/Aids pelos pacientes e enfermeiros. Visa investigar as dificuldades psicossociais das pessoas com diagnóstico de HIV/Aids e identificar as reações e sentimentos dos enfermeiros junto a estas pessoas. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa no qual participaram cinco indivíduos portadores de HIV/Aids e quatro enfermeiros. Para coleta de dados utilizou-se entrevista semi-estruturada. As entrevistas foram analisadas e discutidas apoiadas em referências teóricas. Os resultados demonstraram uma variedade de modificações psicossociais na vida desses pacientes que os levaram a procurar formas de adaptação à doença. Foi possível verificar que os enfermeiros apresentam uma melhor reação na interação com o paciente, deixando de lado o preconceito e a discriminação e assumindo uma atitude de solidariedade para com os pacientes.

Descritores: Estigma, Pacientes, Enfermeiros, HIV/Aids.

Abstract: The study shows the living with the HIV/Aids for the patients and nurses. It aims at to investigate the psicossociais difficulties of the people with diagnosis of HIV/Aids and for identify the reactions and feelings of the nurses together these people. This is a descriptive study with qualitative boarding in which had participated five carrying individuals of HIV/Aids and four nurses. For collection of data structuralized half interview was used. The interviews had been analyzed and argued supported in theoretical references. The results had demonstrated a variety of psicossociais modifications in the life of these patients who had taken to look it forms of adaptation to the illness. It was possible to verify that the nurses present one better reaction in the interaction with the patient, leaving of side the preconception and discrimination and assuming a solidarity attitude with these patients.

Keywords: Stigma, Patients, Nurses, HIV/Aids.

INTRODUÇÃO

A epidemia de Aids já completou mais de 20 anos no Brasil e no mundo. Desde o seu surgimento, grandes descobertas e avanços aconteceram, mas também muitas perdas se seguiram ^{1,2}.

Os avanços científicos e as novas concepções sobre a doença ainda não foram suficientes para apagar o preconceito em torno da mesma, preconceito que torna os portadores do vírus cidadãos de segunda classe. A concepção negativa criada sobre a doença leva o portador de HIV/Aids e sua família a sentirem-se desesperançosos, vulneráveis e impotentes frente à situação, como também, isolados socialmente ^{3,4}.

O Brasil tem aproximadamente 600 mil pessoas portadoras do vírus HIV. Do início da epidemia em 1980 até dezembro de 2002 diagnosticou-se 310.310 casos de Aids. Desse total 220.783 atingiu os homens (71,1%), em todas as faixas etárias e 89.527 as mulheres. A faixa etária mais atingida, em ambos os sexos, tem sido de 20 a 39 anos, o qual representa mais de 60% dos casos de Aids ^{5,6,7}.

Observa-se no Brasil uma mudança no perfil epidemiológico da infecção. De uma epidemia inicialmente restrita aos grandes centros e que atingia prioritariamente indivíduos homossexuais e hemofílicos, para um quadro caracterizado pela heterossexualização,

feminização, interiorização e pauperização. Este perfil assemelha-se cada vez mais às condições socioeconômicas do brasileiro. Outra característica é o “envelhecimento” da epidemia de Aids, observou-se um aumento persistente de casos na faixa etária de 35 anos ou mais, em ambos os sexos, com destaque para as faixas etárias de 35 a 39 anos, e 40 a 49 anos ^{6,7}.

Em vista da Aids ser uma doença que traz modificações de atitudes pela sociedade e um intenso sofrimento físico e mental das pessoas portadoras de HIV/Aids e a equipe de saúde possuir, por formação, maior informação acerca desta síndrome e seus mecanismos. Entretanto, observa-se, ainda, que alguns profissionais têm receios ao lidar com clientes soropositivos para HIV/Aids. Por outro lado, os portadores de HIV as vezes ocultam o diagnóstico, tem medo das doenças oportunistas, entre outros, nos despertou o interesse, de conhecer a sua realidade. E diante desse quadro procurou-se investigar as dificuldades psicossociais vivenciadas pelas pessoas portadoras de HIV/Aids; identificar as reações e sentimentos dos enfermeiros junto aos pacientes portadores de HIV/Aids; e caracterizar os entrevistados de acordo com o nível sócio-econômico e demográfico.

¹Enfermeira. Programa de Saúde da Família do Município de Imperatriz-MA.

²Mestre em Saúde e Ambiente. Docente da UFMA.

³Doutora em Patologia Experimental. Docente da UFMA.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo, com abordagem qualitativa procurando retratar a realidade da perspectiva dos sujeitos que a vivenciam. A coleta de dados foi realizada no ambulatório do Serviço de Assistência Especializada (SAE) e no setor de internação para doenças infecto-contagiosas (DIP) de um hospital de referência em HIV/Aids, no período de novembro de 2003 a julho de 2004, em São Luís-MA.

A população do estudo foi constituída por cinco pessoas portadoras de HIV/Aids que assumiam de público a sua condição e quatro enfermeiras assistenciais. Os grupos foram esclarecidos acerca dos objetivos do estudo, do caráter sigiloso e solicitado permissão para o uso de gravador durante as entrevistas. Utilizou-se uma entrevista semi-estruturada com uma única questão norteadora para cada um dos grupos. Ao grupo I representado pelas pessoas portadoras de HIV/Aids, fez-se a seguinte pergunta: como você está convivendo com HIV/Aids? E ao grupo II representado pelas enfermeiras assistenciais: como você se sente assistindo um paciente portador de HIV/Aids?

As entrevistas tiveram duração aproximada de trinta a quarenta minutos, realizadas em espaços reservados no ambulatório do SAE ou na enfermaria da DIP. Os sujeitos foram selecionados aleatoriamente de acordo com a disponibilidade e interesse em participar da pesquisa. Escolheram-se duas mulheres portadoras a fim de conhecer a sua realidade em relação aos homens. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Sendo garantido, a todos, anonimato e a confidencialidade na divulgação dos resultados, identificando-os por nomes fictícios escolhidos pelas pesquisadoras, tais como: pessoas portadoras de HIV/Aids: Rogério, Eduardo, Bruno, Lara, Joana; e os enfermeiros: EF1, EF2, EF3, EF4.

Estabeleceu-se a classificação e a agregação dos dados formando as categorias teóricas e as subcategorias de acordo com a temática e os objetivos do estudo. Classificaram-se as seguintes subcategorias: medo, culpa, raiva, vergonha, entre outros, as quais de acordo com a temática, foram agrupadas em categorias e posteriormente submetidas a análise apoiadas em referencial teórico. Para as pessoas portadoras de HIV/Aids, foram as seguintes categorias: dificuldade emocional; dificuldade afetivo-sexual; dificuldade social. Das entrevistas com os enfermeiros emergiram as seguintes categorias: ter cuidado; lidando com as emoções; apoio/ajuda.

Caracterização dos atores sociais

Analisando as falas dos portadores de Aids/HIV de acordo com as categorias.

Dificuldade Emocional: Nesta categoria estão incluídas as subcategorias: Medo, negação, aceitação, tristeza/sufrimento, culpa/raiva/vergonha.

Medo: O medo é um estado emocional desa-

gradável que consiste de respostas psicológicas a uma ameaça ou perigo real⁸. O medo foi uma reação evidenciada em todas as falas das pessoas portadoras entrevistadas. No entanto, nos discursos, esse termo é dirigido a diferentes causas. Adquirir o vírus e ter de revelar como aconteceu o contágio é fator de medo para as pessoas portadoras de HIV/Aids, pois elas temem ser recriminadas. Demonstrado na seguinte fala:

Quando eu descobrir eu tinha medo de falar para minha família... (Rogério).

Na fala abaixo, percebe-se que existe um medo da discriminação, da sociedade vir a estigmatizá-la, classificando-a em um determinado grupo o qual apresenta uma doença feia e mortal chamada Aids.

Como meus primos souberam de longe e eu fiquei com medo de eles me olharem assim, ah! ela tem essa doença, eu já fico já tremendo... (Joana).

Receber o diagnóstico positivo de HIV/Aids é perturbador para a maioria das pessoas. Para elas naquele momento o futuro e o presente são um tanto ameaçadores, ocorre uma desordem mental intensa que pode levar o indivíduo ao desespero e a impulsos auto-destrutivos⁹.

Negação: Esse sentimento consiste na negação da realidade ou do resultado positivo no teste HIV/Aids¹⁰.

As pessoas portadoras de HIV/Aids apresentam comportamentos típicos do paciente terminal, elas têm de lidar com uma nova realidade: a morte. A Aids é uma doença incurável e embora com o tratamento ainda persista a imagem relacionada à morte¹¹. A pessoa portadora de HIV carrega o diagnóstico de uma doença fatal, e embora não apresente sintomas convive com uma "sentença de morte"¹². O discurso de Lara evidencia essa negação:

[...] eu não aceitava de jeito nenhum [...] e muitas pessoas morreram. Eu sei. Por causa disso, aí minha luta, eu não aceitava. Não aceitava tudo isso. Eu não aceitava porque isso. E sabia que era doença, tudo isso... (Lara).

Aceitação: A aceitação da doença é uma tarefa bastante difícil para a pessoa portadora de HIV/Aids. Conforme Melo Filho¹³ só algumas pessoas conseguem atingir esta etapa e esta é facilitada quando se possui alguma crença religiosa. Somente um dos sujeitos entrevistados referiu aceitar a doença, bem enfatizada, nesta fala:

[...] fiz minhas preces, orei, graças a Deus, Deus me deu muita força para conviver. A partir desse momento, eu aprendi a conviver com o HIV e fui levando a vida da melhor maneira possível [...](Bruno).

Tristeza/Sufrimento: Todas as conseqüências psíquicas e sociais decorrentes da Aids, como as perdas múltiplas, o desamparo, a desesperança, a reação negativa do outro, entre outros, contribuem para um estado de tristeza¹⁴.

Pensar na Aids, lembrá-la, sempre causa tristeza, pois a pessoa passa a refletir sobre seu estado e em suas possibilidades. Evidente no discurso a seguir:

[...] mas eu nunca esqueço o que eu tenho, isso sempre me deixa um pouco triste... É triste você saber que têm. Até hoje eu penso muito nisso, quer dizer, eu porque sou forte, me acho forte mesmo, né! [...] (Eduardo).

Culpa/Raiva/Vergonha: A culpa é uma ação negligente, imprudente ou danosa à outra pessoa ¹⁵. É possível identificar esta subcategoria no discurso apresentado a seguir:

Com as pessoas que eu tive relação... me sentia culpado de algumas pessoas estarem contaminadas por minha causa... (Bruno).

Essa raiva pode levar ao desespero e a atitudes autodestrutivas, como na fala de Lara:

[...] aí quando o exame no meu filho deu positivo, aí eu não agüentei e tentei até me matar (Lara).

As circunstâncias em que ocorreu a infecção pelo HIV, muitas vezes alimentadas por crenças sociais, reafirmam uma culpa associada a sentimentos de vergonha. Esta vergonha pode estar relacionada com a de ser incluído em algum grupo considerado de risco, pela sociedade, como os usuários de drogas, profissionais do sexo, entre outros. ^{16,17}

Dificuldade no Relacionamento afetivo-sexual: As pessoas portadoras de HIV/Aids têm demonstrado grandes dificuldades no relacionamento afetivo-sexual. Quando os casais são soro concordantes, ou seja, apresentam o mesmo diagnóstico positivo para HIV, após o diagnóstico pode ocorrer a culpabilização e término do relacionamento ou a continuação do relacionamento. Se o parceiro já tinha conhecimento do diagnóstico ele é culpabilizado e a consequência é a separação:

Ele chegou pra mim e disse que ele era portador de HIV. Eu cheguei pra ele e disse assim: por que você não me falou quando nós estávamos namorando. Ele não! eu tive medo de você me largar... Porque eu não sabia, lá pra frente eu larguei ele, larguei... (Lara).

Dificuldade Social: Nesta categoria estão incluídas as subcategorias: preconceito/discriminação, apoio/ajuda, sigilo/confidencialidade, naturalizando a aids e buscando uma vida positiva.

Preconceito/Discriminação: A pessoa portadora de HIV/Aids é marginalizada por grande parte da sociedade e passa a carregar o estigma de diversos preconceitos ³. O preconceito pode ser definido como uma forma de relação intergrupal em que, desenvolvem-se e expressam-se atitudes negativas e depreciativas, além de comportamentos hostis e discriminatórios em relação a membros de um determinado grupo. ¹⁸ Entre os processos que se desenvolvem estão a categorização e a formação de estereótipos ¹⁷. Repre-

sentado nas falas seguintes:

[...] a gente sabe que a discriminação é grande ainda... (Rogério).

A família também apresentou atitudes de preconceito e/ou discriminação. Em geral, ela vive a mesma questão relacionada ao estigma da doença:

[...] Eu já passei por preconceito no trabalho e na casa da minha mãe, né! Senti um pouco de preconceito e um pouco de cuidado da parte dele, né! Sentir um pouco de preconceito dele... suas ações, até chegou a falar sobre isso (Eduardo).

Apoio/Ajuda: O apoio social tem um importante papel na mediação do impacto que os acontecimentos negativos produzem na vida das pessoas com diagnóstico de HIV/Aids. A Aids é uma doença que pode assumir diversos cursos, pois seu desenvolvimento depende da carga viral, assim, são exigidas idas constantes à unidade de saúde, submeter-se a variados exames e tratamentos prolongados. Nesse contexto é fundamental sentir-se acolhido para que se prossiga na luta contra a doença ¹⁹. Essas pessoas procuram estabelecer sua rede de apoio, buscando amizades dos profissionais que podem ajudá-los a enfrentar a doença. Evidente nos discursos seguintes:

[...] tenho mais facilidade, tenho amizade com médicos, enfermeiras [...] Porque quando a gente contrai uma doença dessa a gente tem que se agarrar a todos, a tudo que aparece né! Porque a gente acha que é o fim do mundo, que é o fim da vida, o fim de tudo, sabe como é... Eu também tive uma força muito grande da enfermeira... era muito boa comigo (Rogério).

Sigilo/Confidencialidade: A confidencialidade e o sigilo consistem em manter em segredo o resultado positivo do diagnóstico para HIV/Aids. Eles são direitos da pessoa. Se ocorrer vazamento dessa informação e a pessoa se sentir prejudicada, ela tem o direito legal de abrir um processo contra a pessoa ou empresa que deu a informação. Somente a pessoa com HIV/Aids pode revelar ou autorizar que seja revelada sua condição sorológica ¹⁶.

Em geral, a pessoa afirma o diagnóstico aos amigos mais próximos e alguns familiares. Como expressam as falas seguintes:

No trabalho as pessoas sabem, não todos porque a gente não tem que se abrir para todo mundo, a vida da gente particular... alguns colegas meus, que são muito meus amigo [...] Algumas pessoas da minha cidade sabem, poucas sabem [...] (Rogério).

Minha família já sabe que eu sou portadora [...] (Lara).

A necessidade de ocultar o diagnóstico de HIV/Aids leva essas pessoas a diminuir ou até mesmo, abdicarem de algumas de suas atividades sociais. Representado nas falas seguintes:

... eu mesmo parei de sair mais... (Eduardo).

Eu tô afastada da igreja, alguns só desconfiam, mas não tem certeza [...] (Joana).

DISCUSSÃO

Naturalizando a AIDS

As pessoas portadoras de HIV/Aids procuram tornar as coisas as mais normais possíveis, sem procurar informações ou situações que façam a soropositividade presente em seu cotidiano. Elas procuram banalizar e naturalizar a definição de Aids.

[...] a morte não vem só para quem tem Aids... (Rogério).

[...] eu vou levando a vida como uma pessoa normal... (Eduardo).

Eu convivo naturalmente, eu esqueço que estou com esse problema, eu já sei o que tenho, eu tenho é que cuidar desse problema. Sair do poço, por isso eu ajudo para ter vontade. (Bruno)

Buscando uma vida positiva

A Aids é uma doença que afeta o sistema imunológico da pessoa, diminuindo, assim, sua resistência às doenças. Em vista disso, buscar uma melhor qualidade de vida, mudando os hábitos e estilos de vida contribuindo para um controle dos níveis imunológicos²⁰.

Atualmente, devido a uma maior mobilização social em defesa das pessoas portadoras de HIV/Aids e à eficácia da terapêutica medicamentosa, elas têm procurado uma forma de vida mais saudável entendendo que a doença não rompe com suas vidas, mas inaugura outros projetos.

[...] tem que se cuidar... eu tive efeitos colaterais com um tipo de medicação, aí eu fui e mudei de medicamento... eu não bebo, não tomo bebida alcoólica, não fumo, não passo sono, isso aí ajuda muito (Rogério).

Ter cuidado

Observou-se nas falas dos enfermeiros uma mudança com relação ao medo. Se antes, havia um grande medo do profissional em contaminar-se, hoje, com o conhecimento das formas de transmissão esse temor diminuiu.

Ressalta-se que as enfermeiras dessa unidade consideram-se mais preparadas para prestar a assistência a esses pacientes. A maioria dos enfermeiros entrevistados revelou não ter medo, embora haja uma importante preocupação com a técnica e o uso de equipamentos de proteção individual (EPI).

Como mostram os seguintes relatos:

[...] porque quando eu tô aplicando uma injeção, fazendo um curativo, eu não tenho um pinga de medo, eu presto assistência que eu prestaria a qualquer a paciente, eu uso luvas, eu uso máscaras e faço qualquer procedimento que tiver que fazer [...]Então eles

sabem que a gente faz por proteção (EF1).

Os enfermeiros afirmaram que essas precauções não são por medo, mas deve existir em todos os profissionais, uma vez que estes não sabem no seu dia-a-dia quem é ou não portador de alguma doença transmissível por via sanguínea.

Lidando com as emoções

Comunicar o resultado positivo ao paciente é uma situação difícil para a maioria dos profissionais. Segundo Zancan²¹ porque esta situação implica em falar da morte e lidar com a questão da morte é uma tarefa complexa. Revelando, também, a impotência do profissional no realizar de suas funções, pois este considera que o tratamento ainda não apresenta a eficácia esperada. Como no seguinte discurso:

[...] quando é paciente de primeira vez, você tem que dar a notícia [...] ele ainda está em estado de choque. [...] Entretanto a gente sabe, também, que com o tempo o paciente vai criar resistência àquela droga, né e que, ainda não chegou no ideal, mesmo que não tenha cura... (EF1).

Na assistência ao paciente o enfermeiro está sempre confrontando suas emoções com as do paciente, pois afinal ele também é um ser humano e como tal não pode ser desprovido de emoções.

Ajuda/Apoio

Verificou-se nas falas dos enfermeiros que a discriminação e o preconceito não fazem parte de seus cotidianos. Tal fato foi corroborado com as entrevistas dos pacientes portadores de HIV/Aids os quais revelaram, em nenhum momento, preconceito e/ou discriminação desses profissionais. Ao contrário, afirmaram receber muito apoio e ajuda. Como expressa a fala a seguir:

Eu costumo dar um abraço, um beijo, eu costumo fazer na visita. (EF1)

Só os conhecimentos técnicos não são suficientes para permitir um atendimento eficaz. É nessa perspectiva que as enfermeiras da unidade buscam oferecer na sua assistência um cuidado que conforta por meio da fala, do toque e do carinho. Expresso nos seguinte discurso:

[...] quebrar essa questão do preconceito, a questão do toque, de poder acolhê-lo, de conversar, isso para eles é fundamental porque aumenta a auto - estima deles [...] você chega lá, tocar, conversar, ver se tá com febre [...] Então isso para eles é bom, né! e ajuda a auto - estima.(EF2).

