

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

Marília Cristine Valente Viana  
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  
Feliciano Santos Pinheiro - UFMA  
Fernando Antonio Guimarães Ramos - UFMA  
Fernando Lamy Filho - UFMA  
Jackson Maurício Lopes Costa - CPqGM/FIOCRUZ  
José Wanderley Vasconcelos - UFMA  
Luciane Maria de Oliveira Brito - UFMA  
Manoel Santos Faria - UFMA  
Marília da Glória Martins - UFMA  
Orlando Jorge Martins Torres - UFMA  
Raimundo Antonio da Silva - UFMA  
Sirliane Sousa Paiva - UFMA  
Zeni de Carvalho Lamy - HUUFMA

### 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. 8, n. 1, 2007

Semestral.

(ISSN – 1677-4647)

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

CDU: 61(05)

*Editorial*

|                                                       |          |
|-------------------------------------------------------|----------|
| <b>Revista do Hospital Universitário / UFMA .....</b> | <b>7</b> |
|-------------------------------------------------------|----------|

*Artigos / Articles*

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Análise dos fatores relacionados ao déficit de força muscular perineal em múltiparas. Claudia Tereza Castelo Branco Mariz, Thaiana Bezerra Duarte, Maria Bethânia da Costa Chein, Luciane Maria Oliveira Brito .....</b>                                                                                                          | <b>9</b>  |
| <b>Gestação na adolescência: resultados perinatais de adolescentes atendidas em maternidades públicas. Camila Geovana Gonçalves Barroso, Sâmua Carvalho Silva, Cláudia Teresa Frias Rios, Lena Maria Barros Fonseca, Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias, Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa.....</b>                            | <b>15</b> |
| <b>Hepatite C e gravidez: revisão de literatura. Daniele Soares Vêras, Patrícia Silva Golino, Maria Bethânia da Costa Chein, Luciane Maria Oliveira Brito .....</b>                                                                                                                                                                  | <b>21</b> |
| <b>Reflexões do uso da arte como recurso terapêutico ocupacional. Leidismar Fernandes Nalasco, Denise Luciana de Souza Silva Martins .....</b>                                                                                                                                                                                       | <b>25</b> |
| <b>Prevenção do câncer de colo uterino: conhecimentos e motivos de um grupo de mulheres para realização do exame preventivo do câncer de colo uterino – PCCU. Camila Maria Santana Costa, Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa, Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias, Lena Maria Barros Fonseca, Claudia Teresa Frias Rios.....</b> | <b>28</b> |
| <b>História de vida de adolescentes portadores de HIV - São Luís - Maranhão. Elba Gomide Mochel, Larissa Ribeiro Cavalcanti, Anna Paula Ferrario Gonçalves .....</b>                                                                                                                                                                 | <b>34</b> |
| <b>Incidência à obesidade em universitários - São Luís-Ma. Elba Gomide Mochel, Joilma Silva Prazeres, Elisa Maria Amate, Maria Socorro Marques Soares, Maria Lúcia Holanda Lopes, Ana Hélia Lima Sardinha .....</b>                                                                                                                  | <b>41</b> |

*Nota Prévia / Brief Note*

|                                                                                                                                            |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>A terapia ocupacional utilizando a tapeçaria como recurso terapêutico em pacientes hospitalizados. Leidismar Fernandes Nalasco.....</b> | <b>48</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

*Resumos / Articles Summaries*

|                                                                        |           |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Resumos da IV Jornada Científica do HUUFMA .....</b>                | <b>51</b> |
| <b>Resumos da I Jornada de Ciências Farmacêuticas do Maranhão.....</b> | <b>73</b> |

*Normas Redatoriais / Notes to Contributors*



A Revista do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão é um periódico biomédico que tem por objetivo oferecer aos profissionais a oportunidade para publicação de artigos contribuindo com a divulgação e ampliação de conhecimentos.

Nesta edição, a revista apresenta artigos referentes a multidisciplinaridade tais como: Análise dos fatores relacionados ao déficit de força muscular perineal em múltiparas; Gestação na Adolescência: resultados perinatais de adolescentes atendidas em maternidades públicas; Hepatite C e gravidez: revisão de literatura; Prevenção do câncer de colo uterino: conhecimentos e motivos de um grupo de mulheres para realização do exame preventivo do câncer de colo uterino-PCCU; História de vida de adolescentes portadores de HIV - São Luís-MA; Incidência à obesidade em universitários - São Luís-MA e Reflexões do uso da arte como recurso terapêutico ocupacional.

Estão contemplados também, Nota Prévia sobre A Terapia Ocupacional utilizando a tapeçaria como recurso terapêutico em pacientes hospitalizados e Resumos da I Jornada de Ciências Farmacêuticas do Maranhão e da Jornada Científica 2007 do HUUUFMA.

Dessa forma, a Revista mantém uma linha de pesquisa voltada para as prioridades do Sistema Único de Saúde e Loco Regional.

**Ana Luzia de Sá Magalhães**

**Bibliotecária da revista do Hospital Universitário/UFMA**



## Análise dos fatores relacionados ao déficit de força muscular perineal em múltiparas

### *Analysis of factors related to the deficiency of perineal muscle strength in multiparous*

Claudia Tereza Castelo Branco Mariz<sup>1</sup>, Thaiana Bezerra Duarte<sup>2</sup>,  
Maria Bethânia da Costa Chein<sup>3</sup>, Luciane Maria Oliveira Brito<sup>3</sup>

**Resumo:** O objetivo deste estudo foi analisar os fatores envolvidos na diminuição da força muscular perineal de mulheres múltiparas. Realizou-se um estudo prospectivo, transversal, no período de janeiro a março de 2007, com 72 múltiparas (acima de 3 partos), as quais responderam ao questionário a respeito de seus antecedentes obstétricos, ginecológicos, cirúrgicos e conhecimento acerca da musculatura do assoalho pélvico. Para verificação da força muscular perineal, realizou-se o toque bidigital e o exame com o perineômetro. Obteve-se um total de 61 (84,72%) mulheres com déficit de força. Observou-se que 98,36% destas tiveram pelo menos um parto vaginal, com 66,67% tendo sido submetidas à episiotomia. A maioria apresentava constipação intestinal (59,02%), não realizava contração perineal diante da tosse (72,13%) e desconhecia a musculatura do assoalho pélvico (68,85%), sendo estes os principais fatores associados ao enfraquecimento perineal.

**Descritores:** Força muscular; Assoalho pélvico; Múltiplos partos.

**Abstract:** The purpose of this study was to analyze the factors involved in the decrease in perineal muscle strength of multiparous women. A study was conducted prospective, cross-sectional, in the period from January to March, 2007, with 72 multiparous (above 3 deliveries), which responded to the questionnaire about their records obstetrics, gynecologicals, surgicals and their knowledge about the muscles of the pelvic floor. The perineal muscle strength was evaluated by bidigital touch and perineometer. There were 61 (84,72%) women with deficiency on strength. It was found that 98,36% of these had at least one vaginal delivery, with 66,67% having been submitted to episiotomy. Most of them had intestinal constipation (59,02%), did not contraction perineal muscle before the cough (72,13%) and did not know the musculature of pelvic floor (68,85%), which are the main factors associated with this reduction of force.

**Keywords:** Muscle strength; Pelvic floor; Delivery multiple.

### INTRODUÇÃO

A gravidez e a via de parto são fatores de risco para diminuição da força muscular perineal, pois provocam mudanças na posição anatômica da pélvis, na forma da musculatura pélvica e no períneo<sup>1</sup>. A multiparidade, o parto vaginal, o tempo prolongado no período expulsivo do parto e a episiotomia estão relacionados à alteração desta força<sup>2,3</sup>. O parto vaginal estira e comprime os nervos da junção uretrovesical e dos músculos levantadores do ânus, fragmenta os ligamentos da fáscia endopélvica entre a vagina, a bexiga e os suportes uretrais, resultando em lesões nas estruturas do assoalho pélvico. Contudo, o parto cesáreo não protege as estruturas das lesões, em especial nas parturientes que atingem o segundo período de parto (período de expulsão)<sup>4</sup>.

A finalidade da episiotomia é impedir ou minorar o trauma dos tecidos do canal de parto, favorecendo a descida e liberação do feto<sup>5</sup>, porém alguns estudos mostram que não há evidências de que ela previna ou diminua os casos de incontinência urinária ou fecal, sendo ela fator para agravamento da função perineal<sup>6</sup>. Nas mulheres múltiparas, essas alterações anatômicas e fisiológicas ocorrem sucessivas vezes, havendo diminuição na função muscular do assoalho pélvico e alterações no trato urinário, devido ao estiramento dos músculos perineais e às lesões das estruturas nervosas do assoalho pélvico<sup>4</sup>.

Scarpa<sup>7</sup> relata que as múltiparas com até três partos apresentam probabilidade 1,7 vezes maior de perder urina quando comparadas às nulíparas. As

1. Especialista em Saúde da Mulher. Fisioterapeuta.

2. Especialista em Saúde da Mulher. Fisioterapeuta. Centro de Saúde Genésio Rêgo.

3. Doutoradas em Medicina(Mastologia). Docentes da UFMA.

múltiparas com quatro ou mais partos apresentam 2,1 vezes mais chance de perda urinária quando comparadas às mulheres que nunca tiveram parto, demonstrando que a multiparidade é fator de risco para incontinência urinária<sup>8</sup>.

Outro fator responsável pelo déficit de força muscular perineal é a idade feminina, principalmente no período próximo à menopausa, devido às diminuições progressivas nos níveis de estrogênio e à ação da gravidade no decorrer dos anos, que leva à hipotonia do assoalho pélvico<sup>9</sup>.

Os métodos mais utilizados para a avaliação e classificação da força muscular perineal são a avaliação manual e o perineômetro<sup>10</sup>. A avaliação manual fornece graus de zero a cinco. O perineômetro é um dispositivo pneumático composto por uma sonda intravaginal ajustada ao terço externo da cavidade

vaginal, possibilitando graduar as pressões exercidas sobre o trato urogenital e conectada a um transdutor de pressão. Fornece informações numéricas e visuais em relação às contrações perineais, permitindo a classificação dessa força em graus de zero a três. O valor da pressão muscular exercida pela paciente registrado no visor de leitura eletrônica, apresenta escala numérica variando em intervalos de 1,6 mmHg<sup>4,11,12,13</sup>.

O objetivo deste estudo foi verificar os fatores envolvidos na diminuição da força muscular perineal de mulheres múltiparas com idades próximas ao climatério, o que se torna importante para utilização destes dados na elaboração de estratégias preventivas ou de condutas diante de um assoalho pélvico já debilitado.

## MÉTODOS

A pesquisa foi realizada no período de janeiro a março de 2007, no Centro de Saúde Dr. Genésio Rêgo em São Luís-MA, localizado no bairro Vila Palmeira, o qual possui um Centro de Referência em Saúde da Mulher que oferece serviços de atenção básica e de média complexidade, para atendimento ambulatorial. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão com o parecer consubstanciado nº 002/07.

Realizou-se um estudo prospectivo, transversal, com 72 pacientes do sexo feminino, com idade entre 35 e 45 anos, múltiparas (acima de 3 partos) e que apresentaram, ao exame físico, grau de força muscular menor ou igual a três, pelo toque bidigital e menor ou igual a dois pelo perineômetro<sup>4,11,12</sup>. Foram excluídas aquelas que apresentavam incontinência urinária de qualquer natureza, que tinham sido submetidas à cistopexia (vaginal ou abdominal), correção de prolapso genital (independente do grau) ou histerectomia (subtotal ou total) e com índice de massa corpórea (IMC) maior ou igual a 30 Kg/m<sup>2</sup>.

As múltiparas responderam a um questionário com dados de identificação, história obstétrica, antecedentes cirúrgicos e patologias associadas, bem como o tipo de conhecimento em relação à musculatura do assoalho pélvico. Em seguida, foram submetidas à avaliação fisioterapêutica e funcional do assoalho pélvico.

Nesta avaliação, realizou-se o exame da região abdominal para verificar a diástase dos músculos reto-abdominais. Em posição ginecológica, foram avaliados a fibrose na região perineal e o tônus do núcleo fibroso central do períneo (NFCP), para o qual se realizou uma pressão digital sobre a região entre o ânus e o intróito vaginal. Quando o tônus esteve normal, houve depressão com pequena resistência

elástica à pressão exercida. Em caso de hipotonia, não houve resistência.

Para verificar a força muscular do assoalho pélvico, foi realizado o toque vaginal bidigital durante a contração da musculatura perineal. A classificação da força foi: zero, sem contração; um: esboço de contração não sustentada; dois: contração pequena, porém sustentada; três: contração nítida, sem resistência opositória à palpação; quatro: contração contra resistência moderada; cinco: contração contra resistência máxima. Considerou-se valor abaixo da normalidade grau menor ou igual a três<sup>11,12</sup>.

Após descanso de 15 minutos, foram submetidas ao exame com o perineômetro. Solicitou-se três contrações perineais sucessivas e calculou-se a média dos valores obtidos. Baseado nestes valores, a força perineal foi classificada em zero: ausência de contração; um: contração com valores entre 1,6 e 16 mmHg; dois: contração com valores entre 17,6 e 32 mmHg e três: contração com intervalos entre 33,6 e 46,4 mmHg. Considerou-se valor abaixo da normalidade zero, um e dois<sup>4</sup>.

Avaliou-se a presença de contração involuntária dos levantadores do ânus diante da tosse, além da presença de contrações simultâneas dos músculos reto-abdominais, glúteos e adutores quando da contração do assoalho pélvico. Verificou-se a aproximação entre o NFCP e o clitóris durante a contração perineal<sup>12</sup>. Após estas avaliações, obteve-se um total de 61 (84,72%) mulheres com déficit de força muscular.

Os dados foram analisados utilizando-se o programa Epi-Info 2000. A análise descritiva das variáveis do questionário e da avaliação fisioterapêutica foi feita em tabelas de frequência utilizando-se o Microsoft Word.

## RESULTADOS

Das 61 múltiparas inclusas, a média de idade foi 39,8 anos, de peso foi 59 Kg, de altura, 1,62 m e IMC médio de 22,3 Kg/m<sup>2</sup>. A Tabela 1 mostra a distribuição das múltiparas em relação ao estado civil, profissão e

escolaridade, havendo maior frequência de mulheres casadas (72,13%), donas de casa e domésticas (11,47%) e com ensino médio completo (36,06%).

Em relação à cor da pele, número de gestações,

paridade, número de aborto e peso do maior recém-nascido, houve maior frequência de mulheres que se consideravam pardas (54,10%), possuíam quatro gestações (45,90%) e quatro partos (70,49%). A maioria das mulheres não referiu aborto (67,21%) e apresentou peso do maior recém-nascido entre 2000 e 3000 g (50,82%) (Tabela 2).

Verificou-se que 98,36% das mulheres tiveram no mínimo um parto vaginal. Dentre aquelas com parto vaginal, 40 (66,67%) referiram necessidade de episiotomia. A maior parte não relatou período expulsivo prolongado durante o parto (67,21%) nem incontinência urinária no puerpério (95,08%). Quanto à avaliação da diástase da musculatura reto-abdominal, 44 (72,13%) não apresentaram esta alteração, assim como não possuíam fibrose na região perineal (88,53%). Em relação ao tônus do NFCP, a maioria

apresentava-no hipotônico (68,85%). Somente uma pequena parte realizava contração automática do assoalho pélvico diante da tosse (8,20%) (Tabela 3).

A maioria realizava contração simultânea da musculatura abdominal ao ser solicitada a contrair o assoalho pélvico (59,02%) e não realizava apnéia quando da contração perineal (91,80%). Porém na maior parte delas, havia diminuição da aproximação entre o NFCP e o clitóris quando da contração voluntária da musculatura perineal (68,85%). Das 59 mulheres com atividade sexual, 48 (81,36%) negaram a existência de dispareunia. A maior parte das múltiparas referiu constipação intestinal (59,02%). Infecção urinária de repetição esteve presente em apenas 8 (13,12%) mulheres. Observou-se que grande parte delas não tinha conhecimento da musculatura do assoalho pélvico (68,85%) (Tabela 4).

**Tabela 1** - Estado civil, profissão e escolaridade das múltiparas. São Luís – MA, 2007.

| VARIÁVEIS              | n  | %     |
|------------------------|----|-------|
| ESTADO CIVIL           |    |       |
| Casada                 | 44 | 72,13 |
| Solteira               | 3  | 4,92  |
| Mora com companheiro   | 1  | 1,64  |
| Separada               | 11 | 18,03 |
| Viúva                  | 2  | 3,28  |
| PROFISSÃO              |    |       |
| Dona de casa           | 7  | 11,47 |
| Doméstica              | 7  | 11,47 |
| Outras                 | 47 | 77,06 |
| ESCOLARIDADE           |    |       |
| Fundamental incompleto | 14 | 22,95 |
| Fundamental completo   | 19 | 31,15 |
| Médio incompleto       | 5  | 8,20  |
| Médio completo         | 22 | 36,06 |
| Superior completo      | 1  | 1,64  |

**Tabela 2** - Cor da pele e história obstétrica das múltiparas. São Luís – MA, 2007.

| VARIÁVEIS         | n  | %     |
|-------------------|----|-------|
| COR DA PELE       |    |       |
| Branca            | 16 | 26,23 |
| Parda             | 33 | 54,10 |
| Preta             | 12 | 19,67 |
| Nº. DE GESTAÇÕES  |    |       |
| 4                 | 28 | 45,90 |
| 5                 | 17 | 27,87 |
| 6                 | 14 | 22,95 |
| 7                 | 2  | 3,28  |
| PARIDADE          |    |       |
| 4                 | 43 | 70,49 |
| 5                 | 13 | 21,31 |
| 6                 | 5  | 8,20  |
| Nº DE ABORTOS     |    |       |
| Zero              | 41 | 67,21 |
| 1                 | 11 | 18,03 |
| 2                 | 8  | 13,12 |
| 3                 | 1  | 1,64  |
| PESO RN           |    |       |
| ≥ 2000 e < 3000g  | 31 | 50,82 |
| ≥ 3000 e < 4000 g | 26 | 42,62 |
| ≥ 4000 g          | 4  | 6,56  |

**Tabela 3** - Fatores relacionados ao parto e exame físico das múltiparas. São Luís – MA, 2007.

| VARIÁVEIS                                 | n  | %     |
|-------------------------------------------|----|-------|
| TIPO DE PARTO                             |    |       |
| Vaginal                                   | 60 | 98,36 |
| Cesária                                   | 21 | 34,43 |
| Fórceps                                   | 1  | 1,64  |
| Domiciliar                                | 11 | 18,03 |
| NECESSIDADE EPISIOTOMIA                   |    |       |
| Sim                                       | 40 | 66,67 |
| Não                                       | 20 | 33,33 |
| PERÍODO EXPULSIVO PROLONGADO              |    |       |
| Sim                                       | 20 | 32,79 |
| Não                                       | 41 | 67,21 |
| INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS-PARTO          |    |       |
| Sim                                       | 3  | 4,92  |
| Não                                       | 58 | 95,08 |
| DIÁSTASE RETO-ABDOMINAIS                  |    |       |
| Presente                                  | 17 | 27,87 |
| Ausente                                   | 44 | 72,13 |
| FIBROSE                                   |    |       |
| Presente                                  | 7  | 11,47 |
| Ausente                                   | 54 | 88,53 |
| TÔNUS NFCP                                |    |       |
| Hipotônico                                | 42 | 68,85 |
| Normotônico                               | 19 | 31,15 |
| CONTRAÇÃO LEVANTADOR ÂNUS DIANTE DA TOSSE |    |       |
| Ausente                                   | 44 | 72,13 |
| Diminuída                                 | 12 | 19,67 |
| Presente                                  | 5  | 8,20  |

### DISCUSSÃO

Estudar o assoalho pélvico de mulheres múltiparas, torna-se importante em função dos danos causados ao períneo pela gestação e pelo parto, o que tende a se agravar em períodos próximos à menopausa. A avaliação dos músculos perineais habitualmente não é realizada no exame ginecológico, apesar de sua deficiência representar um dos principais fatores para a incontinência urinária e o prolapso genital<sup>14</sup>.

A média de idade das mulheres avaliadas neste estudo foi de 39,8 anos, indicando faixa etária ideal para o início de estratégias preventivas. A

média etária das avaliadas por Moreira et al<sup>15</sup> com as mesmas características foi de 34,3 anos. Feldner JR et al<sup>16</sup> realizaram um estudo com 114 mulheres com média de idade de 51 anos. Destas, 53,51% estavam no menacme e 71 mulheres já haviam desenvolvido incontinência urinária de esforço por fraqueza muscular.

Com relação à cor da pele, 33 múltiparas declararam-se pardas. Tamanini et al<sup>17</sup> verificaram que das 156 mulheres avaliadas apenas 14,10% eram pardas, sendo a maioria (80,13%) branca, demonstrando maior prevalência de incontinência

**Tabela 4** - Variáveis verificadas durante a contração perineal, queixas ginecológicas e conhecimento da musculatura perineal das múltiparas. São Luís – MA, 2007.

| VARIÁVEIS                         | n  | %     |
|-----------------------------------|----|-------|
| CONTRAÇÃO ACESSÓRIA               |    |       |
| Abdômen                           | 36 | 59,02 |
| Adutores                          | 24 | 39,34 |
| Glúteos                           | 14 | 22,95 |
| Inexistente                       | 7  | 11,47 |
| APNÉIA                            |    |       |
| Presente                          | 5  | 8,20  |
| Ausente                           | 56 | 91,80 |
| APROXIMAÇÃO NFCP E CLITÓRIS       |    |       |
| Ausente                           | 5  | 8,20  |
| Diminuída                         | 42 | 68,85 |
| Presente                          | 14 | 22,95 |
| DISPAREUNIA                       |    |       |
| Presente                          | 11 | 18,64 |
| Ausente                           | 48 | 81,36 |
| CONSTIPAÇÃO INTESTINAL            |    |       |
| Presente                          | 36 | 59,02 |
| Ausente                           | 25 | 40,98 |
| INFECÇÃO URINÁRIA DE REPETIÇÃO    |    |       |
| Presente                          | 8  | 13,12 |
| Ausente                           | 53 | 86,88 |
| CONHECIMENTO MUSCULATURA PERINEAL |    |       |
| Sim                               | 19 | 31,15 |
| Não                               | 42 | 68,85 |

urinária em mulheres de pele clara. Nesta pesquisa não foi possível observar tal associação, pois no local em que foi desenvolvida, predominam mulheres de cor parda.

O tipo de parto é fator de risco para diminuição da força perineal. Barbosa et al<sup>4</sup> realizaram um estudo com 94 mulheres e verificaram que o parto vaginal diminuiu a força perineal quando comparadas às nulíparas e às mulheres submetidas à cesariana. No presente estudo, a maioria das mulheres (98,36%) teve pelo menos um parto vaginal, podendo ser este uma das causas da diminuição da função perineal. O mesmo autor cita que a episiotomia foi fator para o agravamento da função perineal, pois houve diminuição da força muscular nas mulheres submetidas à episiotomia<sup>18</sup>.

Folador et al<sup>19</sup> demonstraram em estudo com 30 mulheres (15 haviam sido submetidas à episiotomia) que não houve diferença estatisticamente significativa quanto à força muscular. No presente estudo o

percentual de episiotomia foi 66,67%, representando mais da metade das mulheres avaliadas, indicando ao contrário da pesquisa dos autores anteriores, diminuição na força perineal nas mulheres com episiotomia.

Quanto mais extenso o período expulsivo durante o parto e maior o peso do recém-nascido, maiores serão as lesões perineais<sup>5</sup>. As múltiparas desta pesquisa não referiram período expulsivo prolongado e apresentaram recém-nascidos com pesos entre 2000 e 3000 g, não sendo estes os principais fatores para enfraquecimento perineal.

A maioria das mulheres, por desconhecimento da musculatura perineal, realiza contrações simultâneas de abdômen, adutores e glúteos quando da contração do assoalho pélvico<sup>11</sup>. Nas múltiparas avaliadas, 68,85% não conheciam a musculatura do assoalho pélvico, com 36 delas apresentando contração de abdômen conjuntamente à contração perineal.

## CONCLUSÃO

A constipação intestinal representa um dos fatores para a disfunção do assoalho pélvico. Nesta pesquisa observou-se que 59,02% das mulheres referiram constipação, podendo ser este um dos motivos para diminuição da força perineal<sup>20</sup>.

Diante das disfunções do assoalho pélvico que se acentuam em períodos próximos à menopausa, há necessidade de estudos que busquem a identificação de seus fatores desencadeantes, para que se possam traçar medidas de prevenção e promoção à saúde da mulher.

## REFERÊNCIAS

1. Polden M., Mantle J. *Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia*. São Paulo: Santos; 2002.
2. Meyer S, Schreyer A, De Grandi P, et al. The effects of birth on urinary continence mechanisms and other pelvic floor characteristics. *Obstet Gynecol*, 1998; 92(4): 613-618.
3. Smith A, Hosker G, Warrell D. The roller of pudendal nerve damage in the aetiology of genuine stress incontinence in women. *Br J Obstet Gynaecol*, 1989; 96(1): 29-32.
4. Barbosa A, Carvalho L, Martins A, et al. Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2005; 27(11):677-681.
5. Beleza A, Nakano A. O trauma perineal no parto. *Fisioter Bras*, 2004; 5(6): 462-466.
6. Angioli R, Marin-Gómez O, Cantuaria G, et al. Severe perineal lacerations during vaginal delivery: The University of Miami. *Am J Obstet Gynecol*, 2000; 182(5):1083-1805.
7. Scarpa K. *Prevalência de sintomas do trato urinário inferior no terceiro trimestre da gestação*. [Dissertação]. Campinas(SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004. 82 p.
8. Karasick S, Spettell C. The role of parity and hysterectomy on the development of pelvic floor abnormalities revealed by defecography. *AJR Am J Roentgenol*, 1997; 169(6):1555-1558.
9. Rabelo A, Barrote D, Souza E, et al. *Anatomia feminina*. In: Souza E. *Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2002. p.1-7.
10. Hahn I, Milson I, Ohlsson B, et al. Comparative assessment of pelvic floor function using vaginal cones, vaginal digital palpation and vaginal pressure measurements. *Gynecol Obstet Invest*, 1996; 41(4):269-274.
11. Grosse D, Sengler J. *Reeducação perineal*. São Paulo: Manole; 2002.
12. Moreno A, Mitrano P. Avaliação funcional. In: Moreno A. *Fisioterapia em uroginecologia*. Barueri: Manole; 2004. p.107-112.
13. Peschers U, Vodusek D, Fanger G, et al. Pelvic muscle activity in nulliparous volunteers. *NeuroUrol Urodynam*, 2001; 20(3):269-275.
14. Contreras Ortiz O, Coya Nuñez F. Dynamic assessment of pelvic floor function in women using the intravaginal device test. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 1996; 7(8):317-320.
15. Moreira S, Girão M, Sartori M, et al. Mobilidade do Colo vesical e avaliação funcional do assoalho pélvico em mulheres continentas e com incontinência urinária de esforço, consoante o estado hormonal. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2002; 24(6):365-370.
16. Feldner Jr P, Bezerra L, Girão M, et al. Valor da queixa clínica e exame físico no diagnóstico da incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2002; 24(2):87-91.
17. Tamanini J, D'Ancona C, Botega N, et al. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev Saúde Pública*, 2003; 37(2):203-211.
18. Sartore A, De Seta F, Maso G, et al. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol*, 2004; 103(4): 669-673.
19. Folador P, Folador A, Tonon S, et al. *Episiotomia: implicações no assoalho pélvico e qualidade de vida em puérperas imediatas*. In: 58 Reunião da SBPC. Florianópolis (SC); 2006.
20. Barbosa S. *Disfunções do assoalho pélvico em mulheres* [capturado 2008 abr 21]. Disponível em: [http://www.pestalozzi.org.br/ASPX/artigos\\_zoom.aspx?id=427](http://www.pestalozzi.org.br/ASPX/artigos_zoom.aspx?id=427)

## Gestação na adolescência: resultados perinatais de adolescentes atendidas em maternidades públicas

*Pregnancy in adolescence: perinatal results of adolescents taken care of in public maternities*

Camila Geovana Gonçalves Barroso<sup>1</sup>, Sâmua Carvalho Silva<sup>1</sup>, Cláudia Teresa Frias Rios<sup>2</sup>, Lena Maria Barros Fonseca<sup>2</sup>, Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias<sup>2</sup>, Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa<sup>3</sup>

**Resumo:** A gravidez precoce é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade da adolescência. No Brasil a cada ano, cerca de 20% das crianças que nascem são filhos de adolescentes. Esse estudo tem como objetivos conhecer os resultados perinatais de puérperas adolescentes em maternidades públicas, conhecer os aspectos relacionados à assistência pré-natal, investigar intercorrências obstétricas e complicações clínicas apresentadas pelos recém-nascidos. Pesquisa transversal e exploratória, com abordagem quantitativa realizada em duas maternidades públicas: Maternidade Benedito Leite e Hospital Universitário Unidade Materno Infantil (HUUMI) com uma amostra de 518 adolescentes puérperas de 11 a 19 anos de idade. Os dados foram coletados no período de outubro de 2006 a maio de 2007, através de um formulário com 34 perguntas fechadas. Os resultados mostraram que a gestação na adolescência é mais incidente entre as idades de 17 a 19 anos, a maioria das entrevistadas, 51,8%, possuem o 1º grau completo e 92,2% vivem com renda familiar de até 2 salários mínimos. Com relação ao pré-natal, 95,8% das adolescentes o fizeram, entretanto 77,2% iniciaram a partir do 3º mês de gestação e 69,9% realizaram mais de 5 consultas. O trabalho de parto prematuro foi a intercorrência mais prevalente, ocorrendo em 31,4%, seguida de doença hipertensiva específica da gestação, com 17,2% e infecção urinária com 15,0%. Com relação ao peso dos recém nascidos; 14,6% apresentaram baixo peso. As intercorrências clínicas mais prevalentes foram a prematuridade com 62,4% e a hidrocefalia com 6,3%. A gestação na adolescência necessita de atenção especializada, precoce e contínua, visando minimizar problemas biológicos, psíquicos e sociais, incluindo medidas de prevenção e promoção da saúde à futura mãe e filho.

**Descritores:** Adolescência, Gravidez, Resultados Perinatais.

**Abstract:** The precocious pregnancy is one the most alarming occurrences related to the adolescent's sexuality. In Brazil in each year, about 20% of the children who are born they are adolescents' children. This study has as aims to know the perinatal results of puerpera adolescents in public maternities, to know the aspects related to the prenatal assistance, to investigate obstetric intercurrent and clinical complications presented by the newborn ones. Transversal and exploratory research, with quantitative boarding carried out in two public maternities: Benedito Leite Maternity and Infantile Maternal Unit University Hospital – HUUMI, with a sample of 518 puerpera adolescents from 11 to 19 years old. The data were collected in the period from October 2006 to may 2007, through a form with 34 closed questions. The results showed that the pregnancy in adolescence is more incident among the ages from 17 to 19 years old, the majority of the interviewed ones, 51.8%, has elementary school degree complete and 92.2% live with familiar income of up to 2 minimum wages. According to the prenatal one, 95.8% of the adolescents had it, however 77.2% initiated from the 3<sup>rd</sup> pregnancy month and 69.9% carried out more than 5 consultations. The premature childbirth work was the most prevalent intercurrent, occurring in 31.4%. followed by DHEG with 17.2% and urinary infection with 15%. In relation to the newborn's weight; 14.6% presented low weight. The most prevalent clinical intercurrents were the prematurity with 62.4% and hydrocephaly with 6.3%. The adolescence pregnancy needs specialized, precocious and continuous attention, aiming to minimize biological, psychological and social problems, including prevention and health promotion attitudes to the future mother and son.

**Keywords:** Adolescence, Pregnancy, Perinatal Results

<sup>1</sup> Graduandas do Curso de Enfermagem da UFMA.

<sup>2</sup> Mestres em Enfermagem. Docentes da UFMA.

<sup>3</sup> Mestre em Ciências da Saúde. Docente da UFMA.

## INTRODUÇÃO

A cada ano cerca de 15 milhões de adolescentes no mundo experimentam a maternidade. As pesquisas de países em desenvolvimento revelam que entre 20% a 60% das gestações e nascimentos, ocorridos em mulheres com idade menor que 20 anos, são involuntárias. No Brasil, o Ministério da Saúde mostra a ocorrência de quase 700.000 partos de adolescentes por ano nos hospitais públicos, o que corresponde a 27% de todos os nascimentos do país. Além disso, observou-se um aumento no percentual de partos e curetagens pós aborto de adolescentes de 10-14 anos atendidas pela rede do SUS<sup>1,2</sup>.

No Norte e no Nordeste é onde nasce o maior percentual de bebês de mães com idades entre 10 e 14 anos. Em números absolutos, o Nordeste é a região mais fértil, com mais de 10.200 bebês que nascem a cada ano de mães meninas<sup>3</sup>.

O Estado do Maranhão está entre as mais altas taxas de fecundidade total do País. No ano de 1997 apresentava 125 nascimentos por mil mulheres em idade fértil. Neste ano, a taxa de fecundidade específica para grupo etário de 15 a 19 anos era de 101,1/1000 mulheres, enquanto no grupo etário de 45 a 49 anos não ultrapassava 9,2/1000 mulheres<sup>4</sup>.

A Organização Mundial de Saúde considera de alto risco a gravidez entre mulheres de dez a 19 anos, tanto por ser um fator limitante e de impedimento ao desenvolvimento social e educacional como pela associação à morbidade nesta faixa etária<sup>2</sup>.

Algumas complicações mesmo não sendo específicas da gestação precoce, podem ser agravadas nessa fase. As complicações mais freqüentes da gravidez e parto na adolescência são: toxemia gravídica, maior índice de cesarianas, desproporção céfalo-pélvica, síndromes hemorrágicas, lacerações perineais, amniorrexe prematura, prematuridade fetal, anemia materna, trabalho de parto prolongado, infecções urogenitais, abortamento, apresentações anômalas, baixo peso da criança ao nascer, malformações fetais, asfixia perinatal e icterícia neonatal<sup>5</sup>.

Todas essas complicações podem enquadrar-

se nos seguintes mecanismos explicativos: o de natureza biológica, como imaturidade do sistema reprodutivo, ganho de peso inadequado durante a gestação e fatores socioculturais, como pobreza e marginalidade social, combinados ao estilo de vida adotado pela adolescente. Além disso, outro fator que influencia o alto risco para essas gestantes é a procura tardia da assistência pré-natal, pois sabe-se as adolescentes especialmente as mais jovens, cuja gravidez acontece de forma inesperada, tentam negar o fato consciente ou inconscientemente. Somando-se a isso as dificuldades do próprio serviço de saúde que na maioria das vezes não oferece assistência pré-natal específica para este grupo<sup>6,7</sup>.

De acordo com as Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente, estabelecida pelo Ministério da Saúde em 1993, recomenda-se que a assistência pré-natal à gestante deve ser feita na unidade de saúde e estabelecem como condições para uma assistência pré-natal de qualidade, os seguintes elementos: captação precoce da adolescente, controle periódico, contínuo e intensivo à população alvo, recursos humanos treinados, área física adequada, equipamentos e instrumental mínimos, instrumento de registro e estatística, medicamentos básicos, apoio laboratorial mínimo, sistema eficiente de referência e contra-referência e avaliação das ações da assistência pré-natal<sup>7</sup>.

O atendimento humanizado e de qualidade no pré-natal, no parto e no puerpério é de fundamental importância para diminuir a vulnerabilidade dos agravos materno-fetais e psicossociais. É importante a inclusão de medidas de prevenção e promoção da saúde, em vez da assistência estritamente biológica e curativa<sup>8,9</sup>.

A problemática da gestação precoce e as consequências da mesma em várias esferas da vida das adolescentes, especialmente relacionados aos aspectos maternos e neonatais, motivaram a realização deste estudo para conhecer os resultados perinatais de adolescentes e investigar as intercorrências obstétricas e neonatais.

## MÉTODOS

Nessa pesquisa utilizou-se o estudo transversal e exploratório, com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em duas maternidades públicas: Hospital Universitário Unidade Materno Infantil (HUUMI) e Maternidade Benedito Leite. O HUUMI possui capacidade para 266 leitos, dos quais 84 se destinam ao serviço de obstetrícia incluindo 18 leitos para internação de gestantes de alto risco, com uma média mensal de 342 partos. A Maternidade Benedito Leite dispõe de 44 leitos que se destinam ao serviço de obstetrícia e 10 leitos destinados a UTI neonatal, realizando uma média de 221 partos por mês.

Foram entrevistadas 518 adolescentes puerperas de 11 a 19 anos de idade, no período de outubro de 2006 a maio de 2007, e a coleta dos dados foi realizada em duas etapas: na primeira, foi realizada

entrevista com a puérpera, utilizando um questionário com 34 perguntas fechadas; e na segunda etapa, utilizando um formulário para análise do prontuário da mãe e do bebê.

Esse trabalho faz parte de um projeto de iniciação científica, vinculado a Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão – FAPEMA e ao Núcleo de Estudos Pesquisa e Educação em Saúde da Mulher – NEPEM do Departamento de Enfermagem e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário – UFMA, em atendimento a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aprovado no Conselho de Pesquisa/UFMA (CONSEPE) com o protocolo nº 33104-690/2006.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dados do Ministério da Saúde apontam que cerca de 1,1 milhões de adolescentes engravidam no Brasil. O índice de adolescentes e jovens brasileiras grávidas é 2% maior que da última década. A cada 100 partos realizados hoje no Brasil, 23 são em adolescentes de 11 a 19 anos<sup>10</sup>.

Estudos realizados em três capitais brasileiras em 2002 apontou que a gravidez na adolescência é mais incidente nas idades de 15 a 17 anos. Porém em 1997, pesquisa realizada no estado de São Paulo mostrou que a maior parte das gestações na adolescência havia ocorrido entre os 15 e 19 anos de idade<sup>2</sup>. Neste estudo a gestação foi mais incidente entre adolescentes de 17 a 19 anos, correspondendo a 76,3% (Tabela 1). A gestação na adolescência precoce foi menos incidente, sendo entrevistada uma com 11 anos, uma com 12 anos e 5 adolescentes com 13 anos<sup>1</sup>.

Estudos mostram a associação entre baixa escolaridade e idade materna precoce, e principalmente a relação inversa entre nível educacional e número de filhos. Na tabela 1, a maioria das entrevistadas, 51,8%, possui até o 1º grau completo, o que demonstrou que uma parcela considerável de adolescentes apresenta nível de escolaridade compatível com a idade em que se encontram. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, feita no Brasil em 1999, mostrou que o percentual de jovens com idades entre 10 e 19 anos sem nenhum ano de escolaridade que haviam engravidado naquele ano ficou em 50%. Entre as adolescentes que freqüentaram a escola por um período de nove a 11 anos, o percentual de gravidez cai para 4%<sup>11</sup>.

O aspecto financeiro influencia diretamente em resultados perinatais desfavoráveis, quando se levam em consideração as carências sociais. Na população em estudo, 92,2% possuem renda familiar de até 2 salários mínimos, e apenas 1,2% referiram viver com 5 ou mais salários mínimos (Tabela 1). Esses resultados, semelhante aos nacionais, informam que a condição socioeconômica incide sobre os índices de gravidez precoce. No Brasil, é no estrato social mais pobre que se encontram os maiores índices de fecundidade na população adolescente. Assim, na faixa de renda familiar menor de um salário mínimos, cerca de 26% das adolescentes entre 15 e 19 anos tiveram filhos, e no estrato de renda mais elevado, somente 2,3% eram mães<sup>12</sup>.

No que se refere ao número de gestações (Tabela 2), 78% tiveram uma gestação, o que se explica pela faixa etária do grupo em estudo possuir baixa idade reprodutiva. Esta é definida pelo período entre 15 aos 49 anos. A repetição da gestação ocorreu em 22% das entrevistadas. Resultados encontrados em pesquisa nacional mostram que 75% das adolescentes brasileiras são primigestas e cerca de 40% das adolescentes que tiveram uma gestação voltam a engravidar<sup>13</sup>.

O aumento dos partos operatórios entre

adolescentes tem sido referido na literatura, mas nem sempre esta afirmativa é consensual. Houve uma diferença muito pequena entre o percentual do parto normal e cesáreo. O primeiro representa 56,6%, e o segundo 43,4% (Tabela 2). Não existem evidências que indiquem aumento do risco para cesariana que possa ser atribuído à condição biológica da adolescência. Há que se destacar, que a utilização desse procedimento para ultimar o parto entre adolescentes deve ser ponderada com mais cuidado, levando-se em conta o impacto das sucessivas cirurgias sobre o futuro obstétrico das jovens mães<sup>14</sup>.

Com relações aos hábitos como fumo, álcool e drogas, o uso do cigarro foi afirmativo entre 19 (3,7%) adolescentes. No Brasil, o tabaco é a segunda droga mais usada na infância e adolescência, suplantada apenas pelo álcool. No que se refere ao uso de álcool, 24 (4,6%) adolescentes afirmaram consumir álcool durante a gestação. Durante as entrevistas, as adolescentes informaram que o consumo se restringiu aos primeiros meses de gestação, afirmando tê-lo abandonado nos meses que se seguiram. De acordo com dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), pesquisa com estudantes de 1º e 2º Graus de 10 capitais brasileiras, 65% dos entrevistados afirmaram consumo de bebidas alcoólicas, dos quais 50% iniciaram o uso entre os 10 e 12 anos de idade<sup>15</sup>. Quanto ao uso de drogas uma (0,2%) adolescente afirmou que a consumia durante a gravidez e 3 adolescentes informaram que consumiam drogas, tendo abandonado durante o período gestacional.

Quanto ao pré-natal, é indiscutível a importância do mesmo como fator de proteção para a mãe e o bebê. Existe uma forte associação entre cuidados pré-natais adequados e melhores resultados perinatais, sejam em mulheres adolescentes ou mais maduras. Neste estudo 95,8% das entrevistadas fizeram o pré-natal, enquanto que 4,2% (22) não realizaram pré-natal (Tabela 3). Muitas vezes a jovem gestante tarda em procurar assistência médica por medo da reação da família ou falta de informação, o que compromete os resultados perinatais<sup>16</sup>. Com relação a idade gestacional da primeira consulta, a proporção ainda é grande de adolescentes que iniciam o pré-natal tardiamente, 77,2% das adolescentes procuraram o pré-natal a partir do 3º mês de gestação e apenas 22,8% iniciaram no primeiro e segundo mês de gestação (Tabela 3). O Ministério da Saúde preconiza o mínimo de seis consultas pré-natais, sendo preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação. Nesse estudo a maioria das adolescentes realizaram 5 ou mais consultas, representando um percentual de 69,9% (Tabela 3). Entretanto 30,1% realizaram menos de 5 consultas, demonstrando que é grande a quantidade de mulheres que não realizaram o mínimo de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde, sendo importante lembrar que

não somente a cobertura assistencial importa; a extensão e periodicidade das consultas tem um peso específico próprio<sup>9</sup>.

Nesse estudo 36,8% das adolescentes apresentaram algum tipo de intercorrência. Entre as mais citadas estão: infecção urinária com 15,2%, a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) com 17,2% e parto prematuro com 31,4% (Tabela 4).

Na gestação a infecção urinária (IU) se reveste de grande importância em razão de sua elevada incidência nesse período da vida da mulher. É a terceira intercorrência clínica mais comum na gestação acometendo de 10 a 12% das grávidas. Se não tratada a IU pode provocar parto prematuro, pielonefrite (infecção dos rins), ameaça de aborto, e outras complicações<sup>17</sup>.