CONCLUSÃO

A pessoa ao descobrir-se portador do vírus HIV inicia uma jornada na qual vivencia intensas modificações psicológicas e sociais. Num primeiro momento é como se a vida futura não existisse mais, levando a sentimentos de desespero e um certo impedimento em

lidar ou ter de enfrentar as alterações advindas desse diagnóstico.

Pode-se perceber que todas as pessoas portadoras procuraram soluções próprias para se adaptarem a essa nova condição. Elas apresentaram, predo-

minantemente, os mecanismos de defesa que existem diante de uma doença terminal como a negação, a raiva e a depressão. Já a aceitação é uma fase em que poucos conseguem atingir. Apesar dos avanços terapêuticos, da divulgação das formas de transmissão e da luta pelos direitos das pessoas portadoras de HIV/Aids ainda prevalecem o preconceito, a discriminação e a estigmatização para com estas.

O drama delas não consiste, somente, de uma infecção pelo vírus e a conseqüente imunodepressão, mas numa avalanche de variáveis psicológicas como o medo, a culpa, a vergonha, a depressão e uma série de outros problemas de relacionamentos sociais e afetivos, advindos de uma exclusão social para estas. Embora deva-se ressaltar que essas reações variem para cada pessoa, obviamente de acordo com a personalidade e

a qualidade de seus vínculos afetivos.

Os sujeitos portadores de HIV, em sua maioria, são pertencentes à classe social mais baixa com uma renda mensal variando de um a dois salários mínimos e baixa escolaridade. Este quadro dificulta, ainda mais, a eficácia das medidas de prevenção e da terapêutica.

Observou-se que os profissionais não revelaram atitudes de preconceitos ou discriminação aos pacientes. Eles se compatibilizam muito devido a todas as conseqüências psicossociais e o estado de saúde destes. Emergiu então, um sentimento de solidariedade para com estes caracterizados por um atendimento mais humanizado, representado pela conversa, o toque, orientações, entre outros.

REFERÊNCIAS

- 1 Aguiar AC, Fonseca AF. *Vigilância epidemiológica da Aids*. In: Textos de apoio em vigilância epidemiológica. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 85-98.
- 2 Engel CL, et al. *Síndrome da Imunodeficiência Adquirida: SIDA*. Rio de Janeiro: Frattari; 2003.
- 3 Sousa A S, Bielemann VLM., Kantorski LP. O corpo que desvela. *Rev Tec Cient Enf*, 2003; 4:285-291.
- 4 Oliveira SB, Weinstein C. *Aids, duas décadas: epidemia pandemia vulnerabilidade social, o que vem depois*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Prevenção do HIV/Aids para Profissionais de Saúde Mental. Brasília DF: MS; 2004. p.16-25.
- 5 Brasil. Dados e pesquisas DST/Aids. *Dados do HIV*[capturado 2004 jun 1] Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.
- 6 Brasil. Comentários. V. *Epidemiológico AIDS*, 2003 jan./dez Brasília;17(1):.4-6 [capturado 2004 jun 1]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.
- 7 Britto AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multi facetada. *Rev. Da Soc. Bras. De Med. Tropical*, 2000; 2:207-217.
- 8 Keane M. *Enciclopédia e dicionário médico para enfermagem e outros profissionais de saúde*. 6. ed. São Paulo: Roca; 2003.
- 9 Tostes MA. *A infecção pelo HIV e os distúrbios mentais*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de prevenção do HIV/Aids para profissionais de saúde mental. Brasília DF: MS; 2000; 85-93.
- 10 Ross EK. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais tem para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo: Martin Fontes; 1992.
- 11 Perez Neto F, Willowock CAS, Wiene ILL. *Aids: atendimento psicoterápico aos pacientes e à equipe*. In: Grupo e corpo./Psicoterapia de grupos com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artmed; 2000. p. 361-377.
- 12 Kovács M J (Coord.). *Morte e desenvolvimento humano*. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992.
- 13 Ferreira ABH. *Mini dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.
- 14 Melo Filho, Júlio (Ed.). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. 385.
- 15 Queiroz AA et al. *Manual para o acompanhamento clínico da mulher infectada pelo HIV*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Universitária José Bonifácio/ World Aids Founfation; 1999.
- 16 Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Manual de diretrizes técnicas para elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência das DST/HIV/Aids no local de trabalho*. Brasília DF: MS; 1998.
- 17 Martin D. *Mulheres e Aids: uma abordagem antropológica*. [Dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo; 1995..
- 18 Lacerda M, Camino L, Pereira C. Um estudo

- sobre as formas dos preconceitos contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. *Psicologia Reflexões e Crítica*, 2002; 15:165-178.
- 19 Silveira, EA. A, Carvalho AMP. Familiares de clientes acometidos pelo HIV/Aids e o atendimento prestado em uma unidade ambulatorial. *Rev. Lat. Am. de Enf.*, 2002 nov./dez Ribeirão Preto;10 (6) [capturado 2003 dez 10] Disponível em: <http://www.scielo.phpscript>.
- 20 Ulla S, Remor EA. Psiconeuroimunologia e infecção por HIV: realidade ou ficção? *Psicologia Reflexão e Crítica*, 2002; 15: 113-119.
- 21 Zancan LF. *Dilemas morais nas políticas de saúde, o caos da Aids: uma aproximação a partir da bioética*. [Dissertação]. Fundação Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública; 1999 [capturado maio 2004 23] Disponível em: http://portalteses.cict.fiocruz.br/transf.php?script=tes_cover&id=000019&lng=pt&nm=iso

Epidemiologia da Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) e perspectivas de controle no Estado do Maranhão, Brasil

Epidemiology of American Tegumentary Leishmaniasis (ATL) and perspectives of control in Maranhão, Brazil

Jackson Mauricio Lopes Costa^{1,2}, José Manuel Macário Rebêlo¹, Ana Cristina R. Saldanha¹, Ivelise T. Balby¹, Mônica Elinor Alves Gama¹, Ana Célia Rolim Bezerril³, Ana Nilce Silveira Maia⁴

Resumo: Segundo o Ministério da Saúde (MS) do Brasil, o Maranhão ocupou o 4º lugar entre os estados brasileiros e o 2º do Nordeste, com o maior número de casos detectados de Leishmaniose Tegumentar (LT) em 1999, com 3.005 casos. De acordo com o levantamento realizado no setor de epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA-MA e FUNASA/CENEPI-DF), referente aos anos de 1980 a 1999, foram detectados 51.094 casos de LT com uma média de 2.558,7 pacientes/ano. Em 1999 o coeficiente de detecção foi de 55,72 casos/100.000 habitantes. Na distribuição quanto ao sexo houve predomínio do masculino (71,8%) dos casos, sendo a relação mas/fem de 2,5/1. Faixa etária observou-se predomínio entre 10 a 40 anos (66,7%) dos casos, com uma $c = 28,2$ anos variando de 0 a 70 anos. Quanto à ocupação, houve predomínio de lavradores (50,8%), seguidos pelos estudantes (36,3%) dos casos. Em relação à forma clínica, observou-se predomínio da lesão cutânea (99,8%) dos casos, com uma relação de frequência da lesão cutânea/mucosa de 733,2/1. O grande contingente de pacientes foi oriundo da Amazônia do Maranhão, constituindo-se na principal área endêmica do Estado. Região cujo desmatamento teve início na década de 1970, com o assentamento de núcleos populacionais, distribuição de lotes para desenvolvimento de lavouras, agravando-se na década de 1980 com a implantação de indústrias madeireiras e construção de estradas de ferro e rodovias. Concluiu-se, que as informações contidas no estudo foram oriundas de um sistema voltado para a assistência à saúde e não a pesquisa, portanto, tratou-se de um estudo de prevalência que utilizou dados retrospectivos para sua análise.

Descritores: Leishmaniose tegumentar, Estado do Maranhão. Epidemiologia.

Abstract: According the Health Ministry of Brazil, the state of Maranhão occupied the 4th place between others Brazilian states and the second of Northeast, with the greatest number of detected cases of tegumentary leishmaniasis (TL) in 1999, with 3.005 cases. According to found realized in epidemiology section of the National Foundation of Health (FUNASA-MA and FUNASA-DF), about the years from 1980 to 1999, had been detected 51.094 cases of TL with mean of 2.558,7 patients/year. In 1999 the detection of cases was 55,72 cases/100.000 inhabitants. Male sex had predominance (71,8%) of cases, the relation Male/Female of 2,5/1. In relation of age observed predominance between 10 to 40 years (66,7%) of cases with a $c=28,2$ years variable from 0 to 70 years. In relation occupation there were predominance of landworkers (50,2%) of cases, followed of students (36,3%). In relation to distribution of lesions on body, there were predominance of cutaneous lesions (99,8%) of cases, the frequency relation of cutaneous/mucosal lesions 733,2/1. The greatest numbers of patients came from Maranhão amazon region, being the main endemic area of State. Region of intensive devastation since 1970 decade, implantation of villages, distribution of ground for development of plantation, with worsening in 1980 decade, growing of woodcutting and building of railroads and roads. Conclude, that the informations about this study represent a system of health assistance and not research. A prevalence study with retrospective data from analyze.

KeyWords: American tegumentary leishmaniasis. Maranhão state. Epidemiology.

INTRODUÇÃO

Os estudos epidemiológicos da leishmaniose tegumentar (LT) no Brasil sugerem mudanças em seu comportamento. A relação clássica entre desmatamento e o aparecimento da doença, apesar de continuar sendo o principal padrão de transmissão em nosso País, outros começam a ter importância como nas áreas rurais já desmatadas e também nas periferias das cidades. Percebe-se a coexistência de três perfis epidemiológicos distintos, expressos pela manutenção de casos vindos de focos antigos, ou de áreas próxi-

mas a eles, e também no aparecimento de surtos epidêmicos associados a determinadas ações, como: implantação de áreas de garimpos, expansão de fronteiras agrícolas, entre outras^{1, 2, 3, 4}.

Segundo Costa³, a análise recente da evolução da LT no Brasil, mostrou uma expansão geográfica, sendo que no início da década de 80 foram notificados casos autóctones em 19(70%) estados e em 1999, somente o Rio Grande do Sul não registrou casos da doença. A região nordeste em 1999 contribuiu com o 2º

¹ Núcleo de Patologia Tropical e Medicina Social do Departamento de Patologia da UFMA

² Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz - FIOCRUZ/Salvador-Bahia

³ Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão – SES-MA

⁴ Secretaria de Vigilância Sanitária/SVS/Ministério da saúde/Brasília-DF

maior número de casos registrados no País (28%), sendo que o risco da população adoecer foi de 19,7/100.000 hab., correspondendo a 1,2 vezes a média nacional. Entretanto, a real prevalência das diferentes leishmanioses é difícil de ser estabelecida, devido as subnotificações, diagnóstico incorreto, infecções inaparentes, variações de resposta do hospedeiro e à multiplicidade de agentes etiológicos envolvidos.

No Estado do Maranhão, apesar da LT apresentar-se como problema de saúde pública, poucos estudos demonstraram tal gravidade^{5, 6, 7}, pois os relatos foram localizados, como os de Silva et al⁸, que descreveram um surto epidêmico com 300 casos ocorridos no município de Buriticupu-Amazônia do Maranhão.

MÉTODOS

O presente estudo foi realizado no Núcleo de Patologia Tropical da Universidade Federal do Maranhão–UFMA, envolvendo 51.094 casos de LT ocorridos nos anos de 1980 a 1999 no estado do Maranhão - Brasil. As informações foram obtidas no setor de Vigilância Epidemiológica da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA (Coordenação Regional–Maranhão) e do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), destinado a gerar informações para o setor de vigilância epidemiológica do Ministério da Saúde (MS).

Descrição da área. O Maranhão localiza-se no nordeste ocidental do Brasil, com superfície de 333.360km² e população estimada em 5.826.453 habitantes¹¹. Encontra-se dividido, em 5 mesorregiões (Norte, Oeste, Centro, Leste e Sul), 21 microrregiões e 217 municípios. A área planáltica (40%), concentra-se no centro-sul do Estado, enquanto que, a área de planície (60%), está subdividida em planície costeira ou litorânea (orla marítima), planície fluvio-marinha (Baixada) e planície sublitorânea, entre, a fluvio-marinha e as áreas mais elevadas do planalto central. Os rios correm direta ou indiretamente para o Oceano Atlântico e, em sua quase totalidade, são perenes^{10, 11}.

O clima segundo Köppen é quente-úmido, com temperatura média entre 24 e 30°C. A região oeste e noroeste apresenta clima equatorial (Am) com temperatura de 26 a 27°C, pluviosidade de 2.000mm (clima mais chuvoso do Estado) e a vegetação predominante é a floresta equatorial amazônica; a centro-sul e sudeste, o clima é tropical semi-úmido (Aw), com temperatura média de 25 a 27°C, pluviosidade de 1.200mm (clima menos chuvoso do Estado) com vegetação típica de cerrado; a norte e nordeste, o clima é tropical úmido (Aw) com temperatura média de 24°C, pluviosidade de 1600 a 1800mm e a vegetação característica é a mata dos cocais (Nordeste do Estado), vegetação litorânea representada por manguesais e vegetação das praias, dunas e restingas^{10, 11}.

A população distribui-se de forma irregular, apresentando áreas com concentrações populacionais (litoral, vale dos rios e regiões dos cocais) e áreas com vazios demográficos (centro-sul). As principais atividades econômicas são agricultura, pecuária, extração de babaçu e indústrias de transformação. São Luís, capital do Maranhão, localiza-se no norte

Costa et al⁵ e Saldanha et al⁷, demonstraram a presença de casos humanos de leishmaniose cutânea difusa (LCD), distribuídos por todas as regiões do Estado, chamando a atenção da *Leishmania amazonensis* como importante parasita circulando nestas áreas. Posteriormente Rebêlo et al⁹, relataram a presença de diversas espécies de flebotomíneos como potenciais agentes transmissores da doença.

Tendo em vista o aumento do número de casos de LT no Maranhão segundo o Ministério da Saúde (MS) e a escassez de dados na literatura, pretende-se com este estudo descrever a situação epidemiológica e as perspectivas de controle da doença no Estado.

maranhense, com um clima quente e úmido e população de 880.000 habitantes^{10, 11}.

Análise dos dados. Nos registros, constavam: data do atendimento, iniciais do paciente, sexo, idade, ocupação, início dos sinais e sintomas, tipo de lesão e local de ocorrência do contágio. Os métodos de diagnóstico utilizados foram clínicos e epidemiológicos, e em menor escala, exames laboratoriais: intradermoreação de Montenegro (IDRM), esfregaço das bordas da lesão. Os municípios foram classificados de acordo com o coeficiente de detecção (CD) para LT obedecendo os critérios do Ministério da Saúde (MS): ³71,00/100.000 hab. (muito alto); 11,0–71,00/100.000 hab. (alto); 3,00–11,00/100.000 hab. (médio); <3,00/100.000 hab. (baixo)¹².

O coeficiente de detecção (CD) foi calculado para todo o Estado, municípios e as 5 Mesorregiões, a partir do total de casos registrados pela FUNASA-MA. A população de referência foi estimada para os anos de 1980 a 1999 pelo IBGE (microrregiões e municípios)¹². A pluviometria, para análise de sazonalidade, foi obtida junto à estação meteorológica do Ministério de Agricultura em São Luís-MA.

Uma vez registrados, os dados foram codificados e submetidos à análise estatística pelo programa EPI-INFO versão 6.0 do Center for Disease Control (CDC)–EUA. A partir desta etapa, fez-se a interpretação dos dados, obtendo-se valores absolutos e percentuais de cada variável pesquisada, além de agrupá-los na forma de gráfico, mapa e tabelas.

Utilizou-se ainda análise de espacialização da LT no Maranhão, baseado nas observações da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SVS/MS), definindo-se algumas variáveis, como: 1- Circuito espacial de produção de LT – caracterizou-se por uma região extensa, complexa e contínua, definida a partir de elevada concentração de casos em um determinado período, constituída por diversos polos, na maioria das vezes se superpondo a mais de um município. Os circuitos decorrem de processos sócio-ambientais particulares e dinâmicos, podendo apresentar tendência à expansão ou retração, em função das características de seus determinantes. 2- Polo de LT – Unidade espacial que se destaca por apresentar densidade aumentada de casos em contraste com áreas

vizinhas, podendo apresentar-se como um núcleo atrator, com limites pouco definidos. Do ponto de vista epidemiológico, sinaliza uma área de transmissão in-

tensa e frequente, possivelmente com características diferenciadas do restante de sua região³.

RESULTADOS

Foram analisados 51.094 casos de LT no período de 1980 a 1999, procedentes de 191(88%) municípios do Maranhão. A média de paciente foi de 2.055/ano, com um CD para o ano de 1999 de 55,72 casos/100.000 habitantes. A tabela 1 mostra a distribuição dos casos de 1980 a 1999, com os respectivos CD. Observou-se ainda que 36.685 (71,8%) eram do sexo masculino e 14.409(28,2%) feminino, sendo a relação Mas/Fem de 2,5/1 (Mo=masculino). Na distribuição por idade, 37,9% concentraram-se até os 20 anos, sendo a faixa etária predominante entre 10 a 20 anos, representando 29,3% da casuística estudada. A média das idades foi de c=28,2 anos, com extremos de 0 e 70 anos.

Em relação ao tipo de ocupação, 50,8% eram lavradores, 36,3% estudantes, 10,2% domésticas e 2,7% outras profissões (pedreiros, carpinteiros, serviços gerais etc.). Quanto ao tipo de lesão houve predomínio da forma cutânea em 99,8% dos casos (Mo=cutânea), sendo a relação de frequência cutânea/mucosa de 733,2/1.

Dos municípios que notificaram casos de LT, 12(5,5%) representaram 47,1% da casuística total. Destes, 8(3,6%) pertencem a Amazônia do Maranhão, e os outros 4(1,9%) a região do Cerrado. A tabela 2, traz detalhes em relação à média dos CD desses municípios divididos a cada 5 anos, notando-se que nos anos de 1980-1984, não foram notificados casos em 6 dos municípios mais prevalentes da Amazônia e também da região do Cerrado.

Os municípios em que foram detectados o maior número de casos no Estado a partir de 1995 pertenciam as regiões: Amazônia do Maranhão (11), Cerrado (8), Cacaís (3), Chapadões (3) e Litoral (1). A tabela 3 traz os municípios com os respectivos CD. Notou-se que dos 11 municípios da região Amazônica - 7(63,6%) encontram-se localizados ao longo das ferrovias de Carajás e Norte-Sul, que atravessam toda a região. A figura 1 mostra as modificações sofridas no processo de expansão da LT no estado do Maranhão nos anos de 1994-1999, segundo o Ministério da Saúde.

Quando comparou-se a concentração de casos de LT ao longo dos meses entre 1995 a 1999 no município de Imperatriz (Amazônia) com o de Caxias (Cerrado), observou-se que os meses de setembro a dezembro foram os grandes responsáveis pelos casos de LT nestes municípios, correspondendo a época do verão (período sem chuvas na região).