A incidência de hipertensão entre adolescentes grávidas oscila em torno de 12 a 31%. As consequências desta doença para a gravidez consistem em: insuficiência placentária, descolamento prematuro de placenta e nascimento prematuro<sup>18,19</sup>.

Os partos prematuros entre adolescentes aparentemente são determinados por uma combinação de fatores que atuam independentemente da idade cronológica ou da idade ginecológica. O maior número de partos prematuros entre adolescentes poderia ser explicado pelo fato de: as adolescentes sexualmente ativas estarem mais sujeitas a adquirir doenças de transmissão sexual, bem como infecções urinárias sintomáticas ou assintomáticas. Fatores que igualmente provocam nascimentos prematuros entre as jovens podem estar ligados ao uso de substâncias tóxicas – cigarro, álcool e drogas ilícitas; ao estresse materno; à diminuição do progesterona e baixa estimulação folicular pelo hormônio folículo-estimulante, que ocorre nos primeiros ciclos menstruais da mulher jovem<sup>14</sup>.

Entre as complicações clínicas apresentadas pelos recém-nascidos, destacam-se a prematuridade com 62,4% e hidrocefalia com 6,3% e (Tabela 5).

A prematuridade é uma complicação muito referida como particularmente incidente entre grávidas adolescentes; alguns autores relacionam o risco de parto prematuro com a virtual incapacidade funcional da matriz uterina para manter a gravidez à termo<sup>14</sup>.

A prematuridade é um dos fatores de risco para gerar nascidos vivos de baixo peso. A incidência de recém-nascidos gerados por mães adolescentes com baixo peso é duas vezes maior que o de mães adultas. A taxa de morte neonatal é três vezes maior. Os bebês prematuros possuem maior risco de adoecer, acometidos por enfermidades vasculares perinatais, como hemorragia cerebral e retinopatia da prematuridade, ou por distúrbios metabólicos, como hipoglicemia. Apresentam ainda dificuldade para manter a estabilidade térmica, gerando hipotermia. E têm também capacidade precária de serem alimentados, permanecendo várias semanas internados. Essas imaturidades do recém-nascido prematuro levam a uma alta mortalidade neonatal<sup>20</sup>. Nesse estudo dos 523 nascimentos (5 gemelares), 14,6% apresentaram

baixo peso, ou seja, peso abaixo de 2.500g e 83,5% apresentaram peso compreendido entre 2.500g e 3.999g. Os que apresentaram peso acima de 4.000g foram 1,9% (Quadro 1).

Estudos realizados em Pelotas, Rio Grande do Sul, mostraram que um bebê que nasce com menos de 2.500g tem 18 vezes mais riscos de morrer no primeiro ano de vida, quando comparado a recém-nascidos que apresentaram peso maior. Sabe-se que o baixo peso ao nascer é um dos fatores determinantes de óbitos neonatais. Entre as mortes ocorridas até o sétimo dia de vida no Brasil no ano de 1999, e com atestado de óbito onde o peso ao nascer foi declarado, 70% ocorreram entre os recém-nascidos com peso inferior a 2.500g<sup>20</sup>.

A hidrocefalia é caracterizada pelo acúmulo anormal de líquido cefalorraquidiano (LCR), geralmente sob pressão, em decorrência de drenagem obstruída, produzindo dilatação passiva dos ventrículos. A sua incidência varia de 0,3 a 1/1000 nascimentos<sup>19</sup>.

**Tabela 1** - Características socioeconômicas das puérperas adolescentes. HUUMI e Benedito Leite. Outubro/2006 a Maio/2007. São Luís – MA.

| IDADE                         | f   | %    |
|-------------------------------|-----|------|
| 11 anos                       | 1   | 0,2  |
| 12 anos                       | 1   | 0,2  |
| 13 anos                       | 5   | 1,0  |
| 14 anos                       | 14  | 2,6  |
| 15 anos                       | 45  | 8,7  |
| 16 anos                       | 57  | 11,0 |
| 17 anos                       | 92  | 17,8 |
| 18 anos                       | 140 | 27,0 |
| 19 anos                       | 163 | 31,5 |
| ESCOLARIDADE                  |     |      |
| Ensino fundamental incompleto | 218 | 42,1 |
| Ensino fundamental completo   | 50  | 9,7  |
| Ensino médio Incompleto       | 173 | 33,3 |
| Ensino médio Completo         | 75  | 14,5 |
| Ensino superior incompleto    | 2   | 0,4  |
| RENDA FAMILIAR                |     |      |
| < 1 salário                   | 153 | 29,5 |
| 1 a 2 salários                | 325 | 62,7 |
| 3 a 4 salários                | 34  | 6,6  |
| 5 ou mais salários            | 6   | 1,2  |
| TOTAL                         | 518 | 100  |

**Tabela 2** – Dados obstétricos das puérperas adolescentes. HUUMI e Benedito Leite. Outubro/2006 a Maio/2007. São Luís – MA.

|                      | f          | %          |
|----------------------|------------|------------|
| <b>GESTAÇÕES</b>     |            |            |
| Uma                  | 404        | 78,0       |
| Duas                 | 87         | 16,8       |
| Três                 | 23         | 4,4        |
| Quatro               | 4          | 0,8        |
| <b>TIPO DE PARTO</b> |            |            |
| Normal               | 293        | 56,6       |
| Cesário              | 225        | 43,4       |
| <b>TOTAL</b>         | <b>518</b> | <b>100</b> |

**Tabela 3** - Características relacionadas à assistência pré-natal. HUUMI e Benedito Leite. Outubro/2006 a Maio/2007. São Luís

|                                   | f          | %          |
|-----------------------------------|------------|------------|
| <b>REALIZOU O PRÉ-NATAL</b>       |            |            |
| Sim                               | 496        | 95,8       |
| Não                               | 22         | 4,2        |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>518</b> | <b>100</b> |
| <b>IDADE DA PRIMEIRA CONSULTA</b> |            |            |
| 1º mês                            | 18         | 3,6        |
| 2º mês                            | 95         | 19,2       |
| 3º mês                            | 186        | 37,5       |
| 4º mês                            | 114        | 23,0       |
| 5º mês ou mais                    | 83         | 16,7       |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>496</b> | <b>100</b> |
| <b>Nº DE CONSULTAS</b>            |            |            |
| < de 3 consultas                  | 31         | 6,3        |
| 3 a 4 consultas                   | 118        | 23,8       |
| 5 a 6 consultas                   | 232        | 46,7       |
| 7 ou mais                         | 115        | 23,2       |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>496</b> | <b>100</b> |

**Tabela 4** - Intercorrências na gestação, parto e puerpério. HUUMI e Benedito Leite. Outubro/2006 a Maio/2007. São Luís – MA.

| INTERCORRÊNCIAS             | f          | %          |
|-----------------------------|------------|------------|
| Hiperemese gravídica        | 2          | 1          |
| Desproporção céfalo-pélvica | 2          | 1          |
| Toxoplasmose                | 2          | 1          |
| Anemia                      | 3          | 1,6        |
| Diabetes                    | 3          | 1,6        |
| Eclâmpsia                   | 3          | 1,6        |
| HIV                         | 3          | 1,6        |
| Sífilis                     | 4          | 2,1        |
| Oligodrâmnio                | 5          | 2,6        |
| Corrimento vaginal          | 6          | 3,1        |
| Pré-eclâmpsia               | 7          | 3,7        |
| Amniorrexe prematura        | 8          | 4,2        |
| Ameaça de parto prematuro   | 11         | 5,8        |
| Infecção urinária           | 29         | 15,2       |
| DHEG                        | 33         | 17,2       |
| Parto prematuro             | 60         | 31,4       |
| Outras                      | 10         | 5,2        |
| <b>TOTAL</b>                | <b>191</b> | <b>100</b> |

**Tabela 5** - Complicações clínicas apresentadas pelos RN's. HUUMI e Benedito Leite. Outubro/2006 a Maio/2007. São Luís – MA.

| INTERCORRÊNCIAS        | N         | %          |
|------------------------|-----------|------------|
| Luxação da clavícula   | 2         | 2,1        |
| Mal formação de MMII   | 2         | 2,1        |
| Pneumonia              | 2         | 2,1        |
| Sofrimento Fetal agudo | 3         | 3,1        |
| Sopro cardíaco         | 3         | 3,1        |
| Toxoplasmose           | 3         | 3,1        |
| Sífilis                | 4         | 4,2        |
| Icterícia              | 4         | 4,2        |
| Hidrocefalia           | 6         | 6,3        |
| Prematuridade          | 60        | 62,4       |
| Outras                 | 7         | 7,3        |
| <b>TOTAL</b>           | <b>96</b> | <b>100</b> |

**Quadro 1**- Peso ao nascer dos recém nascidos das puérperas adolescentes. HUUMI e Benedito Leite. Outubro/2006 a Maio/2007. São Luís – MA.

| PESO         | f   | %    |
|--------------|-----|------|
| <b>RN</b>    |     |      |
| 500 a 999g   | 6   | 1,1  |
| 1000 a 1499g | 8   | 1,5  |
| 1500 a 1999g | 20  | 4,0  |
| 2000 a 2499g | 42  | 8,0  |
| 2500 a 2999g | 162 | 31,0 |
| 3000 a 3499g | 215 | 41,1 |
| 3500 a 3999g | 60  | 11,4 |
| 4000 a 4499g | 9   | 1,7  |
| > 4500g      | 1   | 0,2  |

## CONCLUSÃO

A gravidez na adolescência é um desafio onde a qualidade na assistência pré-natal define resultados perinatais favoráveis e tem relação direta com o bem-estar materno-fetal prevenindo riscos e complicações durante a gravidez, parto e puerpério.

Diante dos resultados conclui-se que a população adolescente necessita de medidas de atenção e ações de prevenção da gravidez. O número de adolescentes que engravidam nas idades de 11, 12 e 13 anos deixou de ser acontecimento raro e atualmente tem se observado o crescimento do percentual de partos nesta faixa etária. Além disso, é no estrato social mais pobre que se encontram os maiores índices de gravidez nessa fase da vida, tendo em vista que nesse estudo a gestação foi mais incidente entre aquelas

com condição socioeconômica menos favorecida.

A necessidade de um pré-natal de qualidade é outro fator que merece destaque, pois ainda é grande o percentual de adolescentes que procuram tardiamente o pré-natal, sendo importante frisar que é nas adolescentes que os prejuízos de uma atenção precária à gestação se mostram mais intensos.

Essa pesquisa mostrou que de fato a prematuridade é a intercorrência mais incidente entre as adolescentes, apontando que a assistência a essas jovens merece atenção redobrada e principalmente com pré-natal especializado e preferencialmente multidisciplinar, minimizando o impacto biopsíquico da gestação.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Gravidez na adolescência*. Brasília, DF. 2003 [capturado 2007 mar 28 2006]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>.
2. Carvalho ILE. *Gestantes adolescentes*: conhecimento sobre reprodução e percepção de acesso a serviços de saúde [Tese]. Campinas(SP) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2005.
3. Lins L. *Jovens mães fora da escola*. O Globo, 2005 Rio de Janeiro; 7 mar.[capturado 2007 jul 13]. Disponível em: [http://www.sineperj.org.br/view\\_noticia.asp?id=395](http://www.sineperj.org.br/view_noticia.asp?id=395).
4. Neves EM. *Risco de "pegar filho"*: estudo antropológico sobre sexualidade e saúde reprodutiva entre adolescentes em São Luís- MA. São Luís, 2006; 7(28).[capturado 2007 jul 13]. Disponível em: [http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/E/Ednalva\\_Maciel\\_Neves\\_28.pdf](http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/E/Ednalva_Maciel_Neves_28.pdf).
5. Balone G. *Gravidez na adolescência*. Rio de Janeiro. Psiqweb. 2003. [capturado 2007 mar 29]. Disponível em: <http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/adolesc3.html>.
6. Goldenberg P, Figueiredo IMCT, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 2005 Rio de Janeiro; 21(4).
7. Bocardi MIB. *Assistência pré-natal na adolescência*: concepções das adolescentes e dos profissionais de saúde. [Tese]. Ribeirão Preto(SP). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2004. 163p.
8. Correa RGCF. *Gestação na adolescência*: a imagem do corpo no olhar da adolescente grávida. [Dissertação]. São Luís(MA). Universidade Federal do Maranhão. 2001. 88p.
9. Brasil.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
10. Campbell U. A cada semana, cinco adolescentes morrem no País durante trabalho de parto. *Correio Braziliense*, 2006; 4(859) 15 dez.[capturado 2007 jul 12]. Disponível em: <http://www.redandi.org/verPublicacao.php5?L=ES&id=2906&idpais=1>.
11. Camargo G. *Maternidade precoce avançada*. Rio de Janeiro, 2002. [capturado 2007 jul 31]. Disponível em: <http://www.sinpro-rs.org.br/extra/nov02/comportamento.asp>.
12. Vitale MSS, Amâncio OMS. *Gravidez na adolescência*. São Paulo, 2002. [capturado 2006 jun 5].Disponível em: <http://www.brazilpednews.org.br/set2001/bnpar101.htm>.
13. Mães repetentes. *Folha de S. Paulo*, 2002 São Paulo; 22 abr. [capturado 2007 jul 13]. Disponível em: [http://www2.uol.com.br/aprendiz/n\\_noticias/imprescindivel/id220402.htm](http://www2.uol.com.br/aprendiz/n_noticias/imprescindivel/id220402.htm).
14. Neme B. *Obstetrícia básica*. 2. ed. São Paulo: Savier; 2000.
15. Zago J A. *Álcool e adolescência*. São Paulo, 2002. [capturado 2007 jul 14]. Disponível em: [http://www.multirio.rj.gov.br/seculo21/texto\\_link.asp](http://www.multirio.rj.gov.br/seculo21/texto_link.asp)?
16. Ximenes FMA, Oliveira MCR. A influência da idade materna sobre as condições perinatais. *Revista Saúde*, 2004 Fortaleza; 17(2).
17. Busato O. *Infecção urinária e gravidez*. Rio de Janeiro, 2001.[capturado 2007 jul 26]. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?499>.
18. Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. *O cuidado em enfermagem materna*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
19. Cavalcanti D; Salomão M. Incidência de hidrocefalia congênita e o papel do diagnóstico pré-natal. *Jornal de Pediatria*, 2003 São Paulo; 79(2).
20. Prochnik M; Carvalho MR. *Método mãe-canguru de atenção ao prematuro*. Rio de Janeiro: BNDES; 2001.

## Hepatite C e gravidez: revisão de literatura

### *Hepatitis C and pregnancy : review of literature*

Daniele Soares Vêras<sup>1</sup>, Patrícia Silva Golino<sup>2</sup>, Maria Bethânia da Costa Chein<sup>3</sup>,  
Luciane Maria Oliveira Brito<sup>4</sup>

**Resumo:** A hepatite C é uma retrovirose que apresenta um alto potencial de cronificação, sendo considerada uma das infecções de grande impacto na atualidade. Apresenta um alto percentual de pacientes assintomáticos, e, tendo isto associado a ausência de rastreio dessa doença, leva a um aparecimento de graves afecções hepáticas, como cirrose e carcinoma hepatocelular. Apresenta uma prevalência de 1 a 2 % no Brasil, e na gravidez, situa-se em torno de 0,6% em nosso meio. Porém, desconhece-se alguns aspectos dessa virose. Não se sabe sobre a influência da via de parto preferencial e amamentação na transmissão vertical. É ignorado se a utilização de intervenções farmacológicas ou cirúrgicas reduziram a infecção perinatal. Também se desconhece a influência do genótipo viral assim como a presença de mutações virais influenciando na taxa de transmissão vertical.

**Descritores:** Hepatite C; gravidez; transmissão.

**Abstract:** Hepatitis C is a retrovirose which presents a higher percentage of cronification, being considered one of the most important infections in nowadays. It comprehends a higher number of assymptomatic patients, and the absence of HCV screening leads to appearance of severe hepatic disfunctions, such as cirrosis and hepatocelular carcinoma. Its prevalence is 1-2% in Brazil, and, in pregnancy, it is situated in 0.6% in our population. However, it is unknown some features of this disease. The influence of cesarean section and breastfeeding on vertical HCV transmission is ignored, as well as the utilization of pharmacological and/or surgical methods would reduce perinatal infection. It is not also known the influence of genotyping and the presence of viral mutations on mother-to-child transmission.

**Keywords:** Hepatitis C; pregnancy; transmission.

### INTRODUÇÃO

O vírus causador da hepatite C (VHC) é um RNA vírus da família flavivírus. Existem pelo menos seis genótipos descritos, designando-se vários subtipos (1<sub>a</sub>, 1<sub>b</sub>, 1<sub>c</sub>; 2<sub>a</sub>, 2<sub>b</sub>, 2<sub>c</sub>; 3<sub>a</sub>, 3<sub>b</sub>; 4<sub>a</sub>; 5<sub>a</sub>; 6<sub>a</sub>)<sup>1</sup>. Estes apresentam espectro clínico diverso entre eles, a exemplo do genótipo 1<sub>a</sub>, relacionado a pior prognóstico. Considerando as regiões do Brasil, nota-se que a maior frequência da infecção pelo VHC é na Região Norte (2,12%) sendo o genótipo tipo 1 o subtipo mais freqüente (74,1%). Na Região Sul foi encontrada uma baixa prevalência, em torno de 0,6%, sendo que o genótipo tipo 3 do VHC correspondeu a 43,2% de todos os casos de hepatite C nesta região. Na região Sudeste foram encontradas prevalências em torno de 1,4% sendo que os de menor prevalência os genótipos 4 e 5<sup>2</sup>.

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) existem de cerca de 170 milhões de

portadores crônicos da hepatite C em todo o mundo, fato que tem levado as autoridades de saúde pública a considerar a hepatite C como a grande pandemia do século XXI. Além disso, as complicações da hepatite C crônica já representam a primeira causa de transplante hepático em muitos países do mundo<sup>3</sup>.

Do ponto de vista clínico, sobressai o elevado potencial de cronificação, estando intimamente associadas ao aparecimento de graves afecções hepáticas, destacando-se a cirrose, insuficiência hepática e o carcinoma hepatocelular<sup>4</sup>. Além disto, a infecção pelo VHC associa-se a um grande número de manifestações extra-hepáticas, como crioglobulinemias e glomerulonefrites<sup>5</sup>.

As elevadas taxas de cronificação da hepatite C decorrem da habilidade do vírus em apresentar mutações frente à pressão do sistema imunológico. Tais mutações explicam a grande diversidade

1 Acadêmica de Medicina da UFMA.

2 Mestre em Saúde Pública. Médica. Maternidade Marly Sarney.

3 Doutoradas em Medicina(Mastologia).Docentes da UFMA.

genética do vírus, resultando em série de variáveis distintas imunologicamente (genótipos, subtipos e quasispecies). Os anticorpos suscitados pela infecção pelo VHC não são neutralizantes, por isto não impedem nova infecção nem conferem imunidade<sup>6</sup>.

Outro detalhe extremamente importante sob a ótica do obstetra e do perinatologista é a existência de poucas intervenções que possibilitam reduzir a transmissão vertical do VHC.

### **Screening para hepatite C na gravidez: relação custo-benefício**

O conhecimento do custo-benefício de todas as condutas, desde diagnóstico, via de parto e terapêutica, é de fundamental importância para que o Sistema de Saúde possa organizar ações políticas em Saúde Pública visando o controle e diminuição dos agravos provocados por esta doença na população<sup>7</sup>. Apesar dos baixos índices de transmissão, o custo de vida para cuidados para com um indivíduo com VHC são altos, porque as taxas de remissão com drogas antivirais são mínimas e os custos das mesmas são altos<sup>8</sup>.

Infelizmente, a triagem não é recomendada atualmente em nosso país para o VHC durante a gestação em mulheres assintomáticas desprovidas de fatores de risco. Em média, somente 25 a 30% das mulheres com VHC são conhecedoras do seu diagnóstico. Conseqüentemente, intervenções que potencialmente poderiam melhorar os resultados maternos e neonatais a longo prazo não são disponíveis à grande maioria de mulheres infectadas pelo VHC e seus recém-natos. Tais medidas incluiriam aquelas que versariam sobre prevenção primária (bloqueio da transmissão vertical) e secundária (tratamento clínico precoce para a doença na mãe e criança após término da gestação).

Assim como existem trabalhos na literatura evidenciando não haver uma boa relação custo-benefício no screening do VHC na população adulta em geral<sup>9</sup>, um estudo realizado por Plunkett et al.<sup>7</sup>, corroborou a mesma hipótese para gestantes assintomáticas ao VHC, havendo um custo adicional de 108 dólares por paciente quando se coloca o exame como rotina. A cesárea eletiva com fins de redução da transmissão vertical do VHC elevou o custo do tratamento em relação a via vaginal, porém evitaria 30 casos de TV por cada 100.000 mulheres triadas.

### **Fatores de risco para a infecção pelo VHC**

Aproximadamente 40% das gestantes não apresentam fator de risco identificável para o VHC<sup>10</sup>. Dessa forma, o obstetra precisa conhecer os fatores de risco mais preponderantes para o desenvolvimento desta infecção.

O uso de drogas injetáveis é uma variável independente para o soropositividade do VHC; contudo, se a dosagem de anticorpos para o VHC fosse somente feita nesse grupo, seriam identificadas 40% das gestantes infectadas<sup>11</sup>.

Uma história de transfusão de hemoderivados

prévia à introdução da triagem para o VHC nos hemocentros de todo o mundo a partir de 1990, particularmente em grupos mais susceptíveis a transfusões múltiplas, como os hemofílicos, aumentam o risco de infecção, sendo, em média de 60%, a prevalência do anti-HCV neste grupo<sup>12</sup>.

A colocação de tatuagens e piercings no corpo também são fatores de risco para esta infecção, especialmente quando não realizadas em locais com material adequado e equipe treinada<sup>13</sup>. Entram no grupo aqueles expostos a materiais perfuro-cortantes, os usuários de hemodiálise.

Uma história de migração de regiões com alta taxa de endemicidade para o VHC (Ásia, Oriente Médio, África e Sudeste/Leste Europeu) é considerada como sendo de risco para a infecção pelo VHC, embora de menor importância.

A possibilidade de transmissão do VHC por via sexual é real, embora seja menos efetiva que a via sangüínea. O vírus é detectável no sêmen e no fluxo vaginal. Portanto, o risco de infecção pelo VHC tende a ser mais elevado em grupos populacionais específicos, tais como os indivíduos intensamente expostos à atividade sexual sem proteção com múltiplos parceiros e a drogas ilícitas injetáveis, bem como seus respectivos contactantes imediatos<sup>14</sup>. Contudo, alguns trabalhos mostram que o risco de transmissão sexual de um portador crônico do VHC é muito baixo<sup>15</sup>.

Quanto à transmissão vertical (TV) do VHC, verifica-se que as taxas divulgadas na literatura são extremamente variáveis, a maioria situando entre 3 a 6%<sup>16,17</sup>. Notar que a associação do VHC com a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana aumenta a TV do VHC de 2 a 6 vezes<sup>18</sup>. Sabe-se também que cargas virais elevadas do VHC aumentam o risco de sua TV<sup>19</sup>. As informações indicam que carga viral acima de 10<sup>5</sup> cópias/ml aumenta objetivamente a taxa de TV do VHC<sup>16</sup>.

Uma das causas do baixo índice de infecção neonatal pelo VHC é o seu rápido clearance viral, espontâneo na maioria das vezes, que ocorre no neonato nos primeiros meses de vida. Em um estudo de coorte prospectivo, efetuado por Conte et al. (2001), dos 60 nascituros com PCR-RNA positivo para o VHC, somente 2 continuaram infectados após 2 anos de seguimento.

Sobre a via de parto preferencial nos casos de mães infectadas pelo VHC, ainda se existe uma posição de consenso, a não ser naquelas co-infectadas pelo HIV. Neste caso, a indicação do parto cesárea acaba obedecendo aos critérios ligados à infecção pelo HIV.

Nenhum dos 31 recém-natos de parto cesáreo se tornou cronicamente infectado pelo VHC em comparação a 5,9% e 7,7% dos neonatos oriundos, respectivamente, de cesáreas de urgência e partos vaginais. Contudo, a carga viral no referido contexto deve ser mencionada, e se torna importante, pois influencia a TV nesses casos.

Sabe-se que o HIV aumenta a TV em pacientes

HCV positivas. Uma meta-análise realizada por Pappalardo et al. (2003) mostrou que mães HCV e HIV positivas têm um risco 2,82 vezes maior de TV em relação a gestantes HCV positivas HIV negativas. A carga viral aumentada do HIV aumenta o risco de TV em quase duas vezes se comparadas com pacientes HIV negativas.

Quanto a Transmissão vertical e amamentação, também é motivo de discussão a TV do VHC por meio do aleitamento materno. Em estudo de Conte et al. realizado no Reino Unido em 2000, nas gestantes portadoras de VCH o risco de TV com o aleitamento não foi significativo (OR= 1,52; p=0,50), enquanto

que a transmissão vertical do vírus em neonatos de parto vaginal foi maior do que aquela observada entre os nascidos por cesárea (OR = 7,40 ;p=0,04). No entanto, um estudo do European Paediatric Hepatitis C Network, em 2001, demonstrou que tanto o aleitamento materno quanto a via de parto não são fatores determinantes sobre a ocorrência de TV, não se observando diferença estatisticamente significativa entre o grupo de mulheres que amamentou e aquele que não amamentou (OR = 1,07; p= 0,83), assim como não houve diferença entre o grupo de gestantes que foram submetidas a parto vaginal ou cesárea (OR = 1,17p=0,66)<sup>18,19</sup>.

### CONCLUSÃO

No que se refere a tratamento farmacológico e transmissão vertical, até o momento, não há comprovação alguma de intervenção farmacológica que possa reduzir e/ou controlar a TV deste vírus. Frente à insegurança decorrente da falta de medidas objetivas (farmacológicas ou cirúrgicas) que reduzem a taxa de TV do VHC, medidas gerais simples assumem papel importante. Neste sentido, orienta-se evitar condutas invasivas sobre o feto (cordocentese,

amniocentese e punção fetal para avaliação do pH durante o trabalho de parto), clampagem precoce do cordão, evitar episiotomia se possível, proteção do neonato quanto ao seu contato com sangue materno, aspiração cuidadosa de vias aéreas e banho neonatal imediato. Apesar de existirem todas estas medidas protocoladas nos últimos cinco anos, sua efetivação nunca foi avaliada sistematicamente<sup>20</sup>.

### REFERÊNCIAS

1. Simmonds P, et al. Classification of Hepatitis C Virus into six major genotypes and a series of subtypes by phylogenetic analysis of the NS-5 region. *J Gen Virol*, 1993;74:(23)91-99.
2. Campiotto S, et al. Geographic Distribution Of Hepatitis C Virus Genotypes In Brazil. *Braz J Med Biol Res*, 2005;38:41-9.
3. Rice CM, Schinazi RF, Sommadossi JP. *Frontiers in Viral Hepatitis*. London: Elsevier; 2004.600p.
4. Sherlock S, Dooley J. *Disease of the Liver and Billiary System*, 10th ed. London: Blackwell Science; 1997.
5. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. *Principles and Practices of Infectious Diseases*. New York: Churchill Livingstone; 2000.
6. Burroughs AK, Feagan BG, McDonald JWD. *Evidence Based Gastroenterology And Hepatology*. New York: BMJ Books; 2004.640p.
7. Plunkett BA, Grobman WA. Routine Hepatitis C Virus screening in pregnancy: a cost-effectiveness analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(4):1153-61.
8. Dusheiko GM. Treatment and prevention of chronic viral hepatitis. *Pharmacol Ther*, 1995 Jan;65(1):47-73.
9. Singer ME, Younossi ZM. Cost effectiveness of screening for hepatitis C virus in asymptomatic, average-risk adults. *Am J Med*, 2001 Dec 1;111(8):614-21.
10. Conte D, Fraquelli M, Prati D, Colucci A, Minola E. Prevalence and clinical course of chronic hepatitis C virus (HCV) infection and rate of HCV vertical transmission in a cohort of 15, 250 pregnant women. *Hepatology*, 2000 Mar;31(3):751-5.
11. Ward C, et al .Prevalence of hepatitis C among pregnant women attending an inner London obstetric department:uptake and acceptability of named antenatal testing. *Gut*, 2000 Aug;47(2):277-80.
12. Yung A, McDonald M, Spelman D, Street A, Johnson P. *Infectious Diseases: a clinical approach*. Melbourne: MIDG; 2001.
13. Hellard M, Aitken C, Mackintosh A, Ridge A, Bowden S. An investigation of infection control practices and knowledge of hepatitis C among body piercing practitioners. *Am J Infect Cont*, 2001; in press.
14. Nakashima K, et al. Sexual transmission of hepatitis C virus among female prostitutes and patients with sexually transmitted diseases in Fukuoka, Kyushu, Japan. *Am J Epidemiol*, 1992 nov 1;136(9):1132-7.

15. Dienstag JL. Sexual and perinatal transmission of hepatitis. *C.Hepatology*, 1997 Sep; 26(3 Suppl 1):66S-70S.
16. Ferrero S, et al. Study of Mother-To-Infant Transmission of Hepatitis C Virus: a 10-Year Survey (1990-2000). *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2003;82:229-34.
17. Pappalardo BI. Influence of Maternal Human Immunodeficiency Virus (HIV) Co-Infection on Vertical Transmission of Hepatitis C Virus (HCV): a meta-analysis. *Int J Epidemiol*, 2003;32: 727-34.
18. Ohto H, et al. Transmission of Hepatitis C Virus from Mothers to Infants. The Vertical Transmission of Hepatitis C Virus Collaborative Study Group. *N Engl J Med*, 1994;330:744-50.
19. Thomas DI, et al. Perinatal Transmission of Hepatitis C Virus from Human Immunodeficiency Virus Type 1-Infected Mothers. Women and Infants transmission study. *J Infect Dis*, 1998;177:1480-8.
20. Duarte G. *Hepatite por Vírus C e Gravidez*. In: Duarte G, (Org). Diagnóstico e conduta nas infecções ginecológicas e obstétricas. Ribeirão Preto: FUNPEC; 2004.p.51-5.

## Reflexões do uso da arte como recurso terapêutico ocupacional

### *Reflections about the use of art as occupational therapy*

Leidismar Fernandes Nalasco<sup>1</sup>, Denise Luciana de Souza Silva Martins<sup>2</sup>

**Resumo:** Este estudo tem como objetivo refletir sobre o uso da arte como recurso terapêutico ocupacional. Ao longo do estudo descreve-se sobre as definições da arte, a postura do terapeuta ocupacional, a correlação entre o uso das atividades de arte com os objetivos terapêuticos a serem alcançados e por fim destaca-se as atividades artísticas como um processo de intervenção terapêutica ocupacional utilizadas para instrumentos de diagnóstico e tratamento, revelando a estimulação integrativa de vários sistemas como o sensorial, motor, emocional e cognitivo com os aspectos perceptivos, emocionais e comportamentais.

**Descritores:** Arte; Terapia ocupacional; Atividades

**Abstract:** This study has as objective to reflect about the use of the art as occupational therapeutical resource. To the long one of the study one describes on the definitions of the art, the position of the occupational therapist, the correlation enters the use of the activities of art with the therapeutical objectives to be reached and finally it is distinguished the artistic activities as a process of occupational therapeutical intervention used for diagnosis instruments and treatment, disclosing the integrativa stimulation of some systems as sensorial, motor, emotional and the cognitive one with the percipient, emotional and manning aspects.

**Keywords:** Art; Occupational Therapy; Activities

### INTRODUÇÃO

A definição que se tem de arte é um tanto diversificada em várias partes do mundo, pois conforme sua utilização, ela pode ser concebida para alcançar diferentes propósitos, ou seja, para fins educativos, produtivos e terapêuticos.

Independente de seu propósito, arte segundo Bosi<sup>1</sup> “é um fazer. É um conjunto de atos pelos quais se muda a forma, transforma a matéria oferecida pela natureza ou cultura”.

Para Chauí<sup>2</sup> vem do Latim “ars e corresponde ao termo grego techne técnica, significando o que é ordenado ou toda espécie de atividade humana submetida a regras[...]. Por isso em seu sentido mais geral, “arte é um conjunto de regras para dirigir uma

atividade humana qualquer”.

Neste sentido aponta-se o uso das atividades artísticas como um recurso “terapêutico eficaz” ou ainda como um “remédio” capaz de causar efeitos positivos surpreendentes no acompanhamento de pacientes, pois possui componentes significativos que favorecem e auxiliam as ações e comportamentos saudáveis.

Partindo desses pressupostos a Terapia Ocupacional utiliza a arte como recurso para promoção, prevenção e reabilitação de disfunções físicas e mentais, atuando nas diversas áreas da saúde da criança, adulto e do idoso.

### MÉTODOS

O terapeuta ocupacional durante a intervenção age como um facilitador do processo relacional entre o terapeuta-paciente-recurso-arte, observando as manifestações e as expressões artísticas. Finger<sup>3</sup> define a Terapia Ocupacional como:

“A arte e a ciência de orientar a participação de indivíduos em atividades selecionadas para restaurar, fortalecer e desenvolver a capacidade, facilitar a

aprendizagem daquelas habilidades e funções essenciais para a adaptação e produtividade: diminuir ou corrigir patologias e promover e manter a saúde.”

Para tanto é importante saber que dentro do universo artístico segundo Pain<sup>4</sup> o terapeuta deve possuir um corpo de conhecimentos sobre: a arte, sobre os processos psicológicos, além da capacidade de interpretação das representações simbólicas.

1. Mestre em Educação em Saúde. Docente da Faculdade Santa Terezinha – CEST

2. Terapeuta Ocupacional.

Conhecimentos estes que o difere do cientista. “Sua profissionalização depende dessa possibilidade de encontrar uma ordem simbólica para a desordem do sofrimento”.

Contudo, devemos esclarecer que adquirir conhecimentos artísticos não implica em mais tarde nos tornamos instrutores de arte. Mas sim, desenvolver um olhar diferencial para o trabalho concreto do paciente, um olhar que permite extrair conteúdos singulares, encontrados por traz de determinada produção de arte. Compreendendo que a arte-terapia inclui quatro modalidades artísticas diferenciadas (música, dança, teatro e artes plásticas). Discorreremos algumas considerações importantes sobre cada uma delas quando utilizadas como recurso terapêutico ocupacional.

A música serve como agente transformador, estimula funções cognitivas, psicomotoras, sensoriais, emocionais, culturais e sociais. Para Bruscia<sup>5</sup> a musicoterapia é “uma prática terapêutica que se utiliza dos instrumentos musicais, da música e os seus elementos, da voz e do corpo como forma e expressão e comunicação não-verbal, na prevenção e no tratamento dos transtornos físicos e mentais, propiciando a conseqüente relação do indivíduo com ele mesmo e com outros.”

A dança favorece a expressão, movimento e consciência corporal, desenvolve a percepção de si mesmo e do outro em movimento no espaço e no tempo, conscientizando-se de que é capaz de dominar seu corpo em diversos ritmos, assimilando também o nível de sua energia corporal.

O teatro, dramatização e o psicodrama, focaliza o indivíduo no desempenho de papéis, levando-o ao pensamento criativo, equilíbrio emocional, a um comportamento espontâneo vindo a aguçar um caráter expansivo e expressivo. Moreno<sup>6</sup> fez uso de técnicas teatrais para suscitar a empatia entre

peças, aumentando a capacidade de aprender com as diferenças. O autor conclui que a terapia através da arte dramática dá espaço para enfrentar e superar traumas antigos ou ainda para o despertar de uma consciência referente a comportamentos inadequados resultantes de reações inconscientes, estimulando o indivíduo a modificar-se.

As artes plásticas são um conjunto de linguagem artísticas diferenciadas que também são classificadas como expressivas e criativas. Elas incluem a pintura, o desenho, a escultura, atividades que necessitam do uso das mãos para realizá-las, sendo conhecidas como trabalhos manuais ou artesanais.

Jorge<sup>7</sup> em seus escritos diz que a arte foi definida enquanto “capacidade humana pura e simples de se colocar na obra, e como instrumento de ordenação interior do indivíduo” Neste contexto dá-se ênfase maior à arte como integradora da atividade humana saudável. Assim, diante desta análise, a terapia ocupacional, visualiza de modo especial as atividades artísticas, como um magnífico recurso no campo terapêutico.

Trombly<sup>8</sup> destaca que as atividades possuem um potencial terapêutico fundamental, onde o uso proposital destas, tornam o tratamento significativo, para o cliente, transformando-o em seu próprio co-terapeuta. Benetton<sup>9</sup> complementa atestando que “por tradição e uso, Arte e Criatividade têm relação estreita com a terapia ocupacional. Os múltiplos e diversificados estudos sobre esta relação fazem uma aproximação entre elas.”

É importante considerar que segundo Caniglia<sup>10</sup> em terapia ocupacional, arte-terapia é praticada no intuito de favorecer o relacionamento do indivíduo com o seu fazer, cujos objetivos favorecem o resgate de vivências subjetivas do indivíduo, ou seja, do ser prático, preservando ou estimulando a criatividade e expressividade.

## RESULTADOS

As atividades de arte no processo de intervenção terapêutica ocupacional são utilizadas como instrumentos de diagnóstico e tratamento. O fazer artístico poderá estimular diversas funções e habilidades integrando os sistemas: sensorial, motor, emocional e cognitivo. Através da ampliação da percepção, exteriorização de sentimentos, despertando a motivação e resgatando a auto-estima o que provoca mais capacidade do paciente ser criativo e expressivo.

Atualmente alguns terapeutas ocupacionais na prática hospitalar utilizam a arte como recurso para minimizar as reações de estresse durante o período de internação. A indicação destas, favorece que o paciente faça um investimento voltado a criação e a expressão na realidade externa, permitindo que este, explore seus interesses, necessidades, capacidades e limitações. Em si, as produções artísticas possibilitam reflexão e formação de uma consciência voltada para novas perspectivas e uma nova compreensão para desempenhar tarefas futuras.

Chamone<sup>11</sup> afirma que o fato de estarem em atividades, com a mente e o corpo ocupados com tarefas que tem um objetivo terapêutico, os mesmos mantêm a organização mental e o estado emocional ajustado para o enfrentamento das dificuldades devido a doença e ao período de hospitalização. Durante a realização das atividades ocorre o resgate da criatura ocupacional, pois o sujeito hospitalizado se torna ativo, participativo e produtivo no processo terapêutico.

Em meio a estas afirmativas convém externar que a atuação do terapeuta ocupacional baseia-se fundamentalmente no processo de produção participativa e não sobre o produto final. Finger<sup>3</sup> defende que “o produto final inerente à atividade tem importância secundária, à medida que possibilita concreta evidência da capacidade do indivíduo .”

Isso implica dizer o valor do uso de uma atividade não está somente em seu modo dinâmico de fazer e sim na integração corpo e mente ativos, traduzida pela psicodinâmica ou mesma pela psicomotricidade. Psi (emocional e cognitivo) Motricidade (movimento), isto

é “ o corpo e a mente acontecendo juntos e criando um sentimento de unidade dando sentido para o corpo e para a saúde”<sup>12</sup>.

Mediante estas concepções a arte é considerada como um recurso terapêutico altamente eficaz, que dá abertura para pensamentos, sentimentos, intuições e sensações tranqüilizantes, ou seja, funcionando como uma válvula de escape para todas as emoções. Para Jung<sup>13</sup> estas quatro funções têm um grande valor pois uma vez esquecidas causam danos à consciência e ao equilíbrio.

Andrade<sup>14</sup> afirma que: “Ao dar livre curso as expressões das imagens internas, o indivíduo, ao mesmo tempo, em que as modela, transforma a si mesmo. Ao conhecer aspectos próprios se recia, se educa e sobretudo pode experimentar inserir-se na realidade de uma maneira nova. A pintura, o desenho

e toda expressão gráfica ou plástica, bem como a música, a dança, a expressão corporal e dramática formam um instrumental valioso para o indivíduo reorganizar sua ordem interna, ao mesmo tempo reconstruir a realidade.”

Confirmando esta linha de raciocínio Castro et al<sup>15</sup> coloca que: [...] “o acompanhamento de pessoas atendidas em terapia ocupacional nas realizações das atividades artísticas demonstra que é fato observável a melhora da disposição e da saúde dos indivíduos quando vivenciam tais processos.

Benetton<sup>9</sup> colabora sintetizando que a Terapia Ocupacional “ é o processo de comunicação que opera através da tríade terapeuta-paciente-atividade”. E, é essa tríade que facilita a relação de vínculo, além de nos permitir um cuidado voltado para o ser doente.

### CONCLUSÃO

O processo terapêutico ocupacional através do uso de atividades artísticas estão marcadas pela função educativa de ensinar e aprender a fazer coisas novas, diferentes, extremamente relaxantes e prazerosas. Assim temos:

Uma disponibilidade interna de estar cuidando e nos relacionando com cada paciente e entendendo o seu momento de partilhar, fazer parte e colaborar. Estar com aquela disposição de querer construir, fazer coisas, fazer atividades, produzir.

Uma compreensão das diferenças individuais e

do jeito de ser de cada um. Permitindo e valorizando os conhecimentos, experiências e limitações quer físicas ou mentais impostas ou não pelo adoecimento ampliando assim, suas oportunidades de realizar cada etapa das atividades terapêuticas ocupacionais;

Uma disposição técnica e humana para tratar com delicadeza criando um clima de confiança, acolhimento e afeto porém, sem deixar de ser responsável, firme e decidida na tomada de decisões para o bem-estar dos mesmos.

### REFERÊNCIAS

1. Bosi A. *Reflexão sobre a arte*. 7.ed. São Paulo: Ática; 2002.
2. Chaui M. *Convite à Filosofia*. 12. ed. São Paulo: Ática; 2001.
3. Finger JAO. *Terapia Ocupacional*. São Paulo: SARVIER; 1986.
4. Pain S, et al. *Teoria e Técnica da Arte=terapia: a compreensão do sujeito*. Tradução de Rosana S Di Leone. Porto Alegre: Artes Médicas;1996.
5. Bruscia KE. *Definindo musicoterapia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Enelivros; 2000.
6. Moreno JL. *Psicoterapia de Grupo e Psicodrama*. Campinas: Livro Plena; 1999.
7. Jorge RCA *relação Terapeuta Paciente*. 2. ed. Belo Horizonte: GES. TO; 1999.
8. Trombly CAA. *Terapia Ocupacional para Disfunção Física*. São Paulo: Santos; 1998.
9. Benetton MJA. *Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de Saúde Mental*. [Tese]. Campinas(SP): Universidade Estadual de Campinas. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas; 1994.186p.
10. Caniglia M. *Terapia Ocupacional, saúde prática e pós-modernidade*. Belo Horizonte: Cuatiara; 2005.
11. Chamone JR. *Chance para uma esquizofrênica*. Belo Horizonte: Imprensa Oficial; 1998.
12. Rangel G. *Psicomotricidade na Gerontologia: prevenção e intervenções terapêuticas em centros de convivências*. Universidade Federal do Maranhão. Projeto Universidade Integrada da Terceira Idade – UNIT, São Luís: Gráfica Santa Clara; 2003.(Resumos).
13. Jung CG. *Tipos psicológicos*. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A; 1987.
14. Andrade LQ. *Terapias expressivas: uma pesquisa de referências teórico-práticos*. [Dissertação]. São Paulo(SP): Universidade de São Paulo. 1993. 175p.
15. Castro ED, et al. Habitando os campos da arte e da T.O. Univ. São Paulo. *Rev Ter Ocup*, 2002; 13 (1):1-8.