Tabela 1: Distribuição anual dos casos de Leishmaniose Tegumentar (LT) com os respectivos coeficientes de detecção no período de 1980-1999, no estado do Maranhão.

ANO	Nº de Casos (Absoluto)	FREQUÊNCIA			Coeficiente de Detecção/100.000 hab.
		Acumulada	Relativa %	Acumulada %	
1980	42	42	0,82	0,82	0,84
1981	388	430	8,41	9,23	8,55
1982	246	676	13,23	22,46	7,72
1983	164	840	16,44	38,90	3,84
1984	363	1.203	23,54	62,44	8,52
1985	1.623	2.826	55,30	117,74	34,11
1986	3.274	6.100	119,38	237,12	69,99
1987	3.724	9.824	192,27	429,39	78,41
1988	2.369	12.193	238,63	668,02	50,71
1989	2.196	14.389	281,61	949,63	46,03
1990	3.109	17.498	342,46	1.292,09	64,16
1991	3.926	21.424	419,30	1.711,39	82,02
1992	2.027	23.451	458,97	2.170,36	45,29
1993	2.868	26.319	515,10	2.685,46	58,37
1994	6.262	32.581	637,66	3.323,12	121,33
1995	4.725	37.306	730,14	4.053,26	90,32
1996	3.794	41.100	804,39	4.857,65	72,65
1997	4.634	45.734	895,09	5.752,74	88,72
1998	2.355	48.089	941,18	6.693,92	43,96
1999	3.005	51.094	941,86	7.635,78	55,72
TOTAL	51.094				

Média de paciente ano = 2.558,7

C. detecção 1999 = 55,72 casos p/ 100.000 hab.

Fonte – FUNASA-MA e FUNASA/CENEPI/CGVEP/COVEV

Tabela 2: Média dos coeficientes de detecção (CD) dos casos de LT nos municípios que apresentaram as taxas mais elevadas por regiões ecológicas do Maranhão, divididos a cada

Procedência	Coeficiente de Detecção/ Média de cada 5 anos/100.000 hab.			
	ANOS			
	80 – 84	85 – 89	90 – 94	95 – 99
Amazônia do MA				
Monção	29,00	23,00	77,22	80,28
Santa Luzia	10,00	56,00	110,78	306,52
Grajaú	-	21,80	335,80	203,74
Imperatriz	-	5,80	140,19	85,20
Açailândia*	-	-	-	230,44
João Lisboa	-	12,00	102,73	172,04
Lago da Pedra	-	-	685,35	700,66
Turiaçu	30,25	29,60	227,24	192,58
Cerrado do MA				
Paulo Ramos	-	-	201,19	267,85
Chapadinha	-	-	297,02	153,65
Caxias	-	38,40	378,68	147,24
Parnarama	-	27,50	173,16	151,40

- Não houve registro de casos

* Município pertencia até o ano de 1993 a Imperatriz

Fonte: FUNASA-MA e FUNASA/CENEPI/CGVEP/COVEV

Tabela 3: Municípios que apresentaram os maiores coeficientes de detecção entre 1995-1999 no estado do Maranhão, de acordo com as regiões ecológicas.

Procedência	Coeficiente de detecção anual por município/100.000 hab.				
	ANOS				
	1995	1996	1997	1998	1999
Amazônia do MA					
Açailândia	389,37	201,74	293,34	108,46	159,32
Amarante do MA	887,42	251,38	477,69	300,99	188,49
Barra do Corda	143,92	94,72	40,02	8,34	9,79
Bom Jardim	239,52	119,05	265,08	105,29	18,86
Buritcupu *	-	-	765,64	549,04	458,52
Candido Mendes	188,16	71,25	355,37	97,77	202,87
Imperatriz	129,10	103,61	99,38	23,11	70,80
João Lisboa	316,80	134,13	249,80	66,18	93,29
Lago da Pedra	88,32	49,97	11,21	67,84	32,99
Santa Luzia	418,43	245,44	569,94	176,63	122,16
Turiaçu	196,78	239,07	265,92	117,50	143,67
Cerrado do MA					
Urbano Santos	244,19	303,38	353,10	80,25	73,92
São L.Gonzaga	97,62	56,92	25,64	21,63	13,15
Caxias	102,39	125,30	218,89	100,81	188,83
Chapadinha	181,16	241,93	183,99	65,56	95,62
Coroatá	26,08	12,14	50,31	22,10	18,21
Matões	196,62	56,31	99,46	76,14	103,52
Montes Altos	144,42	185,05	183,71	90,95	71,19
Cocais					
Godofredo Viana	107,13	38,40	292,71	11,41	33,99
Vitorino Freire	46,73	32,61	29,79	33,51	78,08
Paulo Ramos	269,12	308,86	429,01	183,82	148,44
Chapadões					
São João dos Patos	115,48	154,49	90,63	59,70	25,28
S.Domingos MA	57,82	139,90	80,91	30,25	126,53
Colinas	196,62	56,31	99,46	76,14	103,52
Litoral					
Axixá	432,72	646,15	677,93	460,28	237,46

* Pertencia até o ano de 1997 ao município de Santa Luzia
 Fonte: FUNASA-MA e FUNASA/CENEPI/CGVEP/COVEV

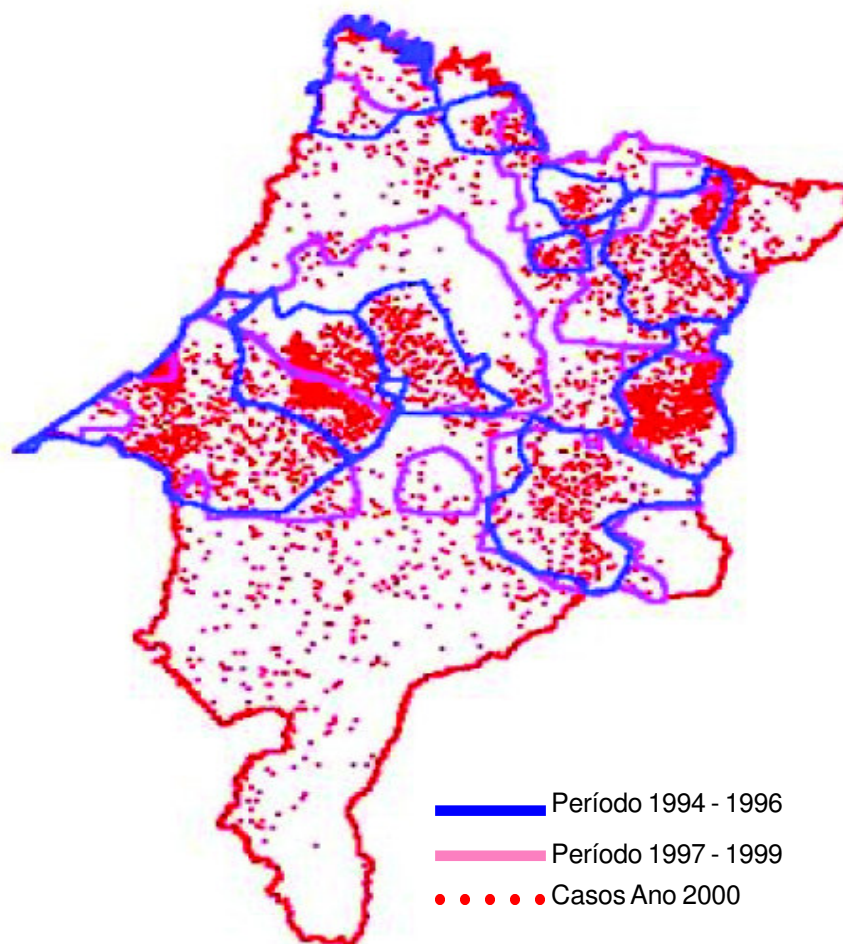


Figura 1: Distribuição dos casos autóctones de LT por pólos de densidade, Maranhão (1994- 1999) segundo o Ministério da Saúde.

Fonte: SVS/Ministério da Saúde, 2002

DISCUSSÃO

Apesar da importância que tem a LT entre as doenças endêmicas, seu estudo no Brasil continua restrito a alguns centros de pesquisas¹³. No estado do Maranhão, embora a doença seja pouco estudada, a FUNASA-MA, relatou que entre os anos de 1980 a 1999 foram notificados 51.094 casos, representando 12,9%, da casuística nacional e a 47,2% do Nordeste nesse mesmo período. Somente no ano de 1999 foram detectados no Maranhão 3.005 (9,2%) dos casos de LT do Brasil, correspondendo ao 4º estado com o maior número de casos, e o 2º da região Nordeste².

No estudo, houve predomínio do sexo masculino confirmando outros relatos^{2, 14}. Tal fato deve-se provavelmente a maior exposição do homem ao parasita, embora no Maranhão a mulher da zona rural desempenhe as mesmas atividades na lavoura. A concentração de casos ocorreram nas 2 primeiras décadas da vida concordando com relatos observados por Araújo Filho¹⁵ na região amazônica e Costa² na floresta atlântica do Brasil.

Em relação ao tipo de ocupação, observou-se que os lavradores (50,8% dos casos), foram as grandes vítimas da doença, em função de sua maior exposição ao ciclo silvestre da LTA, confirmando achados em outras regiões^{13, 16, 17}. Devemos lembrar, que não só

os lavradores podem contrair a doença, dependendo e muito, do grau de exposição de cada indivíduo, como mostraram Cerqueira et al¹⁸, na cidade do Rio de Janeiro, em que médicos, advogados, engenheiros e muitos outros profissionais tiveram a doença em suas residências ou em seus locais de trabalho. Mais recentemente Passos et al¹³, na região metropolitana de Belo Horizonte encontrou em sua casuística, diversos tipos de ocupações entre seus pacientes com LT.

Notou-se ainda que 99,8% dos pacientes apresentaram lesões cutâneas. Esse predomínio é compreensível, pois, outros estudos realizados no Brasil, demonstraram que os percentuais de casos cutâneos em relação aos de mucosas variaram entre 95 a 100%^{16, 17, 19, 20}, havendo possibilidade da ocorrência de leishmanias com pouco tropismo para as mucosas, como as *L. guyanensis*, *L. shawi*, *L. amazonensis*, que circulam na Amazônia, local de onde procedem à maioria de nossos casos^{3, 6, 17}.

Como os dados mostrados representam a casuística dos municípios em que 56,8% da população, ainda reside na área rural, vivendo da lavoura de subsistência, esperava-se que os surtos epidêmicos ocorressem com certa frequência como mostra dados da Tabela 3. Embora em determinadas regiões, onde

não ocorreram grandes surtos estes níveis possam modificar-se como mostrou Llanos-Cuentas¹⁹, na região de Três Braços-BA.

Apesar do estudo ter sido realizado no término do século XX, a LT no Maranhão, repetiu os mesmos fatos ocorridos em São Paulo^{2, 3, 4, 5} e na Bahia² no início do mesmo século, quando da construção de estradas de rodagem e ferrovias, visando desenvolver aqueles estados, fazendo com que as populações se deslocassem em busca de trabalho ou mesmo de moradia devastando as matas até então intocadas^{2, 3, 4, 5}.

O Maranhão constitui-se em um estado agrícola, e a LT é uma doença ligada às áreas de ocupações recentes como demonstraram Silva et al⁸. Nesse contexto, o homem do campo representa o elemento mais importante, sendo o primeiro a entrar em contato com o ciclo silvestre da doença²⁰. A década de 70 constituiu-se no início da ocupação da Amazônia do Maranhão, com a abertura dos trechos rodoviários Belém-Brasília, São Luís-Imperatriz, Pará-Maranhão – houve implantação da ferrovia Carajás e posteriormente a Norte-Sul, criando a possibilidade de absorção de populações vindas do Centro-oeste, Sudeste, Sul, além do Nordeste do País. A maioria desses colonos ocupou as áreas florestais, onde estabeleceram a pecuária como principal atividade, com posterior aumento populacional facilitando a criação de novos municípios, como ocorreu em Buriticupu^{3, 6, 7, 8, 13}.

O comportamento humano da LT no Estado, mostrou a Amazônia do Maranhão com problemas graves em relação à doença, pois 33,6% dos casos concentraram-se nesta região, assemelhando-se às descrições feitas por Pessoa & Barreto²⁰ em São Paulo, e por Lainson & Shaw¹⁷, no Pará, havendo evidências de ser uma doença ocupacional.

Considerando-se a hipótese de doença ocupacional, o aumento do número de casos observados no período seco em áreas distintas do estado do Maranhão (Amazônia e Cerrado), está relacionado mais com o hábito do homem, do que com a variação sazonal do vetor. Pois, enquanto a atividade antropológica

dos flebotomíneos nas áreas tropicais ocorre o ano inteiro, é, geralmente, no verão que o trabalhador rural penetra com maior agressividade no ambiente silvestre da doença para derrubar a mata ou preparar o terreno para o cultivo na estação seguinte (chuvosa). Além disso, a densidade das populações dos flebotomíneos aumenta durante o período úmido seguido por um decréscimo na estação seca, embora existam espécies comuns nessa estação^{9, 10}. As chuvas e o conseqüente nível de umidade são os determinantes mais importantes da densidade de muitas espécies de flebotomos nessas regiões.

A análise destes casos parece acompanhar o modelo mais observado no Brasil, que é o surto epidêmico associados a derrubadas de matas para construção de estradas e localização de povoados em regiões pioneiras com transmissão ativa em crianças, jovens e adultos, de ambos os sexos, que freqüentam lavouras ou participam ativamente no desmatamento da floresta, cujos parasitas envolvidos pertencem aos subgêneros **Viannia** e **Leishmania**^{17, 19, 22}. O impacto da doença gerado pela atividade humana depende das modificações introduzidas no ecossistema nativo, relacionados à quantidade, comportamento e nível de organização social de indivíduos suscetíveis, assim como da quantidade e qualidade de reservatórios, vetores e agentes etiológicos existentes¹².

As perspectivas de controle da doença no Estado são complexas em função da mesma comportar-se primariamente como um zoonose, sendo o homem apenas hospedeiro acidental. Atinge indivíduos que trabalham nas áreas florestais, especialmente aqueles envolvidos em atividades de desmatamento às vezes se comportando como doença ocupacional. Por tratar-se de matas densas de áreas tropicais chuvosas, o conhecimento da biologia e dos hábitos de alimentação das várias espécies de vetores flebotomíneos poderá, contribuir para a prevenção da infecção. Outra possibilidade será o desenvolvimento de vacinas, e a utilização dos cuidados individuais, que é de difícil implementação na prática^{3, 4}.

REFERÊNCIAS

- 1 Barreto, AC, Cuba, CC, Marsden, PD, Vexenat, JA, De Belder, M. Características epidemiológicas da leishmaniose tegumentar americana em uma região endêmica do Estado da Bahia, Brasil. I. Leishmaniose humana. *Boletim da Oficina Panamericana de Saúde*, 1981; 415-424.
- 2 Costa, JML. *Estudo clínico-epidemiológico de um surto epidêmico de leishmaniose tegumentar americana em Corte de Pedra - Bahia*. [Dissertação]. Brasília(DF); Universidade Nacional de Brasília, 1986. 208p.
- 3 Costa, JML. Epidemiologia das Leishmaniose no Brasil. *Gazeta médica da Bahia*, 2005; 75:3-17.
- 4 Marzochi KBF, Marzochi MCA, Silva AF. Phase 1 study of an inactivated vaccine against american tegumentary leishmaniasis in normal volunteers in Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 1998; 93:205-212.
- 5 Costa, JML, Saldanha, ACR, Mello e Silva, AC, Serra-Neto, A, Galvão, CES, Pedrosa E Silva, CM, Silva, AR. Estado atual da Leishmaniose cutânea difusa (LCD) no Estado do Maranhão. Aspectos epidemiológicos; clínicos e evolutivos. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 1992; 25:115-123.
- 6 Costa, JML *Prevalência da infecção por Leishmania sp em pacientes portadores das diversas formas clínicas da hanseníase em uma área endêmica da Amazônia do Maranhão*. [Tese].

- São Luís (MA); Universidade Federal do Maranhão, 1999. 178p.
- 7 Saldanha ACR, Silva ACM, Galvão CES, Silva CMP, Costa JML. Procedência de pacientes portadores de Leishmaniose cutânea difusa (LCD) no estado do Maranhão - Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 1992; 25:271-273.
- 8 Silva AR, Martins G, Melo JEM, Araújo JP, Mendes JR, Mendes MG. Surto epidêmico de Leishmaniose Tegumentar Americana ocorrido na colonização agrícola de Buriticupu (Estado do Maranhão), Brasil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*. 1979; 21:43-50.
- 9 Rebêlo JMM, Mendes WA, Costa JML, Caleiro N. Lista Preliminar das espécies do gênero *Lutzomya* França, 1924 (Psychodidae, Phlebotominae) do Estado do Maranhão, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 1996; 12:545-549.
- 10 Maranhão. Governo do Estado. Maranhão informações básicas. São Luis: Ed. Gráfica do Estado; 1998.
- 11 Nascimento MN, Carneiro DDMD. *Terra das palmeiras: geografia e história do Maranhão*. São Paulo: FTD; 1996.
- 12 Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Guia de controle da Leishmaniose Tegumentar Americana*. Brasília: MS; 2000. 78p.
- 13 Passos VMA, Barreto SM, Romana AJ, Krettli AU, Volpini AC, Gontijo CMF, Falcão AL, Lima-Costa MF. Leishmaniose tegumentar na região Metropolitana de Belo Horizonte: aspectos clínicos, laboratoriais, terapêuticos e evolutivos (1989-1995). *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2001; 34:5-12.
- 14 Costa JML, Tada MS, Netto EM, Vale KC, Lago EL, Marsden PD. Procedência de pacientes portadores de Leishmaniose Tegumentar americana nas áreas endêmicas de Três Braços e Corte de Pedra, Estado da Bahia, Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 1988; 21:145-149.
- 15 Araújo FNA. Leishmaniose Tegumentar Americana e o desmatamento na Amazônia. *Acta Amazônica*, 1981; 11:187-189.
- 16 Herrer A, Christensen HA. Epidemiological patterns of cutaneous leishmaniasis in Panama. III. Endemic persistence of the disease. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1976; 25:54-58.
- 17 Lainson R, Shaw JJ. Epidemiology and ecology of leishmaniasis in Latin America. *Nature*, 1978; 273: 595-600.
- 18 Cerqueira AC, Vasconcelos AA. Leishmaniose nesta capital. *Boletim Sanitário*, 1922; 1:35-47.
- 19 Llanos-Cuentas EA. *Estudo clínico evolutivo da Leishmaniose em uma área endêmica de Leishmania braziliensis braziliensis*, Três Braços (BA). [Tese]. Brasília (DF); Universidade Nacional de Brasília; 1984. 176p.
- 20 Pessoa SB, Barreto MP. *Leishmaniose Tegumentar Americana*. Imprensa Nacional, Rio de Janeiro, 1948, 526p.
- 21 Velimorivic B. Los olvidados la salud de los migrantes. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1980; 89:49-52.
- 22 World Health Organization. Control of leishmaniasis. *Technical Report Series*, 1990; 793:50-52.

ENDEREÇO ATUAL PARA CORRESPONDÊNCIA:

Jackson Mauricio Lopes Costa, Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz-FIOCRUZ / Bahia.
Rua Valdemar Falcão Nº 121 (Bairro Candeal), Salvador-Bahia, Brasil. CEP 40295-001.
E-mail: jcosta@cpqgm.fiocruz.br

Síndrome de Marfan

Marfan's Syndrome

Lina Luana Costa Sá¹, José Bonifácio Barbosa Santos Lages², Fabrício Rabêlo Amorim³

Resumo: O propósito deste estudo é apresentar um caso de Síndrome de Marfan de um paciente do sexo masculino, 27 anos, admitido no Hospital Universitário apresentando sinais e sintomas de Insuficiência Cardíaca Congestiva descompensada classe III, manifestações esqueléticas importantes como dolicocefalia, aracnodactilia, cifoescoliose, tórax escavado, palato alto e arqueado, além de apresentar amaurose em ambos os olhos. O Ecodopplercardiograma demonstrou disfunção sistodiastólica importante do ventrículo esquerdo, refluxo mitral e tricúspide, e hipertensão pulmonar. A Síndrome de Marfan é um distúrbio incomum do tecido conjuntivo que acarreta anomalias oculares, ósseas, cardíacas e vasculares.

Descritores: Síndrome de Marfan; fibrilinoopatias; herança autossômica dominante.

Abstract: The aim of the present study is to report a case of Marfan's syndrome of a 27 years old male admitted to the University Hospital, at the city of São Luís, State of Maranhão (Brazil), with symptoms of decompensated cardiac failure (NYHA III), severe muscle and bone deformities (dolichostenomelia, arachnodactyly, cifoscoliosis, pectus excavatum, palate high and arch) and bilateral blindness. Echocardiogram examination showed severe systolic and diastolic dysfunction of left ventricle, mitral and tricuspid insufficiency and pulmonary hypertension. Marfan's Syndrome is an uncommon disease of the connective tissues with several and disseminated anomalies (ocular, skeletal, cardiac and vascular).

Keywords: Marfan's Syndrome, fibrillinopathy; autosomal dominant inheritance.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Marfan (SMF) é uma doença do tecido conjuntivo descrita por um pediatra francês, Antoine Bernard-Jear Marfan, em 1896. A partir de então, com o relato de casos subsequentes, ficou estabelecido que se tratava de uma doença de herança autossômica dominante, com expressividade variável intra e interfamiliar, sem predileção por raça ou sexo, que mostra uma prevalência de 1/10.000 indivíduos. Aproximadamente 30% dos casos são esporádicos e o restante é familiar¹.

A SMF é uma fibrilinoпатия que resulta da síntese deficiente de fibrilina-1. O gene humano que codifica para esta proteína (FBN-1) foi parcialmente clonado e localiza-se no cromossoma 15q21. A grande dimensão deste gene e a multiplicidade das mutações possíveis não permitem atualmente o diagnóstico molecular de rotina².

Quando a fibrilina está deficiente os ligamentos e as artérias tornam-se flácidos. A flacidez nos ligamentos articulares leva a hiper mobilidade articular e a uma perda na contenção do crescimento dos ossos. Desta forma, eles crescem demais e deformam-se. Por sua vez, o ligamento de sustentação do cristalino frágil leva à mobilidade da lente (subluxação) podendo até se romper (luxação). No coração, o sangue que sai

com muita força a cada batimento cardíaco é ejetado diretamente na aorta e esta vai se dilatando e pode até chegar a romper-se³.

Quanto mais precoces forem as manifestações clínicas, particularmente as do foro cardíaco (presentes em 83% dos doentes), mais reservado é o prognóstico².

A Síndrome de Marfan apresenta grande variabilidade fenotípica inter e intrafamiliar, o que torna o diagnóstico difícil.

Os critérios atuais estabelecidos na literatura para:

1) diagnóstico do primeiro afetado da família são:
- se a história familiar/genética não contribui: critério maior em pelo menos dois diferentes órgãos/sistemas e o envolvimento de um terceiro;

- se uma mutação conhecida como causadora da Síndrome de Marfan for detectada: um critério maior em um órgão/sistema e o envolvimento de um segundo.

2) um parente de primeiro grau afetado: presença de um critério maior na história familiar e um critério maior em um órgão/sistema e o envolvimento de um segundo³.

Os casos mais característicos são diagnóstica-

1. Acadêmica do 4º ano de Medicina da UFMA.

2. Médico. Docente da UFMA.

3. Médico.

dos em crianças mais velhas/adolescentes e as complicações mais freqüentes são as oculares (luxação do cristalino, 70%, miopia, 60%), as cardíacas (dilatação do arco aórtico, 84%, prolapso da válvula mitral, 58%) e as do foro ósseo (escoliose, 44%, tórax côncavo, 68%, pé plano, 44%). A maioria destes indivíduos são

altos (56% têm estatura > P95 para a idade) e têm aracnodactilia (88%)².

A oportunidade que tivemos de diagnosticar e de tentar melhorar a qualidade de vida de um paciente portador da referida síndrome nos motiva a realizar o presente estudo.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 27 anos, pardo, natural e residente em Barreirinhas, MA, solteiro e sem ocupação. Admitido no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, por apresentar dispnéia em repouso havia quarenta dias, concomitantemente ortopnéia, dispnéia paroxística noturna, não procurando auxílio médico.

Após duas semanas começou a apresentar edema de membros inferiores, que progrediu rapidamente para anasarca. Sendo internado em outro hospital por oito dias, fez uso de medicações (não soube referir), havendo melhora da dispnéia e remissão do edema. O paciente negava febre, tosse, náuseas e vômitos. Referia problema visual com glaucoma bilateral (amaurose em ambos os olhos) havia 4 meses.

O paciente foi transferido em seguida e à admissão apresentava-se, ao exame físico, hidratado, afebril, corado, lúcido e orientado no tempo e espaço, acianótico, anictérico, taquipnéico, edema em ambos os pés (++)/4+), mole, indolor, frio, sinal de cacifo presente. Apresentava manifestações esqueléticas importantes como dolicocefalia, palato alto e arqueado, estatura elevada, aracnodactilia, tórax escavado, cifoescoliose e pé plano (figura 1). A freqüência respiratória de 34 irpm, o restante dos sinais vitais estavam normais.

Apresentava fatores de risco cardiovasculares: diabético e sedentário. Negava tabagismo ou etilismo, doença coronariana precoce na família.

O aparelho cardiovascular tinha pulsos carotídeos, radiais e pediosos, com amplitude diminuída, ictus cordis de ventrículo esquerdo no 5º espaço intercostal a 2 cm da linha hemiclavicular esquerda, medindo +/- 5 cm, difuso e propulsivo, ritmo cardíaco regular 3T, hiperfonese B2, presença de sopro holossistólico em foco mitral (+/4+). O aparelho respiratório apresentava tórax escavado, presença de abaulamento em hemi-tórax esquerdo, respiração tóraco-abdominal. Abdome plano, sem pulsações anormais, baço palpável a quatro dedos do rebordo costal esquerdo, traube ocupado, ruídos hidroaéreos presentes.

Hemograma normal. A AST de 122 u/l; ALT de 202 u/l; uréia e creatinina normais. Realizou-se uma radiografia do tórax que apresentou sinais de hipertensão venosa pulmonar, área cardíaca aumentada, seios e cúpulas frênicas livres. O Eletrocardiograma (figura 2) demonstrava ritmo sinusal, sobrecarga atrial esquerda, bloqueio divisional ântero-superior esquerdo (R<S em D2) e bloqueio de ramo esquerdo grau 1 (R puro em D1). O Ecodopplercardiograma (figura 3) apresentava diminuição severa da função sistólica do ventrículo esquerdo, fluxo mitral com padrão restritivo, caracterizando disfunção diastólica importante, moderado comprometimento da função global do ventrículo direito, insuficiência mitral discreta a moderada, insuficiência tricúspide holossistólica e discreta, estimativa de pressão sistólica da artéria pulmonar em 45 mmHg.

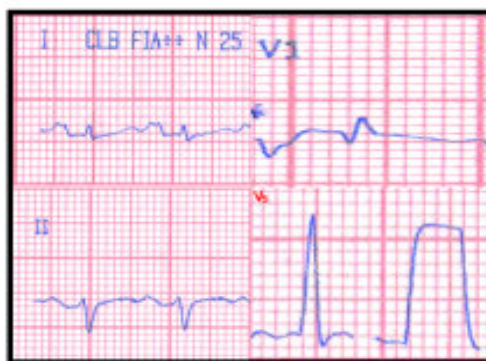


Figura 2: Eletrocardiograma



Figura 1: Tórax escavado

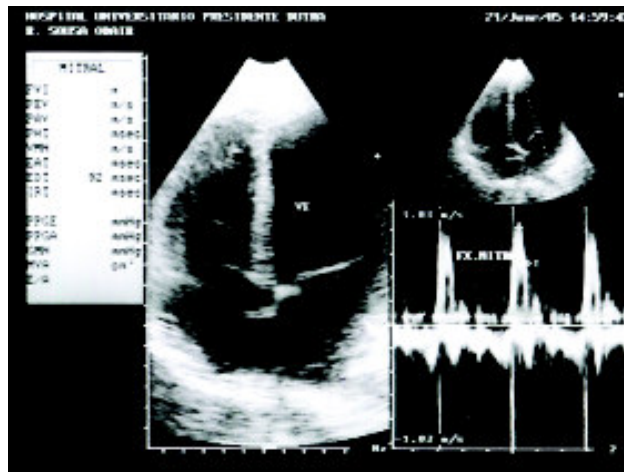


Figura 3: Ecodopplercardiograma

Fez uso de digitálicos, diuréticos, vasodilatadores e inibidores da enzima conversora da angiotensina, durante a internação. O paciente evoluiu para quadro gravíssimo chegando a fazer 6,75 mg/kg/min de

dopamina e dobutamina, chegando a óbito no 13º dia de internação hospitalar, no dia 03 de setembro de 2005.

DISCUSSÃO

As principais manifestações esqueléticas na SMF são: deformidades do tórax e da coluna, dolicoctenomia, aracnodactilia e estatura elevada. As principais manifestações oculares são: subluxação do cristalino, miopia e descolamento de retina. As principais manifestações cardíacas são: prolapso de válvula mitral, dilatação da aorta e aneurisma dissecante de aorta. Podem ocorrer também manifestações no sistema nervoso central, como ectasia dural, meningocele lombar e sacral, cisterna magna dilatada, distúrbio de aprendizado e hiperatividade⁴.

A Síndrome de Marfan apresenta grande variabilidade fenotípica inter e intrafamiliar, o que torna o diagnóstico difícil.

A prevalência das manifestações cardíacas e suas complicações variam com a idade. Entre crianças com a síndrome, prolapso da válvula mitral e insuficiência mitral grave são as alterações mais frequentes. Em adultos, dilatação da raiz da aorta, regurgitação aórtica e dissecção aórtica predominam⁵.

A dilatação da raiz da aorta é mais marcante ao nível do seio de valsalva. Ocorre em 50% das crianças e 80% dos adultos. Frequentemente se estende para aorta ascendente e segmentos distais, denotando maior gravidade e pior prognóstico. Dilatação dos segmentos distais, isto é, arco aórtico, aorta descendente torácica e aorta abdominal, podem estar presentes, mas raramente ocorre na ausência de dilatação da raiz aórtica⁵.

Pacientes com dissecção aórtica classicamente se apresentam com dor torácica ou abdominal, mas dissecções relativamente pequenas na aorta ascendente podem passar despercebidas. O diagnóstico das dissecções é feito por ecocardiograma transesofágico, tomografia ou ressonância magnética. O risco de dissecção aumenta com o tamanho da aorta e, felizmente, ocorre infrequentemente com diâmetros menores que 5,5 cm no adulto. Por isso, muitos cirurgiões adotam o critério máximo de 5,0 a 5,5 cm para realizar cirurgia eletiva em pacientes com Síndrome de Marfan⁵.

Regurgitação aórtica na Síndrome de Marfan raramente ocorre em pacientes com raiz da aorta normal, mas sua frequência aumenta com o progredir da dilatação aórtica. A insuficiência aórtica geralmente aparece em adultos com um diâmetro da raiz da aorta maior que 5 cm. Sua prevalência aumenta com a idade, sendo incomum em crianças. Prolapso da válvula mitral é mais comum em mulheres. A incidência pode chegar a 60-80% pelo ecocardiograma. Os folhetos geralmente estão alongados e redundantes. A ocorrência de regurgitação grave ocorre em 25% dos casos, incidência muito maior quando comparado com prolapso na população geral⁵.

No olho normal as moléculas de fibrilina ficam dispostas como contas de colar sobre o colágeno. Na Síndrome de Marfan a fibrilina anormal acarreta deslizamento das bandas de colágeno, provocando alongamento da zônula. Este alongamento da zônula provoca retração da cápsula cristalina com alteração secundária da forma do cristalino. O cristalino torna-se mais globoso pela falta de tensão zonular sobre a cápsula. Além disso, existem menos processos ciliares, os quais apresentam orientação irregular e sinais de degeneração. Na cápsula do cristalino a fibrilina anormal, localizada na região equatorial, leva a alterações no desenvolvimento e funcionamento do cristalino⁶.

O paciente em questão foi examinado e diante do seu quadro clínico e de exames complementares como o eletrocardiograma e o ecodopplercardiograma que confirmaram o comprometimento cardiovascular, certificamo-nos que se tratava de um paciente com Síndrome de Marfan, que já apresentava amaurose em ambos os olhos.

Hoje em dia existe uma tendência de que estes indivíduos sejam acompanhados por um grupo multiprofissional devido às alterações presentes em muitos órgãos. É importante que existam centros de referência para o tratamento dos olhos destes pacientes, pois as complicações são frequentes, como ocorreu no caso descrito.

REFERÊNCIAS

- 1 Aoyama T, et al. Fibrillin abnormalities and prognosis in Marfan syndrome and related disorders. *Am J med Genet*, 58: 169-176, 1995.
- 2 LeParc JM. *Informação adaptada de Preventive management of children with congenital anomalies and syndromes*. In: Wilson GN, Cooley WC. 2003.
- 3 Pereira L, et al. Targeting of the gene encoding fibrillin-1 recapitulates the vascular aspect of Marfan syndrome. *Nature Genetics*, 1997; 17(2):218-222.
- 4 Perez ABA. *Estudo genético-clínico e molecular em pacientes com síndrome de Marfan* [tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 1997.
- 5 Van Karnebeek CDM, Naeff MSJ, Mulder BJM, et al. Natural History of cardiovascular manifestations in Marfan syndrome. *Arch Dis*

Tumor carcinóide de reto

Rectal carcinoid tumor

Joaquim David Carneiro Neto² João Batista Pinheiro Barreto¹, Dóris Maria Costa Rocha³

Resumo: O termo *karzinoide* foi introduzido na literatura por Oberndorfer em 1907, ao descrever um tipo de neoplasia que se assemelhava ao adenocarcinoma, porém de evolução atípica, geralmente benigna. Os tumores carcinóides retais representam 12,8% de todos os tumores carcinóides identificados pelo Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos, entre janeiro de 1973 e dezembro de 1991. Relata-se o caso raro de uma paciente portadora de um tumor carcinóide do reto, discutindo-se aspectos referentes ao quadro clínico, diagnóstico e tratamento.

Descritores: Tumor carcinóide, Reto.

Abstract: The term *Karcinoide* was first used in the literature by Oberndorfer in 1907 when describing a kind of neoplasia which was similar to adenocarcinoma, of atypical evolution and generally benign. Rectal carcinoid tumors account for 12.8% of all carcinoid tumors identified by the National Cancer Research Institute of the United States from January 1973 to December 1991. A rare case of a female patient with a rectal carcinoid tumor is reported. Medical picture, diagnosis, and treatment are discussed.

Keywords: Carcinoid tumors, Rectum.

INTRODUÇÃO

O tumor carcinóide é um tipo de neoplasia que se assemelha ao adenocarcinoma, porém com evolução atípica, geralmente benigna¹. Atualmente, estima-se em um a dois casos por 100.000 habitantes sua incidência anual nos Estados Unidos. Entretanto, esta prevalência pode ser subestimada, já que parte das lesões apresentam comportamento biológico pouco agressivo.² Em análise recente de 8.305 casos demonstrou-se que o trato gastrointestinal foi a sede de 73,7% dos casos, com as lesões retais sendo responsáveis

por 12,8% de todos os tumores carcinóides identificados pelo Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos no período de janeiro de 1973 a dezembro de 1991³. Cerca de metade dos tumores carcinóides do reto provocam sintomas, como sangramento, constipação intestinal e dor⁴. Sua detecção acontece acidentalmente ou em exames proctológicos de rotina de uma maneira precoce, o que favorece o prognóstico de pacientes portadores deste tipo de tumor³.

RELATO DO CASO

M.C.F.M., feminino, 51 anos, do lar, casada, branca, residente em São Luís - MA. Foi atendida com queixa de constipação intestinal de longa data. Há mais ou menos dois meses acentuou-se a dificuldade para evacuar, eliminando fezes secas. Além disso, relatou dois episódios de sangramento de pequena intensidade ao evacuar. Com antecedentes médico-cirúrgicos, refere laqueadura das tubas uterinas, perineoplastia, histerectomia e dois partos normais.

Ao exame físico e proctológico nada foi constatado, sendo solicitada uma colonoscopia, que detectou a presença de pequeno nódulo amarelado medindo aproximadamente 0,3 centímetros no seu maior diâmetro, situado na parede anterior do reto, cerca de 8 centímetros da margem anal, de consistência firme (Figura 1).

O nódulo foi retirado e enviado para estudo anatomopatológico, que descreveu "fragmento de tec-

do arredondado amarelado com 0,2 centímetros de diâmetro", e microscopia "fragmento de mucosa de intestino grosso, limitado por epitélio cilíndrico típico, exibindo no tecido conjuntivo da lâmina própria ninhos de monotonia de células pequenas, por vezes esboçando estruturas organóides". O laudo histopatológico concluiu que o aspecto apresentado era compatível com carcinóide (Figura 2).