**Prevenção do câncer de colo uterino:**  
conhecimentos e motivos de um grupo de mulheres para realização do exame  
preventivo do câncer de colo uterino – PCCU

*Prevention of the uterine colon cancer: knowledges and reasons of a group of women  
for doing the colon uterine cancer preventive examination*

**Camila Maria Santana Costa<sup>1</sup>, Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa<sup>2</sup>, Luzinéa de Maria Pastor  
Santos Frias<sup>3</sup>, Lena Maria Barros Fonseca<sup>3</sup>, Claudia Teresa Frias Rios<sup>3</sup>**

**Resumo:** Este estudo compreende uma pesquisa de campo do tipo descritiva com enfoque qualitativo exploratória com o objetivo de investigar o conhecimento das mulheres a cerca do exame PCCU e conhecer os motivos alegados para a realização. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas com perguntas norteadoras a respeito do tema. Para a análise dos resultados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo segundo Bardin, agrupando as seguintes categorias temáticas: conhecimento relacionado ao exame PCCU e ao câncer de colo uterino; importância da realização do exame; motivos para realização do exame PCCU; e conhecimento relacionado à prevenção, cura e tratamento do câncer de colo uterino. Os resultados mostraram que as mulheres definem o exame PCCU como um procedimento que ajuda a prevenir o câncer de colo e outras doenças. Quanto a importância do exame acreditam ser importante para prevenção de doenças graves como o câncer e DST's. Os motivos alegados para a realização foram as queixas ginecológicas, encaminhamentos médicos e a prevenção. O conhecimento relacionado ao câncer de colo uterino é descrito como doença feia que mata sendo transmitido por correntes vaginais. As mulheres acreditam na prevenção e tratamento e dizem terem dúvidas em relação à cura. Dessa forma, é fundamental que o enfermeiro execute corretamente a técnica de coleta de material para o exame PCCU, mas também aproveite a oportunidade perante as mulheres, para realizar ações educativas que as esclareçam sobre as formas de prevenção do câncer de colo uterino e as chances de cura, quando o diagnóstico é precoce.

**Descritores:** prevenção; câncer de colo uterino; exame PCCU.

**Abstract:** This field research of the exploring qualitative type with the objectives to investigate the women knowledge about the PCCU examination and to know the alleged reasons for the accomplishment. The data collection was accomplishment through interviews with questions regarding the subject. For the analysis, it used content analysis technique, it being grouped the categories related to: related knowledge to PCCU examination and the uterine colon cancer; accomplishment of the examination importance; accomplishment of PCCU examination reasons; and opinion related to the prevention, cure and treatment of the uterine colon cancer. The results had shown that the women define PCCU examination as one procedure that helps to prevent the colon cancer and other illnesses. As for the examination importance, it believes to be important for serious illnesses prevention as the cancer and STD's. The alleged reasons for the accomplishment were the gynecological complaints, conduct medical and the prevention. The knowledge related to the uterine colon cancer is described as ugly illness that it kills being transmitted for vaginal run. The women believe the prevention and treatment and say to have doubts in relation to the cure. This way, it is basic that the nurse correctly executes the technique for material collection for PCCU examination, but also it uses the chance before the women, to accomplish educative actions that inform and clarifies these about prevention forms of the uterine col cancer and the cure possibilities when ahead of a precocious diagnosis.

**Keywords:** prevention; uterine colo cancer; PCCU examination.

### INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino é um grave problema de saúde pública que atinge em grande parte mulheres economicamente ativa, em idade fértil e baixo nível sócio-econômico pertencentes a países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento onde não

há um bom investimento em saúde preventiva.

Estimativas do Instituto Nacional de Câncer-INCA apontaram que em 2001, foram registrados 16,2 mil novos casos de câncer de colo uterino no Brasil, sendo que, todos os dias cerca de 10 mulheres

1 Aluna do Curso de Enfermagem - UFMA.

2 Mestre em Ciências da Saúde. Docente da UFMA

3 Mestres em Enfermagem. Docentes da UFMA.

morrem vítimas desse mal. Apesar de ser uma doença grave, o câncer de colo uterino tem 100% de chances de cura se diagnosticado e tratado precocemente. Entre as mulheres com atividade sexual, considerada população de risco, o exame PCCU pode reduzir em até 70% o índice de mortalidade da doença.<sup>1</sup>

Segundo Pinho<sup>2</sup> o câncer de colo uterino é a neoplasia mais comum em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. No Brasil, é a terceira neoplasia mais comum, perdendo apenas para o câncer de pele não-melanoma e para o câncer de mama. Ainda segundo o mesmo autor, no ano de 1998, as regiões mais pobres eram as que mais contribuíam com casos de câncer de colo uterino. Este panorama se modificou nos últimos anos em decorrência da melhoria das ações de prevenção nessa área; entretanto a região brasileira que mais vem contribuindo com casos de câncer de colo uterino é a sudeste com 47,10% seguido pelo Nordeste com 21,70%, Sul com 14,54%, Centro-Oeste com 10,23% e Norte com 6,37%.<sup>2,3</sup>

Dentre os fatores de risco para o câncer de colo uterino está relacionado a multiparidade, baixo nível sócio-econômico e cultural, início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, tabagismo, doenças sexualmente transmissíveis e contraceptivos hormonais.<sup>4</sup>

O câncer de colo uterino é uma doença de evolução lenta, por isto quanto mais precoce for o diagnóstico e a intervenção, maiores as chances de sobrevida e menores custos do tratamento. Os custos sociais do câncer são bastante elevados sendo, classificados em diretos e indiretos. Dentre os custos diretos temos os gastos com a prevenção, o diagnóstico e tratamento. Nos custos indiretos estão as perdas de produção decorrente do tempo de trabalho perdido por causa da mortalidade de mulheres em fase economicamente ativa e a incapacidade provocada por esta doença. Com isso, o investimento nas áreas de prevenção e diagnóstico precoce traz maior benefício social e econômico sendo mais vantajoso do que o custo da doença em fase avançada.<sup>3</sup>

A eleição do exame PCCU como método de rastreamento se deu em virtude deste ser bastante efetivo e eficaz permitindo a detecção de lesões precursoras e da doença mesmo, antes do aparecimento dos sintomas. Embora o Brasil tenha sido um dos primeiros países do mundo a introduzir o

exame PCCU para detecção do câncer de colo uterino esta neoplasia continua sendo um grave problema de saúde pública, pois, apenas 30 % das mulheres submetem-se a este exame pelo menos três vezes na vida, resultando em diagnósticos do câncer já em fase avançada em 70% dos casos.<sup>1,3</sup>

Com a implantação do PNCC e a realização da Campanha Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino foram examinadas, em apenas seis semanas, mais de três milhões de mulheres. Neste grupo foram identificados mais de um milhão com algum tipo de infecção vaginal e mais de cinquenta e três mil mulheres com câncer de colo uterino. Deste total de casos positivos para câncer, quarenta e nove mil estavam no estágio inicial da doença ou com alguma lesão precursora e quase cinco mil mulheres encontrava-se em estágio de câncer invasivo. Assim, pode-se perceber a importância do programa de prevenção em virtude da quantidade de casos diagnosticados da doença em fase inicial onde as chances de cura são de 100% dos casos.<sup>1</sup>

Apesar dos altos investimentos com o exame PCCU muitas mulheres no Brasil, continuam morrendo vítimas desta neoplasia em decorrência de alguns fatores como falhas no diagnóstico e possível desconhecimento por parte das mulheres sobre as formas de prevenção. Para mudar esta realidade, é fundamental a elaboração de estratégias que venham a facilitar o acesso destas aos serviços básicos de saúde que ofereçam o exame, captação precoce das mulheres garantindo, um atendimento adequado, entrega de resultados de exames em tempo hábil, tratamento imediato e eficaz dos casos positivos para malignidade, além do acompanhamento dos casos negativos e tratados. Além disso, é de extrema importância, a mobilização de uma equipe multiprofissional capacitada e treinada para captação das mulheres que se encontram à margem do processo, como prováveis vítimas da doença.

O desconhecimento a cerca do câncer de colo uterino e dos benefícios do exame PCCU associados à importância das ações educativas foram motivos para a realização deste estudo, que teve o objetivo de investigar o conhecimento das mulheres a cerca do exame PCCU e os motivos que levam as mesmas a procurarem os serviços de saúde para a sua realização.<sup>2,5</sup>

## MÉTODOS

Este estudo compreende uma pesquisa de campo, do tipo descritivo com enfoque qualitativo sendo realizado em um Hospital Maternidade, localizado na periferia do município de São Luís no mês de agosto de 2006.

As mulheres entrevistadas encontravam-se na faixa etária entre 20 e 50 anos, tinham o ensino médio incompleto e renda familiar de até um salário mínimo. Para a coleta de dados utilizou-se um formulário com itens contendo dados sócio-econômicos e um roteiro de entrevista com perguntas norteadoras. A escolha dos sujeitos foi de forma aleatória; a amostra foi composta

por doze mulheres sendo definida pelo critério de saturação. A entrevista foi realizada individualmente enquanto as mulheres se encontravam no ambulatório aguardando a consulta e a realização do exame preventivo. Para a realização deste estudo obteve-se a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – CEP-HUUFMA, em atendimento aos preceitos éticos da Resolução 196/96 CNS.

A partir da coleta de dados, as falas transcritas foram analisadas baseada na análise de conteúdo proposta por Bardin. Segundo Bardin<sup>6</sup> o agrupamento

dos dados em categorias temáticas é feito em função do significado, sendo que esta recebe o título que melhor expresse o significado do grupo. O primeiro objetivo da categorização é fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados.<sup>6</sup>

Após uma leitura minuciosa procurou-se identificar os pontos comuns entre as diferentes falas, tentando agrupar coincidências e divergências em categorias. O primeiro objetivo da categorização é fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados. Com isto foi realizado o agrupamento dos dados em cinco categorias

## RESULTADOS

### Categorias temáticas

#### Conhecimento relacionado ao exame PCCU

De acordo com as falas observou-se que as mulheres definem o exame PCCU como um procedimento que ajuda a prevenir o câncer de colo uterino e outras doenças.

##### *Ajuda a prevenir o câncer [...]*

*“ajuda a prevenir o câncer de colo de útero” (Jasmin).*

*“é um exame que tem que fazer todo o ano para prevenir doenças perigosas como câncer, AIDS” (Antúria).*

##### *Previne muitos tipos de doença [...]*

*[...] “previne muitos tipos de doenças, se tiver alguma doença a gente descobre, principalmente quando tem um parceiro, doença pelo sexo” (Lírio).*

*[...] “é um exame que a pessoa tem que fazer de mês em mês pra saber se tem alguma coisa no útero, se tem doença” (Orquídea).*

Algumas mulheres acreditam que o exame PCCU previne principalmente as doenças transmitidas pelo sexo, o que acaba sendo uma informação errônea, pois o exame PCCU é utilizado nos serviços de saúde como instrumento de prevenção e rastreamento do câncer de colo uterino, sendo a partir deste, possível detectar também doenças sexualmente transmissíveis, dessa forma, percebe-se o pouco conhecimento destas mulheres a cerca da finalidade deste procedimento.

Cabe ao profissional de saúde, realizar ações educativas no sentido de desmistificar o câncer e informar sobre as possibilidades de como evitá-lo, pois a conscientização da população e o estímulo às mudanças de comportamento são ações fundamentais para a prevenção primária do câncer de colo uterino.<sup>1;3</sup>

#### Importância da realização do exame PCCU

O exame PCCU além de muito importante para a saúde da mulher é um procedimento fundamental

temáticas: Conhecimento relacionado ao exame PCCU; Importância do exame PCCU; Motivos que levaram a realização do exame PCCU; Conhecimento do Câncer de Colo Uterino; Conhecimento relacionado à prevenção cura e tratamento do Câncer de Colo Uterino.

Na análise final que consiste na presença e confronto com o marco teórico. Realizou-se uma nova leitura, analisando as categorias, selecionando e justificando-as com base em referenciais teóricos. Os sujeitos da pesquisa foram identificados com nomes de flores para manter o anonimato.

para detecção precoce de doenças pré-invasivas e conseqüente, diminuição da mortalidade por esta doença. Para Peloso; Carvalho e Higashiri<sup>7</sup>, apesar de algumas mulheres reconhecerem a importância da realização do exame PCCU, esta pode ser prejudicada em função do medo, insegurança e tensão e acessibilidade.

##### *Forma de descobrir coisa grave [...]*

*“Sim, é um exame muito importante, porque é um modo de saber se a gente tem alguma coisa grave” (Orquídea).*

*“é importante sim {...} porque hoje tem muita doença, e tem muito câncer por aí” (Dália).*

##### *Descobrir doença do sexo [...]*

*“Acho importante fazer esse exame para saber se temos doenças transmitidas pelo sexo” (Begônia).*

Nas falas, percebeu-se que as mulheres reconhecem a importância da realização do exame PCCU como meio de prevenção do câncer, detecção de DST's e outras doenças graves. O medo relacionado às doenças graves pode incentivar realização do exame PCCU.

Segundo Bush<sup>2</sup> o sentimento de medo relacionado ao câncer, seja ele no colo uterino ou não, assim como, o risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis -DST's podem servir como meio de incentivo e percepção da importância da realização do exame PCCU.

#### Motivos que levaram a realização do exame PCCU

A análise das falas das duas subcategorias mostra que existe um predomínio quanto às queixas ginecológicas e encaminhamentos médicos como principais motivos que impulsionam as mulheres a realizarem o exame PCCU. Por isso são necessárias ações educativas com intuito de tornar a prevenção mais efetiva e a diminuição dos casos diagnosticados em estágio avançado:

### **Queixas Ginecológicas [...]**

*“eu vim tirar minhas dúvidas, porque estou com corrimento, fiquei preocupada e então resolvi vir saber se é um problema sério” (Lírio).*

*“nos últimos três meses comecei a sentir dores no pé da barriga e o ultimo exame que eu fiz deu mioma” (Bromélia).*

*“eu ainda não menstruei, e já vai fazer 1 ano, sinto dor no pé da barriga, às vezes quando eu aperto a minha barriga eu sinto muita dor” (Flor do Campo).*

As queixas ginecológicas são as responsáveis pela maior parte das consultas ginecológicas. Na maioria dos casos, o exame PCCU é realizado pelas mulheres, por iniciativa do médico ou de outros profissionais de saúde o que explica o fato da coleta de material para o exame ser determinada pela presença de sintomas que motivam a procura pelos serviços de saúde. O fato de as mulheres procurarem estes serviços somente quando possuem sintomas é uma característica sócio-econômica da população de países em desenvolvimento, devido ao entendimento de que não é necessário ir ao médico quando não se sente nada.<sup>8</sup>

Sendo assim, a busca pela realização do exame fica dependente do aparecimento de alguma sintomatologia. Apesar de o câncer de colo uterino possuir uma evolução silenciosa e lenta, muitas mulheres ainda procuram pela primeira vez o serviço de saúde, por causa de sangramento ou corrimento vaginal, geralmente serossanguinolento ou amarelado, freqüentemente de mau cheiro, estando dessa forma, a doença já em estágio bem avançado e com poucas chances de cura.<sup>9</sup>

### **Encaminhamentos médicos [...]**

*“eu fui me consultar com a médica porque eu sentia cólica, então ela me encaminhou para fazer” (Margarida).*

*“na minha última menstruação, o sangramento era escuro, procurei o ginecologista e ele mandou eu vir fazer o preventivo” (Begônia).*

De acordo com pesquisa realizada no estado de São Paulo, com grande concentração de casos de câncer de colo uterino, 24,9% das mulheres procuram os serviços de saúde para realização do exame PCCU devido à recomendação médica. Esta pesquisa ainda mostra, que é alta a taxa de mulheres com baixa escolaridade que realizam o exame PCCU devido à recomendação médica ou à presença de queixa ginecológica.<sup>2,4</sup>

#### **Conhecimento do Câncer de Colo Uterino**

Nesta categoria, o conhecimento do câncer de colo uterino é confundido com a transmissão de uma possível doença sexualmente transmissível. Segundo Pelloso; Carvalho e Higashishi<sup>6</sup> os fatores que estão

mais relacionados à falta de conhecimento são as más informações ou o acesso a informações imprecisas. Dessa forma existe uma relação direta entre a falta de conhecimento e a pouca cobertura dos exames de prevenção. É possível perceber uma carência de programas de cunho educativo e de caráter mais efetivo na área da prevenção.

### **Transmitida por corrimento vaginal [...]**

*“não sei muito bem, acho que é através do corrimento que a gente tem que pega e vira doença” (Orquídea).*

### **Doença feia contagiosa e que mata [...]**

*“não sei muita coisa. É uma doença feia que precisa retirar um tumor” (Copo de Leite).*

*“só sei que é terrível e mata” (Cravo).*

*“acho que é uma doença contagiosa, não sei ao certo porque nunca li sobre o assunto” (Alecrim).*

Os relatos demonstram a falta de conhecimento a respeito do câncer de colo uterino, acreditando que o mesmo seja transmitido por corrimentos vaginais ou simplesmente definem como “uma doença feia”, que “mata” e “contagiosa”. Esta concepção pode dificultar o diagnóstico precoce, pois as mulheres acabam procurando tardiamente os serviços de saúde para realizarem o exame PCCU, o que aumenta as chances de um diagnóstico do câncer em estágio avançado e, portanto, uma diminuição das chances de cura da doença.

A grande responsável para esta situação é a ausência de ações educativas. A participação de profissionais de saúde na função de informar e educar a comunidade para a saúde é extremamente importante, mas não basta apenas ter ação educativa é necessária a participação conjunta, envolvente e comprometida dos profissionais e da população.<sup>7</sup>

### **Conhecimento relacionado à prevenção, cura e tratamento do Câncer de Colo Uterino.**

O exame PCCU se consolidou nas últimas décadas como um instrumento eficaz no rastreamento e conseqüente diagnóstico precoce de lesões pré - invasivas do câncer de colo uterino. A disponibilização de um tratamento gratuito e com alta resolubilidade na rede pública de saúde possibilitou, juntamente com o exame PCCU, o aumento das chances de cura da doença.<sup>7</sup>

### **Tem prevenção, tratamento e cura [...]**

*“pode ser prevenido, tem cura se ta no começo e tratamento de quimioterapia” (Orquídea).*

*“tem tratamento se a pessoa descobrir a tempo, tem cura e prevenção” (Alecrim).*

### ***Não tem cura [...]***

*“tem prevenção se descobrir a tempo, tem tratamento, mas não acredito que tem cura” (Margarida).*

*“acredito que pode ser prevenido, acho que tem tratamento, mas não tem cura” (Cravo).*

De acordo com os relatos, algumas entrevistadas acreditam que o câncer de colo uterino pode ser prevenido e tem tratamento e cura nos estágios iniciais da doença. Entretanto outras mulheres acreditam que não existe cura para o câncer de colo uterino mesmo com a instituição de um tratamento específico. Este

pensamento pode está associado à transmissão de informações errôneas a cerca do câncer de colo uterino. Dessa forma, as ações educativas devem ter a finalidade de informar as mulheres sobre as formas existentes de prevenção e tratamento e as possibilidades de cura quando o diagnóstico é realizado precocemente.

Segundo Lopes<sup>10</sup> as ações preventivas do câncer de colo uterino no Brasil não se caracterizam como ações educativas em decorrência da falta de conscientização da população sobre a importância do diagnóstico precoce e à falta de definições do serviço de saúde sobre o caminho a ser percorrido pela mulher, desde a queixa até o diagnóstico e tratamento especializado.

### **CONCLUSÃO**

Há mais de um século, o câncer de colo uterino vem sendo um dos responsáveis pelo aumento do índice de mortalidade de mulheres em fase reprodutiva. O que torna este dado ainda mais preocupante, é que mesmo com todo avanço tecnológico e científico na área da detecção de lesões precursoras de câncer de colo uterino; muitas mulheres ainda estão indo a óbito por desconhecimento das formas de prevenção do câncer de colo uterino e da importância da realização do Exame Preventivo do Câncer de Colo Uterino - PCCU.

Diante dos resultados desta pesquisa, observou-se que as mulheres entrevistadas reconhecem ser o exame PCCU um procedimento que ajuda a prevenir o câncer de colo e outros tipos de doenças. Quanto aos motivos que tem levado as mulheres a procurarem os serviços de saúde para realização do exame, são representadas pelas queixas ginecológicas, indicação médica e a prevenção do câncer de colo uterino. Foi

demonstrado que o conhecimento relacionado ao câncer de colo uterino está associado à idéia de o câncer ser “uma doença feia”, que “mata” e que é transmitido através de corrimentos vaginais e pelo sexo. Algumas mulheres revelaram não acreditar na cura do câncer de colo uterino; embora algumas acreditem na prevenção e tratamento.

O desconhecimento das mulheres pode estar associado ao nível sócio-econômico, a escolaridade e, sobretudo, à prática de ações educativas. Dessa forma, o profissional de saúde, deve estar preparado não apenas para executar corretamente a técnica para coleta de material para o exame PCCU, mas deve aproveitar a oportunidade perante as mulheres, para realizar ações educativas que informem e esclareçam sobre as formas de prevenção do câncer de colo uterino e as chances de cura quando se institui um tratamento precoce.

### **REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2006 para o câncer de colo uterino, 2005 [capturado 2006 dez 13]. Disponível em: <http://www.INCA.gov.br/estimativa2006>.
2. Pinho AA, França Junior I. Prevenção do Câncer de Colo do Útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, 2003 jan/mar; 95-112 [capturado 2006 out 19]. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Ações de Enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 2.ed. Rio de Janeiro: INCA; 2002.
4. Guarisi R, et al. Rastreamento, diagnóstico e tratamento das lesões precursoras e do câncer invasor de colo uterino no município de Franco da Rocha, SP. Revista Brasileira de Cancerologia, 2004 jan/mar Rio de Janeiro;50(1):7-15.
5. Pinho AA, et al. Conhecimentos e Motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no município de São Paulo. Caderno de Saúde Pública, 2003 Rio de Janeiro; 19 [capturado 2006 out 19]. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
6. Leopardi MT. Metodologia da pesquisa na saúde. 2.ed. Florianópolis: UFSC; 2002.
7. Pelloso SM, Carvalho MDB, Higarashi IH. Conhecimentos das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. Acta Scientiarum, 2004, Health Sciences Maringá; 26(2):319-324 [capturado 2006 out 19] Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br).
8. Brena SMF, et al. Conhecimentos, atitude e prática do exame Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. Caderno de Saúde Pública, 2001 jul/ago;17(4):909-914 [capturado 2005 dez 12]

Disponível em: <http://www.scielo.br>.

9. Powell MA, Rader JS. Malignidades Ginecológicas. In: Govindan R, Arquette MA. Washington Manual de Oncologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
10. Lopes RML. A mulher vivenciando o exame ginecológico na presença do câncer cérvico-uterino. Revista de Enfermagem da UERJ, 1998 Rio de Janeiro;1(1):165-170.

## História de vida de adolescentes portadores de HIV - São Luís - Maranhão

*History of life of adolescents carrying the HIV virus - São Luís - Maranhão, Brasil*

Elba Gomide Mochel<sup>1</sup>, Larissa Ribeiro Cavalcanti<sup>2</sup>, Anna Paula Ferrario Gonçalves<sup>2</sup>

**Resumo:** História oral de vida de adolescentes doentes de AIDS e/ou portadores de HIV com o objetivo de conhecer a influência desta situação nesta fase da vida. Foram colhidas histórias de vida de adolescentes abrigados na Casa de Apoio do Grupo Solidariedade que trabalha na prevenção e no apoio de portadores de aids e familiares. A coleta de dados foi feita após dinâmicas de grupo com os sujeitos para que se familiarizassem com o gravador e se sentissem encorajados a relatar seus sentimentos. Observou-se que os adolescentes carecem de interação familiar, que são discriminados por estarem na Casa e mais ainda discriminados ainda por conta da cor da pele.

**Descritores:** Saúde do adolescente; Doença sexualmente transmissível/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Vulnerabilidade Social; História Oral.

**Abstract:** Qualitative research emphasizing the oral history of HIV-positive teenagers. It aims at uncovering the influence of this condition on adolescence. We collected the life history of adolescents living in the Casa de Apoio do Grupo Solidariedade that works in the prevention and support of HIV infected and AIDS patients and their relatives. The data collection was undertaken after group sessions to familiarize the individuals with the recording equipment and let them feel encouraged to retell their experience. We observed that these individuals do not lack family relations, but that they are discriminated for being at the institution and even more so for their race.

**Keywords:** Adolescent health; Sexually Transmitted Diseases; AIDS; Social Vulnerability; Oral History.

### INTRODUÇÃO

Conforme o relatório anual do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS existem no mundo aproximadamente 40 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Esse número inclui os 4,9 milhões estimados de pessoas que adquiriram o HIV durante 2004.<sup>1</sup>

O número de pessoas que vivem com o HIV aumentou globalmente em comparação com o número verificado em anos anteriores e os maiores aumentos ocorreram entre os adolescentes.<sup>1</sup>

Desde o início da década de 80 até junho de 2004, mais de 350 mil casos de AIDS no Brasil. Deste total; 2,04% são entre adolescentes na faixa etária dos 13 aos 19 anos e 1,05% estão na faixa de 05 a 12 anos.<sup>2</sup>

A epidemia pelo HIV/AIDS vem crescendo consideravelmente entre heterossexuais, que passou a ser a principal modalidade de exposição ao HIV desde 1993 para o conjunto dos casos notificados, superando "homo" e "bissexuais". Quando se analisa

a distribuição dos quase onze mil casos entre menores de 13 anos de idade segundo a categoria de exposição ao longo do tempo, observa-se um crescimento da ocorrência de casos de transmissão materno-infantil (83,5% do total) e redução dos casos de hemofílicos/transfundidos (4,7%).<sup>3</sup>

Quanto à distribuição dos casos de AIDS é possível afirmar-se que a epidemia de AIDS, no Brasil, mantém a tendência de pauperização das casos registrados, no sentido de que, cada vez mais, o perfil dos casos notificados se aproxima do perfil socioeconômico da população em geral.<sup>3</sup>

Se, por um lado, o panorama epidemiológico atual indica a expansão da epidemia nessas direções, por outro, efetivamente, encontram-se disponíveis meios para a prevenção da transmissão do HIV nas crianças. Na questão da transmissão vertical é fundamental uma análise inicial da epidemia entre as mulheres.

A transmissão sanguínea ocorreu,

1. Doutora em Enfermagem. Docente da UFMA.

2. Enfermeira, Aluna do Curso de Especialização em Saúde da Criança e do Adolescente da UFMA.

prioritariamente, do final da década de 80 até a metade da década de 90, declinando após este período. Entretanto, a transmissão vertical já predominava de forma marcante desde a década de 80. A diminuição após 1996, provavelmente está relacionada a um possível impacto das intervenções com o uso de anti-retrovirais e outras terapêuticas, na gestação e no recém-nascido; e também, ao atraso da notificação nos anos seguintes.<sup>4</sup>

Estudos recentes estimam que no Brasil, até o ano 2000, o total de crianças que ficariam órfãs e desalojadas seria de aproximadamente 26.300. Esse número não incluiria as crianças diretamente afetadas pela AIDS em decorrência da infecção de suas mães pelo HIV/AIDS. Estimavam, ainda, que 8% do total dessas crianças seriam também infectadas pelo vírus HIV por transmissão vertical. Além disso, chamavam atenção para a propagação da epidemia de AIDS entre mulheres de baixa renda, o que implicaria um risco

iminente de orfandade e desalojamento da criança após o falecimento de suas mães em decorrência da AIDS.<sup>2,5</sup>

O mesmo estudo destaca que somente 6% das crianças diretamente afetadas pela AIDS no Brasil já teriam perdido suas mães. Os resultados a que chegaram foi que o número de crianças que ficaram órfãs em decorrência da AIDS no Brasil era alto e parecia estar aumentando, considerando o número elevado de filhos de mulheres vivas com AIDS e de portadoras do HIV que ainda não haviam desenvolvido sintomas da doença. Estimaram que, até junho de 1996, mais de dez mil crianças perderiam suas mães em decorrência de doenças provocadas pela AIDS; que quase 35 mil crianças eram filhos de mulheres que sofriam os sintomas de doenças ocasionadas pela AIDS e que mais de 130 mil crianças menores de 14 anos eram filhos de mulheres portadoras do HIV que ainda não desenvolveram os sintomas da AIDS.<sup>2</sup>

## MÉTODOS

Utilizou-se para esta pesquisa a história oral de vida pois este método possibilita desvelar faces muitas vezes despercebidas da experiência humana, resgatando o sentido vivido pelo próprio sujeito.<sup>6</sup>

Na história oral de vida, são depositadas as expectativas, os sonhos, as frustrações, as fantasias e os desejos do indivíduo, principalmente de minorias culturais e discriminadas, como mulheres, índios, homossexuais e negros. Por meio deste método eles têm encontrado espaço para abrigar suas palavras, dando sentido social às experiências vividas sob diferentes circunstâncias.<sup>7</sup>

A história de vida apresenta as experiências e as definições vividas por uma pessoa, um grupo, uma organização e como eles as interpretam, geralmente focalizando acontecimentos específicos da vida.<sup>8</sup>

A história oral implica a percepção do passado como algo que tem continuidade hoje e cujo processo histórico não está acabado. A presença do passado no presente imediato das pessoas é a razão de ser história oral. Nessa medida, a história oral garante uma seqüência histórica e os leitores passam a sentir-se parte do contexto em que vivem os sujeitos pesquisados.<sup>7</sup>

Não se trata também de perguntar se a história é mais verdadeira que outra, ela é um tipo de verdade de “gente comum” e como esta gente deseja contar a história de si própria. A história verbalizada constitui

uma tentativa de revelar o ambiente intangível dos acontecimentos que fazem parte da experiência de determinado grupo social.<sup>8</sup>

A base da existência da história oral é o depoimento gravado. Sem gravação não se pode falar em história oral. A história oral é muito mais subjetiva que objetiva. Sua força, aliás, reside neste fato.<sup>7</sup>

## Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no Grupo Solidariedade é Vida que é uma entidade não-governamental, localizado no bairro da Fé em Deus, em São Luís-MA, que tem como objetivo apoiar portadores do vírus HIV, doentes de AIDS, seus familiares, além de trabalhar a prevenção junto à comunidade.

A população atendida na Casa é formada por pescadores, lavradores e assalariados com renda familiar em torno de um salário mínimo e seus familiares, em sua maioria analfabetas ou semi-alfabetizadas.

Foram sujeitos desta pesquisa somente os adolescentes HIV+ e/ou doentes de AIDS, que estavam morando na Casa de Apoio durante o período de coleta de dados e aceitaram participar da pesquisa. São em número de três.

## RESULTADOS

Antes de se proceder a coleta de dados, o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, com o Parecer nº 59/05, em atendimento a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram realizadas quatro visitas antes do início da coleta de dados para apreensão da realidade dos adolescentes.

A primeira visita foi realizada com objetivo de conhecer as instalações físicas e os moradores da

Casa de Apoio do Grupo “Solidariedade é Vida”, além de explicar a pesquisa à responsável pela Casa e solicitar autorização para realização da mesma.

A segunda visita foi realizada juntamente com a equipe do SAE (Serviço de Assistência Especializada) da Unidade Hospitalar Presidente Vargas, composta por uma Terapeuta Ocupacional, uma Psicóloga e uma Enfermeira (a pesquisadora), com objetivo de fazer um segundo encontro com os moradores e fazer levantamento dentre estes, dos que se encontravam na faixa etária de 10 a 19 anos e que

fossem HIV+/Doentes de AIDS respectiva casa. Houve necessidade de nova visita à casa para constatar quantos adolescentes estavam morando na Casa, haja vista que o número de adolescentes que aí residem varia pela admissão ou saída de volta para a casa da respectiva família.

A terceira visita foi realizada com objetivo confirmar o número de pessoas (adolescentes) possíveis participantes da pesquisa - havia três adolescentes, de onze anos, de quinze anos e de dezoito anos, todos moradores fixos.

A quarta visita foi realizada com objetivo de marcar data para iniciar a pesquisa, explicar novamente os objetivos e metodologia do trabalho e entregar cópia do Projeto e do Parecer do Comitê de Ética. Durante esta visita, soube-se que os adolescentes não estavam mais lá, tinham outros três, um de dez anos, um de doze anos e uma de 15 anos. A responsável pelos adolescentes descreveu a história de cada um. Os adolescentes que participaram da pesquisa serão identificados neste trabalho pelas iniciais de seus nomes R, G e M.

Fomos alertadas pela responsável que algum dia quando chegasse para coletar dados poderia me deparar com adolescentes tristes ou chorando, fato que está sendo cada dia mais corriqueiro, pois eles estão sendo chamados pelos colegas de turma de "mutantes" porque moram na Casa de Apoio e os colegas acham que todos moradores possuem o vírus HIV.

Os adolescentes participantes da pesquisa sabem que são portadores do vírus, dois destess são doentes de AIDS e um está repetindo exames para nova avaliação, ainda não faz uso de medicação e todos foram contaminados por transmissão vertical.

Antecipando a coleta de dados, foram realizadas reuniões de grupo para que os adolescentes se familiarizassem com o uso do gravador, fossem incentivados e encorajados a relatar, na entrevista, seus sentimentos em relação aos aspectos sociais, familiares e de saúde que foram despertados durante as dinâmicas.

As dinâmicas foram adaptadas do livro *Como fazer dinâmicas*<sup>9</sup> e realizadas sempre no turno vespertino, pela disponibilidade dos adolescentes, visto que estudam no turno matutino.

No dia do início da dinâmica, fomos informadas que a adolescente de 15 anos havia saído da Casa, deixando lá apenas seu filho de seis meses. Chegaram mais dois adolescentes, uma de 10 anos e um de 12 anos.

O adolescente de 12 anos tem fugido da Casa de Apoio e a mãe dele está grávida. Tem outros quatro filhos, eles saem para rua, onde passam o dia inteiro, às vezes dormem por lá. A mãe os incentiva a pedir dinheiro nas ruas. Cada filho é de um pai, a mãe não dá assistência aos filhos, discrimina-os, não quer que eles estudem. O adolescente perdeu um ano na escola. Quis ir para Casa de Apoio para estudar, porém falta muito às aulas devido a várias fugas da Casa.

Reunimos os quatro adolescentes em sala

separada, me apresentei e informei sobre o trabalho que iria desenvolver, foi perguntado se queriam participar, todos afirmaram que sim.

Explicamos como seria a dinâmica e iniciamos pela dinâmica do imã, na qual haviam quatro cartolinas coloridas, cada uma com uma palavra-chave no centro (amor/família/amigos/escola). À proporção que eles iam escolhendo a cor da cartolina, dávamos andamento à dinâmica.

Ao escolher a cor, a cartolina era colocada aberta no chão, entregue vários pincéis aos participantes para que eles pudessem escrever ao lado da palavra o que esta significava para eles. Após isso, era iniciado um breve comentário sobre o tema.

A dinâmica de grupo foi bem aceita pelos participantes não havendo recusa ou restrição em participar.

Chamou atenção o fato de as cartolinas que continham a palavra família e amigos, na qual os adolescentes mais participaram e demonstraram muita carência e necessidade de vínculo familiar e de amizade, como nas falas de um adolescente que disse: "Amigo, deixa eu pensar, é alguém que gosta da gente e brinca com a gente, é uma pessoa que a gente gosta muito". "Família pra mim é meu pai, minha mãe, meus avós e eu gosto muito da minha família porque foi ela que me criou".

Ao sair de lá, eles logo perguntaram ansiosos: "Tia, a senhora volta quando? Amanhã?"; mostrando que um objetivo estava sendo alcançado, o entrosamento. Combinamos de voltar três dias depois à tarde.

Como combinado, voltamos lá e logo fomos recepcionadas por duas adolescentes que informaram que o adolescente de 15 anos havia fugido novamente da Casa e o outro já tinha ido para casa de seus familiares.

Iniciamos a dinâmica com as duas adolescentes. A dinâmica desse dia foi a do Tapete Mágico. Foi colocado um tapete no chão. De um lado havia brigadeiros, simbolizando as coisas boas da vida e no outro lado uma pequena bola, representando as coisas ruins.

Pedimos que elas falassem sobre coisas boas e ruins da vida delas, cada vez que falasse uma boa, comeriam um brigadeiro e quando fosse uma ruim, jogavam a bola no chão. Esta dinâmica foi mais aceita, as meninas adoraram. Dentre as coisas boas, relataram: sair com a família para tirar fotos, comer, brincar com amigos, ficar com a mãe quando vai ao hospital e rezar. As ruins foram apenas pequenos acidentes domésticos, como quedas de sofá e janela e brigas na escola. No final da dinâmica contaram o porque de estarem na Casa. (de apoio).

A R. disse que estava lá desde os dois meses de idade porque a mãe tem "doença de pele", morou com ela na Casa durante dois anos e agora está morando no Coroadinho, (bairro de pessoas de baixa renda na periferia de São Luis), mas nunca teve condições de criá-la, assim como seus irmãos. A mãe teve nove filhos e só criou um, os outros foram criados por

outras pessoas. Mora apenas com uma filha. Visita a adolescente dois domingos por mês. Não tinha notícias do pai, que é separado da mãe. Não tem contato com familiares, exceto a mãe.

M. informou ter sido levado à Casa pelo pai, que não tinha condições de criá-la, quando tinha dois anos de idade. Depois disso, sua mãe ficou doente, foi internada, quando recebeu alta, foi para o interior, ao chegar lá, passou mal e morreu. Não sabe a causa da morte da mãe. Não passa fins de semana com a família, só sai para escola, consultas médicas e passeios com o pessoal da Casa.

As adolescentes relataram, na dinâmica, ter chegado na Casa de Apoio com uma idade e durante a entrevista, relataram outra. As informações foram mantidas nesta pesquisa, na íntegra, conforme o depoimento de cada participante.

Ao sair, fomos novamente abordadas por elas, sobre o dia que iríamos retornar e informada que poderia voltar no dia e hora que desejasse.

As entrevistas foram realizadas em etapa única para cada sujeito. O conteúdo e o tempo das entrevistas dependeram das características narrativas de cada sujeito. Elas trazem as imagens, acontecimentos, emoções, desafios, sonho e desejos realizados ou não, as vitórias e algumas derrotas que o entrevistado seleciona para falar de sua vida.<sup>10</sup>

A pergunta norteadora foi: *O que ser portador de HIV/AIDS influencia na sua vida?* Esta pergunta não pode ser feita para um dos adolescentes porque ele não referiu a doença nos encontros preliminares à coleta de dados.

Para a responsável legal por cada criança foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi assinado em duas vias, uma ficando com ela e outra com a pesquisadora, fundamental para iniciar a entrevista. Foi esclarecido a ela e aos sujeitos da pesquisa que o depoimento seria gravado e que posteriormente seriam realizadas as transcrições com encaminhamento ao responsável pelos sujeitos da pesquisa para conferência e autorização da textualização dos dados coletados, pois, as entrevistas devem retornar para os autores para verificarem a fidedignidade de suas falas e fazerem reparos que julgarem necessários.<sup>10</sup>

Após a transcrição, as entrevistas devem ser retrabalhadas para delas se retirar os vícios característicos da linguagem oral, construindo-se um texto seqüenciado, mas procurando-se manter o estilo coloquial da linguagem e a ordem que os assuntos foram narrados.<sup>10</sup>

O texto final deve ser trabalhado, porém o acervo fraseológico e a caracterização vocabular de quem contou deve permanecer indicado. Os vícios de linguagem, erros gramaticais e palavras repetidas devem ser corrigidas, porém os abusos de palavras como “aí”, “né”, “aqui” ou expressões repetidas manter-se em dose suficiente para o leitor sentir o tipo de narrativa ou sotaque.<sup>7</sup>

A reação de cada adolescente durante a entrevista foi surpreendente. A primeira entrevista foi

realizada com o garoto, que estava bastante tímido e não quis referir em nenhum momento seu estado de saúde, demonstrou durante depoimento forte interação e amor com a família. A segunda entrevistada estava bem à vontade e logo perguntou se podia contar que “tinha o vírus”, fez questão de frizar que é discriminada e sente muito a falta da família. Já a terceira entrevistada, estava com receio de revelar ser doente de AIDS, quando soube que outro participante havia referido, iniciou dizendo que o fato de “ter o vírus” em nada interferia na sua vida.

No primeiro dia de realização da entrevista, fui recepcionada pela própria responsável pela Casa, que informou que as meninas haviam ganhado uns patins e estavam brincando, não queriam deixar a brincadeira para fazer nada.

Fomos onde elas estavam. Apenas o menino aceitou participar da entrevista naquele dia. A gravação do depoimento foi iniciada após ser explicado novamente que seria gravado, ele aceitou e começou a relatar como era sua vida, mas em momento algum referiu ser doente de AIDS. Segundo Meihy<sup>7</sup> o que emerge sempre é a versão dos fatos, pouco ou nada valem se eles são ou não legítimos, o entrevistado tem a liberdade para expressar e revelar apenas o que é liberado pela consciência e ele decide sobre os rumos da entrevista.

Foi agendado retorno no dia seguinte para realizar coleta de dados com outro participante.

Como combinado, no retorno fomos conduzidas por crianças até o quintal, onde as adolescentes estavam brincando. Chamaram uma delas, que logo veio para sala e já sabia o que iria ser feito. Explicamos o que deveria ser feito e ela logo começou o depoimento.

No último dia de entrevista, foi chamada no quintal a outra adolescente, que veio muito envergonhada, mas ao explicar o que seria feito e dito que os outros dois já haviam gravado seu depoimento, ela aceitou e foi se “revelando” aos poucos.

Foi marcado um dia para retornar com as transcrições das entrevistas. Os depoimentos foram lidos e foi autorizada a publicação, por quem de direito, conforme planejado. A história de alguns adolescentes foi complementada quando soubemos que uma das adolescentes tinha conhecido o pai e que talvez quisesse referir em seu depoimento. Fui onde os adolescentes para que eles verificassem a fidedignidade das falas e apenas uma adolescente, quis complementar seu depoimento, contando como tinha sido conhecer seu genitor.

### Histórias de Vida

A análise das histórias de vida foi baseada no tom vital de cada história. O tom vital representa uma síntese da moral da narrativa. É a frase que serve de epígrafe para a leitura da entrevista, guiando a recepção do trabalho.<sup>7</sup>

**G:** *“Eu tenho que estudar pra mim ser um..., pra*

*ter um emprego, pra ajudar mamãe, pra ajudar [...] minha mãe de criação, ajudar minha família”.*

G. é um menino de doze anos está lá há mais ou menos cinco anos, pois sua mãe (doente de AIDS) vive internada em hospitais, com comprometimento cerebral e emocional, sem condições de criá-lo. Estuda em colégio no próprio bairro, no turno matutino, quer fazer curso de computação ano que vem, muito estudioso. A mãe vivia tirando os filhos da escola, agora que estão na Casa Sonho de Criança, freqüentam a escola. Pai faleceu. Passa os fins de semana com a família, ou na casa dos pais ou tios, pois a Casa não tem interesse que as crianças percam o vínculo familiar, ele vai às sextas-feiras à tarde e volta no domingo à tarde para não perder aula, visto que estuda pela manhã. A mãe vive em quarto alugado, sozinha. Tem uma mãe de criação, que cuidava deles desde pequenos. Às vezes passa final de semana com a mãe que mora perto da casa da mãe de criação, a mãe orientava os filhos a roubar objetos na casa da mãe de criação. Após trabalho de orientação e conscientização na Casa, deixaram de roubar. Não faz uso de medicação, está fazendo novos exames para avaliação, pois apresentou herpes zoster, ficou internado uma semana após coleta de dados.