No controle, após duas semanas, referiu dores abdominais em cólica, porém melhora da constipação. Foi então prescrito Debridat® (Maleato de Trimebutina) e solicitados os seguintes exames: hemograma completo, dosagem de transaminases hepáticas (AST/ALT), fosfatase alcalina, antígeno carcinoembrionário (CEA) e parasitológico de fezes, além de retossigmoidoscopia para controle, quando foram retiradas várias amostras do local da ressecção do nódulo. O exame histopatológico relatou pequeno foco de carcinóide re-

¹ Médico. Chefe do Setor de Coloproctologia do HUPD-UFMA

² Acadêmico de Medicina da UFMA

³ Médica. Coloproctologista da CPM

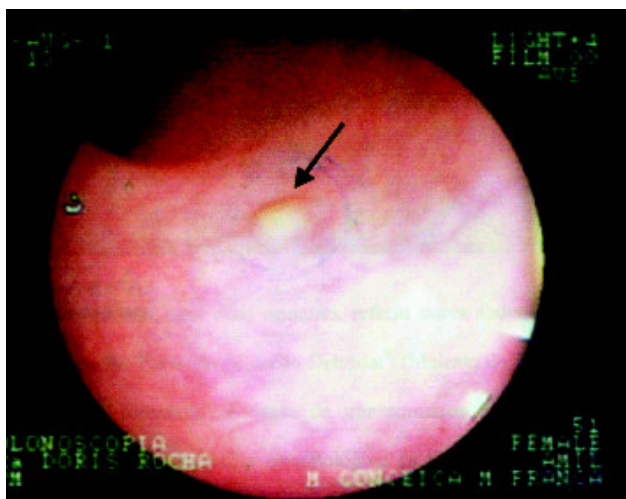


Figura 1: Aspectos do tumor carcinóide na colonoscopia

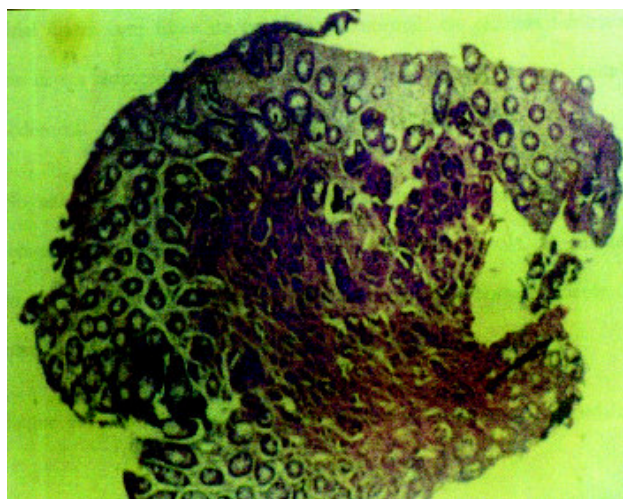


Figura 2: Microscopia do tumor carcinal de reto

sidual em uma das amostras.

Mediante a conclusão deste segundo laudo histopatológico, realizou-se nova retossigmoidoscopia para ressecção da mucosa no local referente ao nódulo e às biópsias realizadas anteriormente. O procedimento foi realizado sem intercorrências. O laudo histopatológico da mucosa ressecada demonstrou “fragmento de mucosa do cólon revestido por epitélio cilíndricos sem atipias e edema com leve infiltrado inflamatório de leucócitos mononucleares, especialmente linfócitos, no córion”. Concluiu tratar-se de uma colite

crônica com ausência de neoplasia residual.

Após dez dias da realização da ressecção da mucosa, a paciente retornou, referindo ritmo intestinal diário com fezes de consistência normal. Os exames laboratoriais foram normais e os níveis detectados de CEA foram 6,4 ng/mL. Foi solicitada uma ultrassonografia abdominal, cujo resultado foi normal.

No seu retorno, após quatro meses, referiu melhora dos sintomas, queixando-se apenas de epigastria, sendo solicitada colonoscopia de controle. O exame revelou-se normal até o ceco;

DISCUSSÃO

O reto é a segunda localização mais frequente dos tumores carcinóides do trato gastrointestinal, representando cerca de 1 a 2% das neoplasias retais³. São mais comuns na sexta década de vida, e apresentam-se geralmente como pequenas lesões nodulares e submucosas, assumindo, eventualmente, formas polipóides ou ulceradas¹.

Metade dos casos é assintomática, tendo seu diagnóstico accidental ou em exames proctológicos de rotina. A sintomatologia, quando presente, consiste principalmente em sangramento retal, dor e/ou constipação intestinal. A presença de sinais e sintomas da síndrome carcinóide é rara. Apesar das manifestações clínicas inespecíficas, o carcinóide do reto, dentre todos que acometem o trato gastrointestinal, é o único acessível a dois procedimentos extremamente simples de diagnóstico: o toque retal e a retossigmoidoscopia⁴.

Ao toque, os carcinóides do reto apresentam consistência característica, e, à endoscopia, são descritos como lesões de coloração “amarelada”, nodulares e submucosas na maioria das séries publicadas.

Os tumores carcinóides são geralmente diagnosticados no estudo anatomopatológico por suas características histopatológicas observadas à coloração convencional de Hematoxilina-Eosina. Aham-se constituídos por massas sólidas e homogêneas de células pequenas, de citoplasma pálido ou granular e núcleo pequeno e redondo com nucléolo central. As mitoses são escassas. Os arranjos trabecular, insular ou misto são habituais. No entanto, alguns tipos de

carcinóides mais raros e menos diferenciados, podem evidenciar o padrão de células calciformes ou outros padrões, dificultando, dessa forma, o diagnóstico diferencial com os adenocarcinomas, conforme neste caso. Os carcinóides puros, mesmo aqueles com aspecto glandular exuberante, revelam discretas atipias citológicas, que, quando presentes, são confinadas a pequenos focos¹.

Por ocasião do diagnóstico, a presença de metástases de carcinóides retais é menos freqüente quando comparadas aos localizados nos demais segmentos do trato gastrointestinal. Muitas vezes esses tumores são diagnosticados em fase precoce, seja acidentalmente, em exame proctológico de rotina, ou logo que determinem sangramento retal e/ou constipação intestinal, conforme ocorreu neste caso.

A ocorrência de metástases depende ainda de fatores como o tamanho do tumor e o grau de penetração na parede intestinal⁵.

Mais de 60% dos carcinóides do reto diagnosticados por biópsia medem menos que 1 centímetro, e estão associados à disseminação metastática em menos de 2% dos casos. Por outro lado, para lesões medindo entre 1 e 1,9 centímetros e lesões maiores que 2 centímetros, a ocorrência de metástases foi evidenciada em 10 a 15% e 60 a 80% dos casos, respectivamente. Se não houver invasão das camadas musculares e se a lesão for inferior a 1 cm de diâmetro (como no presente caso), a ressecção endoscópica ou a ressecção local, esta preferencial sempre que factível,

são métodos habitualmente suficientes³.

Nos casos de lesões de 2 cm ou mais, a terapêutica de escolha é a ressecção radical, variando a técnica a ser empregada de acordo com a localização do tumor no reto. Quando apresentam 2 cm ou mais de diâmetro, ou quando demonstradas evidências de invasão da camada muscular, os carcinóides do reto devem ser tratados como adenocarcinomas^{3,5}.

Embora a maioria dos autores seja unânime em afirmar que a ressecção anterior baixa ou a amputação abdominoperineal do reto representem as me-

lhores alternativas no tratamento dos carcinóides retais maiores que 2 cm, o valor desses procedimentos tem sido questionado nos dias atuais².

Desta forma, parece lícito afirmar que um tratamento individualizado, considerando critérios como o tamanho do tumor, grau de penetração na parede intestinal, idade do paciente e presença de doenças associadas, seja mais adequado para definição da melhor terapêutica cirúrgica nos casos de tumores carcinóides do reto.

REFERÊNCIAS

- 1 Rangel MF, Oliveira CV, Nóbrega, LP. Tumor Carcinóide do Reto. *Revista do Colégio Brasileiro dos Cirurgiões*, 2000; 28 (2):156-158.
- 2 Kulke MH, Mayer RJ. Carcinoid Tumors. *The New England Journal of Medicine*, 1999;340: 858-868.
- 3 Modlin IM, Sandor, A. An analysis of 8305 cases of carcinoid tumors. *Cancer*, 1997; 79: 813-829.
- 4 Jetmore AB, Ray JE, Gathright JB et al. Rectal carcinoids: the most frequent carcinoid tumor. *Diseases of Colon Rectu*, 1992; 35:717-725.
- 5 Mani S, Modlin IM, Ballantyne GH et al. Carcinoids of the rectum. *Journal of American College of Surgery*, 1994; 179: 231-248.

**RESUMOS DA II JORNADA CIENTÍFICA
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

ARAÚJO, Cristiane Luciana, CUNHA, Cláudia Varão, SILVA, Elza Lima, SILVA, Andreia Costa Machado. Avaliação da Assistência pré-operatória no Hospital Universitário UNIDADE Presidente Dutra (HUUPD).

Resumo: É de fundamental importância que no pré-operatório sejam dadas orientações ao paciente, abordando explicações sobre a cirurgia e o preparo para a mesma, além de informações básicas sobre as reações físicas e psíquicas que poderão ocorrer com o paciente. Tais orientações contribuem para a diminuição e/ou eliminação das complicações pós-operatória e segurança na cirurgia. Objetivos: Verificar se o paciente cirúrgico está sendo orientado quanto aos procedimentos básicos realizados no pré-operatório, no Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra (HUUPD). Metodologia: Pesquisa de campo, do tipo descritiva, qualitativa, tendo como instrumento, um questionário com perguntas fechadas e abertas sobre condutas que interferem na qualidade da assistência pré-operatória. A população foi constituída por 60 pacientes cirúrgicos entre o 1º e 3º DPO na Clínica Cirúrgica do HUUPD no período de 26 de abril a 05 de maio de 2005 em São Luís - MA. Resultados: Dentre alguns resultados encontramos o percentual de 28,0% de pacientes analfabetos e 40,0% apenas com o ensino fundamental incompleto; mais da metade 78,4%, receberam orientações quanto à remoção dos objetos pessoais; 86,6% receberam orientações quanto ao jejum; 68,4% foram orientados quanto ao banho; 71,6%, não foram orientados quanto à tricotomia; 48,4% das orientações foram dadas por enfermeiro; sendo que 78,4% dos pacientes acharam que as orientações foram importantes. Conclusão: Através da revisão da literatura e dos dados obtidos na pesquisa, conclui-se que as orientações quanto ao preparo básico do pré-operatório contribuem para a diminuição das complicações pós-operatórias, recuperação mais rápida e um menor custo à instituição.

BERRÊDO, Valéria Cristina M., CARVALHO FILHA, Francidalma S. Sousa, NUNES, Auricélio Pereira, SILVA, Andreia Costa Machado. Assistência ao transplantado renal sob a Teoria de Callista Roy.

Resumo: O transplante renal transformou-se no tratamento de escolha para muitos pacientes com Doença Renal em Estágio Terminal (DRET) ou Insuficiência Renal Crônica (IRC). É importante ressaltar que esse tratamento permite uma reintegração e melhora da qualidade de vida do paciente renal crônico, possibilitando assim, maior satisfação pessoal ao paciente e também o seu retorno ao estilo de vida mais normal. Objetivo: Elaborar uma assistência de enfermagem baseada nos aspectos pertinentes dos quatro modos adaptativos da teoria de Callista Roy a um cliente em pré e pós-operatório de transplante renal com doador vivo. Metodologia: O estudo tem caráter descritivo, exploratório, do tipo estudo de caso, utilizando os quatro modos adaptativos da teoria de Callista Roy. A seleção do cliente da Unidade de Transplante Renal do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra (HUUPD) foi aleatória. Durante o período de 17 de maio de 2005 a 01 de junho de 2005, o cliente foi acompanhado, sendo que os dados obtidos foram coletados através de entrevistas, exame físico e evoluções realizadas com o mesmo. Resultados: A condução do estado metabólico do cliente no pré-operatório deve ir até o nível mais próximo possível do normal, adaptando-o a novos hábitos de vida. Assim sendo, foi proposto o processo de enfermagem de Callista Roy seguindo as seguintes etapas: investigação comportamental, investigação dos estímulos, diagnóstico de enfermagem, estabelecimento de metas, intervenção e a avaliação do paciente. Conclusão: A proposta de assistência ao transplantado renal no pré e pós-operatório, é de grande relevância, uma vez que a mesma desenvolve importante função neste processo através da Teoria de Callista Roy. O cliente em estudo obteve bom prognóstico, atingindo as metas estabelecidas.

CALDAS, Arlene de Jesus M. CUNHA, Cláudia Varão SILVA, Andreia Costa Machado. Estudo clínico e condutas assistências no tétano acidental.

Resumo: O tétano é uma doença infecciosa, não contagiosa, causada pela ação de exotoxinas do bacilo *Clostridium tetani* sobre as células do sistema nervoso central. O tétano acidental acontece geralmente quando o bacilo tetânico penetra no organismo do indivíduo por meio de ferimentos acidentais com objetos contaminados. O diagnóstico é fundamentalmente e o tratamento consiste na realização de debridamento do foco, para se retirar do local, além do agente etiológico, todas as condições de anaerobiase imprescindíveis à transformação do esporo em forma vegetativa, assim como, a utilização de antibióticos, soroterapia e sedativos músculo-relaxadores. Objetivos: Compreender o processo infeccioso, quadro clínico e tratamento da doença em estudo, assim como, desenvolver condutas que proporcionem um melhor prognóstico ao paciente. Metodologia: Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, tipo estudo de caso, realizado na enfermaria da DIP (Doenças Infecciosas e Parasitárias) do Hospital Universitário Unidade Materno Infantil (HUUMI) – UFMA; no período de 20 a 27 de novembro de 2004, com um paciente portador de Tétano Acidental. Os dados foram obtidos através do Histórico de Enfermagem e evoluções diárias. Resultados: Após a análise do histórico do paciente e realização do exame físico, foi confirmado o diagnóstico de tétano acidental, sendo implementada uma terapêutica onde foram realizados exa-

mes de hemograma e bioquímica do sangue e uso de Penicilina cristalina, Diazepam, Imunoglobulina tetânica e Dipirona na terapêutica medicamentosa. Conclusão: O acompanhamento do paciente de forma adequada e integral, proporcionou um bom prognóstico. O mesmo apresentou melhoras significativas em relação ao trismo, dores abdominais, rigidez de nuca, dificuldade para sentar e rigidez muscular; sendo importante está orientando o paciente com medidas gerais e úteis para prevenção.

BERRÊDO, Valéria Cristina M., CARVALHO FILHA, Francidalma S. Sousa, NUNES, Auricélio Pereira; SILVA, Andreia Costa Machado. Assistência ao transplantado renal sob a Teoria de Callista Roy.

Resumo: O transplante renal transformou-se no tratamento de escolha para muitos pacientes com Doença Renal em Estágio Terminal (DRET) ou Insuficiência Renal Crônica (IRC). É importante ressaltar que esse tratamento permite uma reintegração e melhora da qualidade de vida do paciente renal crônico, possibilitando assim, maior satisfação pessoal ao paciente e também o seu retorno ao estilo de vida mais normal. Objetivo: Elaborar uma assistência de enfermagem baseada nos aspectos pertinentes dos quatro modos adaptativos da teoria de Callista Roy a um cliente em pré e pós-operatório de transplante renal com doador vivo. Metodologia: O estudo tem caráter descritivo, exploratório, do tipo estudo de caso, utilizando os quatro modos adaptativos da teoria de Callista Roy. A seleção do cliente da Unidade de Transplante Renal do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra (HUUPD) foi aleatória. Durante o período de 17 de maio de 2005 a 01 de junho de 2005, o cliente foi acompanhado, sendo que os dados obtidos foram coletados através de entrevistas, exame físico e evoluções realizadas com o mesmo. Resultados: A condução do estado metabólico do cliente no pré-operatório deve ir até o nível mais próximo possível do normal, adaptando-o a novos hábitos de vida. Assim sendo, foi proposto o processo de enfermagem de Callista Roy seguindo as seguintes etapas: investigação comportamental, investigação dos estímulos, diagnóstico de enfermagem, estabelecimento de metas, intervenção e a avaliação do paciente. Conclusão: A proposta de assistência ao transplantado renal no pré e pós-operatório, é de grande relevância, uma vez que a mesma desenvolve importante função neste processo através da Teoria de Callista Roy. O cliente em estudo obteve bom prognóstico, atingindo as metas estabelecidas.

FAVIAS, Flávia Mônica Rocha, PIMENTEL, Mara Izabel Carneiro Câncer De Mama: perfil das pacientes atendidas em um Hospital do Município de São Luis

Resumo: Nas últimas décadas o câncer de mama tem crescido de forma constante. O aumento de incidência do câncer de mama coincide com o fenômeno de aglomeração urbana da população brasileira havendo, como possível consequência, uma elevação da prevalência à exposição a fatores de riscos. Estes fatores determinam grupos de pessoas que apresentam maior chance de desenvolver o câncer de mama. A pesquisa teve como meta evidenciar esses grupos de risco através da elaboração de um perfil das pacientes portadoras de câncer de mama, atendidas em um hospital do Município de São Luis/MA, tendo como objetivos específicos: analisar os dados coletados comparando-os com os da pesquisa bibliográfica e detectar a realização ou não do auto-exame das mamas entre as pacientes entrevistadas. Metodologia: trata-se de um estudo descritivo da natureza quantitativa, evidenciando-se dados pessoais e fatores de riscos, composto de uma amostra de noventa e sete pacientes os quais responderam um questionário de perguntas fechadas nos meses de fevereiro e março de 2005, tendo como critério de inclusão ser paciente do Sistema Único de Saúde (SUS) e ter diagnóstico confirmado de câncer de mama. Resultados: 48,45% das pacientes estudaram até o ensino fundamental; 39,17% das pacientes eram domésticas; 78,35% possuíam renda familiar de até dois salários mínimos; as pacientes casadas somaram 62,88% 50,52% eram da capital e 49,48% do interior; as pacientes de 40 a 59 anos compreenderam 57,73% da amostra e 25,78% das pacientes possuíam 60 anos ou mais; 54,63 das pacientes eram paradas, 27,83% eram brancas e 17,54% eram negras; 53,61 menstruaram antes dos 12 anos; 14,29% relataram menopausa a partir dos 50 anos; 15,47% das pacientes eram nulíparas; dentre as pacientes que possuíam filhos, 9,75% tiveram o primeiro parto após os trinta anos de idade e 13,42% não amamentaram; as pacientes que relataram história de casos de câncer de mama em parentes de 1º grau compreenderam 13,41% da amostra e 22,68% tinham história de doença benigna da mama; 21,65% fizeram uso de anticoncepcional oral e 25,72% realizaram terapia de reposição hormonal; 16,49% das pacientes eram tabagistas e também etilistas; as tabagistas ou etilistas representam ambas 15,47% da amostra, 98,97% das pacientes apresentam nódulos palpáveis representam ambas 15,47% da amostra, 98,97% das pacientes apresentam nódulo palpável na mama, apenas uma paciente não referiu presença de nódulo palpável; com relação ao tempo que as pacientes levaram para procurar ajuda profissional, 45,83% demoraram até um ano para realizar a primeira consulta; a pesquisa concluiu revelou que 31,96% das pacientes não conheciam o auto-exame das mamas e dentre as que conheciam, 47,42% não examinavam suas mamas; o apoio psicológico através de hospital, familiares ou igreja foi relatado por 98% das pacientes. A pesquisa concluiu que a

maioria dos casos de câncer de mama incidiu sobre mulheres casadas, pardas, com idade a partir de 40 anos, com renda familiar de até dois salários mínimos e que estudaram até o ensino fundamental. Quanto aos fatores de risco analisados, os mais prevalentes na pesquisa foram idade avançada, história de doença benigna da mama, uso de hormônios exógenos, nuliparidade, etilismo e tabagismo. Muitas pacientes que demoraram procurar o serviço de saúde após o aparecimento de nódulos no seio apontaram como causa, a dificuldade de se deslocar do interior até a cidade onde havia o serviço de referência.

BERREDO, Valéria Cristina Menezes, BRINGEL, Gardênia Maria Alves, CARVALHO, Wildilene Leite, SILVEIRA, Rosemar Viegas. Artrose Coxo-femural: sistematização da assistência de enfermagem segundo a teoria de Dorothea Orem.