*“Quando eu vim pra cá, eu tinha cinco anos, aí meu pai morreu, aí eu vim, vim pra cá desde lá da Casa do João Paulo aí, aí depois minha irmã veio, veio ficar aqui também na Casa. Aí ela foi lá pra Casa do Filipinho, aí depois a gente veio pra cá, aí a gente tá morando agora aqui. Aí mamãe vai tirar a gente daqui é..., esse ano. Ela trouxe a gente pra cá porque quando papai morreu é..., quando papai morreu, ela tava empregada e não tinha com quem a gente ficar. E agora tem a minha mãe de criação, é Carol. Quando mamãe era novinha, papai conheceu essa mulher aí mamãe conheceu e chamou ela de mãe de criação. Eu vou pra lá dia de sexta-feira e venho domingo à noite. Agora eu vou morar com mamãe. Na minha casa é bom, eu brinco, assisto DVD, faço um monte de coisas, brinco com minha prima. Lá mora é... eu, meu tio, minha tia..., eu tenho dois tios, meu avô, minha mãe de criação, eu, minha prima e Ariane e mamãe quando vai pra lá. Ela mora lá no, ela morava lá no Parque Vitória, agora ela tá morando lá na Maria Piauí. Ela mora sozinha porque ainda não achou um namorado dela. Eu vou lá de manhã e venho de noite pra ficar com ela lá. Tem vezes que ela vai pra casa da minha mãe de criação. Lá é bom porque eu brinco, eu passeio, aqui também eu passeio, aqui também é bom porque aqui a gente tem um monte de coisa: tem... tem quarto, tem lavadeira, tem cozinha, tem babá. A melhor coisa que tem na vida é meus amigos que eu tenho aqui que eu conheço desde pequeno, como Raissa que eu conheci Raissa bebezinha e já tá grandona, maior que eu. Aqui a gente brinca, a gente brinca de pega, de cola-cola, de esconde-esconde, de pata-cega. Hoje a gente vai jantar pizza... aí, hoje no almoço a gente comeu galinha com arroz, feijão e*

*macarrão. Aqui não falta comida, nem lá em casa. No colégio que de vez em quando não tem merenda. Lá no colégio eu tô na terceira série, aí minha professora o nome dela é (pausa longa) é Rita. Aí ela é legal, eu gosto dela, ela gosta de mim, aí eu bebo água, brinco com meus colegas, faço dever, estudo. Eu vou pro hospital de vez em quando, quando eu tô doente, quando eu dou febre ou dor de cabeça, aí a tia manda, no dia de consulta a gente vai, aí ela me leva. Mas eu não tomo nenhum remédio. A coisa chata daqui é quando as menina vai lá pro quarto ficar, que a gente tá dormindo e elas vai e acorda a gente, fica daqui, elas vão pro quarto quando eu e Felipe tá dormindo aí ficam batendo na gente, puxam o lençol da cama. É difícil eu ficar triste. Eu tenho que estudar pra mim ser um..., pra ter um emprego, pra ajudar mamãe, pra ajudar ela a comprar... comprar as coisas dela, ajudar minha mãe de criação, ajudar minha família. Eu gosto de viver, porque viver é bom, a gente cresce, fica grande e a gente pode morrer. A gente cresce é... vai atrás de um emprego aí (Risos) é só isso.”*

*R.: “Minha vida é diferente das outras, porque a gente que tem essa doença aí quando as pessoas sabe fica falando [...] Ah! Essa menina tem AIDS, essa menina tem num sei o que, aí a gente morre de vergonha num é?”*

R. é uma adolescente de 10 anos e está na Casa de Apoio desde os três meses de idade. Foi abandonada pelos pais. Estuda pela manhã em escola no próprio bairro. Não é estudiosa, porém muito organizada, cuida bem da casa e das outras crianças. É doente de AIDS, tem citomegalovírus, faz acompanhamento com oftalmologista de seis em seis meses. Tem auto-estima muito baixa, se compara muito com as outras pessoas, sente-se inferior por ser negra e ter AIDS, principalmente na escola. Um ano mudou de escola porque não aceitava estudar com professor negro. Reclama que os visitantes, ao chegar na Casa, só acham bonitas as crianças de cor branca. A maior vontade dela é ser de cor branca, porque todos irmãos são brancos e a mãe que é negra está com vitiligo em estágio avançado, quer “ficar branca” igual a mãe porque agora é a única negra da família. A mãe é muito problemática, vive na prostituição, é cega em decorrência de citomegalovírus. Internou várias vezes em hospital psiquiátrico porque queria matar todos que aparecessem na frente dela. Jogava a menina no chão aos 7/8 meses de idade e batia muito nela quando a chamava de mãe. A adolescente entrava em pânico toda vez que encontrava a mãe, após tratamento, aceita a mãe há mais ou menos um ano. A mãe visita de quinze em quinze dias, durante a semana, mas nem sempre vai. Não tinha vínculo com a família, não conhecia o pai. A mãe morou com a filha na Casa durante um ano. Uma semana após coleta de dados, conheceu o pai. Estava há bastante tempo pedindo para Irmã Mônica localizar o pai que queria conhecê-lo. Agora ele vai buscá-la para passar o fim de semana com ele e família. Estava indo toda

semana, agora só quer ir de quinze em quinze dias porque está perdendo os passeios da Casa de Apoio que são sempre nos fins de semana além de que o pai casou novamente e trabalha o dia todo na feira, só encontra ele no final da tarde.

*"Minha mãe perdeu o poder de me cuidar e agora eu tô aqui e tá com... eu tô com... é... desde seis meses eu tô aqui. E também mamãe é... papai eu não sabia por onde andava, mamãe eu sei que mamãe tá doente de câncer de pele e também eu não conhecia minha família, só conhecia minha mãe e meus irmãos só. Eu conheci meu pai no dia das crianças. Ele vem me buscar todo sábado para passar o dia com ele. Foi legal conhecer ele, conheci também minha tia, meus três irmãos, minha madrastra, avó. Eu conheço todo mundo da família do meu pai, minha tia e meu avô. Eu também acho que são bons mas também tem coisas que acho ruins (risos) e também. O bom aqui é quando estamos se divertindo. É... mas o ruim que aqui que a gente tá brincando né, com as pessoas, aí vem as monitoras aí a gente fala alguma coisa para elas, elas querem, elas querem botar a gente pra pensar a força e aperta nossos braços e isso eu acho ruim (risos). Às vezes no colégio também, tem dois meninos né? Esses dois meninos já vieram aqui na Casa Sonho de Criança que é do meu colégio. Aí eles descobriram não sei como que a gente tem AIDS aí pegaram e só porque o menino perdeu o dominó, aí eu perdi só uma peça, aí ele falou que ia lá em casa. Aí ele falou na frente de todo mundo que: Ah essas meninas tem AIDS. Aí chamei minha professora que chamou eles e disse: tu tá doido? Tu pirou? Vou te levar pra diretoria. Porque os meninos são salientes que é Neném e Talisson. É Giovane e Talisson, eles só querem saber de fazer besteira. Eles moram na Rua da Vala. Quando eu cresci, tia Irmã Mônica chamou todo mundo e reuniu numa sala aí ela explicou pra gente que a gente tinha AIDS. Ela falou assim que AIDS é um bichinho que tem no sangue da gente porque a gente não pode, se a gente se cuidar, ficar dois anos sem tomar remédio a gente morre. Eu vou no médico, mas não todos os meses e tomo remédio todo dia. Viracept, estavudina e DDI, dois comprimidos e só DDI que é líquido. Tomo 5h da tarde, 9h da manhã, 8h da manhã e 10h da noite. Minha vida é diferente das outras, porque a gente que tem essa doença aí quando as pessoas sabe fica falando besteira, assim no meio de todo mundo: Ah! Essa menina tem AIDS, essa menina tem num sei o que. Aí a gente morre de vergonha num é? A pessoa já nasce com o vírus, a pessoa só sabe quando tem dois anos de idade. Na minha família todo mundo sabe que eu tenho, mas me trata muito bem, quer dizer, só conheço minha mãe, mas minha mãe não enxerga, ela é cega. Aí quando eu tive um ano ela ficou doente, aí ela morou na sede comigo e na Casa de Adulto dois anos. Agora ela mora só com meu irmão e minha sobrinha. Aqui é legal porque a gente brinca e se diverte. Mas umas pessoas tem AIDS e outras não tem, mas todo mundo sabe, elas tratam a gente igual. Os colegas lá do colégio são*

*muito salientes, só querem saber da vida dos outros e os daqui não. É só."*

**M:** *"Minha vida não faz diferença [...] os colegas que sabem tratam a gente como se fosse um irmão sem diferença nenhuma".*

M, adolescente de 10 anos está na Casa de Apoio desde os dois anos de idade. É muito estudiosa, mas não é organizada nem cuida bem da Casa. Vivía com a mãe no interior e vinha para São Luís todos os meses, quando a mãe vinha se consultar. Antes de morrer, a mãe deixou a menina na Casa. O pai é alcoólatra, é HIV negativo, quer a todo custo ser positivo para receber benefício do INSS. Ela passa as férias com a família no interior. As irmãs são casadas, vinham buscá-la, agora o pai vem duas vezes ao ano levar para passar férias com ele. A mãe descobriu ser positiva durante a gravidez dela, tem mais três filhos, um de cada pai. Não apresenta doença oportunista, porém faz uso de medicação.

*"Eu acho, é... que minha vida não faz diferença, aí (risos) porque, faz nenhuma (risos). Eu cheguei com dois meses aí minha mãe me contou quando ela falecesse eu ia morar aqui, aí sempre meu pai vem aqui me levar pra casa só quando eu tô de férias. Nem todas férias fico com ele, porque às vezes ele não tem condição de me levar pra lá pra Santa Luzia do Paruá. Tenho quatro irmãos, três meninas e um menino. Só eu tenho AIDS, que é um bichinho que fica dentro do sangue. Todo mundo sabe e me trata do mesmo jeito. Eu tomo AZT e DDI. AZT eu tomo 2h, 10h e 6h e DDI eu tomo 5h e 6h também, xarope. Na escola é bom, nem todo mundo sabe né? Tem algumas que sabem. O Felipe que contou, mas não sei se ele tem. Ele falou pros meninos, aí eles souberam, mas a professora sabe e trata a gente direito e os colegas que sabem tratam a gente como se fosse um irmão sem diferença nenhuma. Eu não vou todo mês pra médico, a tia faz uma equipe pra ir pro médico, cinco em cinco, aí vai, lá de vez em quando. A minha vida é boa porque eu acho legal. É bom morar aqui na Casa porque não tem nada a ver. Só isso!"*

As histórias de vida aqui apresentadas encontram-se bastante diferenciadas uma das outras o que vem corroborar a afirmação de Minayo<sup>8</sup>, que nenhuma história é mais verdadeira que a outra, é um tipo de verdade de gente comum, uma experiência vivida e sua interpretação, geralmente um aspecto da vida que a sociedade não consegue perceber.

As histórias de vida relatadas apresentam os seguintes tons vitais:

*"Eu tenho que estudar pra mim ser um..., pra ter um emprego, pra ajudar mamãe, pra ajudar [...] minha mãe de criação, ajudar minha família".*

## CONCLUSÃO

Neste trabalho pode-se observar as diferentes percepções de saúde e de doença, o que pode estar relacionado ao amadurecimento e realidade vivida pelo adolescente. Cordazzo<sup>11</sup> afirma que a compreensão se apresenta de forma diferenciada de acordo com o contexto social e realidade vivida pelos indivíduos, que a origem da doença geralmente segue a sequência da fase de desenvolvimento. Ele diz ainda que o que falta aos adolescentes não é o conhecimento sobre a doença, pois os meios de comunicação fazem relativa ênfase ao assunto, mas sim a capacidade de pensar sobre a mesma, pois seu nível cognitivo ainda não permite.

Para alguns participantes, a doença em nada interfere no cotidiano, enquanto para outros, é o que mais faz diferença.

A discriminação pela sociedade aos portadores de HIV/AIDS ainda é bastante significativa, talvez por esse motivo, muitos preferem ficar anônimos, em posição de negação, como ocorreu com um adolescente, que não referiu em nenhuma ocasião ser portador de HIV/AIDS.

Aliado a toda discriminação da doença, adolescentes negros sofrem ainda outro tipo de discriminação, como foi relatado pela responsável pela Casa de Apoio, que uma adolescente sente-se “diferente” de toda família, pois somente ela e a mãe eram negras, porém, como a mãe está “ficando” branca em consequência de vitiligo, sente-se como a única “estranha” na família, com baixa auto-estima, prejudicando inclusive seu rendimento escolar.

Foi observado que nem todos participantes possuem uma interação familiar adequada, levando em consideração o conceito deles de família: “Família pra mim é meu pai, minha mãe [...] quem me criou”,

pois são geralmente órfãos de pai ou mãe, quando isso não ocorre, os pais estão bastante debilitados em consequência da AIDS, sem condições de criá-los, deixando-os “abandonados” durante semanas, meses e até anos na Casa de Apoio.

Nesta Casa, encontram carinho, amor e dedicação de voluntários, moradores e visitantes, mas deixam claro que este fato não preenche o vazio que a família deixa ou deixou. Eles sentem necessidade de ter pelo menos notícias de seus familiares, como uma participante que após muita insistência, conheceu o pai e a família paterna, aos 10 anos de idade, mas que não quer mais ir todos finais de semana para casa do pai, pois fica “abandonada”, visto que seu pai sai para trabalhar, sua casa parece não ter sido preparada pra recebê-la, o que faz preferir ficar na Casa de Apoio com seus amigos-irmãos, onde nunca fica só e ainda saem para brincar e distrair, mostrando com isso a importância da estrutura familiar bem alicerçada.

Depoimentos da responsável pelos adolescentes mostram bem isto, quando relatou que um adolescente entrava em pânico ao ver a mãe porque ela, quando pequena, foi muito sofreu abusos, o que nela deixaram traumas psicológicos irreparáveis, enfatizando a procura cada vez maior de apoio familiar.

Percebe-se, ao longo desta pesquisa, a necessidade urgente de se buscar na família, na escola e na comunidade, um apoio, amor, carinho e dedicação a esses adolescentes que tanto sofrem, seja com discriminação, abandono ou violência, além disso, que meios de comunicação, profissionais e todas maneiras de divulgação e orientação sobre HIV/AIDS sejam feitas em linguagem adequada e acessível a todas idades, que acompanhe o desenvolvimento e capacidade de assimilação de cada indivíduo.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. AIDS no mundo [capturado 2005 nov 1]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico [capturado 2005 nov 1]. Disponível em: <http://aids.gov.br>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. HIV/AIDS [capturado 2004 nov 18]. Disponível em: <http://aids.gov.br>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Epidemiologia da transmissão vertical [capturado 2005 nov 1]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>
5. Bock AMB, Furtado O, Teixeira MLT. Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia 5.ed. São Paulo: Saraiva; 1993.
6. Humerez DC. História de vida: instrumento para captação de dados na pesquisa qualitativa. Acta Paulista de Enfermagem, 1997 São Paulo; 11(2):32-37.
7. Meihy JCSB. Manual de História Oral. 2.ed. São Paulo: Loyola; 1998. 86p.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7.ed. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco; 2000.
9. Bittencourt JE, Souza SJ. Como fazer dinâmicas. 13. ed. São Paulo: Ed. Ave-Maria; 2002. 40p.
10. Faria RHM, Montenegro AT. Memória de professores: história da UFMA e outras histórias. São Luís: Universidade Federal do Maranhão/Departamento de História; Brasília: CNPq; 2005.
11. Cordazzo STD. Concepções sobre a aids em crianças. Santa Catarina: Psicologia e Sociedade; 2004. [capturado 2005 out 16]. Disponível em: <http://periodicos.capes.gov.br>

## Incidência à obesidade em universitários - São Luís-Ma

### *Incidence of over-weight and obesity among university students.-São Luis-Ma*

Elba Gomide Mochel<sup>1</sup>, Joilma Silva Prazeres<sup>1</sup>, Elisa Maria Amate<sup>3</sup>, Maria Socorro Marques Soares<sup>4</sup>, Maria Lúcia Holanda Lopes<sup>2</sup>, Ana Hélia Lima Sardinha<sup>3</sup>

**Resumo:** Estima incidência de sobrepeso e obesidade em universitários. Pesquisa transversal descritivo-analítica com 985 estudantes ingressantes nos cursos de graduação da Universidade Federal do Maranhão para os períodos letivos de 2006. A coleta de dados foi realizada no ato da matrícula, sendo utilizado um questionário com perguntas fechadas e foi realizada uma avaliação antropométrica, na qual se aferiu peso, estatura, circunferência do quadril e da cintura. Todos os estudantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido antes da coleta de dados. Dos 985 estudantes inseridos no estudo, 70,8% são eutróficos, 12,7% têm sobrepeso e 3,4% são obesos.

**Descritores:** Avaliação nutricional; Saúde do adolescente; Obesidade. Hábitos alimentares.

**Abstract:** This study estimates the incidence of over-weight and obesity among university student and the factors associate to them. This is a descriptive analytical cross-sectional research with 985 undergraduate students at the Universidade Federal do Maranhão during the 2006 school-year. Data collection was undertaken at registration. We used a closed questionnaire and an anthropomorphic evaluation, measuring weight, height, hips and waist. All students signed a consent form. Of 985 students, 70,8% are normal weight, 12,7% are overweight and 3,4%, obese.

**Keywords:** Nutritional assessment; health of adolescents, Obesity. Food habits.

### INTRODUÇÃO

Nos últimos vinte anos, a obesidade vem deixando de ser considerada mero problema estético e de desleixo pessoal – o que a levava a ser tratada de forma negligente por pacientes e profissionais de saúde –, para se tornar uma alarmante e assustadora realidade. Isto porque, sabe-se que a obesidade tem contribuído para o surgimento de diversas comorbidades, decorrentes do excesso de peso corporal, do padrão alimentar inadequado, da resistência insulínica e do contexto no qual o indivíduo se insere como potencializador oportunista, cuja consciência é fundamental para a sua prevenção e controle<sup>1</sup>. Ela é, na visão de muitos epidemiologistas, um dos problemas decorrentes da própria modernização das sociedades, que, dentre outras coisas, tem provocado maior oferta de alimentos, melhoria dos instrumentos de trabalho, além da mecanização e automação da mão-de-obra. Nesse sentido, a economia de gasto de energia humana no trabalho e a maior oferta de

alimentos mudaram radicalmente o modo de viver. O sedentarismo, concomitantemente à mudança na alimentação denominada de transição nutricional, caracterizada pelo aumento no consumo de gorduras, açúcares, cereais refinados, redução no consumo de carboidratos complexos e fontes de fibras, mudaram o perfil de morbimortalidade nas sociedades contemporâneas, destacando-se o excesso de peso e a obesidade como doenças fundamentais. Por essas razões, a obesidade tem sido denominada como doença da civilização ou síndrome do novo mundo<sup>2</sup>.

Para se ter uma idéia, segundo a National Institutes of Health (NIH)<sup>1</sup>, nos Estados Unidos, a prevalência de obesidade em mulheres adultas é de 33,4% e, em homens, 27,5%. Estima-se, ainda, que mais de 115 milhões de pessoas sofram de problemas relacionados à obesidade nos países capitalistas periféricos<sup>3</sup>. No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

1 Doutora em Enfermagem. Docente da UFMA.

2 Especialista em terapia Intensiva. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS.

3 Bolsista do PIBIC/CNPq.

4 Enfermeira.

5 Mestre em Enfermagem. Docente da UFMA.

6 Doutora em Ciências Pedagógicas. Docente da UFMA.

- IBGE, essa mesma prevalência está em torno de 13,1% para mulheres e 8,9% para homens. Quando se inclui também os casos de sobrepeso estes valores se elevam para 50% dos brasileiros e 53,1% das brasileiras. Os dados referentes ao Estado do Maranhão afirmam que a população adulta obesa está em torno de 14,6%, mas, se contemplados os casos de excesso de peso essa taxa se eleva para 75,1%, dos quais 11,3% se encontram na capital<sup>4</sup>. É, em função de dados como estes que a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a obesidade como uma epidemia mundial, pois o total de obesos no planeta ultrapassa um bilhão de pessoas, dos quais 1,7 milhões são brasileiros<sup>5</sup>.

Some-se a isto o fato de que resultados de estudos recentes têm alertado que a obesidade de uma forma geral e, em particular, em fases precoces traz prejuízos para o sistema cardiovascular, causa limitação cardiorrespiratória e, desde a infância, pode ser um fator de risco para doenças desses sistemas<sup>6</sup>. Nesse sentido, há muito interesse na prevenção da obesidade entre os jovens, o que se justifica pelo aumento de sua prevalência com persistência durante a idade adulta, pela potencialidade como fator de risco para doenças crônico-degenerativas e, mais recentemente, pelo aparecimento de diabetes mellitus tipo 2 em jovens obesos, antes predominante em adultos<sup>7</sup>.

Conforme já disseram Malheiros e Freitas Junior<sup>7</sup>, tem havido dupla preocupação em torno da obesidade: uma política e outra científica. A primeira exige dos dirigentes decisões para o seu controle e melhoria da saúde da população. A outra exige dos pesquisadores definições claras para a sua compreensão e controle. Em termos de decisões políticas, Malheiros e Freitas Junior<sup>7</sup>, mostram que já há interesse por parte das autoridades em saúde para as doenças associados à elevada incidência de excesso de peso, cuja eficácia não é discutida. E, em termos de definição da obesidade, já podemos falar de alguns consensos que contribuem para a sua clarificação, como é o caso do Consenso Latino Americano em Obesidade que a caracteriza como uma enfermidade crônica acompanhada de múltiplas complicações, dentre as quais a diabetes mellitus, a hipertensão arterial, as dislipidemias, as alterações osteomusculares, a insuficiência cardíaca, as dificuldades respiratórias, as dermatológicas, além do aumento da incidência de alguns tipos de carcinoma e dos altos índices de mortalidade<sup>7</sup>. No Brasil destacam-se três grandes trabalhos sobre o assunto: o Estudo Nacional Sobre Despesas Familiares (ENDEF), a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) e, mais recentemente, a Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV), realizada em 1997. Tais estudos constituem a base para as discussões sobre a transição nutricional ocorrida no Brasil até os dias de hoje, entendida como uma passagem da desnutrição para a obesidade<sup>7</sup>.

Nesse sentido, a obesidade vem sendo apresentada como a forma mais comum de má-nutrição configurando-se como um dos mais graves

problemas de saúde pública no mundo, avançando rápida e progressivamente, sem diferenciar raça, sexo, idade ou nível social. Isto tem levado os estudos sobre a obesidade tanto para o exame das características físicas quanto ambientais. O primeiro caso pode ser ilustrado por Mcardle<sup>3</sup> que a define como um aumento excessivo da quantidade total de gordura corporal. Para essa teoria, são obesos os homens com mais de 20% do peso corporal de gordura e as mulheres com mais de 30%. Já o segundo caso pode ser ilustrado pelas pesquisas de Bouchard<sup>8</sup> para quem os fatores sócio-culturais são mais importantes que os genéticos na determinação da obesidade, estando associados a sua ocorrência em 30% dos casos. Em ambos os casos, o desenvolvimento da obesidade está associada a fatores endócrinos, hereditários, ingestão excessiva de alimentos e a baixos níveis de atividade física. Destes, na maioria dos casos, os fatores de estilo de vida (alimentação e atividade física) representam a combinação mais efetiva para o controle de peso e seu desequilíbrio é a principal causa do crescente índice de sobrepeso observado em nossa população<sup>10</sup>.

Em função disto, pode-se dizer que falamos de vários tipos de obesidade, conforme sejam os critérios utilizados para classificá-las: a) de acordo com a causa ela pode ser: *exógena* – aquela causada pela ingestão calórica excessiva –, sendo responsável por mais de 95% dos casos, ou *endógena* – que tem como causa os distúrbios hormonais e metabólicos<sup>11</sup>; b) quanto à distribuição de gordura pode ser: *andróide* – conhecida como *obesidade central* ou *abdominal*, em forma de maçã, é o acúmulo de gordura na região do tronco, observada mais freqüentemente em homens<sup>10,12</sup> – e *ginecóide* – conhecida como *obesidade periférica* ou *femural*, em forma de pêra, é o acúmulo de gordura que ocorre abaixo da cintura, na região glúteo-femural<sup>11</sup>, mais comum em mulheres, indicando seu perfil estrógeno<sup>10, 12</sup>.

Saber, portanto, quando uma pessoa é obesa ou está em situação de risco apresenta-se como importância capital para prevenção e controle da doença. No entanto, o diagnóstico da obesidade é um dos problemas que mais atinge tanto o tratamento quanto os estudos dessa doença, talvez em decorrência de sua etiologia multifatorial, às vezes desconhecida, ou pela escassez de estudos de base populacional cujo enfoque principal seja os problemas nutricionais<sup>3,13,14,15</sup>. Como solução, a OMS<sup>5</sup> indica a antropometria como método mais útil e acessível para identificar pessoas obesas, uma vez que é de baixo-custo, não-invasivo, universalmente aplicável e com boa aceitação pela população. Esse método tem como base as pesquisas de Quételet que propôs, ainda no século XIX, a estratégia de relacionar matematicamente o peso e a altura do indivíduo, denominada posteriormente de Índice de Massa Corporal (IMC)<sup>12</sup>.

O IMC, que utiliza a relação peso pela altura ao quadrado, foi documentado internacionalmente em diversos estudos, por ser considerado o indicador

que melhor se relaciona com a massa corporal, e principalmente por sua baixa relação com a estatura<sup>13</sup>. Valores de IMC acima de 25,0 kg/m<sup>2</sup> caracterizam excesso de peso, sendo que, valores de 25,0 kg/m<sup>2</sup> a 29,9 kg/m<sup>2</sup> correspondem a sobrepeso e valores de IMC  $\geq$  30,0 kg/m<sup>2</sup> à obesidade. Com base na constatação que a partir do sobrepeso já se verifica risco para doenças e morte prematura, a OMS recomenda a identificação com IMC igual e maior que 25,0kg/m<sup>2</sup> para reverter a tendência de obesidade na população de crianças e adolescentes<sup>8</sup>.

Mas, não basta saber. É preciso saber o quanto antes possível, identificando, principalmente as condições de riscos nas quais os indivíduos estão expostos. Dentre estes, destaca-se a recente preocupação com os jovens, uma vez que não só tem aumentado a sua prevalência como os riscos são maiores. É o que mostra, por exemplo, o levantamento realizado por Guedes e Guedes<sup>13</sup>, em países capitalistas centrais, que apontou para uma prevalência da obesidade na população jovem em torno de 22%. Estes mesmos autores, ao compararem seus resultados com estudos realizados há duas

décadas constataram que, dependendo da idade, do sexo e do nível sócio econômico, a prevalência da obesidade aumentou cerca de 40%.

No Brasil, o número de jovens acima do peso aumentou de 3 para 15% entre os anos de 1975 a 1997, chegando a aproximadamente 6,5 milhões, sendo que nos últimos anos a incidência de obesidade infanto-juvenil cresceu 240%, fazendo da mesma, um problema epidemiológico grave que vem merecendo crescente atenção dos responsáveis pelo controle dos problemas de saúde<sup>14, 8</sup>. No caso do Maranhão, especialmente entre universitários, não há estudos que mostrem essa prevalência nem os fatores de riscos associados.

Considerando, portanto, que a obesidade é determinada não apenas por fatores genéticos, mas também ambientais, nos propusemos investigar o sobrepeso e a obesidade entre universitários, bem como quais os fatores aos quais eles possam estar associados, trazendo à luz não só a sua prevalência, mas especialmente a necessidade de elaborar metas para a sua prevenção e controle.

## MÉTODOS

Estudo transversal do tipo descritivo e analítico que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário por meio do parecer consubstanciado nº. 33104-0081/06. A eticidade da pesquisa foi garantida por meio dos dispositivos institucionais e individuais, tais como estão preconizados pela Resolução CNS 196/96. Os dispositivos institucionais envolveram a aprovação da UFMA por meio da assinatura da autoridade competente na Folha de Rosto, bem como, nas suas instâncias colegiadas superiores. Os dispositivos individuais envolveram a garantia do sigilo das informações, da privacidade dos sujeitos e da sua autonomia. Os alunos e seus pais foram abordados no momento da matrícula pelos pesquisadores, sob a supervisão do pesquisador responsável, e, somente aqueles que após esclarecimento assinaram livremente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em duas vias, restando uma consigo), foram incluídos na pesquisa. A coleta das informações foi realizada em local reservado com estrutura adequada para conforto e privacidade. Essa coleta envolveu a aplicação de questionário, mensuração de peso, altura, circunferência de cintura e de quadril, bem como, aferição da pressão arterial. Durante toda a pesquisa o CEP-HUUFMA acompanhou o seu desenvolvimento por meio dos relatórios enviados pelo pesquisador responsável.

O questionário, com questões fechadas, foi elaborado com base na literatura pertinente, e foi previamente testado em uma população com características semelhantes à população do estudo. Para determinação do peso foi utilizada uma balança

da marca Filizola ID com capacidade para até 150 kg e precisão de 100g com selo do INMETRO e para a estatura o estadiômetro sanny de 0 a 2 metros com haste própria. A pressão arterial aferida com aparelho aneróide marca BD e com manguito de largura adequada à circunferência do braço do aluno.

Os dados antropométricos foram conseguidos por meio de aferição única. Para a medida da estatura solicitou-se que os mesmos ficassem descalços, na plataforma do estadiômetro, de costas para a haste, com os pés unidos e em posição ortostática.

O padrão de referência usado para a definição de estado nutricional foi o Índice de Massa Corporal (IMC) (peso/altura<sup>2</sup>), com os pontos de corte propostos pela *World Health Organization*<sup>5, 2</sup>. Ou seja, valores <18,5kg/m<sup>2</sup> correspondem à desnutrição; entre 18,5 e 24,9kg/m<sup>2</sup>, à normalidade; de 25,0 a 29,9kg/m<sup>2</sup>, à sobrepeso; de 30,0kg/m<sup>2</sup> a 34,9 kg/m<sup>2</sup> a obesidade grau I, de 35,0 a 39,9 kg/m<sup>2</sup> a obesidade grau II e acima de 40kg/m<sup>2</sup> a obesidade grau III.

Os dados foram analisados com auxílio do programa Epi-Info, versão 3.3.2. As análises estatísticas foram realizadas em etapas. Inicialmente foram apresentadas as distribuições das variáveis de interesse com os dados de frequência, que incluíram sexo, cor, idade, procedência, renda familiar, prática de exercício físico, hábito de comer fora de casa, hábito de comer sobremesa e Índice de Massa Corporal (IMC). Em seguida, foram estabelecidas as associações entre as variáveis de interesse e o estado nutricional (IMC), por meio do teste do qui-quadrado (X<sup>2</sup>), considerando nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

Do total de 2016 alunos aprovados para os semestres letivos de 2006, 985 (48,8%) estudantes

foram inseridos no estudo, tal percentual se deve ao fato da ocorrência de recusa pelos alunos e realização

de matrículas via procuração. Destes, 423 (42,9%) eram do sexo masculino e 562 (57,1%) eram do sexo feminino (Tabela 1).

Correlacionando IMC com o sexo, verificou-se que existe associação entre tais variáveis ( $p=0,001$ ), sendo que do total de indivíduos com peso normal (697), 60,4% era do sexo feminino e 39,9% do sexo masculino, já entre os que se encontravam com sobrepeso (125), 68,0% eram homens e 32,0% eram mulheres. A obesidade grau I e grau II também foi maior entre os homens, com percentual de 70,1% e 71,4%, respectivamente (Tabela 2).

Identificou-se que mais da metade (50,8%) dos indivíduos com peso normal não praticavam exercícios físicos, enquanto, entre os estudantes com sobrepeso (125), a maioria (55,2%) era praticante de exercícios físicos. Fato constatado também para os estudantes que estavam com obesidade grau I e grau II, com a ocorrência do hábito de praticar exercícios físicos respectivamente em 70,4% e 57,1% da amostra (Tabela 3).

Quanto ao do hábito de comer fora de casa com o IMC e observamos que 55,5% dos indivíduos com peso normal comiam fora de casa. Nos estudantes com sobrepeso essa prevalência foi maior, com 58,4% do total (125) referindo possuir esse hábito. Com relação a obesidade, 63,0% dos estudantes com obesidade grau I e 42,9% dos estudantes com obesidade grau

II referiram comer fora, não havendo significância estatística entre essas variáveis (Tabela 4).

A relação do IMC com hábito de comer sobremesa, o que se observa é que entre os indivíduos com peso normal (697), 57,8% afirmaram comer sobremesa e entre os indivíduos com sobrepeso, obesidade grau I e obesidade grau II, mais da metade (60,0%, 55,6% e 57,1% respectivamente) afirmaram possuir esse hábito, havendo uma associação positiva entre as duas variáveis (Tabela 5).

**Tabela 1** - Universitários segundo Índice de Massa Corporal (IMC). São Luís-MA, 2006.

| Índice de Massa Corporal | f          | %            |
|--------------------------|------------|--------------|
| Baixo peso               | 109        | 11,1         |
| Peso normal              | 697        | 70,8         |
| Sobrepeso                | 125        | 12,7         |
| Obesidade grau I         | 27         | 2,7          |
| Obesidade grau II        | 7          | 0,7          |
| Obesidade grau III       | -          | -            |
| Sem resposta             | 20         | 2,0          |
| <b>Total</b>             | <b>985</b> | <b>100,0</b> |

**Tabela 2** - Índice de Massa Corporal (IMC) dos universitários segundo sexo. São Luís-MA, 2006.

| IMC               | Masculino  |             | Sexo Feminino |             | Total      |              |
|-------------------|------------|-------------|---------------|-------------|------------|--------------|
|                   | f          | %           | f             | %           | f          | %            |
| Peso normal       | 276        | 39,9        | 421           | 60,4        | 697        | 100,0        |
| Sobrepeso         | 85         | 68,0        | 40            | 32,0        | 125        | 100,0        |
| Obesidade Grau I  | 19         | 70,1        | 8             | 29,9        | 27         | 100,0        |
| Obesidade Grau II | 5          | 71,4        | 2             | 28,6        | 7          | 100,0        |
| Baixo peso        | 24         | 22,0        | 85            | 78,0        | 109        | 100,0        |
| Sem resposta      | 14         | 70,0        | 6             | 30,0        | 20         | 100,0        |
| <b>Total</b>      | <b>423</b> | <b>42,9</b> | <b>562</b>    | <b>57,1</b> | <b>985</b> | <b>100,0</b> |

$P=0,001$

**Tabela 3** - Índice de Massa Corporal (IMC) dos universitários segundo o hábito de praticar exercícios físicos. São Luís-MA, 2006.

| IMC               | Hábito de Praticar de exercícios físicos |             |            |             | Total      |              |
|-------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------|------------|--------------|
|                   | Sim                                      |             | Não        |             | f          | %            |
|                   | f                                        | %           | f          | %           |            |              |
| Peso normal       | 343                                      | 49,2        | 354        | 50,8        | 697        | 100,0        |
| Sobrepeso         | 69                                       | 55,2        | 56         | 44,8        | 125        | 100,0        |
| Obesidade Grau I  | 19                                       | 70,4        | 8          | 29,9        | 27         | 100,0        |
| Obesidade Grau II | 4                                        | 57,1        | 3          | 49,2        | 7          | 100,0        |
| Baixo peso        | 40                                       | 36,7        | 69         | 63,3        | 109        | 100,0        |
| Sem resposta      | 14                                       | 70,0        | 6          | 30,0        | 20         | 100,0        |
| <b>Total</b>      | <b>423</b>                               | <b>42,9</b> | <b>562</b> | <b>57,1</b> | <b>985</b> | <b>100,0</b> |

$P=0,016$

**Tabela 4** - Índice de Massa Corporal (IMC) dos universitários segundo o hábito de comer fora de casa. São Luís-MA, 2006.

| IMC               | Hábito de comer fora de casa |      |     |      |       |       |
|-------------------|------------------------------|------|-----|------|-------|-------|
|                   | Sim                          |      | Não |      | Total |       |
|                   | f                            | %    | f   | %    | f     | %     |
| Peso normal       | 387                          | 55,5 | 310 | 44,4 | 697   | 100,0 |
| Sobrepeso         | 73                           | 58,4 | 52  | 41,6 | 125   | 100,0 |
| Obesidade Grau I  | 17                           | 63,0 | 10  | 37,0 | 27    | 100,0 |
| Obesidade Grau II | 3                            | 42,9 | 4   | 57,1 | 7     | 100,0 |
| Baixo peso        | 56                           | 51,4 | 53  | 48,6 | 109   | 100,0 |
| Sem resposta      | 8                            | 40,0 | 12  | 60,0 | 20    | 100,0 |

P= 0,188

**Tabela 5** - Índice de Massa Corporal (IMC) dos universitários segundo o hábito de comer sobremesa. São Luís-MA, 2006.

| IMC               | Hábito de comer sobremesa |      |     |      |       |       |
|-------------------|---------------------------|------|-----|------|-------|-------|
|                   | Sim                       |      | Não |      | Total |       |
|                   | f                         | %    | f   | %    | f     | %     |
| Peso normal       | 403                       | 57,8 | 294 | 42,2 | 697   | 100,0 |
| Sobrepeso         | 75                        | 60,0 | 50  | 40,0 | 125   | 100,0 |
| Obesidade Grau I  | 15                        | 55,6 | 12  | 44,4 | 27    | 100,0 |
| Obesidade Grau II | 4                         | 57,1 | 3   | 42,9 | 7     | 100,0 |
| Baixo peso        | 68                        | 42,4 | 40  | 37,6 | 109   | 100,0 |
| Sem resposta      | 13                        | 65,0 | 7   | 35,0 | 20    | 100,0 |

P= 0,003

## DISCUSSÃO

Ao se relacionar Índice de Massa Corporal (IMC) com o sexo, observou-se que o sobrepeso e obesidade são mais frequentes em estudantes do sexo masculino, concordando com resultados na Pesquisa de Orçamentos Familiares<sup>4</sup> onde foi encontrado sobrepeso em 9,2% dos homens e em 7,4% das mulheres e a obesidade em 1,8% e 1,4%, respectivamente.

A escolaridade tem sido identificada como uma variável que pode interferir na forma como a população escolhe seus alimentos, na adoção de comportamentos saudáveis e na interpretação das informações sobre cuidados para a saúde, podendo, portanto, influenciar a magnitude da prevalência do sobrepeso e da obesidade<sup>16</sup>. Esse pode ter sido um dos fatores que contribuiu para a alta prevalência de estudantes eutróficos na amostra, visto que, em se tratando de estudantes universitários, todos apresentavam segundo grau completo.

Investigou-se nos estudantes o hábito de praticar atividade física, e identificou-se que praticamente metade da amostra praticava algum tipo de atividade física (49,2%), fato que para alguns autores como Gomes e cols<sup>15</sup> é um dos poucos fatores que podem prevenir o ganho de peso. Para Fonseca et. al *apud* Gomes e cols<sup>15</sup>, os adolescentes são os que apresentam maior prevalência de atividade física de lazer para ambos os sexos, o que explica a alta

prevalência de indivíduos eutróficos na amostra, constituída predominante por indivíduos jovens. A prevalência de atividade física entre universitários argentinos foi semelhante a observada nessa pesquisa, com 48,1% dos alunos afirmando praticar algum tipo de esporte<sup>17, 18</sup>.

Porém não se pode deixar de lembrar que metade da amostra não realizava exercícios físicos. Para Anjos<sup>16</sup> essa redução deve-se às mudanças nos processos de trabalho com redução do esforço físico ocupacional, associados ao crescimento da industrialização e às modificações nas atividades de lazer, que passaram de atividades como práticas esportivas, para longas horas diante da televisão ou do computador.

Na PPV (Pesquisa sobre Padrões de Vida), 20,0% da população indicou a prática de exercício físico ou esporte, havendo um grande diferencial entre homens (27,3%) e mulheres (13,1%). A frequência de prática de exercício físico foi semelhante entre as regiões Nordeste (18,7%) e Sudeste (20,9%); contudo, substancialmente menor entre as mulheres do Nordeste (8,9%)<sup>19</sup>. Embora em nosso estudo a prevalência de atividade física tenha sido maior que a ocorrida na pesquisa supracitada, o diferencial entre homens (67,8%) e mulheres (35,4%) permaneceu, com maior prevalência de exercício físico entre os indivíduos do sexo masculino. Distribuição semelhante

foi observada no estudo de Velásquez-Meléndez et al <sup>6</sup>, em Belo Horizonte, no qual 33,5% dos homens afirmaram praticar atividade física, enquanto que entre as mulheres essa frequência foi de apenas 19,0%.

No presente estudo foi evidenciada uma associação positiva entre sobrepeso e obesidade e a realização de exercício físico ( $p=0,001$ ). A prevalência de sobrepeso (55,2), obesidade grau I (70,4%) e grau II (71,4%) foi maior entre os praticantes de exercícios físicos, provavelmente indicando que os mesmos buscaram o exercício físico como forma de corrigir um distúrbio pré-existente de excesso de peso.

Nos anos 50 a obesidade era considerada um reflexo de um distúrbio de personalidade. Nos anos 60, especialmente devido os estudos de Ferster, Nuremberg, e Levitt (1962) Schachter (1968), Stuart (1967) e início do trabalho dos terapeutas comportamentais, a obesidade passou a ser considerada como fruto de hábitos alimentares desadaptativos, por essa razão os hábitos alimentares foram investigados neste estudo, principalmente no que se refere a comer fora de casa e a consumir sobremesas<sup>16, 17</sup>. O que se observou no estudo foi que mais da metade da amostra (55,2%) comia fora de casa, para Burlandy <sup>19</sup>, isso se deve à mudança consolidada, na década de 80, no setor agroalimentar brasileiro, o que pode ser exemplificado pelo crescimento das despesas com alimentação fora de casa, particularmente em restaurantes do tipo *fast food* e com a alimentação em locais de trabalho ou em bares e restaurantes.

Em nosso estudo, dos estudantes que referiram

comer fora de casa, 38,6% afirmaram comer em restaurante do tipo *self-service* e *fast food*, enquanto 45,2% além desses restaurantes afirmavam freqüentar também a casa de parentes e amigos, concordando com a observação feita por Burlandy <sup>19</sup>. Embora saibamos que as alterações nos hábitos alimentares dos jovens possam ser indicadores de um padrão de comportamento associado ao alto risco de sobrepeso e obesidade, e que a constante substituição dos alimentos processados a nível doméstico pelos industrializados de maior densidade energética pode elevar substancialmente o teor de gordura na alimentação, contribuindo para maior acúmulo de peso corporal<sup>18</sup>, não foi observado em nosso estudo associação entre os hábitos de comer fora com a ocorrência de obesidade ( $p=0,18$ ).

Em relação ao consumo de sobremesa, mais da metade (55,7%) afirmaram possuir esse hábito. A sobremesa mais consumida pelos estudantes foram os doces e chocolates com 25,3% das preferências, seguido pelo consumo de frutas, achado que se assemelha ao observado na análise dos dados da Pesquisa de Orçamentos familiares (POF), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos anos de 1988 a 1996, que apontam tendência de crescimento na aquisição de alimentos ricos em lipídios nas regiões norte e nordeste<sup>4</sup>.

A associação entre o hábito de comer sobremesa e IMC foi estatisticamente significativa ( $p= 0,003$ ), sendo o sobrepeso e obesidade maiores entre os que possuíam o hábito, afirmando a associação entre hábitos alimentares e obesidade .

## CONCLUSÃO

Observou-se em relação aos dados apresentados que a prevalência de sobrepeso e obesidade em estudantes da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) foi semelhante à prevalência nacional, sendo que o total de universitários com sobrepeso e obesidade foi respectivamente de 12,7% e 3,4%.

Os estudantes com peso normal (70,8%) eram em sua maioria mulheres, que não praticavam exercícios físicos e que possuíam hábito de comer fora de casa e comer sobremesa. Os estudantes com

excesso de peso se diferenciavam dos de peso normal quanto ao sexo, sendo a maioria do sexo masculino e com o hábito de praticar exercícios físicos.

Considerando que a maioria dos alunos ingressa na universidade com o peso normal e o elevado custo para o tratamento faz-se necessário a existência de programas, nesta Instituição, que estimulem hábitos de vida saudáveis, para que seja possível barrar essa epidemia grave que é a ocorrência de sobrepeso e obesidade entre jovens brasileiros.

## REFERÊNCIAS

1. Flegal K, Carroll M, Ogden C, Johnson C. Prevalence and trends in obesity among USA adults, 1999- 2000. *Jama*, 2002; 288:1723-7.
2. Ferreira SRG, Zanella MT. Epidemiologia da Hipertensão arterial associada à obesidade. *Rev Bras Hipertens*, 2000;7(2) 129-5.
3. Mcardle MC. *Nutrição, controle de peso e exercício*. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.
4. Brasil. Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão. *Pesquisa sobre orçamentos familiares 2002-2003*. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
5. World Health Organization. *Nutrition: controlling the global obesity epidemic*, 2004[capturado 2006 out 3]. Disponível em: <http://www.Who.int/nut/obs.htm>.
6. Velásquez-Meléndez G, Pimenta AM, Kac G. Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 16 (5): 308–14.
7. Malheiros CA, Freitas Júnior WR. *Obesidade do Brasil e no mundo*. In: Garrido A B J. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu; 2002.

8. Bouchard, C. Heredity and the path to overweight and obesity. *Medicine and science in sport and exercise*, 2002;23(3):285-9.
9. Nahás MV. *Atividade física, saúde e qualidade de vida*: conceitos e sugestões para um estilo de vida mais ativo. Londrina : Midiograf; 2001.
10. Cyrino ES; Nardo NN. Subsídios para a prevenção e controle da obesidade. *Revista de atividade física e saúde*, 2000;1(3):15-25.
11. Ricardo DR, Araújo CGS. Índice de massa corporal: um questionário científico. *Arg Brás Cardiol*, 2002;79(1):61-9.
12. Mendonça CP, Anjos LA. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cad Saúde Pub*, 2004;20(3):698-709.
13. Guedes DP, Guedes JE. *Controle do peso corporal*: composição corporal, atividade física e nutrição. 2. ed.Londrina: Shape; 2003.
14. Biancarelli A. Cresce a obesidade infanto-juvenil no país. *Folha de São Paulo*, 2003 nov 17. Folha Cotidiano, p.C1.
15. Gomes VB, Siqueira KS, Sichieri R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*, 2001; 17(4): 969-976.
16. Anjos LA. *Obesidade nas sociedades contemporâneas*: o papel da dieta e da inatividade física. In: Anais do 3 Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde. Florianópolis - Brasil; 2001. p.33-4.
17. Ades L, Kerbaux RR. Obesity: reality and questions. *Psicol USP*. São Paulo 2002; 13(1):197-216.
18. Burlandy L, Anjos LA. Acesso a vale-refeição e estado nutricional de adultos beneficiários do Programa de Alimentação do Trabalhador no Nordeste e Sudeste do Brasil, 1997. *Cad Saúde Pública* 2001; 17: 1457-64.

## A terapia ocupacional utilizando a tapeçaria como recurso terapêutico em pacientes hospitalizados

### *The occupational therapy using the tapestry as therapeutic use in hospitalized patients*

Leidismar Fernandes Nalasco<sup>1</sup>

A doença provoca desequilíbrio, uma ruptura do equilíbrio pré-existente, alterando o funcionamento interno e externo no indivíduo. Esta, determina sofrimento subjetivo, pois implica em sentimentos de impotência, causados principalmente pela dependência temporária ou permanente das atividades da vida diária.

A hospitalização por sua vez necessária e importante na busca da cura e melhoria na qualidade de vida leva o sujeito a se deparar com um ambiente novo e desconhecido onde estará submetido aos mais variados procedimentos. Esta, causa uma ruptura do cotidiano alterando a adaptabilidade em relação ao tempo, espaço e ritmo<sup>1</sup>.

Neste sentido, a utilização das atividades terapêuticas ocupacionais previamente analisadas permitem o ajustamento psicossocial através do uso de materiais diversificados do cotidiano, que resgata o espaço, tempo e ritmo subjetivo e o investimento concreto em atividades (sociais, lazer, artesanais, expressivas e lúdicas) que fazem parte das relações vivenciadas fora do ambiente hospitalar, que realizadas nas enfermarias estimulam a socialização e a interação grupal. O sujeito começa a experienciar o desinvestimento no corpo doente e passa a viver o corpo que é capaz, que produz, surge uma identidade mais voltada para o corpo sadio, a cura.

A tapeçaria ao longo dos anos tem sido utilizada como atividade para ocupar o tempo com tarefas de cunho artístico e de lazer, como profissão na arte do artesanato e, como técnica terapêutica. Na Terapia Ocupacional utilizamos como recurso para intervir na reabilitação física e mental. Segundo Trombly<sup>2</sup> o objetivo principal da reabilitação física é promover, manter e reforçar as capacidades funcionais, exercitando os diversos sistemas: circulatório, nervoso e osteo-muscular, estimulando a coordenação motora, amplitude e força muscular, relaxamento de tensões, aumento das capacidades mentais (raciocínio, concentração, atenção, percepção, criatividade

e memória), além de propiciar o ajustamento emocional evitando reações de stress, reforçando comportamentos de flexibilidade, tolerância, disciplina e determinação.

A tapeçaria por ter como ênfase o trabalho manual requerendo funções precisas e de destreza nos movimentos finos das mãos, exigindo assim, estabilidade no tônus muscular e postural dos membros superiores. Estimula a concentração, exercitando a criatividade conduzindo há um estado de relaxamento de tensões da mente e do corpo, desviando os pensamentos antes voltados para a doença, corpo doente e os efeitos do ambiente hospitalar para um estado de bem-estar e equilíbrio emocional permitindo formação de novos sentimentos e valores que permitem melhor adaptação à vida cotidiana<sup>3</sup>.

O fato de estarem em atividades, com a mente e o corpo ocupados com tarefas que tem um objetivo terapêutico os mesmos, mantém a organização mental e o estado emocional ajustado para o enfrentamento das dificuldades devido a doença e ao período de hospitalização.

A aplicação terapêutica da tapeçaria envolve a observação sistemática do diagnóstico situacional do paciente hospitalizado cabendo ao terapeuta ocupacional indicar e ou sugerir o tipo de tecido (talagarça, juta) agulhas, e pontos empregados (arraiolo, gobelin, meio ponto, esmerna, rosinha, cruz dupla, etc) considerando as habilidades, aptidões, preferências e os objetivos terapêuticos.

Os recursos materiais e as técnicas utilizadas para realizar a atividade de tapeçaria traduz muitos elementos subjetivos do cotidiano. Assim, a tela, por exemplo refere-se ao campo das relações espaciais, conquistas, atitudes comportamentais que nos conduzem para a obtenção de objetivos e metas. Pacientes que escolhem telas largas geralmente estão eufóricos e ansiosos. Enquanto os que escolhem telas estreitas demonstram retraimento, medo e angústia. A

1. Mestre em Educação em Saúde. Docente da Faculdade Santa Terezinha – CEST

agulha revela o método, a forma como cada indivíduo reage e age para atingir seus objetivos. Há, pacientes que preferem agulha fina e curta, significando rapidez, urgência, sentimentos de ansiedade em finalizar algo. Outros, preferem agulhas longas, esta requer maior precisão, destreza, habilidade e tempo prolongado para realização da tarefa. Revelando sentimentos de quietude, esperança e adaptação<sup>4</sup>.

Os fios, tipos de pontos e as cores revelam sentimentos, escolhas e atitudes que cada indivíduo tem diante dos obstáculos e eventuais perdas. Os pacientes preferem realizar atividades de curta duração com projetos de atividades que eles sintam segurança em finalizar antes do procedimento cirúrgico ou da alta hospitalar. A apreciação da obra produzida, o efeito de seu acabamento e o sentimento de satisfação por ter finalizada, causa de imediato mudanças no humor levando-os a expressar sentimentos de esperança e de realização pessoal.

Durante a produção da atividade de tapeçaria se resgata sentidos e significados para a vida do paciente. Expressões de sentimentos de potencia, realização e autonomia são evidenciados. Os pacientes começam a realizar suas atividades definindo objetivos tais como: realizar a atividade para decorar algum ambiente de sua residência, presentear um parente ou amigo, bordar para vender... Cada objetivo reflete um motivo quer seja de realização pessoal (ex. decorar) ou prosperidade no trabalho (fazer para vender).

A relação terapeuta-paciente-atividade, construída e constituída modifica o ambiente hospitalar. No leito do paciente o que se vê são: fios, tecidos, tesouras, e falas que retratam ou descrevem um fazer absolutamente normal e não mais a doença ou o adoecer. A experiência do fazer e a combinação dos elementos: tela, ponto, fio e cor desenvolve as capacidades funcionais. A enfermaria torna-se então, um espaço de expressão das emoções, sentimentos de alegria e bem-estar com melhoria acentuada da qualidade de vida.

Devido a essa especificidade o paciente sai da condição de passivo para ativo na relação terapêutica. Benetton<sup>5</sup> afirma que a "Terapia Ocupacional é o processo de comunicação que opera através da tríade terapeuta-paciente-atividade". E, é essa tríade que facilita a relação de vínculo, além de nos permitir um cuidado voltado para o *ser doente*.

Em suma, a Terapia Ocupacional é uma profissão da área da saúde que utiliza as atividades do cotidiano para tratar, manter e promover à saúde. O uso específico da atividade de tapeçaria, proporciona a integração dos diversos sistemas (músculo-esquelético, circulatório, sensorial e motor), estimulando preensões, movimento ativo, coordenação, amplitude e força muscular, além de promover o ajustamento emocional e auxiliar na socialização e adaptabilidade as novas condições físicas (quando acometidos por disfunções neurológicas ou trauma-reuma-ortopédicas) na realização das atividades do cotidiano.

## REFERÊNCIAS

1. Nespoulous, R. Moulin, ME, Izard M. *Experiences En Ergothérapie*. Paris : Sixieme Série Masson; 1993. p.81-83.
2. Trombly, CA, Radomsky, M V. *Occupational Therapy For Physical Dysfunction*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilknis, 2002.
3. Chamone, Rui. *Chance para uma esquizofrênica*. Belo Horizonte: Imprensa Oficial;1980.
4. Castro ED, et al. Habitando os campos da arte e da T.O. Universidade de São Paulo. *Rev Ter Ocup*, 2002 jan/abr;13(1) 1-8.
5. Benetton, M. J. *A Terapia Ocupacional como Instrumento nas Ações de Saúde Mental*. [Tese] Campinas(SP): Universidade Estadual de Campinas. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas . Campinas, 1994. p.186



**Resumos**

**IV JORNADA  
CIENTÍFICA  
DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO  
HUUFMA**



**A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR NO SERVIÇO DE CIRURGIA CARDÍACA - HUUFMA.  
SALGADO, Christiana Leal.**

O hospital se configura enquanto área de atuação do psicólogo, uma vez que esta instituição é um lugar de relações sociais, oferecendo cuidados médicos, restauração da saúde, reabilitação psicorgânica ao paciente. Nesse sentido, o paciente em meio a essa situação de crise vivenciada acaba sentindo-se ameaçado na sua integridade biopsicossocial e espiritual. O coração tem um simbolismo sócio-cultural muito próprio, desde a relação da palavra “coração” e abrigo dos sentimentos humanos, até respostas fisiológicas típicas do sistema cardiovascular decorrentes de estados emocionais, tão freqüentes no nosso dia a dia. Cada paciente traz suas próprias fantasias para a experiência cirúrgica, podendo de alguma forma afetar o modo e até suscitar questões que propiciarão ou não outras reações psicológicas. Quaisquer que sejam essas fantasias deve-se reconhecer sua importância para o doente, a proporção e a influência que podem ter na evolução e na recuperação.

A atuação do profissional da psicologia no Serviço de Cirurgia Cardíaca tem por objetivo geral fornecer assistência psicológica aos pacientes internados nos leitos destinados a cardiologia nas enfermarias da clínica cirúrgica e UTI – Cardiológica, assim como suporte emocional aos seus cuidadores e familiares. O trabalho é realizado visando abranger os momentos de pré-operatório e pós-operatório tardio, nas enfermarias, pós-operatório imediato na UTI-Cardio, visita humanizada e boletim médico informativo. As atividades desenvolvidas buscam contemplar a interdisciplinariedade, que uma realidade do serviço hoje é atuar junto à equipe de saúde fornecendo suporte na área de Saúde Mental para lidarem com as vicissitudes do exercício profissional, a exposição constante aos estímulos emocionais resultantes do contato com o adoecer, com o sofrimento e a dor, com o trabalho multiprofissional, e com o estresse pessoal do cuidador.

**A EXPECTATIVA DA FAMÍLIA NA SALA DE ESPERA DO CENTRO-CIRÚRGICO. SERRA, Josy Ferreira,  
LEITE, Kamila Karla de Castro, PIRES, Patrícia Soares, MIRANDA, Laryssa de Fátima Moreira,  
ALMEIDA, Renata Porto de, SILVA, Elza Lima da.**

A pessoa e sua doença não são mais os principais focos de atenção do enfermeiro, mas também, a família é vista como foco dessa atenção. Percebe-se a importância da assistência de enfermagem planejada e continuada aos envolvidos como meio de contribuir para aliviar sua tensão e aumentar sua confiança nos profissionais. Acreditamos que só uma equipe de enfermagem competente pode humanizar o atendimento durante a espera pelo término da cirurgia. O objetivo da pesquisa foi identificar a expectativa da família na sala de espera do Centro-cirúrgico do Hospital de Ensino em São Luís-MA. Trata-se de um estudo quantitativo descritivo realizado em um Hospital de Ensino em São Luís-MA, no período de 01 de dezembro de 2006 a 05 de janeiro de 2007. A população foi constituída por familiares que aguardavam os pacientes durante o procedimento cirúrgico, no período de estudo citado acima. Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento do tipo questionário individual, contendo questões abertas e fechadas, elaborado com base na literatura pertinente por meio de entrevista com a população em estudo. Quanto aos resultados da pesquisa tem-se 35 familiares entrevistados (100%), sendo que 27 são do sexo feminino compondo 77% da população e 8 eram do sexo masculino resultando em 23% dos entrevistados. A maioria dos entrevistados tinha idade entre 26 a 35 anos (26%), ficando em último lugar os que tinham idade entre 66 a 75 anos. Outro dado relevante é que a maior parte dos familiares que aguardava durante a cirurgia tinha grau de parentesco bem próximo ao paciente submetido à cirurgia. De acordo com os dados analisados, a maioria dos parentes entrevistados já tinha outras experiências em acompanhar um parente na cirurgia. Em relação às informações dadas sobre a cirurgia, a maioria dos entrevistados estava ciente sobre qual cirurgia o paciente estava sendo submetido. Em relação à explicação sobre a cirurgia, a maioria da população em estudo obteve informação detalhada sobre a cirurgia. A maioria dos entrevistados fez questão em esperar o paciente durante a cirurgia. Outro dado significativo foi a expectativa da família quanto ao procedimento cirúrgico. 77% dos entrevistados tinham ótima expectativa, enquanto nenhum dos familiares entrevistados tinha expectativa ruim. A pesquisa revela a total confiança da família na equipe médica e de enfermagem que está sendo responsável pelo paciente. Apenas duas pessoas responderam que tinham confiança parcial na equipe (6%), e uma respondeu não ter nenhuma confiança (3%). Durante a pesquisa perguntou-se os principais sentimentos vividos pelas famílias naquele momento. Os mais citados foram a ansiedade com 37,1% dos entrevistados, seguida da fé com 25,7%. A análise das entrevistas permitiu identificar temas e categorias que descrevem o significado da experiência vivida pela família do paciente que passou por uma cirurgia que é caracterizada por um movimento de sentimentos, pensamentos e ações da família. Revelou-se a necessidade urgente de olharmos para o membro da família presente na situação como alguém que precisa de cuidado, solidariedade, apoio, sobretudo para não se sentir responsável por algum fato indesejável que venha a acontecer com o paciente, como a morte ou até mesmo alguma seqüela, decorrente da cirurgia.

**A PRÁTICA DA HIGIENE ORAL E A PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASPIRATIVA EM PACIENTES ENTUBADOS. CATUNDA, Carolina, COUTO, Anna R, MACHADO, Letícia, PEREIRA, Hellen-Bry**

A saúde bucal é determinante para a manutenção de sua qualidade de vida à medida que os procedimentos básicos de higiene podem amenizar sensivelmente o aparecimento de problemas dentais e periodontais decorrentes do acúmulo de secreção e de microorganismos na cavidade oral. Os cuidados precisam ser redobrados em pacientes que se encontram hospitalizados e com impossibilidade de capacidade respiratória espontânea, entubado; Os objetivos da higiene oral, entre outros, são a conservação e limpeza da cavidade oral do paciente, prevenção do acúmulo de secreção e da formação de crostas, especialmente a prevenção de complicações respiratórias através do controle do foco de infecção. A introdução do tubo a partir das vias aéreas superiores alcançando as inferiores provoca ineficiência dos reflexos de defesa de fechamento glótico, tosse e o batimento ciliar das células traqueais, que agem contra a penetração de corpos ou substâncias estranhas na região laríngea e, nessas condições, os pacientes apresentam maior suscetibilidade à instalação de microorganismos como fungos e bactérias anaeróbias vindas da flora oral no interior dos pulmões debilitados imunologicamente, já que mesmo com o cuff do tubo encontrando-se insuflado há a possibilidade de passagem desses agentes patológicos por seus limites. A simplicidade dos cuidados a serem realizados e a viabilidade de aquisição dos materiais, como espátula, gaze, solução anti-séptica, limpadores linguais, água e soluções lubrificantes; permite questionar acerca da negligência constatada à medida que entre as doenças respiratórias, as pneumonias ocupam o primeiro lugar em taxa de mortalidade. A revisão de literatura proposta tem o intuito de esclarecer alguns aspectos a respeito da pneumonia aspirativa e mostrar a necessidade urgente da implantação de serviços específicos para a resolução desta questão, o que converge para a atuação conjunta de diversos profissionais da área médica que ainda pouco ocupam o ambiente hospitalar para a aplicação de suas habilidades, tais como odontólogos e fonoaudiólogos. A aplicação dessas práticas de higiene oral assistida pelos profissionais capacitados consiste em forma bastante eficaz de prevenção das complicações respiratórias em pacientes entubados, o que diminuiria sensivelmente, tanto os custos com manutenção prolongada de pacientes nos leitos hospitalares, quanto os altos níveis de infecção.

**A SAÚDE COMO DIREITO. ROCHA, Priscila Coimbra, COIMBRA, Liberata Campos.**

No Brasil, a saúde é entendida como direito, fundamental e social, pela primeira vez na Constituição Federal de 1988, que no artigo 196 estabelece que “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas econômicas e sociais”. A Carta Magna Brasileira entre seus artigos 196 a 200 traz um capítulo específico para a saúde e cria o Sistema Único de Saúde - SUS. Dois anos depois, em 1990, são promulgadas as Leis Orgânicas da Saúde, Lei Nº 8.080/90 e Lei Nº 8.142/90 que dispõem sobre o SUS. Este trabalho tem por objetivo mostrar o conhecimento dos estudantes de enfermagem da UFMA sobre a legislação da saúde. O estudo “O conhecimento dos discentes de enfermagem da Universidade Federal do Maranhão sobre o Sistema Único de Saúde – SUS” é do tipo descritivo e foi realizado entre 2005 e 2006 pelas autoras deste trabalho. De acordo com o mesmo, a questão da saúde enquanto direito é reconhecida por 83,3% dos estudantes, porém 12,4% não têm esse entendimento e 43% não souberam responder a esse questionamento. No Brasil não se formou uma tradição para conhecimento da Constituição e das Leis; até mesmo a literatura sobre esse assunto é praticamente direcionada para os especialistas juristas; isso criou a idéia de que “direito é coisa de advogado”. Fato este um equívoco, pois existem certos direitos que nem as leis e nem as autoridades podem contrariar e entre as leis de qualquer país a de maior força é a Constituição, onde estão enumerados os direitos fundamentais, e o no Brasil, a saúde é um deles. O desconhecimento do direito leva a omissão com relação aos mesmo, fato que deixa aberto caminho para que injustiças aconteçam. Conhecer a legislação intra e infraconstitucional da saúde é um mecanismo para consolidação e efetivação do SUS.

**ALEITAMENTO MATERNO: FATORES QUE INFLUENCIAM PARA O DESMAME PRECOCE. CRUZ, Amanda Pereira da, SOARES, Gustavo Rodrigues, FERREIRA, Denicy Alves Pereira, SILVA, Elza Lima da, PESTANA, Aline Lima**

O aleitamento materno além de ser a melhor fonte de alimentação para o lactente, também o protege contra diversas doenças agudas e crônicas, possibilitando um melhor desenvolvimento psicológico. OMS/ UNICEF(1999). O desmame é definido como sendo a introdução de qualquer tipo de alimento na dieta da criança, que até então estava em aleitamento exclusivo. CARVALHAIS & SIMÕES(1997). Esse estudo teve como objetivo, investigar os fatores que influenciam o desmame precoce. Utilizou-se a metodologia descritiva, exploratória com abordagem quantitativa. Participaram do estudo 50 mães que compareceram no Centro de Saúde do Bairro de Fátima em São Luís-Ma, no período de 2 a 14 de outubro de 2006, para vacinar os filhos

menores de 1 ano. Para coleta de dados, foi elaborado um questionário com 16 perguntas abertas e fechadas, abordando as variáveis sócio-econômicas e demográficas, hábitos da amamentação e conhecimento sobre as vantagens do aleitamento materno. A análise dos dados mostrou que a 40% das mães possuem de 15 a 22 anos, 36% possuem o ensino médio completo e 8 % o nível superior, e que 56% não possuíam nenhuma fonte de renda. Quanto à amamentação 88% das mães entrevistadas amamentavam seus filhos, 76% das mães referem terem sido orientadas sobre a importância do aleitamento materno exclusivo, entretanto, 60% delas alegaram quantidade insuficiente de leite para amamentação na justificativa da introdução de outros alimentos antes dos 6 meses de vida do bebê, e 61% referiram dificuldades na amamentação, entre elas, a rachadura do mamilo. Conclui-se que a falta de informação associada aos fatores sócio-econômicos e demográficos, contribuem significativamente para o desmame precoce.

**ANÁLISE CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DA RINOSPORIDIOSE EM UM CENTRO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA. SÃO LUIS-MA. SILVA, Ana Livia Muniz da, NASCIMENTO, W do Desterro S. B., NASCIMENTO, Jennefer Guimarães**

A rinosporidiose é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por lesões poliposas nas membranas mucosas, sendo ocasionada pelo *Rhinosporidium*. É endêmica na Índia e no Sri Lanka, e muito rara no Brasil e na Europa. A transmissão ocorre por inalação de poeira e esterco de gado infectados ou inoculação nos orifícios corporais por água contaminada. Acomete, mais comumente cavidades nasais e olhos. Analisar a prevalência da rinosporidiose diagnosticada por histopatológico em um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia. Realizou-se um estudo descritivo envolvendo 25 pacientes, com idades entre 7 e 24 anos, no Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello (IMOAB), em São Luís, MA, no período de 2000 a 2005. Dos 25 pacientes, destacaram-se 23 lavradores e apenas 2 estudantes. A população foi composta majoritariamente por homens (84,0%) e pardos (76,0%), procedentes do interior do Estado do Maranhão (68,0%). As lesões polipóides foram identificadas predominantemente na narina esquerda (64%), seguindo-se narina direita (28%) e na evolução clínica os pacientes apresentaram predominantemente obstrução nasal (80%), seguindo-se sangramento nasal (68%). Houve recidiva em dois casos (8,0%). Considerando a distribuição epidemiológica descrita faz-se necessário registrar esta casuística sobre rinosporidiose, diagnosticada no serviço de Oncologia do Maranhão.

**ANALISE DA EVOLUCAO EPIDEMIOLOGICA DE TUBERCULOSE NO MARANHÃO, 2005 A 2006. GUIMARÃES JÚNIOR, Hilton Sousa, GALDEZ, Alessandra Porto Pereira, PENHA, Thiara Vieira CARVALHO, Valéria Portela Silva de FARAY, Helone Eloísa Frazão Guimarães**

A tuberculose no Brasil continua sendo um grave problema de saúde pública. Estando entre os 22 países que concentram 80% dos casos de tuberculose no mundo, a região nordeste contribui com cerca de 30% dos casos notificados e o Maranhão esta entre os estados de maior índice da região. Trata-se de Estudo epidemiológico descritivo sobre o padrão de evolução, prevalência etiológica e etária dos casos de tuberculose notificados no período de 2005 a setembro de 2006. Foram analisados casos notificados por faixa etária, forma clínica e sexo, dados fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão. Os indicadores epidemiológicos de tuberculose no ano de 2005 revelaram prevalência de acometimento no sexo masculino representando 59.54% (IC 95%: 59.54 a 61.09%) dos casos registrados, a forma predominante correspondeu a pulmonar, ocupando isoladamente o primeiro lugar com 91.05% (IC 95%: 90.1% a 91.9%), seguida pela forma extrapulmonar (IC 95%: 7% a 8.8%) e ocupando o ultimo lugar a associação das formas pulmonar e extrapulmonar (IC 95%: 0.9% a 1.4%). A faixa etária economicamente ativa (20 a 49 anos) foi a mais atingida (IC 95%: 52.9 a 56%), seguida pela faixa etária acima dos 49 anos de idade (IC 95%: 29.6 a 32,5%). Os indicadores do ano de 2006 seguiram o mesmo padrão do ocorrido no ano anterior, com prevalência no sexo masculino (IC 95%: 56.4 a 59.9%), predomínio da forma pulmonar (IC 95%: 90.1% a 92.1%) e maior acometimento da população economicamente ativa (IC 95%: 52 a 55.7%) seguindo pela faixa etária acima dos 49 anos (IC 95%: 31 a 34.3%). O perfil epidemiológico da tuberculose no Maranhão apresentou-se estável entre os anos de 2005 a 2006, apontando para prevalência no sexo masculino e na população economicamente ativa, e predomínio da forma pulmonar. Não foi verificado crescimento ou declínio dos indicadores no período estudado.

**ANÁLISE DA SITUAÇÃO ATUAL DA HEPATITE A NO ESTADO DO MARANHÃO, BRASIL, 2006.**  
**GUIMARÃES JÚNIOR, Hilton Sousa, GALDEZ, Alessandra Porto Parreira PENHA, Thiara Vieira e**  
**CARVALHO, Valéria Portela Silva de, FARAY, Helone Eloísa Frazão Guimarães**

A Hepatite A é uma infecção causada por um vírus RNA classificado como sendo da família Picornavírus, transmitida por via fecal-oral e que atinge mais frequentemente crianças e adolescentes. A Hepatite A é a causa mais freqüente de hepatite viral aguda no mundo. Foram analisadas as freqüências dos diversos tipos de Hepatite, em especial Hepatite A, notificadas no estado do Maranhão de Janeiro a setembro de 2006, os dados foram fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão. A análise da prevalência dos diversos tipos de hepatite no Brasil, em 2000, mostrou que o vírus A continua sendo o principal causador da doença, representando 43% dos casos registrados. No Maranhão, em 2006, essa porcentagem apresentou-se bem maior, correspondendo a 75% dos casos notificados, com intervalo de confiança de 95% variando de 72% a 78%. Através de testes de hipóteses foi confirmado que a diferença entre as percentagens nacionais e a estaduais, não deve ser explicada pelo acaso, a diferença é real e merece cuidadosos estudos. Sabendo-se que o vírus é transmitido basicamente pela via fecaloral, sendo a água e os alimentos contaminados os grandes veículos de propagação da doença, e que moluscos e crustáceos podem acumular o vírus até 15 vezes mais do que o nível original da água, podemos pensar em explicações prováveis para essa alta prevalência, como por exemplo, as péssimas condições sanitárias existentes e a ingestão freqüente de frutos do mar por parte da população maranhense. A hepatite A no estado do Maranhão apresenta-se como um problema de saúde pública, com níveis elevados e superiores ao nacional, o que nos faz pensar na necessidade de políticas de saúde que visem combater as más condições de higiene e saneamento básico da população maranhense.

**APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS DA SAÚDE TRANSFERIDOS FUNDAÇÃO A FUNDO SOB A**  
**GESTÃO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO MARANHÃO.**  
**CARNEIRO, Marinalva Costa, COUTINHO, Nair Portela Silva**

Estudo acerca da aplicação dos recursos financeiros do sistema Único de Saúde, repassados Fundo a Fundo aos sistemas municipais de saúde do Estado do Maranhão. Trata-se de estudo exploratório descritivo, retrospectivo, com base em dados oficiais dos relatórios do Serviço de Auditoria do Ministério da Saúde do Estado do Maranhão, relativos ao período de 1994 a 2004. A pesquisa foi realizada com 141, dos 217 municípios maranhenses, totalizando 64,97 % do universo. Para a coleta de dados foram utilizados 259 relatórios de auditoria emitidos, de onde foram retiradas informações sobre impropriedades, irregularidades, elementos de despesas e utilização de recursos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Dos 369 relatórios analisados, 259 apresentam ocorrências de irregularidades que caracterizam indícios de malversação dos recursos públicos, causando danos não só às ações e serviços de saúde como também ao Erário; 92 apresentam impropriedades que não causam prejuízo às ações de saúde, nem aos cofres públicos e, 18 demonstram que a gestão do sistema de saúde, nos municípios auditados, está em conformidade com as normas do SUS. As impropriedades mais comuns detectadas foram: em primeiro lugar as impropriedades referentes a processos de pagamentos não autuados; em segundo, as notas fiscais sem atestação; em terceira colocação, os pagamentos efetuados em espécie, prática mais comum, à época, nos municípios de pequeno porte, com a justificativa de não haver agência bancária no município, e em quarto lugar as despesas realizadas sem prévio empenho, que infringe o art. 60 da Lei nº 4320/1964. Com relação ao número de ocorrências das irregularidades constatou-se: 65 despesas não comprovadas, 65 notas fiscais irregulares, 52 referentes a despesas não pertinentes à área de saúde, tais como pagamentos de contabilidade, pagamento de despesas natalinas, pagamentos de serviços telefônico no Disque Amizade, frete de ônibus para entidades religiosas, entre outras. Das 38 ocorrências destaca-se o pagamento de taxas bancárias sobre cheques devolvidos, que sugere o descontrole da gestão dos recursos, pois caracteriza a falta de provisão de fundos na conta bancária. Os resultados da pesquisa realizada com base nos relatórios de auditorias do SUS, demonstram que no período de 1994 a 2004, houveram muitas impropriedades e irregularidades na aplicação dos recursos pelas gestões públicas municipais de saúde.

**ASPECTOS CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS DE CRIANÇAS COM HISTÓRIA**  
**PREGRESSA DE LVA DE UMA ÁREA ENDÊMICA DO MUNICÍPIO DA RAPOSA-MA**  
**SANTOS, Sergio Sousa Sena, AMORIM, Adson Carlos Linhares, CALDAS, Arlene de Jesus Mendes,**  
**AQUINO, Dorlene Maria Cardoso de**

Os surtos de LV são decorrentes de resposta imune precária por parte dos hospedeiros ou de situações eco-epidemiológicas que favoreçam o aumento da quantidade de vetores infectados. Em 23 anos de notificação,

os casos de LVA no Brasil somaram 53.508 casos; destes, 2.702 (5,1%) foram a óbito. Aproximadamente 66% desses casos ocorreram nos Estados da Bahia, Ceará, Piauí e Maranhão, representando assim, as áreas de maior concentração da doença. Estudo transversal. Os dados foram coletados de agosto/2002 a julho/2003 em uma área endêmica no município da Raposa-MA, por meio do preenchimento de ficha protocolo. Realizou-se coleta de sangue periférico para o exame sorológico (ELISA) e aplicação do teste IDRM, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos pais ou responsáveis das crianças. A amostra foi composta de 49 crianças, com faixa etária de 0 a 9 anos. Não houve achados significativos que expressassem sinais e/ou sintomas da doença, apenas febre, linfonodos palpáveis, baixo peso e outras alterações em algumas crianças. Verificou-se predominância do sexo masculino (53,1%), cor parda (91,8%) e faixa etária de 5 a 9 anos (67,3%). Todas as crianças moravam em casa, das quais maior parte tinha paredes de taipa (65,3%) e cobertura de telha (61,2%). A média de moradores foi de 5,7 pessoas por domicílio. O lixo e dejetos não tinham lugar adequado para destino. Havia criação de diversos animais (cães, gatos) e referência à presença de flebotômio no peri e intradomicílio. Crianças com história de LVA há mais de 1 ano tiveram maior predominância de positividade nos resultados dos testes ELISA (42,9%) e IDRM (42,9%), confirmando a presença de resposta imunocelular específica e anticorpos anti-leishmania. A faixa etária e o sexo estão de acordo com o encontrado em outros estudos, que as condições demográficas, epidemiológicas e hábitos de vida encontrados são de grande importância para a epidemiologia da doença e que as crianças, mesmo curadas e com história pregressa, estão susceptíveis a uma nova reinfecção da LVA.

### **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA PACIENTE ACOMETIDA POR ENCEFALOPATIA HEPÁTICA BASEADO NA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE WANDA HORTA ALBUQUERQUE, Laine Cortês, RODRIGUES, Djane Pereira, SARDINHA, Ana Hélia.**

A encefalopatia hepática engloba um espectro de distúrbios do sistema nervoso central (SNC) que podem aparecer em combinação com lesão hepática grave ou insuficiência hepática. A etiologia desse distúrbio é a incapacidade do fígado em metabolizar a amônia que aumentada no sangue provoca lesão e disfunção cerebral. Trata-se de um estudo de caso, onde foi escolhida uma paciente da Clínica Médica do Hospital Universitário Presidente Dutra, tendo acompanhado a mesma durante o período de 02/05/05 a 08/05/05. Relato de Caso: F.C.C.S., feminino, parda, casada, dona de casa. Expectativas e percepções: Refere ter sido internada por estar apresentando há  $\pm$  2 meses quadro de confusão mental e diminuição da força em MMII. Necessidades Básicas: dorme 8 h por dia, a prática de exercício físico foi alterada, diminuiu a ingesta alimentar e de água. Exame físico: estado geral regular, deambulação diminuída, sonolenta, hipocorada (+/4+), pele áspera, constipação intestinal há 5 dias, região sacra apresentando pequenas lesões tipo escoriações decorrentes de prurido, discreto edema de MMII. Problemas de Enfermagem: dor, prurido, escoriações, fraqueza muscular, confusão mental, falta de sono. Resultados: a partir dos problemas identificados, foi elaborado o seguinte plano de cuidados: Orientar: manter unhas cortadas, sono e repouso, quanto a patologia, dieta e ingesta hídrica. Fazer e Ajudar: administrar medicações prescritas, massagem com AGE, apoio emocional. Encaminhar: Nutricionista. Conclusão: prestar assistência de enfermagem embasada nesta teoria é bastante positivo, pois é dessa forma que a enfermagem cresce como ciência e para tanto é necessário o conhecimento científico que nos dá suporte para os levantamentos dos problemas e posterior elaboração da assistência.

### **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ACOMETIDO DE AVC HEMORRÁGICO: ESTUDO DE CASO. LIMA, Athienne Driele Maniva, SERRA, Sara Costa**

Introdução: Os acidentes vasculares cerebrais, dentre eles o aneurisma estão entre as doenças que mais causam invalidez e morte em nosso país, exigindo diagnóstico imediato e tratamento específico; a recuperação destes depende de muitos fatores, desde intervenção de urgência, passando por uma assistência de qualidade, idade do paciente e apoio da família. Objetivos: Aplicar a assistência de enfermagem sistematizada enfocando os problemas e diagnósticos de enfermagem, assim como traçar um plano de cuidados para o paciente enfatizando a importância da família como facilitadoras e incentivadoras no processo de reabilitação do paciente. Metodologia: Estudo de caráter retrospectivo e prospectivo, do tipo estudo de caso, realizado através da análise de prontuário de um paciente de 15 anos sequelado de AVC, mediante a autorização de seu responsável e do acompanhamento da evolução do mesmo no período de 2 meses e 15 dias a contar do dia 04/12/06 ao dia 19/02/07, em uma unidade hospitalar pública da cidade de São Luís-Ma. Resultado: Constatou-se os seguintes diagnósticos de enfermagem: Eliminação ineficaz: traqueobrônquica e Distúrbio sensorial relacionados à lesão cerebral e pela diminuição do nível de consciência; Risco potencial para infecção relacionado ao procedimento invasivo: traqueostomia; Risco para síndrome do desuso devido à imobilidade física, descobriu-se outros diagnósticos os quais foi-se traçado também um plano de cuidados. Conclusão: A enfermagem atua em todo

o processo de reabilitação do paciente, sempre com a intenção de solucionar problemas emergentes, assim a assistência é eficaz, pois em pacientes acamados como este, pode-se detectar diversas necessidades humanas que requerem atenção e cuidados especiais por parte do enfermeiro, equipe multidisciplinar, assim como, a família do paciente que possui um papel fundamental na recuperação do paciente.

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA: ESTUDO DE CASO. OLIVEIRA, Dayana Dourado de, SARDINHA, Ana Hélia, SÁ, Adriana Maria Guimarães, CASTRO, Luana Karonine Cordeiro, REIS, Livia Mariane Castelo Branco**

**Introdução:** A Hemoglobinúria Paroxística Noturna é uma doença rara do tecido hematopoético. A incidência exata não é conhecida, ocorre em qualquer idade, particularmente no adulto jovem, e afeta igualmente ambos os sexos. A hemoglobinúria se manifesta na amostra urinária pela manhã, podendo ser oculta. Usualmente caracteriza-se por anemia hemolítica, podendo também se apresentar como aplasia medular de variadas formas. **Objetivos:** A principal intenção é de contribuir na ampliação dos conhecimentos acerca dos problemas de enfermagem encontrados em paciente apresentando diagnóstico de HPN. Tendo em vista também, o planejamento de uma assistência eficaz, estimulando a sistematização das ações de enfermagem. **Metodologia:** Foi empreendido um levantamento bibliográfico e acompanhamento diário do paciente na ala masculina da clínica médica do Hospital Universitário Presidente Dutra, no período de 28 de agosto a 01 de setembro de 2006. A coleta de dados foi realizada de acordo com o modelo de histórico I da teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta. O paciente em estudo foi o Sr. N. N. S., 32 anos. **Resultados:** A execução deste estudo subsidiou à nossa formação acadêmica a maturidade para a prática teórico-científica na rotina assistencial, provando que a sistematização é indispensável para a elaboração de um plano terapêutico eficaz. **Conclusão:** Entendemos então, que a utilização das Teorias de Enfermagem é de extrema importância, visto que elas orientam a prática profissional. A teoria estudada, em particular, pode direcionar a enfermagem aos pacientes com diagnóstico de HPN, propiciando melhores condições para enfrentar e cooperar com o tratamento de sua patologia.

**ATENÇÃO À SAÚDE FRENTE AOS AGRAVOS PREVALENTES NA RAÇA NEGRA .  
ALBUQUERQUE, Laine Cortês, PAIVA, Maria de Fátima Lires, RODRIGUES, Djane Pereira**

**Introdução:** Em termos mundiais, a população negra do Brasil ocupa o segundo lugar, possuindo baixo nível sócio-econômico e de característica genética peculiar. Estes fatores têm consequência direta nos indicadores de saúde da população negra, por exemplo, as mortalidades por causas maternas, por doenças hipertensivas e por diabetes, a morbidade por anemia falciforme são bem mais expressiva na raça. Para promover as condições a fim de assegurar a toda a população o acesso – com equidade, qualidade e de forma humanizada - a estratégia essencial do Ministério é o Programa de Saúde da Família, mediante o qual está sendo reorganizada a atenção básica de saúde no País. **Objetivos:** Assinalar as principais estratégias e programas que o Ministério Saúde pretende atender a população negra frente aos agravos prevalentes na raça. **Método:** Estudo baseado na revisão de literatura realizada a partir da leitura e análise de artigos científicos, dissertações, teses e publicações do Ministério da Saúde. **Resultados:** O SUS pretende abranger as populações afro-descendentes com ações de: 1) ações educativas; 2) sensibilização e capacitação de profissionais de saúde; 3) “quesito cor” nos documentos e sistemas de informação do SUS; 4) assistência pré-natal; 5) programa de anemia falciforme; 6) quilombolas; aqui os municípios com comunidades quilombolas são incluídos nas ações de saúde numa abordagem adequada às suas necessidades, a Portaria nº 1.434/2004, do Ministério da Saúde definiu aumentar em 50% o valor dos incentivos das equipes de Saúde da Família e Bucal nos municípios (grifo nosso); 7) parcerias. **Conclusão:** Torna-se, portanto, necessário que o profissional de enfermagem componente da equipe de saúde na família, atenda ao novo perfil da estratégia de atenção à saúde da população, e, principalmente se está inserido no contexto das comunidades afro-descendentes, para que possa integrar um conjunto de ações básicas de prevenção, promoção à saúde de forma a atender a comunidade quilombola em suas peculiaridades.

**AVALIAÇÃO DOS ERROS RADIOGRÁFICOS MAIS COMUNS COMETIDOS PELOS ALUNOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. GONÇALVES, Letícia Machado, LEITE, Danielly de Fátima Castro, JÚNIOR, José Cícero Pereira, FRANCO, Marcela Mayana Pereira, MACHADO, Bruna Carmela Polli, LAGO, Marília**

A radiografia odontológica é um exame complementar importante e necessário para elaboração do diagnóstico, planejamento e execução do tratamento. Portanto, este recurso fornece aos profissionais das diversas especialidades odontológicas, informações úteis para o seu dia a dia, desde que ofereçam um padrão de

qualidade aceitável. Falhas durante a execução da tomada radiográfica ou mesmo durante o processamento dos filmes geram interpretações errôneas, repetição da técnica, maior exposição dos pacientes à radiação, além de aumentar o tempo clínico e os custos dispensados. Como consequência, tem-se a perda da qualidade da imagem radiográfica, impossibilitando o uso da mesma para propósitos de documentação e preservação dos tratamentos. Com o objetivo de analisar as causas de perda de qualidade mais relevantes, bem como a frequência com que ocorrem, foi desenvolvida esta pesquisa, em que verificamos o desempenho dos alunos da faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão em relação à técnica e processamento no ano de 2007. Seleccionadas aleatoriamente, foram examinadas 100 radiografias periapicais de pacientes submetidos a tratamentos em clínicas, as quais foram realizadas pelas técnicas periapicais da bisetriz e paralelismo, e processadas pelo método tempo e temperatura. Para avaliação das imagens utilizou-se negatoscópicos em sala escura com o auxílio de lupas, sendo analisadas uma a uma e anotadas as informações numa tabela com os seguintes critérios de avaliação: erros de técnica (angulação, curvatura, picote, dupla exposição e meia-lua), de processamento (lavagem insuficiente, manchas, velamento, impressão digital, riscos e imersão parcial) e de densidade. Os resultados da pesquisa sugeriram maior frequência de erros associados à técnica, principalmente por meia-lua e angulação, o que torna impossível a correta interpretação da imagem. Uma vez esses fatores identificados, métodos poderão ser desenvolvidos para permitir a implantação de estratégias educacionais apropriadas e corrigir aspectos negativos na qualidade da radiologia odontológica.