Resumo: A artroplastia total de quadril é a substituição tanto do acetábulo, como da cabeça do fêmur por peças metálicas. O referido trabalho teve por objetivo sistematizar uma assistência de Enfermagem baseada na teoria de Dorothea Orem a uma paciente portadora de artrose coxo-femural e submetida a artroplastia total do quadril. Trata-se de um estudo de caso de uma paciente internada na clínica cirúrgica (ortopédica) de um hospital universitário com diagnóstico de artrose coxo-femural no período de 06.06.05 a 13.06.05. Além dos dados específicos para a aplicação da teoria de Orem, incluiu-se no estudo o histórico de enfermagem, evoluções, terapêutica, exames e acompanhamento trans-operatórios. Após a coleta de dados, foi aplicado o processo de Enfermagem de Orem que possibilitou identificar os déficits de autocuidado, traçar sistemas de enfermagem, sugerir métodos de ajuda e formas de implementação dos cuidados. De acordo com a avaliação do processo de enfermagem aplicado obtiveram-se respostas satisfatórias, pois a referida paciente mostrou-se capaz de ser a agente de autocuidado. Dessa forma, pode-se perceber que o processo de Enfermagem de Orem é totalmente aplicável a um paciente com essa patologia, uma vez que contribui para o seu bem-estar biopsicossocial.

ARAÚJO, C L, CARVALHO FILHA Francidalma S Sousa, SILVA, E L. Infecção de sítio cirúrgico: antibiótico profilaxia utilizada no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

Resumo: A profilaxia antibiótica consiste na administração de antibióticos aos pacientes que vão ser submetidos à cirurgia, objetivando a redução de infecções pós-operatórias, em particular infecções do sítio cirúrgico. A 1ª Portaria da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do HUUPD ocorreu em 15 de junho de 1993. Em janeiro de 1997 realizou-se uma reunião para a padronização da antibiótico profilaxia. A escolha do regime profilático deve ser dirigida a um grupo de microorganismo bem definido, sendo necessário conhecer o perfil de sensibilidade bacteriológica identificado no hospital, além de considerar o espectro, a toxicidade, o risco de alterar a flora bacteriana local, a farmacocinética e a duração do efeito antibiótico profilático. Objetivo: Estudar a antibiótico profilaxia utilizada em cirurgias no HUUPD, segundo as normas preconizadas pela ANVISA. Metodologia: Realizou-se um estudo descritivo com enfoque qualitativo; utilizando-se como métodos de coleta de dados a observação e a análise documental. A pesquisa foi realizada no Centro Cirúrgico do HUUPD/UFMA, no período de 14 de abril a 04 de maio de 2005. **Resultados:** No Centro Cirúrgico do HUUPD/UFMA o antibiótico profilático de escolha é a Cefazolina; indicada em cirurgias potencialmente contaminadas ou limpas de grande porte. Além da Cefoxitina, indicada em cirurgias de cólon e delgado, de esôfago, faringe e laringe, e em cirurgias bucomaxilofaciais. O HUUPD tem como rotina iniciar a antibiótico profilaxia 30 minutos antes do ato cirúrgico e repetir a cada 4 horas de cirurgia. Conclusão: No HUUPD, após o início da antibiótico profilaxia utilizada no Centro Cirúrgico, as taxas de ISC reduziram consideravelmente, segundo informações da CCIH. Estando de acordo com as normas de segurança da ANVISA.

AMORIM, Edlayne Castro, BRINGEL, Gardênia Maria Alves, MENEZES, Vanessa Araújo, PAIVA, Maria de Fátima Lires. Uso de anticoncepcionais orais Entre as mulheres da Liga de Hipertensão Arterial do Hospital Universitário.

Resumo: Os ACOs estão associados a duas ou três vezes mais hipertensão entre suas usuárias, porém, este parece ser um efeito temporário, pois em mais de 50% dos casos, a pressão volta a níveis normais após alguns meses de interrupção do uso de ACO. Embora não haja contra-indicação formal, salvo em mulheres com mais de 35 anos e fumantes, seu uso deve ser evitado em mulheres com mais de 35 anos e obesas, pelo maior risco de desenvolver ou agravar a hipertensão arterial. Objetivo: Identificar o fator de risco “uso de anticoncepcionais orais” entre as mulheres da Liga de Hipertensão Arterial do HUUPD – UFMA. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, realizada com uma amostra aleatória de 100 mulheres da Liga de Hipertensão, no período de 28 de março a 01 de abril de 2005. Os dados foram coletados nos prontuários das pacientes, com base nas últimas consultas. Resultados: Dos 100 prontuários analisados, 05 mulheres fazem ou já fizeram uso de ACOs. A idade média entre as usuárias é de 50,8 anos, contra 61,03, das não-usuárias. A média entre os valores das pressões

arterial das usuárias é de 140 X 87,2 mmHg, enquanto que das não-usuárias é 145 X 84,2 mmHg. De toda a amostra, 04 mulheres não estavam em tratamento medicamentoso; destas, 01 fazia uso de ACO e, na ocasião da última consulta, apresentava pressão arterial 180 X 90 mmHg. Nenhuma das usuárias de ACOs era tabagista. Conclusão: Através da revisão literária, podemos concluir que, o uso de ACOs deve ser cauteloso e, quando utilizado, a pressão arterial deve ser monitorizada rigorosamente. Além de que, é responsabilidade dos profissionais de saúde, orientar sobre outros métodos contraceptivos

ALMEIDA, Cibele Lima, CASTRO, Samantha Nazaré de Andrade, NEVES, Tâmara Graziela Matos, SILVA, Elza Lima. Transplante Renal : Assistência de Enfermagem.

Resumo: A insuficiência renal crônica é uma doença progressiva caracterizada por uma crescente incapacidade do rim em manter níveis normais dos produtos do metabolismo, valores normais da pressão arterial, bem como o equilíbrio ácido-base, da água, do potássio e do sódio. Quando a função renal se reduz a valores inferiores a 100ml/dia, torna-se necessário o uso de tratamento alternativo da insuficiência renal: diálise ou transplante renal. O transplante renal é o procedimento médico-cirúrgico no qual um rim, que anteriormente era de outra pessoa (doador), é colocado em um indivíduo cujos rins não funcionam mais (receptor). Objetivo: Enquadrar a teoria de Wanda de Aguiar Horta ao paciente bariátrico. Metodologia: Estudo do tipo descritivo (estudo de caso), realizado no HUUPD, submetido a transplante renal com doador vivo. Os dados foram coletados por meio de entrevista, exame físico e evoluções diárias realizadas com o referido paciente, mediante acompanhamento deste no período de 13.04.2005 a 26.04.2005. Resultado: E.P.S., masculino, 36 anos, com diagnóstico de insuficiência renal crônica, realizou tratamento hemodialítico. Entrou para lista de transplante com doador vivo, tendo como doador sua mãe. Foi detectado déficit alimentar; alterações clínicas, stresse emocional, integridade cutânea mucosa lesada; crises álgicas, entre outras. Realizou-se acompanhamento dos sinais clínicos, orientações quanto à nutrição, ingesta hídricas e cuidados gerais de enfermagem. Após treze dias de internação o paciente, evoluiu de forma satisfatória ao transplante, não apresentando nenhuma complicação ligada a este. Entretanto, apresentou dependência parcial no que diz respeito à educação em saúde, nutrição, terapêutica imunossupressoras, consultas de rotina ambulatorial e exames periódicos. Conclusão: Conclui-se que a Teoria de Horta é aplicável a um paciente portador de Insuficiência Renal Crônica Terminal, submetido a transplante renal com doador vivo, visto que, por meio desta se pode atender as necessidades básicas apresentadas pelo mesmo, atingindo-se os objetivos propostos.

ARAÚJO C L, CARVALHO FILHA, F S S, SILVA E L. Infecção de sítio cirúrgico: antibióticoprofilaxia utilizada no Hospital Universitário Federal do Maranhão.

Resumo: A profilaxia antibiótica consiste na administração de antibióticos aos pacientes que vão ser submetidos à cirurgia, objetivando a redução de infecções pós-operatórias, em particular infecções do sítio cirúrgico. A 1ª Portaria da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do HUUPD ocorreu em 15 de junho de 1993. Em janeiro de 1997 realizou-se uma reunião para a padronização da antibiótico profilaxia. A escolha do regime profilático deve ser dirigida a um grupo de microorganismo bem definido, sendo necessário conhecer o perfil de sensibilidade bacteriológica identificado no hospital, além de considerar o espectro, a toxicidade, o risco de alterar a flora bacteriana local, a farmacocinética e a duração do efeito antibiótico profilático. Objetivo: Estudar a antibiótico profilaxia utilizada em cirurgias no HUUPD, segundo as normas preconizadas pela ANVISA. Metodologia: Realizou-se um estudo descritivo com enfoque qualitativo; utilizando-se como métodos de coleta de dados a observação e a análise documental. A pesquisa foi realizada no Centro Cirúrgico do HUUPD/UFMA, no período de 14 de abril a 04 de maio de 2005. Resultados: No Centro Cirúrgico do HUUPD/UFMA o antibiótico profilático de escolha é a Cefazolina; indicada em cirurgias potencialmente contaminadas ou limpas de grande porte. Além da Cefoxitina, indicada em cirurgias de cólon e delgado, de esôfago, faringe e laringe, e em cirurgias bucomaxilofaciais. O HUUPD tem como rotina iniciar a antibiótico profilaxia 30 minutos antes do ato cirúrgico e repetir a cada 4 horas de cirurgia. Conclusão: No HUUPD, após o início da antibiótico profilaxia utilizada no Centro Cirúrgico, as taxas de ISC reduziram consideravelmente, segundo informações da CCIH. Estando de acordo com as normas de segurança da ANVISA.

BERRÊDO, Valéria Cristina Meneses, BRINGEL, Gardênia Maria Alves, MATOS, Jaqueline Belo Pires Matos, SILVEIRA, Rosemar Viegas. Cirurgia Bariátrica: relato de experiência.

Resumo: A obesidade mórbida é definida como sendo aquela que traz consigo as doenças associadas ao excesso de peso. São portadores desta doença, pessoas com Índice de Massa Corpórea (IMC) igual ou superior

que 40 kg por metro quadrado. Por se tratar de uma doença multifatorial, algumas pessoas não conseguem emagrecer, recorrendo assim aos tratamentos cirúrgicos. A técnica de Fobi e Capella (a mais utilizada) reduz a ingestão de alimentos e causa sensação de saciedade, no entanto, pode levar ao aparecimento de diarreia e mal estar após a ingestão de açúcares. **Objetivo:** Aplicar o processo de enfermagem à luz de um referencial teórico a uma pessoa com obesidade mórbida submetida a gastroplastia. **Metodologia:** Realizou-se um estudo de caso com a paciente R. N. R. F., 40 anos, feminino, 87kg, 1,55m, IMC=36,21, no período de 16.06.2005 a 24.06.2005 em um Hospital Universitário de São Luís – MA, respeitando as normas e diretrizes contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados foi executada utilizando como instrumento o modelo do histórico de enfermagem de Wanda Horta. As necessidades humanas básicas afetadas são: sono e repouso, percepção doloroso, integridade cutâneo-mucosa, terapêutica, movimentação, atividade física e nutrição. **Resultados:** Após 07 dias de acompanhamento a paciente evoluiu para, dependência parcial (encontra-se ainda internada, não sendo, portanto prognóstico de alta hospitalar) e em EGB. Realizadas orientações gerais e específicas; encaminhamentos para o serviço de cirurgia bariátrica e ao nutricionista. **Conclusão:** A sistematização do processo de enfermagem de Horta possibilitou uma assistência de forma dinâmica, suprimindo todas as necessidades da paciente, a qual mostrou-se receptiva às orientações e cooperativa em relação aos procedimentos realizados. Reforça-se ainda a necessidade de acompanhamento multidisciplinar em todas as fases desse tratamento no sentido de otimizar os resultados.

BRINGEL, Gardênia Maria Alves, CALDAS, Arlene Mendes, MATOS, Jaqueline Belo Pires, SILVEIRA, Rosemar Viegas. Epidemiologia da Tuberculose no Maranhão.

Resumo: Existem atualmente no Brasil 50 milhões de pessoas infectadas, desse total, cerca de 100 mil desenvolvem a doença. O registro de óbitos é de 6 mil pessoas por ano. A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa, causada por uma bactéria (*Mycobacterium tuberculosis*), que atinge basicamente o parênquima pulmonar (BRUNNER e SUDDARTH, 2002). **Objetivo:** Traçar o perfil epidemiológico da tuberculose no estado do Maranhão. **Metodologia:** Foi realizado um estudo retrospectivo com todos os casos notificados de tuberculose no Maranhão, do período de 2002-2004. Os dados foram coletados durante o mês de outubro de 2004 e selecionados conforme a disponibilidade do banco de dados da Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão. Após a análise dos dados, cálculos de frequência em porcentagem foram realizados e tabelas foram elaboradas com as variáveis disponíveis. **Resultados:** Durante o período analisado, entre os anos de 2002 a 2004, dos 8533 casos notificados de tuberculose no estado do Maranhão, observou-se que a predominância do gênero masculino não difere dos dados nacionais, podendo estar relacionada a fatores biológicos ou a sub-notificação do gênero feminino, ou a ambos. É relevante frisar que não há clareza em relação a esse predomínio. Quanto à faixa etária, a distribuição segue o predomínio entre 15 e 49 anos. No que se refere à forma clínica, a pulmonar obteve maior índice. A raça parda recebeu maior porcentagem talvez por ser a mais predominante no estado. A predominância da zona urbana deve-se a uma maior concentração populacional nesta área. Com relação ao quadro de evolução da doença, houve uma porcentagem de 46,51% para a cura, mostrando a eficácia da terapêutica. **Conclusão:** Vale ressaltar que, por se tratar de um estudo retrospectivo algumas dificuldades foram encontradas uma vez que alguns dados não foram disponibilizados pelo órgão notificador de casos.

CALDAS, Arlene de Jesus Mendes, DIAS, Luciana Barroso, MATOS, Elida Barbosa, MORAES, Hugo Leandro Araújo. Estudo de Caso de Paciente Portador de Pneumonia por Citomegalovírus.

Resumo: A infecção primária por citomegalovírus (CMV) pode ocorrer no período pré-natal, perinatal, tanto por vias naturais como iatrogênicas. A pneumonia é um dos achados mais importantes da infecção por citomegalovírus. A doença congênita é uma das apresentações clínicas mais comumente encontrada nesta infecção. Na sua forma mais grave, denominada de doença de inclusão citomegálica do RN, pode observar-se icterícia, hepatoesplenomegalia, petéquias, retardo de crescimento intra-uterino, microcefalias e calcificações cerebrais. A absoluta maioria das infecções pelo CMV é assintomática, contudo, observam-se evoluções com início de quadro taquipnéico, tosse e estertores pulmonares. A profilaxia das pneumonites em recém-nascidos só seria possível através da profilaxia das infecções congênicas e perinatais. Por sua vez, a profilaxia das infecções congênicas e perinatais confunde-se com a realizada para as infecções adquiridas a qual seria feita basicamente através de ampla utilização de uma vacina em crianças e adolescentes na fase pré-gestacional do programa de prevenção da rubéola congênita (ROZOV, 1999). **Objetivos:** Acompanhar a evolução clínica de um paciente recém-nascido portador de pneumonia por CMV, observando sinais e sintomas elucidativos do quadro patológico bem como o processo de investigação e terapêutica utilizado neste caso específico, além de propor condutas relativas à assistência de enfermagem de acordo com a evolução observada. **Metodologia:** o método utilizado foi o estudo de caso de paciente no período de 14 a 19 de maio de 2005, no Hospital Universitário Materno-Infantil. **Resultados:** O paciente em questão apresentava um quadro compatível com a maioria dos sinais e sintomas característicos da pneumonia por CMV. Seus acessos de tosse eram frequentes, e apresentavam ruído de secreção orotraqueal

hiperaudível. Os estertores pulmonares estavam presentes na base dos pulmões esquerdo e direito. A terapia medicamentosa adotada incluía a Ceftriaxona e o Ganciclovir. Conclusão: O caso descrito não respondeu de forma satisfatória ao tratamento estabelecido e o paciente veio a óbito dois dias após o término do acompanhamento para o estudo de caso. Tanto os exames laboratoriais como a terapêutica ainda são pouco desenvolvidas para a resolução dos casos de pneumonia por CMV e merecem um estudo mais aprofundado a seu respeito.

MENDES, Eslen C O, NASCIMENTO, Sheila A., ROLIM, Mariane P. L. SILVA, Elza L. Opinião dos funcionários sobre a presença de acadêmicos na Central de Material e Esterilização.

Resumo: A Central de Material e Esterilização (CME) é responsável pelo processamento de materiais, desde a limpeza, preparo, esterilização, estocagem e distribuição às unidades consumidoras. Seu quadro de funcionários é composto por enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares administrativos, que têm atribuições de acordo com a função que exerce, mas a maioria das atribuições do técnico de enfermagem, também são realizadas por acadêmicos do Curso de Enfermagem da UFMA, no 5º e 7º períodos. Esse ensino prático tem grande importância, pois ele se dá através da prestação de serviços, onde os estudantes passam a fazer parte da equipe prestadora de serviço, e os funcionários fazem o trabalho docente. Metodologia: Este estudo foi realizado na CME do HU-UMI, no mês de agosto de 2005. Objetivos: Analisar a opinião dos funcionários quanto à presença de alunos no seu campo de trabalho; avaliar o trabalho realizado pelos estudantes; identificar se o número de alunos é satisfatório; e identificar a contribuição dos funcionários para a prática. Resultados: Os funcionários responderam os questionários afirmando que os acadêmicos ajudam no seu trabalho e que eles contribuem com as práticas. Mas também disseram que existem problemas a serem corrigidos, como o número de alunos, o barulho, e a falta do professor coordenador. Conclusão: Portanto, diante dos resultados desta pesquisa, devemos refletir sobre a nossa postura nos campos de prática, para que possamos corrigir os erros que cometemos até hoje.

GURGEL, Wildoberto Batista . Os limites do Princípio de Responsabilidade na Bioética: o caso Frankenstein.

Resumo: Apresentam-se os fundamentos filosóficos do Princípio de Responsabilidade tais como estão propostos na ética de Hans Jonas e questiona-os à luz de uma ética da prudência, tal como proposta por Aristóteles, cuja tese é mais coerente com as exigências da Bioética atual. Pretende-se expor os limites de uma ética da responsabilidade e propor uma ética da prudência como alternativa para as posturas individuais do pesquisador responsável pelas pesquisas experimentais, bem como, aquelas envolvendo seres humanos. Aplica-se o método da *leitura hermenêutica* à obra **Frankenstein ou o moderno Prometeu** de Mary Shelley à luz da Bioética, traçando um comparativo entre os seus resultados e os fundamentos do Princípio de Responsabilidade. Submete-se essa reflexão às exigências da Bioética contemporânea e analisa a coerência dos argumentos do Princípio de Responsabilidade com a realidade da pesquisa experimental e aquelas envolvendo seres humanos. Revisa-se essa análise acrescentando as contribuições da ética da prudência. Encontram-se no bojo da criação artística e literária, antecipadamente, reflexões sobre questões fundamentais relacionadas ao limite da responsabilidade: entre o que pode e o que deve ser feito na área das pesquisas científicas. Verifica-se, igualmente, que em sistemas abertos e complexos a responsabilidade individual é mais um controle de punição civil, penal e moral do que um controle das consequências das decisões individuais. Identificam-se limites em uma Bioética calcada fortemente no Princípio da Responsabilidade individual e a necessidade de dispositivos éticos mais eficientes que dêem conta de fenômenos morais abertos e complexos, tais como o Princípio da Prudência. Conclui-se que, de acordo com o quadro filosófico-literário exposto na obra sob análise, o Princípio de Responsabilidade, embora seja necessário, é insuficiente para fundamentar uma postura coerente com os princípios fundamentais da Bioética, exigindo-se dispositivos éticos mais coerentes com os desafios da pesquisa contemporânea.