**CARACTERÍSTICAS DAS ADOLESCENTES GRÁVIDAS ATENDIDAS NO POSTO DE SAÚDE DO BAIRRO TIBIRI EM SÃO LUÍS-MA. BRAGA, Fernanda Daniele Viegas CUNHA, Maria Sônia de Souza, KISHISHITA, Kaline dos Santos, SANTOS, Samantha Maciel Abas, SILVEIRA, Débora Caroline Menezes, BATISTA, Rosângela Fernandes Lucena**

**Introdução:** A gravidez precoce é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade na adolescência. No Brasil, estima-se que aproximadamente 20 a 25% do total de mulheres gestantes são adolescentes, ou seja, 1 em cada 5. **Objetivo:** Caracterizar as grávidas na adolescência, identificando idade, escolaridade, estado civil e antecedentes ginecológicos. **Metodologia:** Foi realizado um estudo retrospectivo e descritivo entre grávidas adolescentes, com idade entre 13 e 18 anos, atendidas no período de janeiro de 2004 à agosto de 2006, no Posto de Saúde da Família do Bairro Tibiri. Foram analisados todos os prontuários neste período, totalizando 64 adolescentes. **Resultados:** A idade média das adolescentes foi de 16,6 anos; em relação ao nível de escolaridade, 21 (33,0%) não concluíram o primeiro grau e 12 (19,0%) eram analfabetas. Quanto ao estado civil, 48 (75,0%) eram solteiras, 14 (21,9%) casadas e 2 (3,1%) viúvas. Em relação ao número de gestações: 39 (61,0%) eram primíparas, 18 (28,0%) secundíparas e 7 (11,0%) múltíparas. **Conclusão:** No transcorrer de nossa pesquisa observamos um percentual considerável de adolescentes grávidas solteiras e primíparas. No entanto, nos prontuários não existiam informações necessárias que fornecessem dados suficientes para uma análise mais consistente da situação das adolescentes grávidas no bairro do Tibiri.

**CENTRO CIRÚRGICO: OBSERVANDO AS ROTINAS DE ENFERMAGEM. DUTRA, Shirley Belfot, SILVA, Aritânia Gonçalves da, SILVA, Elza Lima da, FERREIRA, Denicy Alves P. Ferreira**

**Introdução:** Rotina é o conjunto de elementos que especifica a maneira exata como uma ou mais atividades devem ser realizadas. Não é suficiente que as normas e rotinas estejam elaboradas e contidas nos manuais, faz-se necessário a implementação destas para assegurar a resolutividade da assistência. **Objetivo:** Avaliar a execução das rotinas de enfermagem no Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra, da Universidade Federal do Maranhão. **Metodologia:** Realizou-se um estudo descritivo a partir da observação diária das rotinas realizadas no Centro Cirúrgico e procedeu-se análise comparativa da prática com o preconizado no Manual de Enfermagem da referida Unidade, no período de 02/01 a 15/02/07. Para o estudo, observaram-se as rotinas referentes à paramentação cirúrgica; passagem de plantão; realização de alguns procedimentos assistenciais e administrativos. **Resultados:** Com relação à paramentação cirúrgica, a rotina não segue o preconizado no manual percebe-se o uso de sandálias abertas, saídas de profissionais do setor com a roupa privativa e calças enroladas até os joelhos; quanto à passagem de plantão não se faz de forma efetiva e a troca de informação é prejudicada; Quanto aos cuidados assistenciais, quase sempre são delegados aos técnicos de enfermagem; e com relação às funções administrativas seguem segundo o que é preconizado no manual de enfermagem. **Conclusão:** Às rotinas do Enfermeiro no Centro Cirúrgico, resumem-se às atividades administrativas, voltadas ao provimento de recursos necessários ao funcionamento do setor e à sua organização, bem como à prestação de cuidados aos pacientes cirúrgicos.

**CIRROSE HEPÁTICA E SUA IMPLEMENTAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.**  
**ALBUQUERQUE, Laine Cortês, RODRIGUES, Djane Pereira, SARDINHA, Ana Hélia de Lima, SILVA, Fernando Henrique Pinto**

**Introdução:** A cirrose hepática é uma condição ocasionada por certas doenças crônicas do fígado que provocam a formação de tecido cicatricial e dano permanente ao fígado. Isto ocasiona a perda do tecido hepático normal, modificando a sua estrutura e, por conseguinte, diminui a capacidade do órgão em processar nutrientes, hormônios, fármacos e toxinas e de produzir proteínas e outras substâncias, além de prejudicar o fluxo de sangue pelo fígado. **Objetivos:** Delinear uma Assistência de Enfermagem com base no referencial teórico de Wanda de Aguiar Horta. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa tipo estudo de caso. Realizada na Clínica Médica Masculina de um Hospital Universitário, no período de 31/01/07 à 08/02/07, com um paciente com o diagnóstico de Cirrose Hepática. **Conclusão:** A aplicabilidade e fundamentação do plano assistencial de Wanda Horta, segundo as Necessidades Humanas Básicas, foram satisfatórias, pois., possibilitou traçar metas para o paciente. Ressalta-se a importância da sistematização da Assistência de Enfermagem tanto para o paciente como para os profissionais de Enfermagem.

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DO AUTO-EXAME DE MAMAS ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA. FERREIRA, Denicy Alves Pereira, GOMES, Jovenília Coêlho, SANTOS, Dayse Maria Conceição dos, SILVA, Elza Lima da.**

O câncer de mama é um dos principais problemas de saúde pública, e a realização do auto-exame é uma das etapas fundamentais para identificação de tumores da mama em fase inicial. É através do auto-exame que a mulher passa a conhecer detalhadamente suas mamas e facilmente conseguirá perceber qualquer alteração precocemente. ORQUIZA (1995). É competência do enfermeiro, orientar sobre a importância da realização do auto-exame de mamas às mulheres, portanto, esse estudo se justifica na importância de conhecer a prática desse exame entre os profissionais de enfermagem. Realizou-se estudo observacional descritivo, tipo inquérito CAP – conhecimento, atitude e prática para o auto-exame de mamas, entre enfermeiros e auxiliares de enfermagem de uma maternidade pública em São Luís-MA, no período de março a maio de 2005. A população de enfermagem na referida maternidade era composta por 23 enfermeiras e 126 auxiliares, entretanto, trabalhou-se com uma amostra de apenas 15 enfermeiros e 30 auxiliares de enfermagem que, se dispuseram a participar da pesquisa. As entrevistas se deram por meio de um questionário com perguntas abertas e fechadas, aplicado pelas pesquisadoras. O estudo mostrou que apenas 20% dos enfermeiros e 13% dos auxiliares de enfermagem realizam a técnica do auto-exame corretamente e mesmo assim 73% das enfermeiras e 70% das auxiliares de enfermagem confiam no seu auto-exame. Quando questionadas sobre treinamento para realização do auto-exame, apenas 35% dos enfermeiros e 20% responderam haver participado. Com relação ao conhecimento dos métodos utilizados para o diagnóstico precoce do câncer de mama, apenas uma entrevistada respondeu de forma satisfatória. Conclui-se que, há necessidade de treinamento e conscientização desses profissionais como parceiros essenciais na luta contra o câncer de mama, e que devem atuar permanentemente como multiplicadores de informação.

**ECTOPIA CORDIS: RELATO DE CASO. ARAÚJO COSTA, Lícia Kércia, NUNES JÚNIOR, Joel Nicolau Nogueira, CARNEIRO AGUIAR, Guilherme, MENDES DE CARVALHO, Luciana, SANTOS, Natália Rosa, GUIMARÃES DE SOUZA, Jennefer, MARTINS, Marília da Glória**

**Introdução:** A Ectopia cordis pode ser definida como defeito congênito raro, relacionado à malformação da parede anterior do tórax, com localização extratorácica do coração. Dependendo da posição onde o coração é encontrado, pode ser categorizada em quatro tipos: cervical, torácica, tóraco-abdominal e abdominal. A formação das paredes torácica e abdominal está completa na nona semana e, a parede do coração com oito semanas. A prevalência desta doença é baixa, um a cada 65.000 nascidos vivos, a literatura mundial descreve quase 900 casos. O prognóstico é reservado e depende do grau da malformação intracardíaca, malformações associadas, e o grau de exposição do coração. A maioria das crianças falece nas primeiras horas ou dias de vida. Tentativas de correção cirúrgica já foram amplamente realizadas, recomendando-se cobertura imediata do coração e conteúdo abdominais expostos com prótese de silastic, além da avaliação completa e correção dos defeitos intracardíacos antes do fechamento da parede abdominal. **Descrição do caso:** A.C.S.S., 16 anos, branca, católica, lavradora, casada, natural e residente no município de Coroatá-MA, multigesta, Gesta V, Para II, Abortos III (espontâneos), DUM:16/07/2006, relatou período de amenorréia de 7 meses sem intercorrências obstétricas, realizou 4 consultas pré-natais e um exame de ultra-sonografia obstétrica em torno de 17 semanas e 06 dias. No dia 23/01/2007 foi admitida no Hospital Universitário Unidade Materno Infantil (HUUMI) queixando-

se de dor no baixo ventre, e com laudo ultra-sonográfico realizado no dia 06/11/2006: Biometria: DBP 40, 1 mm, CC 150 mm, CA 121mm, CF 24,2 mm, Peso: 230g, placenta: inserção fúndica, maturidade grau 0, líquido: quantidade normal, e concluía gestação tópica de 17 semanas e 6 dias. Foi internada na enfermaria de Clínica Obstétrica, medicada com Dexametasona e Terbutalina e solicitados os seguintes exames de rotina. Realizada Ultra-sonografia Obstétrica que mostrou: feto único, pélvico, movimentos fetais presentes, FC: 140bpm, biometria : DBP 72 mm, CC 267 mm, CA 228 mm, CF 52 mm, CU 45 mm, placenta: inserção lateral direita grau I, quantidade de líquido amniótico normal. Conclusão: Gestação tópica de 28 semanas, vitalidade fetal preservada. Observando defeito no esterno, com protusão do coração para fora do tórax (ectopia cardíaca). No dia 04/01/07 a paciente evoluiu para trabalho de parto e parto por via vaginal, recém-nascido prematuro (28 semanas) de apresentação pélvica, estatura 40 cm, peso 1600 g, Apgar 04 ao 1º minuto e 06 ao 5º minuto após o nascimento, observou-se fácie atípica com implantação baixa de orelha. Não foi necessário manobra de reanimação, feto apresentando defeito no esterno, com protusão do coração exteriorizado, mostrando ápice, átrio direito e apêndice atrial com boa contratilidade, ausência de pericárdio, aparentemente sem nenhuma anomalia grosseira. Apresentou ainda implantação alta do cordão umbilical (2 artéria e 1 veia) e eliminação de urina e mecônio. O RN foi submetido à cirurgia cardíaca logo após o nascimento evoluindo para óbito durante o ato operatório. Conclusão: concluímos que a história obstétrica neste caso específico é um marcador importante na busca da etiologia dos abortamentos de repetição.

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE - CONTRIBUIÇÕES DAS ORIENTAÇÕES NA VIDA DE CRIANÇAS ASMÁTICAS. SANTOS, Sergio Sousa Sena, BEZERRA, ISabella De Alencar Maia, RIOS, Cláudia Teresa Frias, SANTOS, Polyana Sousa Sena, SOUZA, Ariana Alves Ferraz.**

**Introdução:** A asma é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por episódios recorrentes de obstrução brônquica, insuficiência ventilatória e produção de secreção mucóide. **Objetivo:** verificar as contribuições da educação em saúde na vida de crianças portadoras de asma. **Metodologia:** Pesquisa de campo descritiva exploratória. A amostra foi constituída por 20 crianças que procuraram o ambulatório de pneumologia do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra (HUUPD), no período de 06 de junho a 08 de agosto de 2006. O critério de inclusão foi ter de 8 a 12 anos, ser asmático e ter realizado no mínimo duas consultas. **Resultados:** Mostram que 75% das crianças eram do sexo masculino e tinham entre 10 e 12 anos; 75% definem asma como sendo, puxado, cansaço e falta de ar; 100% sabem que a asma não tem cura e não é contagiosa; 75% informaram que no momento das crises fazem uso de bombinha e nebulização. Relatam dor no peito, cansaço, tosse, catarro, falta de ar e chiado no peito como sintomas da asma. As crianças citam como medidas para prevenir os fatores desencadeantes: prevenir a poeira, não ficar perto de fumaça, tapetes, fumantes e animais domésticos. Os fatores desencadeantes mais conhecidos por elas são a poeira (16,7%), os animais domésticos (14,4%) e a fumaça (11,1%). 31,8% têm a poeira como fator desencadeante de crise. Produtos de limpeza (100,0%), animais (75,0%), tapetes (50,0%) e fumantes (25,0%) foram os irritantes mais presentes em suas casas. Responderam que o asmático pode ter uma vida normal, que a medicação é importante para o controle da doença e, 62,5% acreditam que evitar os fatores desencadeantes também é uma medida importante no controle da asma. **Conclusão:** Após as intervenções realizadas melhorou significativamente o conhecimento a respeito da patologia, que não houve melhora significativa na higiene do ambiente físico e que uma parcela das crianças (37,5%) apesar de conhecerem os fatores desencadeantes e as medidas de prevenção dos mesmos ainda acredita que a terapia medicamentosa é o suficiente para o controle da asma.

**ESTUDO DE CASO DE UM PACIENTE ATINGIDO POR PROJÉTEIS DE ARMA DE FOGO. COELHO, Dayse Azevedo, FREIRE, Dannyel Franklin Marinho, SIPAÚBA, Tardelly Souza, SOUSA, Cristiane Carvalho, SERRA, Karla Gardenea Pereira Serra, SERRA, Sara Costa.**

**Introdução:** As lesões por projétil de arma de fogo são a segunda causa mais freqüente de lesões traumáticas da coluna vertebral, estando atrás apenas dos acidentes de trânsito. Uma bala pode ricochetear em estruturas ósseas e lesionar os órgãos torácicos e grandes vasos provocando derrames e possibilitando a instalação de infecções. **Objetivo:** Aplicar a assistência de enfermagem sistematizada detectando os problemas e diagnóstico de enfermagem de um paciente atingido por projéteis de arma de fogo, assim como elaborar um plano de cuidados para o paciente e acompanhá-lo. **Metodologia:** O estudo foi realizado no período de 4 /12/2006 a 23/01/07 em uma unidade hospitalar pública na cidade de São Luis – MA, e os dados foram obtidos à partir de anamnese e exame físico, bem como através de informações contidas no prontuário de um paciente de 50 anos, policial militar que aceitou participar da pesquisa. **resultados:** Constatamos vários diagnósticos de enfermagem: mobilidade física prejudicada relacionada com paraplegia e distúrbio da percepção sensorial devido à lesão raqui-medular; acometimento da integridade da pele com a perda sensorial permanente e

imobilidade apresentando úlcera por pressão de grau II; entre outros demais descobertos para os quais planejou-se implementações e intervenções.

Conclusão: Os cuidados individualizados e humanizados propiciam ao paciente segurança e proteção tornando a assistência de enfermagem eficaz, favorecendo a identificação das necessidades humanas básicas que precisam de cuidados especiais por parte da equipe de enfermagem e família, bem como o auxílio ao autocuidado.

**EXPOSIÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE À MATERIAIS PERFURO-CORTANTES EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. RODRIGUES, Rosangela Almeida, SILVA, Elza Lima da, PESTANA, Aline Lima, FARIAS, Flávia Baluz Bezerra de, FERREIRA, Denyce Alves Pereira, FURTADO, Aline Santos.**

Introdução: Os profissionais de saúde no exercício de suas atividades se expõem, a materiais perfuro-cortantes com riscos biológicos e não raramente, são envolvidos em acidentes com estes. Objetivos: Identificar os principais tipos de acidentes ocorridos bem como, o material biológico envolvido e a circunstância em que ocorreu o acidente; Avaliar a conduta após a exposição. Metodologia: Realizou-se um estudo retrospectivo, descritivo e quantitativo com base nos dados notificados pela CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) de profissionais de saúde acidentados com materiais perfuro-cortantes em um hospital de Urgência e Emergência em São Luís-MA no período de 2004 a 2006. Resultados: Observou-se que os acidentes ocorreram com profissionais enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, estagiários e técnicos de laboratório. Constatou-se que a maior parte dos acidentes ocorreram com materiais perfurantes (83%), sendo o scalp (33%) o material mais envolvido, ocasionando assim, contaminação com sangue em 90% dos casos. As circunstâncias em que ocorreram os acidentes foram: 10% através de agulhas encontradas no lixo comum, 6% por reencape de agulhas, 3% durante a punção venosa, 1% através de agulhas encontradas no lixo hospitalar e 80% por outros motivos não mencionados. Na maioria dos casos (64%) o paciente foi identificado, tendo sido o profissional que se contaminou, em sua minoria (48%), submetido aos exames no momento do acidente. 50% dos acidentados lavaram a mão com água e sabão após o acidente, 2% pressionaram para sangrar e lavaram o local lesionado, 3% iniciaram a vacina anti-hepatite B após o acidente, 7% iniciaram o uso do coquetel, 2% lavaram o local lesionado com álcool e 36% não souberam tomar nenhuma atitude. Entre os acidentados observou-se que 24% deles não haviam sido imunizados com nenhuma dose de vacina contra hepatite B e 46% haviam tomado as 3 doses da vacina. Constatou-se também que 100% dos profissionais não realizaram acompanhamento sorológico, nem foram encaminhados ao médico do trabalho. Conclusão: Conclui-se que a maioria dos acidentados tiveram uma conduta correta após o momento de exposição, lavaram o local lesionado com água e sabão e procuraram ajuda na CCIH, porém não fizeram um acompanhamento sorológico, apesar de terem sido convocados.

**FAMÍLIA E DEPENDÊNCIA QUÍMICA: O RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA DE GRUPO NO AMBULATÓRIO DE COCAÍNA E CRACK. SALGADO, Christiana Leal**

Estudos apontam que problemas gerados pelas drogas desenvolvem-se num contexto familiar bem como o influenciam. Grande parte dos dependentes são indivíduos integrados a círculos sociais, possuindo vínculos primários. Assim, a família é considerada fator crítico no tratamento da dependência e sua abordagem é um procedimento consagrado em programas terapêuticos. O uso de drogas no contexto familiar leva a comprometimentos na sua funcionalidade; frente a tal constatação verifica-se a importância de compreender as definições de papéis existentes para restabelecer a homeostase grupal e individual. Este trabalho tem por finalidade apresentar a experiência com grupo de familiares do ambulatório de Cocaína e Crack da UNIAD - Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas da UNIFESP; identificar problemáticas específicas dessa população, objetivando contribuir para aumentar comportamentos resilientes; melhorar suas relações almejando o resgate da autonomia, coesão e melhor enfrentamento das situações. O grupo funciona com doze encontros de duração de oitenta minutos e aproximadamente dez participantes. Utiliza roteiro pré-estabelecido com técnicas de expressão, elaboração dos sentimentos em razão das vivências com um dependente no meio familiar, instrumentos psicoeducativos sobre dependência e habilidades sociais.

**GASTROSQUISE: ANÁLISE DE 23 CASOS. ALMEIDA SILVA, Ana Maria, BARROS, Rosy Ane de Jesus, MARTINS, Marília da Glória**

Introdução: Gastrosquise constitui uma anormalidade congênita da parede abdominal anterior, para-umbilical

direita, através do qual ocorre herniação de vísceras abdominais como estômago, intestino delgado, intestino grosso e bexiga durante o período intra-uterino, repercutindo diretamente na sobrevivência dos pacientes acometidos. Objetivo: analisar os fatores pré-natais e a evolução dos recém-nascidos com Gastrosquise atendidos no Hospital Universitário Materno-Infantil (HUUMI) no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005. Variáveis como presença ou não de diagnóstico pré-natal, local e tipo de parto, intervalo entre parto e correção cirúrgica, tipo de correção cirúrgica, necessidade de reanimação, nutrição parenteral, óbito neonatal, volume de líquido amniótico, idade gestacional no parto, peso ao nascer, parto pré-termo, ruptura prematura pré-termo de membranas, sofrimento fetal, ventilação mecânica e pós-operatório. Métodos: Foram selecionados para o estudo 23 casos. Verificou-se a realização do pré-natal, diagnóstico pré-natal, idade e peso ao nascer, sexo, resultado da ultra-sonografia: polidramnia, espessamento placentário, herniação de alças intestinais em cavidade amniótica. Em relação ao parto verificou-se o tipo, e quanto ao RN, a necessidade de reanimação, correção cirúrgica, pós-operatório, e condições de alta e óbito. Resultado: Houve maior prevalência de gastrosquise no sexo masculino (65,2%) contra apenas 34,8% do sexo feminino. Em 8,7% das gestantes a ultra-sonografia não mostrou alterações, em 30,4% foi apontado espessamento de alça e em 13%, polidramnia, espessamento placentário, herniação de alças intestinais em cavidade amniótica, 47,8% dos partos foram cesáreos e 52,2% evoluíram para parto normal, 10 RN necessitaram de reanimação, 13 não. Em 10 RN foi realizada correção cirúrgica em tempo único, e, em 11 RN foi feita correção em estágios com silo. Quanto ao pós-operatório, 56,5% tiveram alta em boas condições e 43,5% evoluíram para óbito. Conclusão: Conclui-se que o bom acompanhamento pré-natal, assim como uma abordagem rápida e eficiente dos pacientes com gastrosquise, constituem a chave para um melhor prognóstico na evolução desses pacientes.

**HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL VERSUS HISTERECTOMIA VAGINAL SEM PROLAPSO GENITAL: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE O TEMPO CIRÚRGICO E A PERMANÊNCIA HOSPITALAR**  
**FECHINE, Fúlvia Estefânia Padre, SOUSA, Márcia da Silva, HORTEGAL, Hilmar Ribeiro, RABELO JÚNIOR, Raimundo Francisco, NASCIMENTO, Graciete Helena dos Santos, MARTINS, Marília da Glória**

Introdução: Consiste na retirada completa do útero, incluindo suas duas porções, corpo e colo, tradicionalmente através de incisão abdominal. Indicada no tratamento de diversas patologias uterinas e com grande frequência na abordagem de miomas em mulheres que já têm prole constituída. Objetivo: comparar o tempo cirúrgico e o tempo de internação das pacientes submetidas a histerectomia vaginal sem prolapso em relação a histerectomia por via abdominal. Método: no período de janeiro a outubro de 2006, foram acompanhadas 157 mulheres submetidas a histerectomia abdominal ou vaginal. Foi utilizado questionário com perguntas abertas e fechadas, onde variáveis foram separadas de acordo com as etapas pré-estabelecidas no estudo. A primeira etapa, considerada o pré-operatório verificou-se: procedência, idade, cor, paridade, volume uterino, cirurgias anteriores, a segunda etapa, o trans-operatório, observou-se a técnica cirúrgica realizada, e a terceira etapa, o pós-operatório imediato e verificamos o período de permanência hospitalar. Resultados: das 157 pacientes avaliadas, 60,5% (95) tinham entre 41 e 50 anos, 76,4% (120) eram multíparas, o volume uterino avaliado pelo exame ultra-sonográfico variou até 300cm<sup>3</sup>, a histerectomia abdominal foi realizada em 66,2% (104) pacientes, enquanto que a histerectomia vaginal sem prolapso foi realizada em 32,4% (51) pacientes, houve conversão cirúrgica em duas pacientes (1,2%). O tempo cirúrgico variou entre 30 a 120 minutos de cirurgia. A permanência hospitalar variou de acordo com a técnica cirúrgica realizada. Conclusões: o volume uterino, evidenciado na ultra-sonografia pré-operatória, de até 300 cm<sup>3</sup> não influenciou na escolha da técnica cirúrgica. Nas duas conversões cirúrgicas, o volume uterino não ultrapassou 200cm<sup>3</sup>. O tempo cirúrgico nas histerectomias vaginais foi, em média, uma hora menor, comparado ao tempo médio das histerectomias abdominais. A permanência hospitalar também foi menor na histerectomia vaginal, em média 36 horas, comparada com 48 horas na histerectomia abdominal.

**INSERÇÃO DO ENFERMEIRO NAS GERÊNCIAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. BARBOSA, Conceição de Maria Schliebe, COUTINHO, Nair Portela Silva.**

Introdução: A inserção do enfermeiro nas gerências dos serviços de saúde é algo em crescimento, possibilitando o reconhecimento da enfermagem não somente no cuidado direto aos pacientes mas também na liderança dos serviços prestados administrativamente para prover o desenvolvimento da própria assistência. A Enfermagem e a Administração estão segundo Trevisan, entre os principais pilares que serviram de suporte para o funcionamento e o progresso alcançado pelas unidades de saúde, tendo estas o grau de burocratização determinado por sua dimensão e complexidade de suas responsabilidades. Objetivos: conhecer a inserção do enfermeiro nas gerências dos serviços de saúde; identificar o nível de capacitação técnico-científica das gerentes de

Enfermagem nesses serviços; demonstrar a importância que as gerentes atribuem às suas profissões a partir de suas auto-análises e identificar as metas utilizadas por eles para desenvolverem as ações. Metodologia: estudo exploratório, descritivo, realizado nos serviços de saúde do município de São Luís, situados em diferentes bairros, no período de agosto a outubro de 2006. Para coleta de dados aplicou-se um questionário contendo perguntas abertas e fechadas. Foram entrevistadas 8 enfermeiras que trabalham como gerentes de unidades de saúde. A pesquisa foi elaborada atendendo a Resolução CNS nº 196/96 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Resultados: das profissionais entrevistadas 87,5% têm cursos de pós-graduação, 50,0% ocupam o cargo de gerência há 2 anos; 87,5% chegaram ao cargo por meio de indicação, considerando ser cargos de confiança e 75,0% recebem de 9 a 12 salários mínimos. Dentre suas atribuições, 50,0% consideram que o planejamento é atividade mais importante para um gerente, 37,5% afirmam ser a burocracia o principal fator que dificulta a execução de seus trabalhos, 75,5% referem concordar com a política da instituição para qual trabalham, 62,5% percebem que há reconhecimento do seu trabalho por meio do apoio e respeito recebidos, 100,0 informaram ter investido na qualificação da equipe e mais qualidade nos serviços prestados%. Conclusão: a pesquisa possibilitou conhecimentos importantes sobre a inserção do enfermeiro nas gerências de saúde pública, sendo ressaltado o reconhecimento das referidas profissionais, que contribuem para a qualidade da atenção ao usuário.

**MÃES ADOLESCENTES: QUEM SÃO E COMO AGEM COM SEUS FILHOS NO BAIRRO DO ANJO DA GUARDA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS-MA. LIMA JÚNIOR, Eduardo Alves de, COSTA, Geny Rose Cardoso, MUNIZ DE FARIAS, Josefa Quiteria Gonçalves**

Segundo dados do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – o número de adolescentes grávidas entre 15 e 19 anos, aumentou 15% desde 1980. O problema da gravidez precoce atinge, não somente a adolescente e sua família, mas toda uma sociedade. Face a essa situação que precisa ser mudada é que partimos para o estudo e análise de dados estatísticos, com intuito de buscar respostas para senão solucionar, ou ao menos amenizar este triste quadro que faz parte da realidade do nosso Estado. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado na área 12 do PACS-PSF de São Luís/MA, no período de julho e agosto de 2004, com 51 mães adolescentes. Este estudo visou investigar alguns indicadores, como condições sócio-econômicas, cuidados com os filhos, estrutura familiar, conhecimento dos métodos contraceptivos e frequência de consulta realizada à criança. Na coleta de dados, utilizou-se variáveis sócio-econômicas e educacionais. Os resultados mostraram que a maior taxa de fecundidade foi aos 17 anos. Com relação ao estado conjugal das mães adolescentes, 52,9% vivem em união consensual, e já nessa idade. Têm filhos menores de 1 ano. Em relação à escolaridade, 52,9% das entrevistadas possuem apenas o fundamental completo, e cerca de 64,7% percebem menos de um salário mínimo familiar. Do universo estudado, 54,9% ainda são estudantes e 45,1% são domésticas, enquanto que 31,4% procuram emprego. No que diz respeito à moradia, 52,9% dividem o cômodo, variando entre 5 a 10 pessoas em casas de poucos cômodos. Do grupo analisado, 58,8% dos filhos são cuidados pelas mães das adolescentes. Os resultados pesquisados nos permitiram concluir que as mães adolescentes do Programa de Agente Comunitário de Saúde/ Programa de Saúde da Família da Unidade de Saúde Clodomir Pinheiro Costa – Anjo da Guarda, São Luís/MA apresentam características comuns a todas as mães adolescentes que vivenciam essa realidade.

**MORBIMORTALIDADE POR DIARRÉIA EM MENORES DE CINCO ANOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR-MA. GUTERRES, Michelli Amorim Souza**

Introdução: A pesquisa teve como objeto de estudo a apuração do índice de morbimortalidade por diarreia em menores de cinco anos em uma Unidade de Saúde de São José de Ribamar-MA. Objetivos: Determinar o percentual de morbimortalidade por diarreia em menores de cinco anos, bem como seu perfil socioeconômico e os recursos terapêuticos utilizados por suas mães. Metodologia: Trabalho realizado em uma unidade de saúde de São José de Ribamar em 2006, com abordagem quantitativa descritiva, onde se coletou o número total de menores de cinco anos atendidos, e deste retirou-se os atendidos com diarreia, calculou-se a taxa de morbidade por diarreia através da fórmula: Taxa de morbidade=(Número de crianças atendidas com diarreia / número de crianças atendidas) x 100, utilizou-se amostra aleatória simples estatisticamente significativa para análise dos dados referentes aos aspectos socioeconômicos e variáveis ligadas a doença, como instrumento de investigação utilizou-se entrevista semi- estruturada além da consulta aos livros de registros e estatísticos da unidade, os resultados obtidos foram representados em gráficos e tabelas. Resultados: Os resultados indicaram 71,42% de morbidade por diarreia; 43,33% das mães estavam na faixa etária entre 20 e menor de 25 anos; 22,22% não completaram o ensino fundamental embora 5,56% sejam analfabetas; 34,44% das crianças estavam na faixa etária entre um e menor de dois anos; 38,89% eram alimentadas somente com

líquido/leite materno durante o episódio diarréico; 21,11% ainda usavam chás como recurso terapêutico. Conclusões: Evidenciou-se elevado índice de morbidade por diarreia, por outro lado não foram constatados casos de mortalidade; grande incidência de mães jovens com baixos níveis de escolaridade; o maior percentual de doença diarréica foi encontrado em menores de dois anos; elevada taxa de mães que não utilizam soro caseiro e considerável utilização de chás como recurso terapêutico.

**MORTALIDADE POR MAL FORMAÇÃO CONGÊNITA EM SÃO LUÍS E NO MARANHÃO. OLIVEIRA, Milene Barreto Brito de, BATISTA, Rosângela Fernandes Lucena, SILVA, Andréa Cristina Oliveira, SILVA, Sara Mirelly Azevedo, MENDES, Fabíola Brenda Soares.**

Introdução: O desconhecimento da etiologia das mal formações congênitas (54%) representa um problema de saúde pública por não fornecer parâmetros no desenvolvimento de políticas de saúde que possam prevenir e assistir os doentes de forma integral e consequentemente reduzir o número de óbitos. Objetivos: Investigar a mortalidade fetal por mal formação congênita no estado do Maranhão em 2004. Metodologia: Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e comparativo, utilizando dados da Declaração de óbito (DO) somente dos casos ocorridos no Maranhão. Os dados foram coletados através do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Resultados: Foi constatado 264 óbitos em todo o Estado, sendo que 134 concentravam-se na cidade de São Luís (50,75%), e os 130 restantes distribuídos pelos municípios do Maranhão (49,24%). Dos municípios mais acometidos destacaram-se Imperatriz (24 casos, 10,2%) e Caxias (12 casos, 4,5%) e o estado do Piauí registrou 40 casos (15,2%). Em relação às mães, o grupo mais acometido foi de mulheres pardas (59,6%), solteiras (92,5%), estudantes (31,8%) e lavradoras (22,7%) na faixa etária de 20 a 24 anos (40,55%). A mal formação mais freqüente foi do aparelho circulatório (49,2%) seguida do sistema nervoso (15,2%). Conclusão: Foi percebida a necessidade de investigar previamente e detalhadamente, por meio do pré-natal, a conduta materna durante toda a gestação a fim de apontar possíveis fatores teratogênicos ou desencadeadores das mal formações. Como contribuição essencial na pesquisa e prevenção, deve existir mais efetivamente o profissional de saúde que trabalhe no aconselhamento genético, no planejamento familiar e na educação para a saúde como um todo.

**MORTALIDADE FEMININA POR CÂNCER NO MARANHÃO. PESTANA, Aline Lima, SILVA, Elza Lima da, BATISTA, Rosângela Fernandes Lucena, SILVA, Andréa Cristina Oliveira.**

Introdução: O conhecimento da mortalidade feminina por neoplasia pode fornecer subsídios para implementação de políticas de saúde em nível local que viabilizem a prevenção e possibilite a identificação precoce da neoplasia. O diagnóstico precoce inclui ações de detecção a partir de sintomas e / ou sinais clínicos. Para tanto, é importante que a população em geral e os profissionais de saúde reconheçam os sinais de alarme para a neoplasia. Entende-se por mortalidade o número de mortes ocorridas em um determinado período ou ainda como produto de incidência e fatalidade para uma determinada neoplasia (FRISTACHI, ALDRIGHI, 2005). Objetivo: Investigar a mortalidade feminina por câncer no estado do Maranhão em 2004 comparando com a capital; Metodologia: Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, onde foram utilizados dados da DO (Declaração de Óbito). A população foi constituída de 762 óbitos femininos com diagnósticos de neoplasia maligna no ano de 2004, sendo 467 ocorridos no interior do estado do Maranhão. Os dados foram coletados no mês de janeiro de 2007 através do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) junto à Secretaria do Estado da Saúde (SES). Resultados: De acordo com os dados levantados observou-se que o maior percentual (61,3%) de óbito por câncer em mulheres ocorreu no interior do estado, na faixa etária de 60 anos e mais correspondendo a 56,6% na capital, seguido do interior com 42,8%. Quanto a ocupação 47,9% eram donas de casa na capital e 36,1% eram lavradoras no interior. Em relação ao estado civil 48,6% eram casadas e residiam no interior, sendo que 44,4% não possuíam escolaridade. 40,1% pertenciam a raça branca e tinham como principal causa básica de morte neoplasia maligna do aparelho digestivo com 32,9% em São Luís e no interior do estado 21,6%; seguida da neoplasia maligna de colo uterino 20,6% no interior e 15,9% na capital. Conclusão: A neoplasia maligna é um problema de saúde pública sendo responsável anualmente por 7 milhões de mortes. Sugere-se que as políticas de saúde em nível local sejam mais efetivas, pois com a detecção precoce da neoplasia maiores são as chances de cura, a sobrevida e a qualidade de vida da mulher.

**NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE AIDS NO ESTADO DO MARANHÃO NO PERÍODO DE 1985 A 2005. SANTOS, Polyana Sousa Sena, SOUZA, Ariana Alves Ferraz, OLIVEIRA, Sergiana Moraes, SANTOS, Sergio Sousa Sena, PEREIRA, Tayara Costa, FERREIRA, Valentina de Cassia da Cruz.**

Introdução: A AIDS é uma doença emergente, que representa um dos maiores problemas de saúde da

atualidade, em função do seu caráter pandêmico e sua gravidade. A notificação é feita pelo preenchimento e envio das fichas de investigação de Aids, disponível no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que deve ser preenchido pelo médico ou outro profissional da área da saúde, seguindo o seguinte roteiro: identificação do paciente e coleta de dados clínicos e epidemiológicos. Objetivo: Conhecer os casos notificados de Aids no período de 1985 a 2005 no estado do Maranhão. Metodologia: Foi realizada uma pesquisa descritiva quantitativa feita através de dados coletados no departamento de DST/AIDS da Secretaria de Saúde de Estado do Maranhão, no ano de 2006. Resultado: Os casos notificados à coordenação do programa estadual de DST/AIDS de 1985 a dezembro de 2005, foram 2909, desses 60% estão na faixa etária entre 20 e 34 anos, a maioria dos indivíduos atingidos são do sexo masculino, possuem de 4 a 7 anos de estudo e baixa renda. Os municípios mais atingidos são: São Luís, Imperatriz, Caxias, Açailândia, Timon e Bacabal. Conclusão: Observamos ao longo do trabalho que questões socioeconômicas são fatores que influenciam diretamente o índice de casos notificados, e quanto menor o grau de escolaridade maior o número de casos.

**NOTIFICAÇÃO DE SOROPOSITIVIDADE EM GESTANTES NO MARANHÃO, 2000 A 2005. MELO, Edna Barros, PENHA, Thiara Vieira, GALDEZ, Alessandra Porto Pereira, RAMOS, Caroline Silva, JÚNIOR, Hilton Sousa Guimarães, SARAY, Helone Eloísa Frazão Guimarães**

Introdução. A síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) tem sido nestes últimos anos, um dos grandes desafios para a saúde pública em todo o mundo. O cenário atual mostra tendências bastante diversas daquelas observadas no início da epidemia, refletindo hoje um conjunto de agravantes, onde se destacam a pauperização, a interiorização e, principalmente, a feminização da Aids. Dessa forma são preocupantes os números de gestante soropositivas cuja consequência direta é a possibilidade da transmissão materno-infantil. Objetivos. Pretende-se estudar os indicadores epidemiológicos da evolução dos casos notificados de HIV em mulheres grávidas e suas correlações em saúde pública. Metodologia. Estudo descritivo sobre o padrão de evolução dos casos de soropositividade em gestantes entre os anos de 2000 a 2005 registrados no estado do Maranhão, notificados no Sinan. Utilizou-se o programa BioEstat 4.0 para o cálculo do intervalo de Confiança(95%). Resultados. A Região Nordeste contribui com cerca de 10% dos casos de soropositividade em mulheres gestantes em todo o Brasil. O estado do Maranhão por sua vez representa 7% dos casos registrados no Nordeste, somando ao todo 173 notificações entre o período de 2000 a 2005. Foram 2003 e 2004 os anos que representaram os maiores índices de confirmações de soropositividade com respectivamente 61 (35.26%) casos e 54 (32.36%) casos. Observamos no decorrer dos anos de 2002 a 2004 um discreto aumento, seguido por uma queda nos números no ano de 2005, o crescimento inicial pode ser explicado tanto pela expansão como também pela feminização da AIDS, o declínio que se segue pode ser explicado pela eficácia das políticas de saúde que se empenham na tentativa de minimizar esses valores. Conclusão. O perfil epidemiológico do HIV no estado do Maranhão em especial em mulheres grávidas aponta para declínio de ocorrência e estabilização dos indicadores, seguindo o mesmo padrão do Nordeste e Brasil.

**PERFIL DAS GESTANTES PORTADORAS DE DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ, ATENDIDAS NO PRÉ-NATAL ESPECIALIZADO .PERÍODO DE 2001 A 2005 - RESULTADOS PARCIAIS CUNHA, Sabrina Furtado, MARTINS, Marília da Glória, PICCIANI, Fernanda, MACAU, Stanley Néri, SALGADO, Natalino Filho**

Introdução: A doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) caracteriza-se pelo aparecimento, em grávida normotensa, após a 20ª semana de gestação, da tríade sintomática: hipertensão, proteinúria e edema. Assim como as infecções e hemorragias, constituem uma das maiores causas de morbimortalidade materna, contribuindo para índices alarmantes de partos pré-termo, restrição do crescimento intra - útero, asfixia perinatal e deslocamento prematura de placenta. Estão entre os fatores de risco associados, o diabetes, primigesta jovem e idosa, multiparidade, nefropatia hipertensiva, e outros. Objetivo: Verificar o perfil das gestantes portadoras de DHEG atendidas no pré-natal especializado no período de 2001 a 2005. Metodologia: Trata-se de estudo quantitativo e retrospectivo, cuja população constitui-se das gestantes portadoras de DHEG atendidas no pré-natal especializado no Serviço de Obstetrícia & Ginecologia do HU-UFMA no período de 2001 a 2005. O material utilizado foi a ficha pré-natal onde catalogamos os dados referentes a idade, cor, procedência, história obstétrica e antecedentes mórbidos. Resultados: Em 57 prontuários, observou-se que a população atendida em relação a faixa etária tinha 20 a 24 anos (22,8%), procedentes da capital (87,7%), em relação ao estado civil 40,3% casadas, 31,5% solteiras. Em relação a escolaridade 52,6% possuem o 2º grau completo. Com relação a antecedentes obstétricos, 75,4% são multigestas, 66,6% multiparas e 7,0% tem passado de mais de um aborto espontâneo, 57,8% não referiram DHEG em gestações anteriores, 21,0% apresentaram passado de pré-eclampsia e 7% , eclâmpsia. Conclusão: concluímos que há uma relação direta entre os

fatores predisponentes e o perfil das mulheres acometidas com DHEG.

**PERFIL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE QUE ATUAM NO DISTRITO ITAQUI-BACANGA EM SÃO LUÍS-MA. LIMA JÚNIOR, Eduardo Alves, COSTA, Geny Rose Cardoso, MUNIZ DE FARIAS, Josefa Quitéria Gonçalves**

Este estudo busca caracterizar o Agente comunitário de Saúde que desenvolve suas atividades no Distrito Itaqui-Bacanga nos Centros de Saúde da Vila Embratel, São Raimundo, Yves Pargas no Programa Saúde da Família, ligados a Secretaria Municipal de Saúde de São Luís. Bem como, identificar as repercussões que o desenvolver deste trabalho tem lhe trazido. Trata-se de um estudo descritivo, a partir de entrevistas semi-estruturadas com quarenta e oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atuam no Distrito Itaqui-Bacanga no exercício da atividade. A coleta desses dados realizou-se no período de 22 de agosto a 10 de setembro/2005 e a análise dos dados se processou de forma quantitativa. Os dados coletados nos mostraram que as faixas etárias predominantes dos ACS são de 36 a 42 anos, representando 31,3% da amostra, 91,7% possuem nível médio e 8,3% ensino fundamental, 45,8% dos entrevistados têm uma renda familiar mensal correspondente a 1 salário mínimo, 35,4% 1 a 2 salários mínimos, 14,6% de 2 a 3 salários mínimos e 4,2% possuem uma renda maior que 3 salários mínimos, 91,6% possuem casa própria, 4,2% alugada e 4,2% residem em imóvel cedido, 4,2% exercem a função a menos de 2 anos, 45,8% há 3 anos, 39,4% há 4 anos, 4,2% há 5 anos e 6,2% há 6 anos ou mais, 89,6% participam das atividades de avaliação e planejamento, 6,2% informaram que às vezes participam e 4,2% não participam, 66,7% informaram que consideram como bom o aproveitamento das atividades desenvolvidas, 20,8% consideraram ótimo, 10,4% regular e 20,1% não responderam ao questionamento, 89,6% dos ACS responderam que estão satisfeito no trabalho e apenas 10,4% disseram “não”. Ficou-se entendido que a necessidade de criar meios de se obter melhoria no setor de atendimento à Saúde da Família é um fator que carece de medidas emergenciais, pois se constatou um alto grau de insatisfação, principalmente no âmbito da falta de melhores condições de trabalho informado pelos ACS entrevistados. É importante ressaltar que o perfil do ACS necessita, acima de tudo, estar alicerçado a uma política de humanização sensibilizada voltada para relação ACS e comunidade.