ALMEIDA, Cibele Lima, CASTRO, Samantha Nazaré de Andrade, NEVES, Tâmara Graziela Matos, SILVA, Elza Lima. O Uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) em Meio Cirúrgico – HUUPD.

Resumo: Os equipamentos de proteção individuais (EPI's) têm os seus usos regulamentados pelo Ministério do Trabalho e Emprego, em sua Norma Regulamentadora nº6. Esta norma define que EPI é todo dispositivo de uso individual destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador. Uma situação que ocorre, constantemente, em estabelecimentos de saúde e que expõe as pessoas a riscos desnecessários, é o uso incorreto destes ou a não utilização dos mesmos. Objetivo: Averiguar o uso dos EPI's pelos profissionais que atuam no

Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra –HUUPD. Metodologia: Realizou-se pesquisa com abordagem qualitativa, no período de 23/03/05 a 05/04/05, com observação direta dos profissionais das equipes de saúde e de limpeza. Para facilitar a pesquisa, o Centro Cirúrgico (CC) foi analisado por setores. Resultados: Inicialmente, na sala pré e pós-cirúrgica, constatou-se que os profissionais desta área faziam uso de gorro, propé e luva corretamente, e a máscara esporadicamente. Na sala de operação, o uso de sapato fechado era realizado pelos homens porém, nem todos eram de material impermeável. Já as mulheres utilizavam sandálias, sendo achado apenas duas com sapato adequado. Quanto ao uso do propé a falha recaiu principalmente sobre as mulheres que cobriam apenas o solado das sandálias, deixando os pés desprotegidos. Em relação aos gorros eram utilizados dois modelos: um de amarrar e a toca de elástico, o uso incorreto ficou novamente por conta das mulheres que deixavam cabelos amostra. A utilização da máscara era incorreta por parte de alguns profissionais de ambas as equipes, que a utilizavam apenas cobrindo a boca, deixando o nariz a mostra. Viu-se que todos faziam uso de luvas estéreis durante processo cirúrgico e luvas de procedimentos em atos não cirúrgico. As pessoas que trabalhavam no expurgo e limpeza do CC cometiam erros como a não utilização de botas de borracha, luvas $\frac{3}{4}$, óculos de proteção. Conclusão: Viu-se que a instituição observada oferecia os EPI's necessários, porém a prática correta não era realizado por todos. Dos EPI's oferecidos não foi constatado uso do avental impermeável; botas, luvas $\frac{3}{4}$ e óculos de proteção (expurgo e limpeza). Portanto, a melhor maneira de sensibilizar informar o uso correto de EPI, é através de palestras, cursos e discussões sobre Biossegurança Além de implantar-se sanções para funcionários que infringisse o cumprimento de seus usos.

CALDAS, Arlene de Jesus Mendes, LIMA, Themys Danyelle Val, SANTOS, Arinatécia Araújo. Estudo de Caso em Paciente Portador de Citomegalovirose Congênita.

Resumo: Realizou-se um estudo de caso em RN portador de citomegalovirose congênita, apresentando microcefalia, hepatoesplenomegalia, plaquetopenia e petéquias. Diagnosticado através de exames clínicos e laboratoriais. Objetivos: Realizar um estudo de caso em paciente portador de citomegalovirose congênita, ressaltando os diagnósticos clínicos, laboratoriais e o tratamento. Metodologia: Trata-se de um estudo de caso realizado no setor de Doenças Infecto-Parasitárias (D.I.P) do Hospital Universitário Materno-Infantil no mês de maio de 2005. Resultados: no 1º dia o paciente encontrava-se hipocorado (++++/4+), normotérmico, em ventilação pulmonar mecânica, sonda vesical de demora, sonda nasogástrica, tubo endotraqueal, FiO₂: 89%; FC: 77bpm e FR: 33rpm. Ao exame físico constatou-se: cabeça com presença de fontanelas palpáveis e perímetro cefálico correspondente a 27 cm; Tórax com forma plana e presença de petéquias; Sistema respiratório com ausculta de murmúrios vesiculares e respiração por auxílio de respirador mecânico; Abdome globoso apresentando baço a 7,5cm abaixo do rebordo costal direito, fígado a 4,5cm abaixo do rebordo costal direito e 5,5cm abaixo do apêndice xifóide. De acordo com o decorrer dos dias de internação hospitalar, o paciente permaneceu em ventilação pulmonar mecânica e sonda nasogástrica apresentando-se, durante todos os dias, com palidez cutânea acentuada e esforço respiratório. Verificou-se diminuição em alto grau do número de petéquias e o sistema respiratório apresentou variações, tendo a ausculta revelado, em dias diferentes, a presença de roncos e sibilos. Conclusão: O estudo de caso foi realizado de forma satisfatória, podendo-se observar os sinais clínicos característicos e o comprometimento causado ao paciente, bem como, o tratamento instituído com o objetivo de impedir a progressão da patologia.

NASCIMENTO, Sheila Almeida, MORAES, Hugo Leandro Araújo, SILVA, Elza Lima, VILAS BOAS, Tatiana Paes. Posicionamento de Funcionários da CNE sobre os Fatores Ambientais e Ergonômicos.

Resumo: A Central de Material e Esterilização (CME) é definida pelo Ministério da Saúde como o conjunto de elementos destinados à recepção, expurgo, acondicionamento, esterilização, guarda e distribuição dos artigos para as unidades dos estabelecimentos assistenciais à saúde. Os fatores ambientais e ergonômicos da CME são de suma importância para a qualidade do serviço realizado, pois contribuem para melhorar a produtividade, a qualidade dos serviços, além de gerar a satisfação dos funcionários. Essa pesquisa é um estudo de campo do tipo descritivo com abordagem quantitativa, realizado na CME de um Hospital Universitário de São Luís. Objetivos: Conhecer o posicionamento dos funcionários deste setor sobre os fatores ambientais e ergonômicos da CME, assim como levantar sugestões que possam melhorar esse ambiente de trabalho. Metodologia: A população foi constituída pelos 32 funcionários que trabalham na CME do HU- UMI. Os dados foram coletados no período de 01 a 15 de setembro utilizando-se um questionário estruturado. Resultados: Quando perguntados sobre as condições dos fatores ambientais e sua influência na realização das atividades na CME do HU-UMI, a porcentagem de funcionários que consideraram os fatores iluminação e a ventilação como sendo adequados correspondia a 70% e 60% respectivamente, já em relação à poluição sonora que é produzida no ambiente da CME, apenas 10% disseram não se incomodar com os ruídos produzidos. Quando se fala de fatores ergonômicos, 30% dos entrevistados consideraram boa a disposição de mesas e cadeiras. Para 40%, a disposição dos equipamentos e

armários não trazia nenhuma dificuldade para a realização das atividades. Quanto ao peso dos materiais e equipamentos manipulados, a população estudada considerou em sua maioria (60%), estarem adequados aos

FONTENELLE, Andréa Martins Melo, , PESSOA, Débora Luana Ribeiro, RODRIGUES, Marineide Sodré, SILVA, Silma Lima. Quantificação da Ciclofosfamida em pacientes hospitalizados em São Luís – Maranhão.

Resumo: A ciclofosfamida é um agente antineoplásico, utilizada para o controle da rejeição de órgãos transplantados, em distúrbios não-neoplásicos associados com reatividade imune alterada, bem como no tratamento adjuvante do câncer de mama e de metástases, câncer colo – retal, de cérvix uterina, linfomas e leucemias. Objetivo: Este trabalho teve como objetivo quantificar o uso de ciclofosfamida em pacientes de hospital público de São Luís – Maranhão. Metodologia: Foram revisados, no período de janeiro a maio de 2005 os formulários de solicitação de medicamentos de uso restrito / não padronizado onde havia a prescrição de ciclofosfamida. Resultados: No período em estudo 6 (seis) pacientes fizeram o uso de ciclofosfamida, onde 83% eram pacientes do sexo feminino e 17%, do sexo masculino, e a faixa etária predominante do uso foi dos 11-20 (44%). A ciclofosfamida foi administrada nas seguintes patologias; linfoma, esclerodermia, mieloma múltiplo, esclerose múltipla e lúpus eritematoso sistêmico. A prescrição da ciclofosfamida manteve-se constante em relação à concentração, ocorrendo variações na quantidade de ciclos administrados e na administração da MESNA (17%). Foram observadas interações com o alopurinol e imunossupressores. Conclusão: O uso da ciclofosfamida foi de grande importância na terapêutica medicamentosa desses pacientes, por induzir uma boa resposta clínica.

BRINGEL, Gardênia Maria Alves, CALDAS, Arlene Mendes, MATOS, Jaqueline Belo Pires, SILVEIRA, Rosemar Viegas. Estudo de Caso de um Portador de Doença de Chagas.

Resumo: A doença de Chagas é determinada pelo *Trypanosoma cruzi*, protozoário flagelado do sangue e dos tecidos. Dependendo da localização desse parasito, pode apresentar-se sob forma flagelada (tripomastigota ou epimastigota) ou aflagelada (amastigota). Os vetores da doença são: *Triatoma infestans*, *Triatoma brasilienses*, *Panstrongylus megistus*, *Triatoma pseudomaculata*, *Triatoma sordida*, conhecidos por barbeiros ou chupões. O modo de transmissão pode ser pelo vetor, por meio das fezes dos triatomíneos após o repasto sangüíneo; transfusões sangüíneas; transmissão vertical; transmissão acidental; transmissão por transplante e pelo leite materno. As formas clínicas se apresentam por meio das fases: *aguda* (aparente ou inaparente); fase *indeterminada* e fase *crônica*. O diagnóstico fundamenta-se em exames de detecção direta (sangue) e indireta (xenodiagnóstico), provas sorológicas, hemograma, radiografias, eletrocardiogramas, entre outros. Objetivo: Sistematizar a assistência de enfermagem a um paciente portador de doença de Chagas. Metodologia: Trata-se de um estudo de caso realizado com o paciente S.B.J., 15 anos, residente no interior do Maranhão, durante o período de 09.11.2004 a 22.11.2004, em um Hospital Universitário de São Luís-MA, respeitando as diretrizes e normas de pesquisas contidas na Resolução nº 196/1996 – Conselho Nacional de Saúde. Resultados: De acordo com o histórico e exames realizados, a fase da doença na qual o paciente encontrava-se era a aguda, com sinais e sintomas inaparentes da doença. Os sintomas sistêmicos encontrados foram febre, mal-estar, anorexia e cefaléia; presença também de BAV 1º grau (monitorização); uréia e creatinina oscilantes (monitorização). A terapêutica utilizada foi o benzonidazol. Conclusão: A identificação da fase da doença precisa ser o mais precoce possível para propiciar um bom prognóstico. A notificação dos casos também é muito importante para medidas de controle. No caso do cliente, este deverá ser acompanhado pelo serviço municipal de saúde.

ARAÚJO, Cristiane Luciana, CARVALHO FILHA, Francidalma S. Sousa, COSTA, Andréa Suzana Vieira, SILVA, Andreia Costa Machado. Agentes comunitários de saúde (Acs) da Vila Embratel: perfil sócio-econômico.

Resumo: O PSF é um programa, também dito estratégia. Criado no país, pelo Ministro da Saúde, em 1994, em resposta intencional à conjuntura hospitalocêntrica. O ACS realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde nos domicílios e coletividade. Os ACS em estudo são provenientes do Centro de Saúde da Vila Embratel, inaugurado em dezembro de 2004, onde foram implantadas 4 equipes do PSF, cuja constituição: 1 enfermeira, 1 médico, 1 técnico de enfermagem, 7 ACS (por equipe); 1 dentista e 1 auxiliar de serviços dentários (para cada 2 equipes). Objetivo: Traçar o perfil sócio-econômico dos ACS do bairro Vila Embratel - São Luís (MA). Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo descritiva com enfoque quantitativo. A população foi constituída por todos os ACS da área (28), no período de 17 a 22 de fevereiro do corrente ano. Para a coleta de dados, aplicou-se um questionário contendo perguntas abertas e

fechadas. Resultados: A maioria dos ACS é constituída por mulheres, casadas e que necessitam de dinheiro para ajudar na renda familiar. São pessoas que geralmente possuem ensino médio completo. Em sua maioria não fumam, nem fazem uso de bebidas alcoólicas. Embora tenham habitação própria, estas são casas pequenas, mas dispendo de energia elétrica e saneamento básico. O grupo é composto principalmente por adultos, desempregados e que buscando uma atividade útil para desenvolver, encontram o serviço de ACS. Conclusão: Diante do observado no presente estudo, percebe-se que apesar do trabalho do ACS ser de relevante importância para o desenvolvimento de ações em saúde, este ainda precisa de um maior incentivo, principalmente financeiro. Além disso, pode-se constatar que o ACS da Vila Embratel está totalmente inserido e participante do contexto sócio-cultural da comunidade e tem buscado outras formas de atualizar seus conhecimentos.

CALDAS, Arlene de Jesus M., CUNHA, Cláudia Varão, SILVA, Andreia Costa Machado. Estudo clínico e condutas assistências no tétano acidental.

Resumo: O tétano é uma doença infecciosa, não contagiosa, causada pela ação de exotoxinas do bacilo *Clostridium tetani* sobre as células do sistema nervoso central. O tétano acidental acontece geralmente quando o bacilo tetânico penetra no organismo do indivíduo por meio de ferimentos acidentais com objetos contaminados. O diagnóstico é fundamentalmente e o tratamento consiste na realização de debridamento do foco, para se retirar do local, além do agente etiológico, todas as condições de anaerobiase imprescindíveis à transformação do esporo em forma vegetativa, assim como, a utilização de antibióticos, soroterapia e sedativos músculo-relaxadores. Objetivos: Compreender o processo infeccioso, quadro clínico e tratamento da doença em estudo, assim como, desenvolver condutas que proporcionem um melhor prognóstico ao paciente. Metodologia: Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, tipo estudo de caso, realizado na enfermaria da DIP (Doenças Infecciosas e Parasitárias) do Hospital Universitário Unidade Materno Infantil (HUUMI) – UFMA; no período de 20 a 27 de novembro de 2004, com um paciente portador de Tétano Acidental. Os dados foram obtidos através do Histórico de Enfermagem e evoluções diárias. Resultados: Após a análise do histórico do paciente e realização do exame físico, foi confirmado o diagnóstico de tétano acidental, sendo implementada uma terapêutica onde foram realizados exames de hemograma e bioquímica do sangue e uso de Penicilina cristalina, Diazepam, Imunoglobulina tetânica e Dipirona na terapêutica medicamentosa. Conclusão: O acompanhamento do paciente de forma adequada e integral, proporcionou um bom prognóstico. O mesmo apresentou melhoras significativas em relação ao trismo, dores abdominais, rigidez de nuca, dificuldade para sentar e rigidez muscular; sendo importante está orientando o paciente com medidas gerais e úteis para prevenção.

CALDAS, Arlene de Jesus Mendes, MATOS, Elida Barbosa, MORAES, Hugo Leandro Moraes, VILAS BOAS, Tatiana Paes. Estudo de Caso sobre Meningite.

Resumo: A meningite é uma doença meningocócica e infectocontagiosa que acomete principalmente as membranas que circundam o cérebro e a medula espinhal. Sua distribuição é universal, “sendo as crianças as responsáveis por 60-90% dos casos e destes, 30,5% são menores de dois anos. A transmissão se faz fundamentalmente por via respiratória, de forma direta por contato inter-humano, através de gotículas nasofaríngeas. No período neonatal, a meningite está frequentemente associada à sepse” (LEÃO, 1997). O diagnóstico baseia-se em dados epidemiológicos, no quadro clínico e exames laboratoriais. Em geral, “os microorganismos podem ser identificados através de cultura do LCR (líquido cefalorraquidiano) e do sangue” (FARHAT, 1998). O tratamento bem sucedido depende da administração de um antibiótico eficaz, tanto que após 24 horas de instituída a terapia específica o indivíduo deixa de ser infectante. A prevenção baseia-se nas imunizações ativas que no Brasil são realizadas em épocas de surtos epidêmicos e conferem proteção em média por 10 anos. Metodologia: Trata-se de um estudo de caso desenvolvido no setor de Doenças Infecto- Parasitárias (DIP) de um Hospital Universitário de São Luís –MA no período de 17/05/05 a 22/05/05. Objetivos: Descrever um caso de meningite e relacionar os dados encontrados com os disponíveis na literatura. Descrição do Caso e Discussão: assistiu-se o caso do menor A.G. F., admitido no 18º dia de vida apresentando quadro convulsivo, hipertermia e abaulamento de fontanela, que em conformidade com (FARHAT, 1998) caracterizam a sintomatologia da meningite. Ao exame físico apresentou-se hipocorado e hipoativo, posição de epistótomo, com pouca sustentação da cabeça e resistência à rotação cervical. A meningite pôde ainda ser confirmada através do exame do líquido, que em conformidade com LEÃO apresentou aspecto levemente turvo, glicose abaixo de 30 ou 40 mg/dl e predomínio de leucócitos linfomononucleares. Conclusão: Ao final deste estudo o menor permaneceu internado, já alimentando-se por via oral, e ainda pôde-se perceber que a instituição precoce do tratamento com ampicilina e ceftriaxona favoreceu o controle sobre a evolução das complicações, principalmente a hidrocefalia e a rigidez de nuca.

COSTA, Sâmara Pinto, LIMA, Paiva, Maria de Fátima Lires, LIMA, Rafael de Abreu, NASCIMENTO, Sheila. Etilismo: Prevalência na Liga de Hipertensão Arterial.

Resumo: Entre os possíveis hábitos que podem influenciar no surgimento ou agravamento da hipertensão está a prevalência do etilismo. Segundo Santos (2002) a frequência de hipertensos entre os que consomem seis ou mais doses/dias é significativamente maior do que os que não consomem. Por conseguinte, a ingestão excessiva de bebida alcoólica pode elevar os níveis pressóricos, agravando ainda mais a qualidade de vida desse hipertenso. A ingestão frequente de álcool também é considerada um fator de risco para o acidente vascular cerebral e a resistência à terapêutica anti-hipertensiva. Devido à grande difusão deste fator na população brasileira, torna-se necessário um estudo sobre o tema, na LHA. Tendo em vista a associação de Hipertensão e Alcoolismo ainda são importantes problemas de Saúde Pública. Objetivos: Conhecer a prevalência de pacientes hipertensos com hábitos etilistas que fazem acompanhamento na LHA do HUUPD. Metodologia: foram coletados dados referentes aos hábitos etilistas de uma amostra aleatória de 150 pacientes atendidos na LHA de um Hospital Universitário. Os critérios avaliados em relação a esse hábito foram: a idade, sexo, etilismo, tempo de hábito etilistas e número de doses ingeridas por semana. Os dados obtidos foram calculados percentualmente em relação à amostra total. Resultados: Foram selecionados 150 pacientes, sendo 98 do sexo feminino (65,3%) e 52 do sexo masculino (34,7%). A faixa etária variou de 22 a 84 anos, com média de 53,6 anos. Com base nos dados foi constatado que 39 pacientes afirmaram ter hábitos etilistas (26,0%), sendo que a taxa entre o sexo masculino, correspondendo a 58,3%. O tempo de etilismo variou entre 5 a 45 anos, sendo a média 19,2 anos. Não foi possível definir o número de doses, devido à maioria dos etilistas afirmarem apenas o hábito social de beber, não delimitando a quantidade de álcool ingerida. Conclusão: Na amostra estudada menos de 1/3 dos pacientes afirmaram ter hábitos etilistas. Isso nos leva a concluir que a maioria dos hipertensos atendidos na LHA do HUUPD não estão expostos ao fator de risco álcool, o que pode estar proporcionando uma melhor qualidade de vida a essas pessoas. Concluímos assim nesta pesquisa, uma boa adesão ao tratamento não medicamentoso e as orientações de Enfermagem.