**PERFIL DOS COMUNICANTES DE HANSENÍASE NO BAIRRO DO COROADINHO-SÃO LUIS-MA. GOMES, Camila do Vale, COSTA, Geny Rose Cardoso, GOMES, Larissa Fernanda Sales, NASCIMENTO, Stéfany Paula Oliveira do, ROCHA, Tainnah Martins, SANTOS, Laryssa Fontes Fonseca dos.**

**Introdução:** A hanseníase é entendida como doença infecto- contagiosa que atinge pele e nervos transmitida principalmente através das vias respiratórias. As apresentações clínicas são: Indeterminadas, Tuberculoide, Dimorfa, Virchowiana. A hanseníase tem cura, desde que o portador procure uma USB e cumpra rigorosamente o tratamento. **Objetivos:** Levantar o número de casos existentes no local; caracterizar o domicílio do comunicante de hanseníase; Identificar a percepção que a população tem sobre a doença. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com dados coletados através de registros de prontuário, a partir do diagnóstico da doença na Unidade Mista do Coroadinho em novembro de 2006. **Resultados:** No Coroadinho existem 55 casos de hanseníase, sendo 10 casos novos e 45 antigos. As condições de saneamento básico são precárias e em alguns casos, habitações inadequadas (5 pessoas/ 2 cômodos). Pode-se observar que a maioria da população não tem conhecimento sobre a doença e nem sua maneira de transmissão, pois de 25 pessoas entrevistadas, 3 responderam corretamente à pergunta. **Conclusão:** Evidenciou-se com a experiência, que a falta de conhecimento sobre a doença e sua transmissão pode estar relacionada à falta de informação. Observou-se que os comunicantes de hanseníase têm recebido pouca atenção por parte das instituições de saúde, no que diz respeito à educação em saúde, orientações e consultas, elementos fundamentais na prevenção e tratamento da doença. Quanto aos profissionais de enfermagem, espera-se esforços no sentido de priorizar sua prevenção, tendo em vista que a hanseníase mutila a identidade, rouba a liberdade e, principalmente, a cidadania do ser.

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE TUBERCULOSE NO MARANHÃO. MELO, Edna Barros, PENHA, Thiara Vieira, GALDEZ, Alessandra Porto Pereira, RAMOS, Caroline Silva, JÚNIOR, Hilton Sousa Guimarães, SARAY, Helone Eloísa Frazão Guimarães.**

**Introdução:** É uma infecção causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch. No Brasil e em outros 21 países em desenvolvimento, a tuberculose é um importante problema de

saúde pública. Objetivo: Pretende-se estudar os indicadores epidemiológicos e a evolução dos casos de tuberculose registrados no estado do Maranhão. Metodologia: Estudo epidemiológico descritivo sobre o padrão de evolução, prevalência etiológica e etária dos casos de tuberculose notificados no período de 2002 a setembro de 2006. Foram analisados casos notificados por faixa etária, agente etiológico, modo de entrada e sexo, dados fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão. Resultados: Os casos de tuberculose confirmados no Estado nos 5 últimos anos somam 15.202, assim distribuídos: 3.116 em 2002; 3.146 em 2003; 3.139 em 2004; 3.290 em 2005 e 2.508 até setembro de 2006. Houve prevalência no sexo masculino (57,9%). Predomínio na faixa etária de 20 a 59 anos (66,32%). A forma pulmonar prevaleceu no período estudado (91,8% dos casos notificados). A proporção de abandono do tratamento foi de 10,8 em 2002; 10,3 em 2003; 9,6 em 2004 e 4,1 em 2005. Os casos novos contribuíram de forma predominante (81,17%) o que pode indicar tanto falha nos programas de prevenção como melhoria nos serviços de detecção. Os casos de reingresso após abandono do tratamento, de transferência e de recidiva, contribuem, respectivamente, com 3,5%, 9,27% e 5,57%. Conclusão: Os indicadores apontam prevalência no sexo masculino, predomínio da forma pulmonar, maior acometimento na faixa etária economicamente ativa, declínio nos índices de abandono e contribuição significativa dos casos novos para o número de notificações.

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DAS FORMAS CLINICAS DE HANSENIASE NO MARANHÃO, BRASIL, 2005 A 2006. MELO, Edna Barros, PENHA, Thiara Vieira, GALDEZ, Alessandra Porto Pereira, RAMOS, Caroline Silva, JÚNIOR, Hilton Sousa Guimarães, SARAY, Helone Eloísa Frazão Guimarães.**

Introdução. Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, de evolução lenta, que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos, é um dos mais graves problemas de saúde pública mundial, pois é uma doença incapacitante com elevados custos sociais, em virtude das grandes limitações físicas que produz. Objetivo. Pretende-se estudar os dados epidemiológicos das formas clínicas de hanseníase notificados no estado do Maranhão. Metodologia. Estudo epidemiológico descritivo sobre detecção de casos novos de hanseníase no Maranhão, Brasil, a partir de 9168 notificações registradas nos anos de 2005 a setembro de 2005. Os dados foram fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão. As formas clínicas de hanseníase foram relatadas de acordo com a classificação de Madri, adotada no Brasil pelo MS (indeterminada, tuberculóide, virchowiana e dimorfa) (MS, 1994). Resultados. A análise dos indicadores epidemiológicos de hanseníase no ano de 2005 mostrou predomínio da forma dimorfa representando 39,12% dos casos notificados, seguida pelas formas tuberculóide e indeterminada com 24,41% e 22,71% respectivamente que ocupam igualmente o segundo lugar, pois ocorre sobreposição de seus intervalos de confiança, e finalmente a forma virchowiana com 13,76%. No ano de 2006 não ocorreu mudanças significativas no perfil da doença, seguindo o mesmo padrão do ano anterior, com novamente a forma dimorfa ocupando o primeiro lugar (39,81%), em seguida as formas tuberculóide e indeterminada (24,08% e 23,03 respectivamente) e em terceiro lugar a forma virchowiana com 13,07%. Conclusão. O perfil epidemiológico da hanseníase no Estado aponta para predomínio da forma clínica dimorfa e aparente estabilização dos casos. Não podemos afirmar crescimento ou declínio de nenhum tipo de forma clínica entre o período estudado, já que ocorre sobreposição dos intervalos de confiança entre os dois anos.

**PRÉ-NATAL - CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA PRESTADA ÀS GESTANTES DO HUMI EM 2006 SÁ, Rafaela Coelho de, CARVALHO, Valéria Portela Silva de, FARAY, Helone Eloísa Frazão Guimarães, GUIMARÃES JÚNIOR, Hilton Sousa, PENHA, Thiara Vieira, GALDEZ, Alessandra Porto Pereira.**

Introdução: A vida da mulher é marcada por fases importantes que vão desde o nascimento, infância, adolescência, primeira menstruação, primeira relação sexual, gravidez, parto, pós parto, amamentação, menopausa...BELFORT, 2005, assinala que "Algum cuidado pré-natal é melhor do que nenhum", cuidado pré-natal precoce é melhor que tardio, cuidado pré-natal adequado é melhor do que o inadequado (adequado: momento da primeira consulta + número de consultas + qualidade técnica do atendimento)". Objetivos: Conhecer algumas características da assistência pré-natal, bem como as características da clientela; Pesquisar em que período gestacional foi realizada a primeira consulta e o número de consultas realizadas; Identificar o tipo de profissional que atendeu a gestante no pré-natal. Metodologia: O presente estudo é de caráter quantitativo-descritivo; A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário Materno Infantil – HUMI em São Luís-MA; Foi constituída por duzentas mulheres atendidas no pré-natal do HUMI no período de maio à junho de 2006. Resultados: Segundo a imunização contra o tétano, 48% das gestantes receberam as três doses da vacina. No que diz respeito ao exame físico: aferição dos níveis pressóricos, 99,5%, mensuração da altura uterina, 98%, exame das mamas, 65,5%, ausculta dos batimentos cardíacos, 96,6%, determinação do peso, 96%, exame ginecológico, 49,5%. Em relação ao início do pré-natal, constatou-se que a maioria das

gestantes, 63,5%, começou o atendimento do pré-natal ainda no primeiro trimestre de gravidez. Observou-se que a maioria das gestantes, 72,5%, realizou cinco ou mais consultas de pré-natal. Quanto ao profissional que realizou a consulta, 50%, das gestantes realizou o pré-natal pelo médico e 41,5%, simultaneamente pelo médico e enfermeiro. O percentual de 73% das gestantes referiu estar satisfeita com o pré-natal. Conclusão: Em virtude do que foi abordado, constatou-se uma melhora nas orientações relacionadas a gestação e por conseguinte uma boa frequência às consultas do pré-natal. A interação entre os profissionais foi de suma importância no pré- pós natal, as gestantes tiveram a oportunidade de um atendimento diversificado resultando em um nível satisfatório afirmado pelas mesmas.

**PREVALÊNCIA DE ADOLESCENTES COM SOBREPESO E OBESIDADE NAS REDES PÚBLICAS E PRIVADAS DO ENSINO FUNDAMENTAL DA CIDADE DE SÃO LUIS-MA - RESULTADOS PARCIAIS**  
**MIRANDA, Laryssa de Fátima Moreira Lima, GASPAS, Natalia Bezerra, LEITE, Kamila Karla de Castro, SERRA, Josy Ferreira, CUNHA, Sabrina Furtado, GONÇALVES, Anna Paula Ferrario.**

**Introdução:** A obesidade é considerada um problema de saúde pública, representando um fenômeno mundial e emergente, que acomete, principalmente, a população de países economicamente desenvolvidos ou em vias de crescimento, desrespeitando idades em progressão – crianças, jovens e adultos. Na adolescência tende a persistir na vida adulta propiciando condições favoráveis para instalação ou complicação de estados patológicos. **Objetivo:** Conhecer a prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes, na rede pública e privada do ensino fundamental, da cidade de São Luis-MA. **Metodologia:** Realizou-se, nos meses de janeiro e fevereiro de 2007, um estudo transversal com 136 adolescentes de ambos os sexos, faixa etária de 11 a 17 anos, matriculados em 1 escola da rede municipal. Utilizou-se um questionário para registrar dados de identificação, peso, altura, dentre outros. Calculou-se o índice de massa corporal pela fórmula  $IMC = \text{peso(kg)} / \text{altura}^2(\text{m})$ . **Resultados:** Neste estudo foram avaliados 136 alunos, entre os quais 58 eram do sexo masculino (42,7%) e 78 eram do sexo feminino (57,3%). Observou-se nos adolescentes masculinos: 43,1% com baixo peso; 55,2% na faixa da normalidade; 1,7% com sobrepeso e 0,0% com obesidade. No sexo feminino, detectou-se que 42,3% encontravam-se com baixo peso; 53,8% dentro da normalidade; 3,8% com sobrepeso e 0,0% com obesidade. **Conclusão:** Através dos resultados parciais desta pesquisa, o sobrepeso em adolescentes nos desperta para o desenvolvimento de estratégias a serem implantadas com finalidade de promover uma reeducação alimentar para esta faixa etária.

**PRINCIPAIS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO ÀS COMPLICAÇÕES DOS PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE.**  
**FREIRE, Dannyel Franklin Marinho, LIMA, Athienne Driele Maniva, SERRA, Karla Gardenea Pereira, SIPAÚBA, Tardelly Souza, SOUSA, Cristiane Carvalho, BATISTA, Rosangela Fernandes Lucena.**

**Introdução:** A hemodiálise é um método de diálise mais comumente utilizado, a fim de filtrar (dialisar) o sangue. O dialisador serve como uma membrana semipermeável sintética, que substitui a função dos rins comprometidos extraindo as substâncias nitrogenadas tóxicas do sangue e remove os excessos de água. **Objetivo:** Verificar as complicações apresentadas pelos pacientes submetidos à hemodiálise além de listar as principais intervenções de enfermagem. **Metodologia:** Foi realizado estudo retrospectivo e descritivo utilizando dados dos prontuários de 68 pacientes que realizaram hemodiálise e aplicação de questionários com 4 enfermeiras responsáveis pelo setor em uma unidade hospitalar pública de São Luis-MA no período de 31 de agosto à 19 de setembro de 2006. **Resultados:** Dos 68 pacientes que realizaram hemodiálise, 57 (83,8%) são homens e 11 (16,2%) são mulheres. Em relação às complicações, todos (100%) apresentaram hipotensão, 13 (19,11%) hipertensão, 3 (4,41%) cefaléia e 1 (1,47%) hipoglicemia. As intervenções de enfermagem correspondem a monitorização dos sinais vitais, reposição volêmica e correção da glicemia com a administração de medicamentos prescritos. **Conclusão:** A enfermagem possui importância essencial na implementação do procedimento e acompanhamento dos pacientes que realizam as sessões, sendo de grande valia estar baseada em uma fundamentação teórica, no que se refere às necessidades humanas básicas de cada indivíduo.

**SATISFAÇÃO DOS CLIENTES E FUNCIONÁRIOS DA CENTRAL DE MATERIAIS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MATERNO INFANTIL.**  
**GASPAS, Natalia Bezerra, ALMEIDA, Renata Porto, PIRES, Patrícia Soares, MIRANDA, Laryssa de F. Moreira Lima, SILVA, Elza Lima da.**

**Introdução:** Os recursos humanos na CME são de grande importância para o desenvolvimento das atividades com alto padrão de qualidade. A presença de profissionais qualificados, com frequentes aperfeiçoamentos, é

necessária para que se possa aprimorar a execução do trabalho, contribuir para o controle de infecção hospitalar e assegurar a melhoria da assistência ao paciente. Objetivo: Conhecer a satisfação dos clientes internos e dos funcionários da central de material. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo descritiva com abordagem qualiquantitativa, realizado no Hospital Universitário Materno Infantil, São Luís-MA no mês de dezembro de 2006. A população em estudo foi constituída por clientes internos que utilizam os serviços da CME, sendo o Centro Cirúrgico Obstétrico e Enfermarias do 3º andar; e os funcionários da CME. Os instrumentos para a coleta de dados foram questionários com perguntas abertas e fechadas, referentes à qualidade dos serviços da CME, relacionamento pessoal, atendimento, utilização dos serviços da CME, recursos humanos e materiais, entre outros. Resultados: Quanto à frequência da utilização dos serviços da Central de Materiais os 12 clientes (100%) os utilizam diariamente. Sendo 7 clientes do centro obstétrico e 5 das enfermarias do 3º andar. A maioria dos participantes considerou o atendimento bom da central de material (91,7%) e 8,3% conceituaram como ruim. Em relação aos aspectos positivos o mais citado: “funcionários responsáveis e atenciosos” (54,4%); Somente um aspecto negativo em relação aos recursos materiais foi referido: a falta de material devido ao atraso de esterilização. Conclusão: Mostrou-se um bom relacionamento pessoal com profissionais desse setor. Sendo as críticas construtivas, pois a partir delas permitiu-se propor modificações gradativas aos setores em busca da qualidade da prestação dos serviços.

**SENTIMENTOS EXPRESSOS PELO PACIENTE INTERNADO FRENTE AO CANCELAMENTO DE CIRURGIAS. ALMEIDA, Renata Porto de, SILVA, Elza Lima da, PIRES, Patrícia Soares, CUNHA, Sabrina Furtado, LEITE, Kamila Karla de Castro, SERRA, Josy Ferreira.**

Esse estudo aborda uma faceta, que nem sempre tem recebido a devida atenção dos profissionais da saúde e da instituição que o percebe como rotineiro. O paciente fica à espera da operação e, quando ocorre a suspensão, muitas vezes o motivo não lhe é explicado, acarretando prejuízos ao paciente, interferindo no resultado da assistência e na produtividade do serviço. A hospitalização é uma experiência pouco agradável, sendo agravada no caso de necessidade de intervenção cirúrgica, esperar por esta pode levar o paciente a uma série de conflitos internos como ansiedade e medo da invalidez e morte, que são considerados riscos iminentes em uma cirurgia. O objeto dessa investigação foi delimitado a partir de nossa observação de pacientes diante do cancelamento de cirurgias. Estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizada no Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra com os 30 pacientes internados que tinham suas cirurgias canceladas no mês de janeiro de 2007, através de um questionário com perguntas abertas e fechadas, objetivando identificar os sentimentos expressos pelos pacientes após o cancelamento de cirurgias, levantar os motivos e verificar onde o paciente é informado do cancelamento. Concluímos que 46% das cirurgias eram canceladas devido falta de condições do paciente, 67% dos pacientes eram informado da cirurgia na enfermaria, e os sentimentos que podemos destacar são: preocupação, tristeza, alívio, impotência e conformismo, raiva e revolta, compreendidos como previsíveis a pessoas nessa situação. Devemos identificar os problemas que os pacientes possam apresentar, tanto físicos quanto emocionais, intervindo de forma terapêutica, possibilitando um período peri-operatório com possibilidades mínimas de complicações, através de uma assistência de enfermagem planejada e articulada com as demais equipes profissionais e da elaboração de um plano administrativo eficiente.

**SITUAÇÃO ATUAL DAS HEPATITES VIRAIS NO ESTADO DO MARANHÃO, 2005 A 2006. MELO, Edna Barros, PENHA, Thiara Vieira, GALDEZ, Alessandra Porto Pereira, RAMOS, Caroline Silva, JÚNIOR, Hilton Sousa Guimarães, SARAY, Helone Eloísa Frazão Guimarães.**

Introdução: As hepatites virais são doenças causadas por diferentes agentes etiológicos, de distribuição universal, que têm em comum o hepatotropismo. Possuem semelhanças do ponto de vista clínico-laboratorial, mas apresentam importantes diferenças epidemiológicas e quanto à sua evolução. Objetivos: Pretende-se estudar os casos notificados de hepatites virais no Estado do Maranhão correlacionando os tipos A, B e C e suas respectivas prevalências. Metodologia: Estudo epidemiológico descritivo sobre a evolução dos indicadores epidemiológicos dos diversos tipos de hepatites virais (A, B e C), entre os anos de 2005 a setembro de 2006. Os dados foram fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde. Utilizou-se o programa BioEstat 4.0 para o cálculo do intervalo de Confiança (95%). Resultados: Em 2005 os casos notificados de Hepatite A, B e C somam-se em 1.230, sendo distribuídos da seguinte forma: vírus A com 76.2 % dos casos, vírus B com 13.2% e vírus C com 10.6%. A prevalência da hepatite A pode ser facilmente notada, mas não podemos afirmar predomínio da forma B sobre a forma C, pois seus intervalos de confiança se sobrepõem (11% a 14.7% e 9% a 12% respectivamente). De janeiro a setembro de 2006 os casos registrados totalizam 661. A forma A mais uma vez predomina representando cerca de 80%, seguida pela B com 11.35% e por último a C com 5.45% dos casos. Nesse ano verificamos uma real prevalência da forma B sobre a forma A, já que não ocorre sobreposição

de seus intervalos (8.6% a 13.2% e 3.6% a 7.1%, respectivamente). Também, notamos uma queda nos índices de hepatite C entre os dois anos estudados e aumento da proporção da hepatite A. Conclusão: O perfil epidemiológico das hepatites virais aponta para prevalência da forma A, o que pode ser explicada pelas péssimas condições sanitárias e de higiene oferecidas a população maranhense. Foi verificado, também, declínio dos índices da hepatite C.

#### **SUSPENSÃO DE CIRURGIAS: IDENTIFICAÇÃO DAS PRINCIPAIS CAUSAS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. SILVA, Jedaías Silas da, ROCHA, Priscila Coimbra, SILVA, Elza Lima da.**

**Introdução:** A suspensão de cirurgia configura-se como uma variável importante na avaliação do paciente, sobretudo pelos possíveis danos físicos, psicológicos e sócio-econômicos que pode causar, e pelo aumento dos custos decorrentes da permanência do paciente no hospital. Seguramente para a redução de gastos, otimização de recursos na hospitalização e qualidade no atendimento ao cliente é necessário análise sobre as principais causas que suspendem e cancelam as cirurgias. **Objetivos:** Identificar as principais causas de suspensão de cirurgias, ocorridas em Hospital Universitário, em São Luís-MA e estabelecer qual a causa de maior prevalência para suspensão de cirurgias. **Metodologia:** Estudo de natureza quantitativa e descritiva, realizado em Hospital Universitário, em São Luís-MA, no período de 11 de dezembro de 2006 à 11 de janeiro de 2007 durante o estágio curricular 1, na subárea Enfermagem em Centro Cirúrgico. A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2006 à janeiro de 2007 e envolveu a consulta ao livro de registro de movimento cirúrgico diário e mapas da programação diária das cirurgias. **Resultados:** Dentre as 420 cirurgias programadas, 119 foram suspensas (28,3%). As principais causas encontradas foram: paciente não internou (26,1%); decisão médica (18,5%); falta de condições do paciente (14,3%); ausência médica (10,8%); falta de material disponível (7,6%); falta de leito na UTI (7,6%); falta de exames (4,2%); falta de bolsa de sangue (3,4%); uso de AAS (2,5%); outros motivos (5,0%). **Conclusão:** Observou-se um alto índice de suspensão de cirurgias, sendo o principal motivo a não internação do paciente. O problema é importante pelas conseqüências que traz para o paciente, além de onerar os custos hospitalares. Diante da problemática levantada e dos resultados obtidos ressaltamos a importância de estudos sobre esse assunto e a necessidades de que estudos sobre o mesmo continuem sendo realizados, buscando o aperfeiçoamento e aprimoramento da assistência prestada e a redução dos custos hospitalares.

#### **VIOLÊNCIA SEXUAL - ATENDIMENTO NO PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2006. MARTINS, Marília da Glória, RABELO, Marisa Régia Machado, SOUSA, Márcia da Silva, SANTOS, Graciete Helena Nascimento, BARROQUEIRO, Rodrigo de Sousa.**

**Introdução:** A violência é um fenômeno universal constituindo em um dos maiores problemas de saúde pública e de desrespeito aos direitos humanos. A violência sexual deixa feridas profundas nas vidas de quem padecem deste flagelo. As conseqüências são visíveis física e psicologicamente, e vão desde as doenças sexualmente transmissíveis até a morte causado por dano intencional. As seqüelas desta agressão são difíceis e lentas de superar. A maioria das vítimas de agressão sexual são mulheres, sendo as meninas, as que sofrem maior agressão. Aproximadamente uma de cada cinco delas sofre abuso sexual, mostrando que a experiência acontece as diferentes classes sociais, etnias, idades e que na maior parte dos casos as agressões utilizam a coerção. A maioria dos agressores é de homens e grande parte deles é de conhecidos ou familiares da vítima (OMS, 2000). Enfim, o atendimento às mulheres vitimizadas sexualmente é complexo e emergencial de uma equipe multidisciplinar com tais intervenções e que possa oferecer mais do que um atendimento médico, uma assistência psicológica para controle e segmento até a completa reestruturação psicossocial dessa mulher e toda a família. MARTINS et al., 2001; MARTINS et al., 2003; FAUDES, 2005. **Objetivo:** verificar a freqüência de pacientes vítimas de violência sexual atendidas no Ambulatório de Vítima de Violência do serviço de O&G do HU em relação ao sexo, faixa etária, e afinidade com o agressor. **Resultado:** foram atendidos 77 pacientes vitimizadas sexualmente, no período estudado, e, observamos que em relação ao sexo, 77 (100%) são feminino, quanto a faixa etária 36 (46.75%) tinham idade < 12 anos, 34 (44.15%) tinham idade > 12 a 19 anos, 07 (9.09%) tinham idade > 19 a 43 anos, quanto ao local da ocorrência, 44 (57.14%) na residência da vítima, 24 (31.16%) em via pública, 09 (11.68%) não especificaram o local, quanto a afinidade com o agressor, 45 (58.44%) afirmaram que o agressor é um familiar e 32 (41.55%) não conhecem o agressor. **Conclusão:** verificamos que as crianças e adolescentes estão mais vulneráveis aos abusos sexuais, a residência é um lugar predeterminado pelo agressor e para satisfazer suas necessidades criminosas, facilitadas pela confiança dos familiares, pela amizade e parentesco que os cerca num determinado emaranhado de circunstância até então inocentes e desconhecidas da personalidade do agressor que frequenta a intimidade da família.



## **Resumos**

# **I JORNADA DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DO MARANHÃO**



**ANTIBIÓTICOS E CONTRACEPTIVOS ORAIS: interação medicamentosa de importância odontológica. GONÇALVES LM, BEZERRA Júnior JRS, LEITE DFC, NEVES M I R. Universidade Federal do Maranhão.**

**Resumo:** Cerca de 70 milhões de mulheres em todo fazem uso dos contraceptivos orais como um método de controle da natalidade. Essas pílulas são compostas de hormônios femininos artificiais capazes de mudar os níveis de hormônios naturais, inibindo a ovulação, atrofiando o revestimento do útero e dificultando a passagem dos espermatozoides devido ao aumento da viscosidade do muco cervical. Porém, nem sempre este método é seguro: além do esquecimento de tomar o comprimido, outros fatores estão associados à perda da eficácia, como vômitos, diarreia e uso concomitante de outros medicamentos. Se essa medicação for tomada juntamente com alguns antibióticos, a pílula pode não fazer efeito, deixando as mulheres desprotegidas contra uma gravidez indesejada. *O uso dos antimicrobianos para profilaxia e tratamento de infecções orais é uma prática comum em Odontologia*, por isso, os cirurgiões-dentistas deveriam estar cientes da possibilidade de falhas do contraceptivo oral devido ao uso concomitante com um antibiótico. Como é raro uma paciente informar ao dentista que toma pílula anticoncepcional, cabe a ele adverti-la sobre o risco dessa interação medicamentosa e encaminhá-la a um médico. **Objetivos:** Alertar os acadêmicos e profissionais da saúde bucal da importância da farmacologia, no que diz respeito aos mecanismos de ação e interações, para que possa prescrever de forma adequada segura. **Metodologia:** Foi feita uma revisão de literatura sobre a interação entre contraceptivos orais e antibióticos, juntamente com uma discussão dos possíveis mecanismos desta interação, exemplificando quais drogas prescritas em Odontologia são consideradas de risco nos casos citados. **conclusão:** Os acadêmicos e profissionais da Odontologia, muitas vezes, não estão cientes das interações que possam ocorrer pelas drogas prescritas, por isso, é necessário que sejam alertados no seu papel de orientador, evitando possíveis complicações.

**PERFIL DAS SOLICITAÇÕES DE MEDICAMENTOS NÃO-PADRONIZADOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, UNIDADE MATERNO INFANTIL DE SÃO LUÍS – MA. MACHADO J L, FRANÇA L M, BRITO HO, FLISTER KFT, BATISTA MCA., COELHO, GM, VIANA LMAE. Universidade Federal do Maranhão.**

**Resumo:** Medicamentos padronizados são aqueles selecionados para constituir os estoques das farmácias hospitalares, objetivando o atendimento médico-hospitalar de acordo com as necessidades e peculiaridades locais, além de assegurar uma terapêutica racional de baixo custo. Entretanto, em situações clínicas especiais pode ser necessária a utilização de medicamentos não-padronizados (MNP's) pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). Prescrições estas, que devem ser normatizadas e controladas pela CFT através de solicitações próprias para esses tipos de medicamentos. **Objetivo:** Analisar as solicitações dos MNP's provenientes das Clínicas do Hospital Universitário Materno-Infantil (HUMI). **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo, onde analisou-se as solicitações que chegaram à Farmácia Hospitalar do HUMI nos meses de Janeiro, Fevereiro e Março do corrente ano. As variáveis avaliadas foram a legibilidade, medicamento prescrito, sexo e verificação do preenchimento dos vários campos da solicitação como: nome do paciente, idade, peso, clínica, leito, prontuário, data da admissão do paciente, data da solicitação do medicamento e assinatura do médico. Além da presença de parâmetros pertinentes ao medicamento como: posologia, via de administração e duração do tratamento. Os dados coletados foram devidamente tabulados e analisados pelo Programa Epi Info 2005. **Resultados:** Foi avaliado um total de 152 solicitações. Destas, 27% (41) apresentaram alguma ilegibilidade, totalizando 54 dados ilegíveis, sendo que destes, os mais presentes foram o diagnóstico (48,15%; n=26), o nome do paciente (27,78%; n=15) e o medicamento (20,37%; n=11). Nas solicitações (n=141) em que se pôde ler o nome do medicamento, foram identificados 44 tipos de medicamentos, sendo que os mais frequentes foram: budesonida (18,44%; n=26), imunoglobulina anti-Rh (14,18%; n=20) e surfactante (13,48%; n=19). Foi constatada predominância de pacientes do sexo feminino (46,7%; n=71), embora muitas solicitações (20,4%; n=31) não tiveram o sexo especificado. Quanto ao preenchimento dos campos presentes nas solicitações, foi constatado que 11,8% (n=18) destas não apresentavam o nome do paciente, 38,8% (n=59) não especificava a idade. Dentre as solicitações (61,2%; n=93) que a apresentavam, as faixas etárias mais frequentes foram: 0–5 meses (23,7%; n=36), 1–10 anos (17,1%; n=26) e 21–30 anos (10,5%; n=16). 44,7% (n=68) das solicitações não apresentavam o peso do paciente e 71,7% (109) delas continham o nome da clínica, sendo a UTI neonatal (31,6%; n=48) a que mais solicitou MNP's, seguida da Pediatria (20,4%; n=31). Também não estava presente o leito em 40,1% (n=61), o prontuário (32,9%; n=50), a data da admissão do paciente (46,1%; n=70), a data de solicitação do MNP's (10,5%; n=16) e a assinatura do médico (7,2%; n=11). Em relação aos dados sobre os medicamentos, 48,7% (n=74) e 50% (n=76) não continham a posologia e a duração do tratamento, respectivamente. Em 60,5% (n=92) estava presente a via de administração, com predominância da via oral (19,7%; n=30) seguida da via intramuscular (13,2%; n=20). **Conclusão:** Com isso, constatou-se um descaso significativo dos prescritores tanto em relação à legibilidade das solicitações como em preencher todos os dados

contidos nestas, o que contribui não só para a incidência de erros de medicação como também exige mais tempo da enfermagem e dos farmacêuticos para interpretá-las. Além de que, a CFT deve-se atentar para os medicamentos mais solicitados analisando a possibilidade de padronizá-los, otimizando, assim, a dispensação e reduzindo custos para o hospital.

**CRESCIMENTO GENGIVAL: efeito colateral ao uso de Ciclosporina A. GONÇALVES LM, BEZERRA JÚNIOR JRS, LEITE DFC, NEVES MIR. Curso de Odontologia. Universidade Federal do Maranhão.**

**Resumo:** A ciclosporina A (CsA) é uma substância imunossupressora usada em transplantes de órgãos e no tratamento de doenças auto-imunes. Desde a sua utilização inicial em transplantados renais, vem sendo empregada sozinha ou em combinação com outras drogas imunossupressoras para a prevenção da rejeição de transplantes de rim, fígado, pâncreas, medula óssea, intestino, coração e pulmão. Apesar de ser uma droga de primeira escolha na linha terapêutica, vários efeitos colaterais têm sido atribuídos ao seu uso. Muitos deles são dose-dependentes e potencialmente reversíveis quando da diminuição ou descontinuação da droga. Os seus principais efeitos colaterais são nefrotoxicidade, hepatotoxicidade, hipertensão, neurotoxicidade, aumento da predisposição a infecções bacterianas, fúngicas e virais, e alterações metabólicas (hiperglicemia, hipercolesterolemia). Um importante efeito colateral na Odontologia é o crescimento gengival: esse aumento exagerado do periodonto é a manifestação clínica bucal mais observada em pacientes usuários de ciclosporina (CsA). Ela acarreta problemas estéticos, de fala, mastigação e de erupção dentária nos pacientes afetados. **Objetivos:** Em virtude da relevância desse assunto, objetivamos comentar sobre as propriedades, precauções, indicações e efeitos colaterais relacionados à droga, considerando os aspectos clínicos das lesões de importância odontológica. **Metodologia:** Foi realizada uma análise da literatura especializada para averiguar os diagnósticos dos pesquisadores quanto as alterações gengivais durante o tratamento de pacientes submetidos a CsA. **RESULTADOS:** Os resultados apontaram uma relação entre o grau de severidade do crescimento gengival, a prevenção e manutenção da higiene bucal do paciente. **Conclusão:** Dessa forma, é papel do cirurgião-dentista em conjunto com o médico, equilibrar a terapia desse medicamento, evitando a rejeição do órgão transplantado e, ao mesmo tempo, prevenindo o crescimento gengival.

**SITUAÇÕES EMERGENCIAIS EM PACIENTES GERIÁTRICOS DECORRENTES DE MEDICAMENTOS E ANESTÉSICOS USADOS NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO. GONÇALVES LM, RAPOSO C C, CATUNDA C A, FRANCO M M P, COSTA M C, PEREIRA HW, OLIVEIRA CDM, SILVA APN, COSTA C P S, NEVES M I R. Membros da Liga Acadêmica de Odontogeriatría do Maranhão (LAOGMA-UFMA). Universidade Federal do Maranhão.**

**Resumo:** Atender idosos no consultório odontológico requer uma responsabilidade muito grande, pois além dos problemas inerentes ao sistema estomatognático dos pacientes, é necessário saber lidar com situações emergenciais. Embora não sejam tão comuns, as situações de emergência médica podem ocorrer na prática odontológica de modo imprevisível, principalmente no paciente geriátrico, que apresenta problemas de saúde e limitação muito mais nítidos. O odontólogo não pode se omitir a dar assistência aos diabéticos, cardiopatas e hipertensos por causa dos riscos de saúde a que ficam expostos os pacientes e pelo estresse emocional gerado aos profissionais. O paciente idoso está sujeito a situações inesperadas, que podem ocorrer de forma rápida e assustadora, principalmente no consultório odontológico, ambiente marcado por estresse e ansiedade. Mudanças rápidas dos parâmetros clínicos podem surpreender, exigindo decisões imediatas e baixa tolerância a erros diagnósticos e terapêuticos. **Objetivos:** Alertar a comunidade odontológica em geral a observar, com mais rigor, o aprendizado e o ensino continuado sobre as emergências médicas possíveis e passíveis de ocorrerem nos consultórios odontológicos durante o atendimento ao idoso. **Metodologia:** Relacionamos as principais emergências que podem ocorrer no consultório odontológico em decorrência de reações adversas a medicamentos e anestésicos. Serão analisados: desmaio (síncope), hipotensão postural, superdosagem anestésica, alergia ao medicamento, edema angioneurótico, choque anafilático, crise convulsiva, parada cardíaca e parada respiratória. Sabendo por que ocorre, como se manifesta e como proceder em cada situação, o cirurgião-dentista e/ou o acadêmico de odontologia estará preparado para proceder com a melhor conduta clínica. **Conclusão:** Observa-se a falta de conhecimento e despreparo de muitos acadêmicos e profissionais da Odontologia quanto às situações adversas que um paciente de terceira idade pode apresentar. Assim, ressalta-se a importância de conhecer tais situações sabendo medicá-las, observando horário de atendimento, suas limitações e obrigando-o a adotar certas precauções antes de iniciar o tratamento clínico propriamente dito.

**FUNGOS ANEMÓFILOS: esporos isolados das praias do Calhau/Caôlho e Olho D'água em São Luís do Maranhão. PEREIRA HKA, SILVA AF, SANTOS DS, GOMES P V, BORGES KRA, ANDRADE-MONTEIRO C. Departamento de Ciências da Saúde/CEFET-MA. Laboratório de Microbiologia/UNICEUMA.**

**Resumo:** Ultimamente, têm-se aumentado os estudos sobre os fungos anemófilos e torna-se cada vez mais crescente o interesse por microorganismos alergênicos assim como a procura de novos indicadores de estresse ambiental, que vem despertando substancial interesse para o estudo desses microorganismos no Brasil. Constata-se que ambientes marinhos são constantemente afetados por descargas de rios ou são expostos a esgotos domésticos, o que justifica o isolamento de fungos que podem atuar como potentes indicadores de contaminação ambiental. Fungos coletados e isolados de praias, estão também comumente relacionados a vários tipos de micoses que ocorrem tanto no homem como em outros animais. **Objetivos:** Através desse projeto piloto, objetivou-se identificar fungos anemófilos e relacionar a prevalência dos mesmos com patogenicidade e poluição. **metodologia:** Utilizou-se placas de Petri contendo meio “Agar Batata” (BDA), que foram expostas em quatro pontos diferentes por quinze minutos a aproximadamente um metro e meio de altura do solo nas praias do Olho D'água e Calhau/Caôlho em São Luís. No período de quatro a sete dias de desenvolvimento, do total de 404 colônias, foram isoladas 71 filamentosas em tubo de ensaio contendo “Agar Batata” e outros “Agar Saboround-dextrose”. A identificação do gênero e/ou espécie, foi realizada através da técnica de microcultivo em lamínulas (BORGES, K. R. A. et. al. 2007. No prelo). **Resultado:** Seguida a identificação constatou-se a presença de: 22,5% *Aspergillus sp*, 14,5% *Aspergillus ninger*, 21,2% *Penicillium sp*, 5,6% *Rizophus sp*, 2,9% *Curvularia curvata*, 4,2% *Nigrospora sp*, 2,9% *Microsporum nanum*, 2,9% *Gliocladium sp*, 2,9% *Tricoderma sp*, 2,9% *Alternaria alternata*, 1,4% *Scolecopulariopsis brevicaulis*, 1,4% *Scolecobasidium sp*, 1,4% *Chaetomium globosum*, 1,4% *Fusarium solani*, 2,9% *Cladorporium sp*, 1,4% *Paecilomyces lilacinus*, 1,4% *Rhinocladiella sp*, 1,4% *Phialophora verrucosa*; 4,2% *Fonsecae pedrosoi*. **Conclusão:** Identificou-se um número relativamente alto de fungos potencialmente patogênicos, que estão relacionados à dermatofitoses, dermatomicose, cromoblastomicose, feo-hifomicoses, hialo-hifomicose, além daqueles associados a processos alérgicos. Constatou-se ainda a presença de fungos considerados oportunistas e fungos característicos de ambientes poluídos, como *Aspergillus sp* e *Penicillium sp*. **Apoio financeiro:** FAPEMA/BIC/CEFET-MA.

**ESPOROS DE FUNGOS DEMACIÁCEOS ISOLADOS DO AR DA PRAIA DO OLHO D'ÁGUA EM SÃO LUÍS-MARANHÃO. SILVA AF, PEREIRA HKA, SANTOS DS, GOMES PV, BORGES KRA, ANDRADE-MONTEIRO C. Bolsa de Iniciação Científica/BIC/FAPEMA/CEFET-MA. Departamento de Ciências da Saúde/CEFET-MA. Laboratório de Microbiologia/UNICEUMA. São Luis/MA.**

**Resumo:** Os fungos demaciáceos são aqueles que apresentam complexo melanínico em sua parede celular, descritos em seres humanos como agentes etiológicos da cromoblastomicose, da feo-hifomicose e micetoma. A cromoblastomicose é uma infecção cutânea crônica, que apresenta granulomas, os quais acometem pele e tecidos cutâneos, local este onde o fungo se implanta por meio de uma lesão na pele. A feo-hifomicose inclui infecções cutâneas ou sistêmicas causadas por fungos que se desenvolvem nos tecidos do hospedeiro na forma de leveduras negras, hifas septadas e pseudo-hifas, além de ser considerada uma infecção do tipo oportunista. Os fungos demácios são microorganismos saprófitos, que têm no ar um importante veículo de dispersão dos seus esporos. **Objetivos:** Identificar fungos demácios e relacioná-los com a patogenicidade humana. **Metodologia:** Optou-se por utilizar placas de Petri contendo meio “Agar Batata” (BDA), expostas em três pontos distintos da Praia do Olho d'Água em São Luis-MA, por quinze minutos a aproximadamente um metro e meio de altura do solo. Após o período de quatro a sete dias de desenvolvimento, verificou-se a presença de várias colônias, as quais foram isoladas em tubos de ensaio contendo “Agar Batata” e conservadas em temperatura ambiente por dez dias. A identificação do gênero e/ou espécie, foi realizada por meio da técnica de microcultivo em lamínulas (BORGES, K. R. A. et. al. 2007. No prelo). **Resultados:** das colônias de fungos filamentosos isoladas e identificadas, gêneros e/ou espécies estão associados à cromoblastomicose e feo-hifomicoses, o qual obteve-se: 6,45% *Cladosporium sp*; 3,23% *Rhinocladiella sp*; 3,23% *Phialophora sp*; 9,67% *Fonsecae pedrosoi*; 6,45% *Alternaria alternata*; 9,67% *Curvularia curvata*; 3,23% *Chaetomium globosum* e outros 58,07% de fungos não demácios. **Conclusão:** Em função de condições ambientais adversas têm-se encontrado gêneros e espécies fúngicas variadas em ambientes diferentes. No entanto é cada vez mais freqüentes relatos de espécies e/ou gêneros de fungos negros causando doenças em animais vertebrados e plantas. Devido ao número de fungos demácios encontrados serem bastante significativos, torna-se relevante o monitoramento das praias e a identificação desses fungos, profilaxia, diagnóstico e tratamento específico. **Apoio financeiro:** FAPEMA/BIC/CEFET-MA.

**INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS EM FARMÁCIA HOSPITALAR. FLISTER KFT, BATISTA MCA, CRUZ KFS, COELHO GM, França LM, MACHADO JL, PINTO BAS, VIANA LMAE. Hospital Universitário, Unidade Materno Infantil. Universidade Federal do Maranhão. São Luís - MA.**

**Resumo:** A intervenção farmacêutica é um ato planejado, documentado e realizado junto ao usuário e aos profissionais de saúde, que visa resolver ou prevenir problemas que interferem ou podem interferir na farmacoterapia. O farmacêutico desempenha um importante papel na diminuição de PRMs (Problemas Relacionados aos Medicamentos), na promoção do uso racional e diminuição dos eventos adversos dos medicamentos através da integração com os outros profissionais de saúde. Para realizar a intervenção o farmacêutico deve levar em consideração os fatores científicos através da literatura determinando o seu impacto e aplicabilidade clínica para responder as questões formuladas, a capacidade de tomar decisões terapêuticas levando em consideração a experiência clínica e as características do paciente. **Objetivo:** Avaliar as principais intervenções feitas no Hospital Universitário Materno Infantil (HMI) no mês de janeiro de 2006 a março 2007. **Metodologia:** Foram avaliados dados coletados na Farmácia Hospitalar do HMI na qual foram realizadas 144 intervenções (114 (79,16%) intervenções no ano de 2006 e 30 (20,84%) intervenções de janeiro a março de 2007). Estas intervenções foram relativas aos medicamentos quanto à dose e reconstituição incorretas e prescrições com nomes comerciais. Em relação aos planos terapêuticos observou-se prescrições incompletas, falta de formulários de medicamentos de uso restrito ou não padronizados e manipulação de drogas para formulação de xaropes. **Resultados:** Foram encontradas 21 (14,6%) notificações de nomes comerciais, dentre estes Berotec, Plasil, Atrovent e outros, 18 (12,5%) notificações de manipulação de xaropes, já que as doses prescritas dificultam o fracionamento, e por ser um hospital pediátrico a forma farmacêutica de xarope proporcionará uma melhor aceitação por parte do paciente e dose adequada. Dentre os medicamentos mais utilizados para manipulação encontramos a espironolactona, ácido fólico, hidroclorotiazida, captopril; 14 notificações de reconstituição incorreta de drogas dentre elas a vancomicina, aciclovir, ciclofosfamida, ceftriaxona, oxacilina e meropenem. e incompatibilidade incorreta com diluentes, como no caso da anfotericina B que tem compatibilidade com soro glicosado 5% e não com soro fisiológico; 13 (9,02%) notificações por substituição de medicamentos, geralmente por falta deste na farmácia como no caso da permetrina loção por bezoato de benzila, ou por substituição de forma farmacêutica domperidona cápsula por domperidona solução oral; 46 notificações por falta de formulário de uso de medicamentos restritos ou não padronizados, dentre eles os mais requisitados foram a domperidona, hidroxizina, budezonida, cefepime, ceftriaxona, vancomicina; 4 (2,7%) notificações de medicamentos dispensados, mas não encontrados nas clínicas. Planos terapêuticos incompletos: 9 (6,25%) notificações de planos sem nome do paciente, 8 (5,5%) sem o número do leito, 1 (0,69%) sem prontuário, 1 (0,69%) medicamento não prescrito no plano, mas que veio o formulário de uso restrito, 3 (2,08%) sem horário de administração, 7 (4,86%) sem concentração e 1 (0,69%) via de administração incorreta. Todas as intervenções foram acatadas pelo médico. **Conclusão:** o farmacêutico através das intervenções farmacêuticas promove o uso racional de medicamentos obtendo um efeito terapêutico adequado à situação clínica do paciente reduzindo assim, o número de fármacos, os efeitos adversos, assegurando a dose e a reconstituição correta dos medicamentos, além de diminuir o tempo de permanência do paciente e o custo para o hospital.