ALBUQUERQUE, Ávila Mendes, CASTELO BRANCO, Rosana M. Paixão. SOUSA, Santana de M. Alves. Feridas abertas: produtos utilizados no Hospital Universitário - UFMA

Resumo: Estudo descritivo tipo estudo de caso, com objetivo de levantar os produtos utilizados em feridas abertas em pacientes internados na Unidade Presidente Dutra do HUUFMA. Para realização deste trabalho foram utilizadas fichas de avaliação das feridas e um protocolo de evolução, além de fotografias e mensuração dessas. As feridas foram acompanhadas no período de fevereiro a junho de 2005, duas vezes por semana, no turno da manhã durante a execução do curativo. Foram avaliados sete pacientes com feridas abertas, dentre essas, quatro eram crônicas e três cirúrgicas. Como causas citam-se processos infecciosos e patológicos pré-existent (úlceras venosas, pé diabético, úlcera de pressão e úlcera tropical). Para o tratamento foram utilizados ácidos graxos essenciais (AGE), papaína em pó, papaína em gel, sulfadiazina prata, nitrato de cério, ácido acético, alginato de cálcio, hidrogel, hidrocolóide, biomembrana e antibióticos sistêmicos. Conclui-se que os produtos utilizados no tratamento de feridas no HUUFMA obtiveram respostas satisfatórias, tendo em vista o restabelecimento do processo de cicatrização, além de atender as recentes indicações preconizadas pela literatura.

ALMEIDA, Cibele Lima, CASTRO, Samantha Nazaré de Andrade, NEVES, Tâmara Graziela Matos, SILVA, Elza Lima. Gastroplastia à Fobi-Capella: assistência de Enfermagem.

Resumo: A obesidade é definida como acúmulo excessivo de gordura corporal. Ocorre quando a ingestão alimentar excede o dispêndio energético. A indicação para a realização da cirurgia é feita basicamente usando-se a classificação de obesidade definida pela OMS. Obesos que tenham IMC maior que 40 kg/m² com a presença de doenças associadas, apresentam indicação para esta forma de tratamento. Deve existir também uma ausência de resposta a tratamentos clínicos adequados. A cirurgia de Capella é hoje a técnica mais utilizada. Objetivo: Enquadrar a teoria de Wanda de Aguiar Horta ao paciente bariátrico. Metodologia: Estudo descritivo (estudo de caso), realizado no HUUPD, no período de 08 à 12/04/05, com uma paciente submetida à cirurgia bariátrica. Utilizou-se a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta para implementação da assistência de enfermagem, seguindo os seis passos do processo. Resultado: GRL, 21 anos, feminino, com obesidade mórbida associada a colelitíase e gastrite, realizou tratamento clínico sem sucesso, sendo indicada a cirurgia. Foi detectada diminuição da nutrição e da mobilidade física, alteração da integridade cutâneo-mucosa, dor, insônia, alterações psicológicas, entre outros. Realizou-se acompanhamento dos sinais clínicos, orientações quanto à nutrição, ingestão hídrica, exercícios respiratórios e cuidados gerais de enfermagem. Após cinco dias de internação, a paciente teve prognóstico regular, apresentando dependência no que diz respeito à terapêu-

tica medicamentosa, controle nutricional, psicológico, além de permanecer dependente de suplementos nutricionais. Conclusão: Constatou-se que a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta é possível e realizável a um paciente submetido a cirurgia bariátrica, visto que possibilitou a prestação de uma assistência sistematizada e de excelência.

CALDAS, Arlene de Jesus Mendes, COUTINHO, Tâmara Rúbia Cavalcante Guimarães, DIAS, Luciana Barroso, SOUSA, Jhonny Marlon Campos. Leishmaniose Visceral Americana: relato de caso não responsivo ao tratamento por antimoniais pentavalente.

Resumo: A leishmaniose visceral apresenta quadro epidemiológico inquietante no estado do Maranhão, pois, além do padrão de peri-urbanização atingindo principalmente os municípios localizados na Ilha de São Luís, tem se expandido a outros municípios do Estado o que torna problemático o controle da doença no Estado. Este trabalho trata-se de um estudo descritivo, de uma criança internada no Hospital Universitário Materno-Infantil no mês de maio de 2005 com diagnóstico de Leishmaniose Visceral cujo objetivo é descrever o quadro clínico e comparar os dados com a literatura disponível. O caso em estudo é de uma menina de 1 ano e 8 meses de idade, que apresentou inicialmente febre, perda de peso, distúrbios gastrointestinais e hemorrágicos, agravando-se com aumento do volume abdominal, petéquias disseminadas, queda de cabelos e edema. O diagnóstico deu-se após quatro meses de internação através do achado de amastigotas na medula óssea que segundo Meira, (1994) é um método prático, eficiente e de poucos riscos. O hemograma mostrava leucócitos: 3.6K/ μ l, eosinófilos: 0,0K/ μ l, linfócitos: 1,4K/ μ l, hemácias: 1,03M/ μ l, hemoglobina: 3,9g/dl, hematócrito: 11,4% e plaquetas: 21K/ μ l constando pancitopenia condizente com dados referidos por Brasil (2000). As proteínas plasmáticas mostravam hipoalbuminemia e hiperglobulinemia que segundo Veronese e Focaccia (1996) é comum em pacientes com calazar. No tratamento medicamentoso foi utilizado o Glucantime durante treze dias, porém não havendo resultado satisfatório foi utilizada a droga de 2ª escolha, Anfotericina B. Internada por quase seis meses a criança apresentou anemia severa, septicemia e intensificação dos fenômenos hemorrágicos evoluindo para óbito. O presente estudo nos permitiu observar a severidade desta afecção, e a necessidade de um diagnóstico precoce e de uma assistência qualificada para minimizar os sintomas e o número de óbitos.

CAVALCANTE, Emarne Conceição Xavier, COUTINHO, Tâmara Rúbia C. Guimarães, COUTINHO, Nair Portela Silva OLIVEIRA, Raquel Gomes. Menstruar é Preciso?

Resumo: Desde os primórdios, a menstruação tem sido alvo de muitos conflitos. A sangria atravessou a Idade das Trevas, a Idade Média, a Renascença e o Iluminismo chegando aos dias de hoje ainda como assunto polêmico e de muitas discussões. Realizou-se um estudo exploratório com abordagem quantitativa no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, no Hospital Universitário Materno Infantil e em algumas clínicas particulares do centro de São Luís no mês de maio de 2004. Esta pesquisa teve como objetivo levantar a opinião de estudantes e profissionais da área da saúde sobre a menstruação. Os sujeitos foram 15 acadêmicas de enfermagem e 6 ginecologistas. A coleta de dados foi feita através de questionário estruturado, sendo um específico para estudantes e outro para os profissionais e iniciada somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a análise dos dados constatou-se que 83,3% dos ginecologistas consideram a menstruação necessária, sendo que 60% destes acreditam que a menstruação é um processo fisiológico que deve ser respeitado. Quando questionados quanto à supressão 83,3 % só indicavam quando associado a patologias. Das acadêmicas entrevistadas 46,6% a definiram como um processo fisiológico, incômodo e necessário, porém quando interrogadas se eram a favor da supressão da menstruação 53,3% foram a favor. Diante do exposto percebe-se que a menstruação é vista como um processo fisiológico necessário tanto por profissionais quanto por acadêmicas e por ser uma questão polêmica, intrigante e repleta de dúvidas nos desperta para novas pesquisas.

ALMEIDA, Cibele Lima, CALDAS, Arlene de Jesus Mendes, CASTRO, Samantha Nazaré de Andrade. Leishmaniose Visceral Americana: Relato de Experiência.

Resumo: A Leishmaniose Visceral Americana (LVA) ou calazar é uma doença infecciosa, de evolução subaguda ou crônica, cujos agentes etiológicos são protozoários tripanosomatídeos do gênero *Leishmania*. As formas clínicas podem ser variadas. O período inicial também chamado de fase aguda caracteriza-se por febre com duração inferior a quatro semanas, palidez cutâneo-mucosa e hepatoesplenomegalia. O estudo justifica-se pela leishmaniose visceral ser uma doença de notificação compulsória e por ser endêmica no estado do Maranhão. objetivos: estudo da patologia, avaliação da forma clínica e levantamento de dados epidemiológicos. Metodologia: Trata-se de um estudo de caso realizado com um paciente internado em um hospital universitário com diagnóstico de LVA no período de 31.11.04 a 03.12.04. Resultados: M.M.B., 1 ano e 7 meses, masculino, pardo, natural

e residente em São Luís - MA. Há +/- 3 semanas o menor apresentou quadro de hipertermia, aumento do volume abdominal e calafrios. Familiar refere ainda a presença de cães no peridomicílio, com sintomas de calazar e pessoas falecidas por leishmaniose visceral em seu bairro. De acordo com a sintomatologia apresentada, o paciente encontrava-se na fase aguda. O diagnóstico laboratorial demonstrou alterações hematológicas e ao exame parasitológico detectou 2 parasitas por campo. No que diz respeito à terapêutica, os compostos antimoniais pentavalentes são considerados como primeira escolha no tratamento da LVA (glucantime). Conclusão: Apresentando-se a leishmaniose visceral endêmica no Maranhão, é de extrema relevância a notificação de novos casos, devendo ser realizada a investigação epidemiológica para determinar a sua origem. No caso apresentado pode-se inferir que a contaminação do paciente deveu-se a presença de animais doentes apresentando manifestações clínicas de calazar. Portanto, vê-se que é de extrema importância o tratamento dos casos humanos o mais precocemente possível para diminuir a letalidade da doença.

BATISTA, Rosângela Fernandes Lucena, BATISTA, Rosângela Fernandes Lucena, MENDES, Cleydiane da Costa, PESTANA, Aline Lima. Principais causas da mortalidade por neoplasia em São Luís - Maranhão.

Resumo: Câncer é o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástases) para outras regiões do corpo. É causado por fatores variados podendo ser externos ou internos ao organismo. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente, aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural enquanto que as causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-estabelecidas, e estão associadas à capacidade do organismo se defender das agressões externas. O surgimento de câncer depende da intensidade da exposição das células aos agentes causadores de câncer. (Instituto Nacional do Câncer-INCA, 2005). Diante do exposto pretende-se estudar quais as causas de óbitos de maior incidência por neoplasia maligna em São Luís-MA no ano de 2003. Objetivos: Levantar o número de óbitos por neoplasia maligna ocorridos em São Luís no ano de 2003 e traçar o perfil epidemiológico dessa população. Metodologia: Realizou-se um estudo retrospectivo com abordagem quantitativa através de declaração de óbitos ocorridos em 2003 com diagnósticos de câncer em São Luís-MA. Os dados foram fornecidos pela Secretária do Estado da Saúde. Resultados e Discussões: A faixa etária de maior predominância de óbito ocorreu entre 61 a 70 correspondendo a 22,5%. Quanto ao sexo 52,7% era do sexo feminino. A raça predominante foi a parda com 46,6% dos óbitos, seguida da raça branca 38,1%, em relação à ocupação 22,5% eram dona de casa e 20,6% agricultor. 48,4% eram casados. A principal causa de óbito foi de câncer de útero 14,2% seguido do câncer de pulmão com 12,2% e do câncer gástrico com 9,6%. Conclusão: Conclui-se que o câncer é uma das doenças que mais leva a óbito, mas quando diagnosticado precocemente as possibilidades de cura são maiores. O estudo mostrou que a neoplasia maligna de maior óbito foi o câncer de útero, sendo que esse pode ser evitado com o exame preventivo de Papanicolaou. A falta de informação sobre a prevenção do câncer faz com que aumente sua incidência na população e pode estar relacionada com a baixa escolaridade.

CARVALHO, Wildilene Leite, SILVA, Elza Lima, SILVA, Hortência Araújo, SILVEIRA, Rosemar Viegas. O acordar da anestesia geral: reações e necessidades.

Resumo: Anestesia é o estado de total ausência de dor e outras sensações durante uma operação, exame diagnóstico ou curativo (BRUNNER e SUDDARTH, 2002). Existem várias técnicas anestésicas escolhidas de acordo com o procedimento a ser realizado, a localização desse procedimento e a avaliação clínica do paciente. Pode ser: local, regional, raquidiana, peridural e geral. Anestesia Geral é um termo utilizado para designar uma técnica anestésica que promove inconsciência total, analgesia e relaxamento, possibilitando a realização de qualquer intervenção cirúrgica tendo como preocupações primordiais o bem-estar e a segurança do paciente. Ela possui quatro estágios: amnésia, delírio, anestesia cirúrgica e sobredose (LENNON, 1997). O despertar da anestesia geral acontece quando o paciente passa de um estado de inconsciência para o estado de alerta, retornando os reflexos. Deve-se aquecer o paciente, evitar barulho e conversas. Antes do despertar, ainda deve-se administrar uma dose adequada de analgésico (LENNON, 1997). Objetivo: Identificar as reações dos pacientes no pós-operatório imediato submetidos à anestesia geral. Metodologia: Estudo descritivo realizado em 2005 com pacientes submetidos à anestesia geral no Centro Cirúrgico do HUPD. A coleta de dados foi realizada por meio de consultas aos prontuários, acompanhamento do paciente na SRPA e visita no 1º dia de pós-operatório na clínica. Resultados e discussão: Foram visitados 20 pacientes no 1º DPO (09 submetidos à anestesia geral). De forma geral foi uma experiência ruim para os pacientes. As intercorrências observadas foram tontura, enjôo, medo, desorientação em tempo e espaço, insegurança, depressão respiratória e hipertensão. Foram observados efeitos colaterais aos medicamentos como dores, bexigoma, náuseas e vômitos. Conclui-se que deve-se conhecer as reações e necessidades do paciente após acordar da anestesia geral. O papel da enfermagem no perioperatório e na sala de recuperação é de fundamental importância. Deve orientar o preparo dos pacientes para a cirurgia, recebê-los no centro cirúrgico e prestar os cuidados necessários enquanto eles permanecerem nessa unidade.

MAGALHÃES, Ana Luzia de Sá. Procedimentos Arquivísticos do Prontuário do Paciente no Arquivo Médico do Hospital Universitário DA Universidade Federal do Maranhão – HU/UFMA.

Resumo: O presente trabalho descreve os procedimentos arquivísticos referente ao tratamento documental do prontuário do paciente no Serviço de Arquivo Médico do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HUUFMA, desde a sua fase corrente até a fase intermediária, enfocando os possíveis danos documentais relacionados à sua tramitação. Relata a experiência do Complexo Hospitalar após a implantação do Sistema de Arquivamento Dígito Terminal a Cores-DTC, nas seções do Serviço de Arquivo Médico das Unidades de Atendimento Assistenciais. A implantação do sistema DTC nos Arquivos Médicos, aliado ao cadastro e tramitação eletrônica do prontuário, tem facilitado as rotinas de serviço no que se refere a busca e recuperação do documento em tempo hábil. Essa atividade envolve avaliações sucessivas dos métodos e técnicas que são aplicados na sua execução, assim como do desempenho de toda a equipe de trabalho. A possibilidade de erro de arquivamento do prontuário em decorrência do desenvolvimento destas atividades é mínima, considerando que as equipes de trabalho, são constantemente acompanhadas e treinadas para possibilitar a execução das tarefas com qualidade.

Instruções aos colaboradores

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

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

Os originais dos artigos deverão ser entregues na Diretoria de Ensino - 4º andar HUUPD - Rua Barão de Itapary, 227 - Centro. CEP. 65.020-070, São Luís-MA. Brasil / Tel.: (98) 2109-1242, e-mail: revista@huufma.br

Informações gerais

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

Forma e estilo

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

Categoria dos artigos

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

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

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

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

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

Organização dos artigos

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

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

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

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

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

D) Abstract: Deverá ser estruturado da seguinte maneira:

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

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

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

G) Métodos: (inclui o item antes denominado pacientes ou material e método). O texto deve ser preciso, mas breve, evitando-se extensas descrições de

procedimentos usuais. É necessário identificar precisamente todas as drogas, aparelhos, fios, substâncias químicas, métodos de dosagem, etc., mas não se deve utilizar nomes comerciais, nomes ou iniciais de pacientes, nem seus números de registro no Hospital. A descrição do método deve possibilitar a reprodução dos mesmos por outros autores.

H) Resultados: Devem ser apresentados em 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. Não fazer comentários nesta sessão reservando-os para o capítulo Discussão.

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

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

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

2. em Livro: Autor. Título. Edição. Local de Publicação: Editora; data da publicação. Bogossian L. *Choque séptico: recentes avanços de fisiopatologia e do tratamento*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1992.

3. em Capítulo de Livro: Autor do capítulo. Título do capítulo. In: Autor do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação: Editora; data de publicação. páginas. Barroso FL, Souza JAG. *Perfurações pépticas gástricas e duodenais*. In Barroso FL, Vieira OM, editores. *Abdome agudo não traumático: Novas propostas*. 2.ed. Rio de Janeiro: Robe; 1995. p. 201-220.

4. em Monografia/Dissertação/Tese. Autor. Título [Dissertação]. Local (Estado): Universidade; Ano. páginas. Chinelli A. *Colecistectomia laparoscópica: estudo de 35 casos*. [Dissertação]. Niterói(RJ): Universidade Federal Fluminense; 1992. 71 p.

5. em Material eletrônico:

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

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

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

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

Tabelas

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

Ilustrações

São fotografias, gráficos, desenhos, etc., que não devem ser escaneadas e de preferência em preto e branco, medindo 127 mmx178mm. As ilustrações, em branco e preto serão reproduzidas sem ônus para o(s) autor(es), mas lembramos que devido o seu alto custo para a Revista, devem ser limitadas a seis (6) para artigos originais e três (3) para relatos de casos, e utilizadas quando estritamente necessárias. Todas as figuras devem ser referidas no texto, sendo numeradas consecutivamente por algarismo arábico. Cada figura deve ser acompanhada de uma legenda que a torne inteligível sem referência ao texto. Deve ser identificada no verso, através de uma etiqueta, com o nome do autor, número e orientação da mesma. Os desenhos e gráficos podem ser feitos em papel vegetal com tinta nanquim, sendo as letras desenhadas com normógrafo ou sob forma de letra "set" montadas, ou ainda, utilizando impressora jato de tinta ou laser, com boa qualidade, e nunca manuscritas.