**INTERVENÇÕES REALIZADAS PELO SERVIÇO DE FARMÁCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. MESQUITA EM, FONTENELE AM, VAI EB, BEZERRA JL, SANTOS NETO E. Universidade Federal do Maranhão. São Luís/MA.**

**Resumo:** A Farmácia Hospitalar tem o intuito de contribuir para a qualidade da assistência à saúde. Tendo como diretriz de sua atenção o paciente, o profissional farmacêutico deve prevenir que erros de dispensação venham acontecer, através da intervenção farmacêutica, um ato planejado, que visa a resolver ou a prevenir problemas que interferem ou podem interferir na farmacoterapia, sendo parte integrante do processo de acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico. **Objetivos:** Descrever as fontes de informações utilizadas como justificativa nas solicitações de medicamentos via formulário "uso restrito/ não padronizado" encaminhadas ao Serviço de Farmácia do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD). **Metodologia:** A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2005 e dezembro de 2006 e foram utilizadas as segundas vias das prescrições dos pacientes hospitalizados, os formulários dos medicamentos de uso restrito/ não padronizado, os prontuários e diálogo com a equipe multidisciplinar. Os dados das intervenções foram registrados em um livro, e continham: informações sobre o paciente, tipo de intervenção e o motivo, terapêutica recomendada ao prescritor e se esta foi aceita ou não. **Resultados:** Neste estudo foram registradas 163 intervenções. Observou-se que a terapêutica recomendada (TR) e a prevenção em erros somaram um total de 147 (90,2%). A taxa de aceitação por parte dos prescritores foi de 124 (76%), demonstrando alteração da prescrição médica, contribuindo de forma direta sobre a qualidade do tratamento do paciente. **Conclusão:** É relevante a incorporação e a integração do profissional farmacêutico na equipe de saúde, exercendo atividades clínicas que podem contribuir no uso racional dos medicamentos.

**CARACTERIZAÇÃO BIOQUÍMICA DOS POLISSACARÍDEOS VEGETAIS DE LEUCAENA LEUCOCEPHALA UTILIZANDO COMO FERRAMENTAS AS SONDAS LECITÍNICAS GALACTOSE E GLICOSE LIGANTE. LIMA HS, CRUZ VCO, SILVA NRF, PEIXOTO CR, SARAIVA MA, LOPES T C, LOBATO LFF, SOUZA NS, PEREIRA SRF, ROSA IV. Grupo BIOMESC do Núcleo de Imunologia Básica e Aplicada. Laboratório de Genética e Biologia Molecular . Universidade Federal do Maranhão.**

As sementes de *Leucaena leucocephala* apresentam um endosperma gomoso essencialmente polissacarídeo 37,4mg/g representa (17%) do peso total da semente. Com relação à estrutura fina sabe-se que os polissacarídeos de *L. leucocephala* sugerem ser galactomananas (polímeros de cadeia principal constituída de manose com ramificações de galactose). A cromatografia de afinidade é uma das técnicas utilizadas na purificação de proteínas, onde estas biomoléculas se ligam a sítios específicos na matriz de afinidade, podendo ser utilizado como matriz os polissacarídeos endospérmicos (gomos) reticulados com epiclorigrina. As lectinas são proteínas de origem não imunológica, que possuem sítios específicos para carboidratos os quais interagem, de maneira reversível. No presente trabalho a matriz de afinidade foi elaborada a partir de polissacarídeos de *L. leucocephala* e reticulados com epiclorigrina em meio alcalino à quente (40°C), resultando em uma matriz insolúvel, que foi empacotada em colunas de vidro (6,18mL x 1,50cm). O teste da especificidade dessa matriz foi realizado com extrato bruto de sementes de *Artocarpus integrifolia* (lectina galactose ligante), e *Dioclea grandiflora* (lectina glicose ligante). A cromatografia de afinidade do extrato bruto de *A. integrifolia* foi realizada na coluna de *L. leucocephala*, a qual apresentou uma boa resolução definida pela área da segunda fração igual a 13,59, com atividade hemaglutinante correspondente a 256, todavia, não apresentou afinidade pelas lectinas de *D. grandiflora*, fato observado pela ausência da segunda fração presente no cromatograma. Os polissacarídeos endospérmicos de *L. leucocephala* após tratamento com epiclorigrina, resultando em matriz de afinidade, mostraram-se eficazes na purificação de lectinas galactose ligante (*A. integrifolia*), conseqüentemente essas lectinas podem ser usadas como sondas de reconhecimento molecular de uma matriz. **Agradecimentos:** MSA - NIBA – LabGen – UFMA - CAPES.

**LESÕES INTRA-EPITELIAIS EM ÍNDIAS GUAJAJARAS – MA. ARRUDA DS, MELO CD, SILVA SN, SILVA M J S. Departamento de Farmácia. Universidade Federal do Maranhão - UFMA. São Luís-MA.**

**Resumo:** O câncer do colo uterino é o segundo câncer mais comum entre mulheres no mundo, o terceiro mais comum entre as mulheres brasileiras. (Brasil, 2004) Estudos recentes têm demonstrado que o início precoce da atividade sexual e a multiplicidade de parceiros sexuais e a multiparidade são fatores de risco para o câncer do colo do útero. A ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis (DST), particularmente de infecções pelo papilomavírus humano (HPV), representa um importante fator de risco adicional de carcinogênese cervical. Estes fatores estão presentes de maneira geral, nos povos indígenas da América. **Objetivo:** Determinar o percentual de lesões intra-epiteliais em índias guajajaras atendidas pela FUNASA. **Metodologia:** Foram avaliados os dados de 73 laudos colpocitológico realizado pelo Laboratório de Citologia Clínica do Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Maranhão, de pacientes encaminhadas pela FUNASA. Dos laudos avaliados foram utilizados para estudo apenas 48 que são referentes às índias Guajajaras atendidas pela FUNASA com idade variando de 15 a 83 anos. A análise dos laudos consta da detecção da presença ou não de lesões pré-cancerígenas e cancerígenas cervicais, da determinação do grau de atipia e determinação da microbiota do material cérvico-vaginal dessas pacientes. **Resultados:** Dos 48 analisados, observou-se que 89,6% (N=43) apresentavam esfregaço inflamatório; 10,4% (N=5) apresentavam anormalidades citológicas. A etiologia infecciosa mais comumente encontrada foi a vaginose bacteriana. **Conclusão:** Apesar de nossos resultados coincidirem com o descrito na literatura, concordamos que o mesmo deve ser confirmado em estudos mais amplos.

**XEROSTOMIA E ALTERAÇÕES DO PALADAR E ALTERAÇÕES DO PALADAR EM PACIENTES IDOSOS PELO USO DE ALGUNS MEDICAMENTOS. SILVA APN, NEVES MIR, CATUNDA CA, RAPOSO CC, OLIVEIRA CDM, PIAZERA C, PEREIRA HW, VIANA LR F, FRANCO MMP, COSTA MC. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Maranhão. São Luís/MA. Liga Acadêmica de Odontogeriatría do Maranhão (LAOGMA).**

**Resumo:** O número de idosos cresce a cada ano em todas os países do mundo. No Brasil esse percentual também é alto. A quantidade de remédios ingerida nessa faixa etária é bem maior que as outras em decorrência de doenças características da idade avançada, estresse, sedentarismo, alimentação errada e outros fatores. Alguns fármacos utilizados em odontologia e na medicina possuem efeitos colaterais como xerostomia e alterações do paladar, sendo estes efeitos mais acentuados nos pacientes idosos devido a alterações fisiológicas próprias da idade avançada que em associação a alguns medicamentos agravam esses efeitos levando a um maior

desconforto e a um maior dano, em alguns casos, nesses pacientes. Dentre os medicamentos que podem causar xerostomia e alterações do paladar temos os ansiolíticos, alguns antiinflamatórios como o diclofenaco sódico, alguns antipsicóticos/ neurolépticos, alguns antidepressivos, anti-hipertensivos e alguns antibacterianos. Alguns problemas gerados pela xerostomia são a não adaptação de próteses, a diminuição da autolimpeza da cavidade bucal provocando o aumento de cáries de raiz; desconforto no preparo do bolo alimentar e aumento de lesões na mucosa bucal. Assim objetiva-se atentar fomentar na classe médico-odontológica um cuidado específico no atendimento ao paciente idoso no que tange à utilização de alguns fármacos e seus possíveis efeitos colaterais, e, os transtornos que esses efeitos podem causar na cavidade bucal. Foi realizada uma análise da literatura especializada levantando informações sobre os principais medicamentos que causam xerostomia e alterações do paladar bem como suas consequências para a cavidade oral. Através desse conhecimento, pretende-se alcançar nosso maior objetivo como profissionais da área da saúde - preservar a saúde geral de seus pacientes e melhorar sua qualidade de vida

**OSTEONECROSE DOS MAXILARES ASSOCIADA AO USO DE BIFOSFONATOS.**  
**GONÇALVES LM, BARBOSA SM, RABELO L. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do**  
**Maranhão. São Luis-MA.**

**Resumo:** Pesquisas recentes mostram que pacientes que fazem uso de bifosfonatos podem estar sujeitos a osteonecrose dos maxilares. Esta classe de droga, usada no tratamento da osteoporose e certos tipos de cânceres, atua como potentes inibidores da atividade osteoclástica, reduzindo a perda óssea e o risco de fratura patológica. Porém, pacientes que utilizaram esses medicamentos por vários anos, relataram uma doença peculiar, a osteonecrose associada aos bifosfonatos (OAB). O mecanismo exato que leva à indução da OAB é desconhecido, contudo, os fatores de risco foram reconhecidos e classificados como locais ou sistêmicos. A forma de administração do medicamento depende da patologia a ser tratada: a administração oral é usada nos casos de osteoporose, já a endovenosa é usada como tratamento de cânceres ósseos, e os relatos da literatura sugerem que esta via oferece maiores riscos. Clinicamente, a OAB caracteriza-se pela ausência ou atraso na cicatrização dos tecidos duros, após um procedimento invasivo. Normalmente os pacientes não apresentam sintomas, mas podem apresentar dor quando de uma infecção secundária e em casos mais graves, dor intensa, falta de sensibilidade e necrose com seqüestros ósseos. **Objetivos:** Elucidar a comunidade médica e odontológica sobre os bifosfonatos, os medicamentos associados a esta complicação oral, a população de pacientes em risco, a apresentação clínica das lesões orais da OAB e as linhas de orientação para o tratamento e prevenção de acordo com os conhecimentos atuais. **Metodologia:** Através de uma metodologia informativa, baseada em relatos de casos clínicos já apresentados na literatura, pretendemos mostrar a importância de se conhecer os mecanismos de ação e efeitos deletérios que essa droga pode ocasionar. **Conclusão:** Assim, fica explícita a necessidade e importância de se chegar a um consenso entre paciente, dentista, médico e farmacêutico antes de se dar início a qualquer terapia odontológica.

**INCIDÊNCIA DE PARASITOS INTESTINAIS EM ALUNOS DO COMPLEXO EDUCACIONAL MANOEL**  
**BECKMAN, SÃO LUÍS – MA. MESQUITA EM, SILVA JRS. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA.**

**Resumo:** As parasitoses intestinais constituem grave problema de saúde pública, contribuindo para problemas econômicos, sociais e médicos, sobretudo nos países do terceiro mundo como o Brasil. As doenças parasitárias importam pela frequência com que produzem déficits orgânicos, sendo um dos principais fatores debilitantes da população, associando-se a quadros de diarreia crônica e desnutrição, comprometendo o desenvolvimento físico e intelectual, particularmente das faixas etárias mais jovens da população. **Objetivos:** Verificar a incidência de parasitos intestinais em alunos do turno vespertino do Complexo Educacional Manoel Beckman. **Metodologia:** Realizaram-se 103 exames coproparasitológicos em alunos do Complexo Educacional Manoel Beckman. A técnica parasitológica utilizada foi a de sedimentação espontânea (Hoffman, Pons e Janer). O sedimento de cada amostra foi analisado em microscopia óptica de 10x e 40x. **Resultados:** O índice de positividade geral foi de 35,9%. Quanto aos parasitos intestinais encontrou-se positividade de 35,1% para helmintos e 64,9% para protozoários. Quanto à modalidade de ensino, 30% eram de alunos do ensino médio (1ª e 2ª séries) e 39,7% de alunos do ensino fundamental (6ª e 8ª séries). Os parasitos intestinais identificados foram: *Ascaris lumbricoides* (20%), ancilostomídeos (11,4%), *Entamoeba coli* (68,6%). Ocorreu biparasitismo em duas amostras: *Ascaris lumbricoides* e *Entamoeba coli*, e *Ascaris lumbricoides* e *Iodamoeba butschilli*. **Conclusão:** O índice de positividade de 35,9% encontrado na população em estudo confirma que as parasitoses intestinais prevalecem na população. Daí a necessidade de se buscar, através da educação em saúde, medidas preventivas, ainda na idade escolar, com a participação direta dos professores e pais para oferecer melhor qualidade de vida ao alunado.

**PERFIL LIPÍDICO EM PACIENTES CLIMATÉRICAS EM TERAPIA HORMONAL. MACIEL LB, CHEIN MBC, PINHEIRO GL, RIBEIRO IGE, Ribeiro ASF, BRITO LMO. Liga Acadêmica de Ginecologia Endócrina e Climatério (LAGEC). Universidade Federal do Maranhão.**

**Resumo:** Uma das opções de tratamento e prevenção dos sintomas e doenças após a menopausa é a terapia hormonal (TH), que pode melhorar as condições de saúde e de qualidade de vida da mulher. Está clara a importância da TH na melhora dos sintomas climatéricos e no tratamento e prevenção da osteoporose e de alterações cognitivas, contudo permanece incerto o impacto dessa terapia na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de dislipidemia em pacientes climatéricas em terapia hormonal. **Metodologia:** Foram estudados prontuários de 32 mulheres na pós-menopausa em terapia hormonal atendidas no Instituto de Ginecologia do Maranhão. **Resultados:** Das 32 pacientes em terapia hormonal do estudo, 18 eram brancas (56,25%), 9 eram pardas (28,15%) e 5 eram negras (15,6%). Com relação às dislipidemias, foi verificado que 24 mulheres (75%) apresentaram elevação nos níveis séricos de colesterol. Quanto aos triglicerídeos, foi verificado aumento em seus valores em 11 pacientes, o que corresponde a 34,4% da amostra. **Conclusão:** A partir dos dados, observou-se uma forte relação entre a terapia hormonal e o aumento dos casos de dislipidemias entre mulheres climatéricas, principalmente o aumento nos níveis de colesterol total. Isso demonstra a necessidade de se realizar novas pesquisas a fim de se conhecer os principais impactos dessa terapia na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa, tendo em vista que as dislipidemias são fatores de riscos importantes para doenças cardiovasculares.

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO PLANO DE CONTROLE DA TUBERCULOSE(PCT) NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS – MARANHÃO, BRASIL. SILVA SN, ABREU IC, MELO CD. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Maranhão – UFMA. São Luís.**

**Resumo.** O Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) (Fundação Nacional de Saúde. Tuberculose – Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília: FUNASA, 2002) lançado pelo Ministério da Saúde em 1999, definiu o combate à tuberculose como prioridade entre as políticas governamentais de saúde, estabelecendo diretrizes e metas a serem cumpridas pelos municípios até 2007. **Objetivos.** Descrever a situação da Tuberculose em São Luís, Maranhão, Brasil, no período de abril/2003 a março/2004, avaliando-se a efetividade do Plano de Controle da Tuberculose (PCT) no município. **Metodologia.** Os dados foram obtidos a partir do estudo do resultado de tratamento das coortes de casos de Tuberculose, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Plano de Descentralização das Ações de Controle da Tuberculose com base na Territorialidade (2005), da Secretaria Municipal de Saúde do município de São Luís, constituindo a população do estudo, os indivíduos que iniciaram e concluíram o tratamento neste período. **Resultados.** Verificou-se uma incidência de 79,3 por 100.000 habitantes (713 casos), com 89,6% sendo afetada pela tuberculose pulmonar. A baciloscopia foi confirmada em 41,37% dos pacientes. Somente 47,2% dos sintomáticos respiratórios e 12,5% dos comunicantes foram examinados. Quanto à evolução dos casos, 69,6% foram curados (17,25% por cura comprovada), ocorreram 23 óbitos (3,2%) e 100 casos de abandono (14%). **Conclusão.** A efetividade do PCT no município pode ser questionada, havendo a necessidade da melhoria na qualidade dos serviços prestados à comunidade, quanto ao aprimoramento da busca ativa, nas técnicas de diagnóstico e nos critérios de cura, permitindo uma maior segurança à população maranhense quanto ao estado de controle da doença no município.

**ALTERAÇÕES EM ESPERMOGRAMA DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA EM SÃO LUÍS –MA. ARRUDA DS, CORREIA AC, MELO CD, SILVA SN, SILVA, MJLS. Clínica de Citologia. Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Maranhão - UFMA. São Luís - MA.**

**Resumo:** O fator masculino na infertilidade tem se tornado cada vez mais importante na investigação de casais inférteis. Tal fato representa uma queda considerável na qualidade do esperma entre indivíduos saudáveis e jovens nos últimos anos. Existem várias causas de infertilidade masculina. Elas podem ser classificadas em insuficiência testicular primária, que resulta de anormalidade em ambos testículos, que por sua vez, pode ser congênita ou adquirida. Para diagnosticar a infertilidade masculina, o sêmen deve passar por análises citológicas, bioquímicas e outras que auxiliam esse diagnóstico. O espermograma deve ser solicitado logo no início. Neste exame, se avaliam o volume de esperma e a quantidade, a qualidade e a capacidade móvel dos espermatozoides nele contidos. **Objetivo:** O presente trabalho tem como objetivo verificar as anormalidades em espermogramas em relação à faixa etária em exames realizados em São Luís no período de Julho de 2005 a Fevereiro de 2006. **Metodologia:** Foram analisados 137 laudos de espermograma, destacando tanto parâmetros qualitativos quanto quantitativos do sêmen. As alterações morfológicas mais comuns e a concentração de espermatozoides no material foram analisadas. Tais alterações ainda foram correlacionadas com a idade desses pacientes. **Resultados:** A faixa etária dos pacientes analisados está compreendida entre 14 e 67 anos.

Dos 137 laudos examinados, apenas 6 (4,38%) apresentaram todos os parâmetros normais e 5 (3,65%) apresentaram azoospermia. A faixa etária com maior frequência de exames com um único parâmetro alterado foi de 31 a 35 anos, apresentando 7 tipos de alterações; 27 (19,7%) exames na faixa etária de 20 a 25 anos e 28 exames na faixa etária de 26 a 30 anos apresentaram maior frequência com 87 casos. As anormalidades celulares mais frequentes foram de espermatozoides piriformes em 118 casos (86,13%) e espermatozoides amorfos em 114 casos (83,21%). **Conclusão:** Nossos resultados demonstram um elevado percentual de casos com múltiplos parâmetros anormais, sendo encontrada com maior frequência na idade de 20 a 30 anos e a maioria dos pacientes apresentou algum tipo de anomalia celular.

**IDENTIFICAÇÃO DAS PRINCIPAIS CLASSES DE METABÓLITOS SECUNDÁRIOS PRESENTES NO EXTRATO HIDROALCOÓLICO DE MUSA PARADISIACA L. VAR. PACOVAN. FERREIRA AK, COSTA D M, GONÇALVES JR. Curso de Farmácia. Universidade Federal do Maranhão – UFMA. São Luís – MA.**

**Resumo:** A *Musa paradisiaca* L. é uma espécie da família Musaceae, originária da Ásia, porém muito cultivada em todo o mundo, sendo conhecida popularmente como bananeira. Na medicina popular é usada como antiinflamatório e cicatrizante em várias preparações caseiras com pseudocaule, folha e inflorescência. Este estudo foi desenvolvido e apresentado como Monografia para Graduação em Farmácia-Bioquímica na UFMA em 2005, sendo registrado sob o CDU 582.582. **Objetivo:** O objetivo do estudo foi identificar as principais classes de metabólitos secundários presentes nos extratos hidroalcoólicos de partes vegetativa e reprodutiva de *Musa paradisiaca* L. var. *Pacovan*, a partir de amostras frescas e secas, levando em consideração dois períodos climáticos distintos para coleta (chuvoso e verão), a fase de frutificação e o preparo do vegetal para obtenção do extrato hidroalcoólico. **Metodologia:** Para este estudo utilizou-se as partes vegetativa (pseudocaule, folha, talo ligado à penca de bananas e talo ligado à inflorescência) e reprodutiva (inflorescência) de 3 espécimens de *Musa paradisiaca* L. var. *Pacovan*, coletadas em dois períodos climáticos distintos (chuvoso e verão), em São Luís-MA. Conforme a ordem cronológica de coleta, os espécimens foram denominados de indivíduo 1, 2 e 3; sendo que 1 fora coletado no período chuvoso (Abril/2004), já 2 e 3 no verão (agosto e setembro/2004, respectivamente). A espécie *Musa paradisiaca* L. var. *Pacovan* está registrada no Herbário Ático Seabra da UFMA sob o número 1340. Para a confecção dos extratos, o material botânico coletado fresco (indivíduos 1 e 3) e seco (indivíduo 2) dos espécimens foi processado por contusão e trituração, sendo posteriormente submetido à maceração por 20 dias em solução etanólica a 70%, na proporção de 1:2. Os extratos foram obtidos por expressão. A análise fitoquímica dos 15 extratos obtidos foi realizada segundo a metodologia de MATOS (Introdução a Fitoquímica Experimental. 2. ed. Fortaleza: Edições UFC, 1997, 141p.). **Resultados:** Nos testes fitoquímicos foram detectadas as seguintes classes de metabólitos secundários: taninos condensados, taninos hidrolisáveis, esteróides, triterpenóides, resinas, alcalóides, flavononas, flavonóis, xantonas, flavononóis, saponinas e cumarinas na maioria dos extratos; sendo que essas classes variaram no grau de intensidade. Heterosídeos cianogênicos, fenóis, antocianinas, antocianidinas, chalconas, leucocianidinas, catequinas e ácidos fixos fortes não foram evidenciados. **Conclusão:** Neste trabalho, identificaram-se as principais classes de metabólitos secundários presentes nos extratos hidroalcoólicos de *Musa paradisiaca* L. var. *Pacovan*, a partir de materiais vegetais frescos e secos, coletados na fenofase de frutificação dessa espécie, em dois períodos climáticos distintos. As classes detectadas foram: taninos, esteróides, triterpenóides e resinas em todos os extratos; flavonas, flavonóis, xantonas e saponinas no pseudocaule, no talo ligado à penca e no talo ligado à inflorescência; flavononóis e flavanonas no pseudocaule; alcalóides no talo ligado à inflorescência; cumarinas nas folhas. A variação do grau de intensidade foi marcadamente observada nos testes para esteróides, triterpenóides, taninos e resinas em função do período de climático de coleta e do material botânico (fresco ou seco) utilizado na preparação do extrato. Com este trabalho espera-se ter contribuído com o estudo prospectivo da *Musa paradisiaca* L. var. *Pacovan*, para uso racional deste vegetal pelas populações, como também para investigações posteriores. **Apoio financeiro:** Faculdade de Farmácia.

**ANESTÉSICO LOCAL NO PACIENTE IDOSO. SILVA APN, NEVES MIR, CATUNDA CA, RAPOSO CC, OLIVEIRA CDM, PIAZERA C, PEREIRA HW, VIANA LRF, Franco MMP, Costa MC. Liga Acadêmica de Odontogeriatría do Maranhão (LAOGMA). Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Maranhão. São Luís/MA.**

**Resumo:** As pessoas idosas estão se tornando mais frequentes na rotina do consultório odontológico, devido ao aumento da média de idade brasileira nos últimos anos. O tratamento odontológico para essas pessoas não difere em relação aos demais pacientes, porém alguns cuidados adicionais deverão ser tomados devido às alterações orgânicas próprias à idade, principalmente quanto aos fármacos utilizados. A anestesia local é um procedimento de rotina no consultório odontológico, sendo a sua execução respaldada no conhecimento prévio sobre o estado de saúde do paciente (sabendo-se das alterações fisiológicas que ocorrem e que interferem na

farmacocinética do medicamento), a seleção correta do anestésico (quais vasoconstrictores estão associados, o local de metabolização/excreção do fármaco e o tipo de base anestésica utilizada) e a técnica anestésica escolhida (dependendo do procedimento a ser executado e da destreza do profissional). Em virtude da relevância desse assunto, esse trabalho objetiva verificar os efeitos farmacológicos produzidos por anestésicos nos pacientes idosos e as interações com os aspectos fisiológicos inerentes à idade, os quais podem influenciar na escolha do correto anestésico. A revisão de literatura caracteriza as principais alterações que ocorrem no paciente devido aos processos de envelhecimento relacionando-os com a escolha dos anestésicos. É, através desses conhecimentos, que o cirurgião-dentista poderá selecionar uma solução anestésica local que atenda às necessidades individuais para cada procedimento e em cada paciente, baseando-se no conhecimento da farmacologia das soluções e na condição sistêmica do idoso, sendo imprescindível o respeito à dosagem de administração para a prevenção de efeitos adversos, especialmente naqueles pacientes de alto risco.

**PREVALÊNCIA DAS NEOPLASIAS INTRAEPITELIAIS ANAIS EM MULHERES PORTADORAS DE HIV E SUA RELAÇÃO COM O PAPILOMAVIRUS HUMANO. CANTANHEDE KL, FIGUEIREDO ET, MACAU RM, PEDROSO CM, PEREIRA EP, BRITO LGO, CHEIN MBC. Universidade Federal do Maranhão. São Luis-MA.**

**Resumo:** Estudou-se a prevalência das Neoplasias Intra-epiteliais Anais (NIA) em mulheres portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sua associação com o Papilomavirus humano (HPV). **Metodologia:** Verificou-se as associações entre os achados clínicos e citológicos, bem como os fatores de risco associados. Para isto, vinte mulheres HIV positivas e vinte HIV negativas foram atendidas no Centro de Saúde Municipal do Bairro de Fátima, no período de setembro a dezembro de 2006. Submeteram-se a uma entrevista com o intuito de buscar dados sócio-demográficos e coletou-se a citologia oncológica anal. Trata-se de uma pesquisa observacional de caso-controle a partir do levantamento e análise dos dados demográficos coletados e resultados da citologia oncológica. Tais informações foram tabuladas em banco de dados no Programa Epi Info versão 3.3.2 e posteriormente submetidos à análise estatística. **Resultados:** Encontrou-se em 25% das pacientes portadoras de HIV células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) e 75% com citologia negativa para lesão intra-epitelial anal ou malignidade (NIL). 100% das pacientes não portadoras de HIV também apresentaram NIL ( $p < 0,05$ ). **Conclusão:** Constatou-se que não houve relação entre o HPV e as pacientes com anormalidades citológicas.

**ANÁLISE PRELIMINAR DE “NÃO-CONFORMIDADES” EM PRESCRIÇÕES MÉDICAS NA UTI PEDIÁTRICA DE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM SÃO LUÍS – MA. MAXIMINO FDS, SILVA DL, FRANÇA D, MONTEIRO MG, BEZERRA JL. Farmácia/Bioquímica da Universidade Federal do Maranhão - UFMA. Hospital Universitário de São Luís – MA.**

**Resumo:** Para assegurar a qualidade e eficiência ao tratamento hospitalar, é preciso que a prescrição médica possua a maior clareza nas informações, permitindo que os medicamentos possam ser dispensados com segurança pela equipe de Farmácia. Qualquer alteração e/ou equívoco na informação prescrita é denominada “não-conformidade”, que pode ser de dois tipos: “relativas ao controle operacional” ou “relativas aos medicamentos”. **Objetivos:** Efetuar análise das “não-conformidades” relativas ao controle operacional e aos medicamentos nas prescrições médicas da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIPed) de um Hospital Universitário de São Luís – MA, prescritos durante o período de 10 a 16 de julho de 2006. **Metodologia:** Análise retrospectiva dos planos terapêuticos prescritos pela UTIPed no período de 10 a 16 de julho de 2006. Para o controle operacional, foram analisados os seguintes parâmetros: “data da prescrição”, “nome do paciente”, “clínica de origem”, “número do leito”, “número do prontuário”, “carimbo do prescritor”, “assinatura do prescritor”, “carimbo e assinatura do prescritor”, “assinatura do revisor da farmácia”, “assinatura do dispensador”, “horário de recebimento da medicação”, “assinatura do recebedor da medicação”. Em relação aos medicamentos, foram analisados: “medicamento com nome comercial”, “prescrição incorreta da forma sólida”, “diluyente não especificado”, “diluyente incompatível”, “concentração do medicamento”, “dose de administração”, “via de administração”, “reconstituição incorreta”, “ilegibilidade”, “horário de administração ausente ou inadequado”. Todos os resultados foram analisados no Software Microsoft Excel. **Resultados e Discussão:** Foram analisados 71 prescrições médicas, com uma variação de 9 a 12 por dia. Para o controle operacional, observou-se que os parâmetros “assinatura do revisor”, “assinatura do dispensador”, “horário de recebimento” e “assinatura do recebedor” representaram respectivamente 73,24% (52); 16,9% (12); 33,8% (24) e 23,94% (17) em relação ao total das prescrições. Para as não-conformidades relacionadas aos medicamentos, observou-se que os principais parâmetros foram: “ausência da concentração do medicamento” (141; 198,6%); “interações medicamentosas” (24; 33,8%); “diluyente não especificado” (6; 8,45%) “diluyente incompatível” (79; 111,27%); “sem horário de administração” (53; 74,65%) e “horário inadequado” (30; 42,25%). Para as diluições, a maioria das prescrições apresentou pelo menos um erro, por diluyente incompatível ou por diluyente não especificado.

Após a análise das “não-conformidades”, elaborou-se um relatório que foi entregue para as chefias de Medicina e de Enfermagem da UTIPed propondo-se as intervenções farmacêuticas nesse setor. **Conclusão:** Observou-se que as prescrições apresentavam identificação adequada, com alguns problemas no controle interno, como ausência de assinaturas na dispensação e no recebimento dos medicamentos. A maioria das não-conformidades relativas aos medicamentos deve-se a rotina no momento da prescrição, como ausência do diluente e da concentração. Destaca-se a atuação das equipes de Farmácia, Enfermagem e Medicina na proposição de intervenções farmacêuticas para a correção e melhoria na qualidade das prescrições e redução dos possíveis problemas relativos aos medicamentos.

**HORTO MEDICINAL EM SISTEMA AGROECOLÓGICO COM AMBULATÓRIO FITOTERÁPICO : projeto de implantação para os municípios maranhenses. MAXIMINO FDS, LOPES GH, SILVA D L, BARROS PBS, FREITAS LM, FEITOSA RM. Universidade do Vale do Acaraú - UVA. Universidade Federal do Maranhão – UFMA. Universidade Estadual do Maranhão – UEMA.**

**Resumo:** Atualmente há um aumento na utilização de produtos naturais como alimentos, medicamentos e cosméticos, bem como a propagação do ideal do sistema agroecológico com desenvolvimento sustentável. Os municípios maranhenses têm problemas graves no atendimento à saúde, na dispensação insuficiente de medicamentos, e no número crescente de doenças. O horto medicinal, juntamente com um ambulatório fitoterápico, auxilia a necessidade de medicamentos nos postos de saúde com a utilização de produtos fitoterápicos para tratamento de doenças de baixa complexidade. **Objetivos:** Elaboração de um projeto de implantação de horto medicinal com ambulatório fitoterápico para promover a conservação, cultivo em sistema agroecológico e a utilização econômica sustentável das espécies de plantas medicinais da região, resgatando a sabedoria popular, promovendo assistência preventiva aos problemas de saúde de baixa complexidade. **Metodologia:** Na implantação física, é necessário parcerias com as Secretarias de Saúde, Educação e Agricultura na disponibilização de áreas acessíveis e simples, bem como dos profissionais envolvidos. Na segunda etapa ocorrerá um levantamento botânico das espécies vegetais próximas à região, utilizando o conhecimento popular. Segue-se com a implantação de viveiros e canteiros de replantio, aquisição de equipamentos e de promoção de cursos de capacitação. Na etapa seguinte, ocorrerá a instalação da unidade de beneficiamento, treinamento técnico, início da aquisição de insumos. A última etapa corresponde ao início da produção das formas farmacêuticas (pomadas, tinturas, xaropes, cremes, soluções etc) e do atendimento ambulatorial. Os profissionais envolvidos serão assim distribuídos por unidade: farmacêutico (1), enfermeiro (1), técnico agrícola (2), recepcionista (1), podendo adaptar tais números de acordo com a demanda. O horto será unidade de atendimento para as equipes de saúde da família, local de utilização para alunos de escolas da região e da comunidade, que poderá utilizá-lo como prática para associações de moradores na produção de sabonetes, geléias ou outros produtos para a venda. Os recursos para manutenção da unidade serão gerados pela venda de produtos, mudas e repasse das secretarias. O custo aproximado para atender e dispensar gratuitamente os medicamentos para cerca de três mil pessoas/mês é da ordem de R\$10.000,00/mês (dez mil reais por mês). **Conclusão:** A implantação de um horto medicinal em sistema agroecológico sustentável juntamente com um ambulatório fitoterápico é de fundamental importância para a população maranhense, visto que reduz os custos com medicamentos e promove assistência preventiva para doenças de baixa complexidade, além de promover a produção e utilização segura de plantas medicinais próprias da região, desenvolvendo educação ambiental e resgatando o conhecimento popular.

**EFEITO DAS ISOFLAVONAS DE SOJA NA PRESSÃO ARTERIAL DE RATAS OOFORECTOMIZADAS. BARROS PTS, SPADA F, OLIVEIRA PLL, ABREU APA, ANDRADE KNS, NASCIMENTO JR, SILVA SN, CARTAGENE MS, BORGES MOR, BORGES ACR. Laboratório de Farmacologia. Universidade Federal do Maranhão. São Luís-MA**

**Resumo:** O hipoeestrogenismo, estado fisiológico característico da menopausa onde ocorre diminuição dos níveis de estrogênio no organismo, causa diversas mudanças, dentre elas alterações cardiovasculares, como aumento da pressão arterial, ondas de calor, e sudorese excessiva. As isoflavonas, fitoestrógenos presentes na soja, se mostram como uma alternativa para normalizar os níveis estrogênicos do organismo. Entretanto, é necessário confirmar se esses fitocompostos possuem a capacidade de impedir o surgimento das alterações cardiovasculares. **Objetivos:** Investigar o efeito das isoflavonas de soja na pressão arterial de ratas normotensas e ooforectomizadas. **Metodologia:** Foram utilizadas 40 animais da espécie *Rattus norvegicus*, da variedade albinus e da linhagem Wistar, divididos em 04 grupos: tratados com isoflavonas de soja (ISO), com estrogênio conjugado (EC), ooforectomizado (OOF), e falso operado (FO). Os animais dos três primeiros grupos foram submetidos a um estado de hipoeestrogenismo através da ooforectomia. Foram administradas as drogas por via oral, nas doses de 10 mg/Kg para ISO; 0,5 mg/Kg para EC e soro fisiológico( NaCl 0,9%) para OOF e FO.

As pressões arteriais foram determinadas três vezes por semana durante 10 semanas pelo método indireto, através do manguito de pressão e cristal piezoelétrico acoplado ao aparelho Letica, fornecendo os valores das pressões artérias sistólica (SIS), diastólica (DIA), média (MED) e frequência cardíaca (FC). Os resultados foram expressos como média  $\pm$  erro padrão das médias, e realizada a análise estatística de variância ANOVA-Newman-Keuls. **Resultados:** Baseados na aferição da pressão arterial da primeira semana de tratamento foi verificado que os grupos ISO, EC, OOF e FO apresentaram os seguintes valores de SIS:  $125,4 \pm 2,3$  mmHg;  $123,7 \pm 24,4$  mmHg;  $135,4 \pm 3,7$  mmHg;  $128,7 \pm 8,4$  mmHg. Valores de DIA:  $86,3 \pm 4,9$  mmHg;  $88,6 \pm 12,3$  mmHg;  $88,3 \pm 5,6$  mmHg;  $93,4 \pm 8,1$  mmHg. Valores de MED:  $98,9 \pm 4,2$  mmHg;  $100,1 \pm 16,2$  mmHg;  $105,4 \pm 5,6$  mmHg;  $104,9 \pm 8,2$  mmHg. Valores de FC:  $353,7 \pm 15,0$  BPM;  $347,8 \pm 3,7$  BPM;  $399,0 \pm 14,0$  BPM;  $397,5 \pm 11,3$  BPM. Aferição da última semana de tratamento indicou que os grupos ISO, EC, OOF e FO apresentaram os seguintes valores de SIS:  $70,0 \pm 3,0$  mmHg;  $73,9 \pm 3,6$  mmHg;  $115,3 \pm 2,7$  mmHg;  $79,9 \pm 1,5$  mmHg. Valores de DIA:  $57,0 \pm 2,3$  mmHg;  $62,9 \pm 2,4$  mmHg;  $88,9 \pm 1,2$  mmHg;  $67,0 \pm 0,7$  mmHg. Valores de MED:  $61,3 \pm 2,4$  mmHg;  $66,3 \pm 2,8$  mmHg;  $97,3 \pm 1,2$  mmHg;  $71,0 \pm 0,9$  mmHg. Valores de FC:  $360,8 \pm 26,15$  BPM;  $330,13 \pm 47,8$  BPM;  $345,9 \pm 14,7$  BPM;  $359,6 \pm 7,3$  BPM. **Conclusão:** Os resultados demonstraram que o grupo tratado por via oral com isoflavonas de soja apresentaram uma redução significativa de suas pressões arteriais, quando comparado com o início do tratamento e com o grupo ooforectomizado, indicando um reestabelecimento da normalidade cardiovascular alterada pela ooforectomia. **Apoio Financeiro:** PIBIC/CNPq.

**AVALIAÇÃO DA CONCORDÂNCIA DOS ACHADOS COLPOCITÓLOGICOS, COLPOSCÓPICOS E HISTOPATOLÓGICOS SUGESTIVOS DE PAPILOMAVÍRUS HUMANO DE PACIENTES EM SÃO LUÍS-MA. RIBEIRO IGS, RIBEIRO ASS, SILVA AMN, BRITO LGO, CHEIN MBC, NASCIMENTO BSM, BRITO LMO. Universidade Federal do Maranhão . São Luis-MA.**

**Resumo:** Dentre as doenças sexualmente transmissíveis, o Papilomavírus humano (HPV) tem-se mostrado de extrema importância como agente de infecções cervicais. Acredita-se que a infecção por HPV seja a infecção viral mais frequentemente transmitida por via sexual, originando também uma das mais prevalentes entre todas as doenças sexualmente transmissíveis. Estudos bioquímicos, imunológicos e, sobretudo de biologia molecular permitiram, contudo, identificar mais de 150 subtipos de HPV. **Objetivos:** Avaliar a concordância da Colposcopia (CP) e do exame histopatológico (EHP) das pacientes com Colpocitologia oncológica sugestiva de HPV. **Metodologia:** Selecionou-se 53 mulheres (entre 14 e 64 anos) com Colpocitologia sugestiva de HPV as quais foram submetidas à Colposcopia e à biopsia do colo uterino com exame histopatológico no Instituto de Ginecologia do Maranhão no período de janeiro a dezembro de 2006. Na Colposcopia as alterações consideradas como sugestivas de HPV englobam zona de transformação atípica (ZTA) e/ou epitélio acetoreativo, mosaico dentre outras. **Resultados:** Do total de 59 pacientes com CO sugestivas de HPV 81,3%, (48) apresentavam CP e EHP também compatíveis. Destas 41,7% (20) tinham menos de 30 anos; 33,3% (16) tinham entre 31 e 40 anos; entre 41 e 50 anos 7 pacientes (14,6%) apresentaram CP, CO e EHP compatíveis com HPV, enquanto que 5 pacientes (10,4%) também com estas alterações tinham mais de 50 anos. **Conclusão:** De acordo com a faixa etária, conclui-se maior prevalência de HPV em mulheres em idade fértil. Destaca-se ainda a importância de CO, CP e EHP, em especial quando se mostram concordantes, no rastreamento e diagnóstico de infecção cervical por HPV, o que possibilita terapêutica precoce e prevenção de evolução para formas mais graves.

**PREVALÊNCIA DE PAPILOMAVÍRUS HUMANO EM PACIENTES PORTADORAS DE NEOPLASIAS INTRA-EPITELIAIS CERVICAIS EM SÃO LUÍS –MA. RIBEIRO IGS, CHEIN MBC, RIBEIRO ASS, PINHEIRO GL, FRANÇA LM, MARINHO HT, MACIEL LB, SILVA AMN, BRITO LMO. Universidade Federal do Maranhão. São Luís-MA.**

**Resumo:** O carcinoma cervical é a segunda causa de câncer em mulheres no mundo. Estima-se que a incidência em escala mundial seja cerca de 500.000 casos por ano. O diagnóstico precoce permite o rastreamento das lesões do colo uterino em suas fases iniciais antes de se tornarem lesões invasivas por meio da colpocitologia oncológica (CO), colposcopia e histopatologia. A importância que assume hoje em nível mundial o estudo do Papilomavírus humano (HPV) vem de sua nítida correlação com as lesões precursoras e os processos malignos na cérvix uterina. Existem fortes evidências da vinculação de certos tipos de HPV com os carcinomas da cérvix e endocérvice, com bases clínicas, epidemiológicas, sorológicas e, sobretudo nas investigações de biologia molecular. É possível caracterizá-los em três categorias diferentes: os de baixo potencial oncogênico, entre os quais se incluem os HPV 6, 11, 41, 42, 43 e 44; os de médio potencial oncogênico, como os tipos 31, 33, 35, 39, 51 e 52; e os de alto potencial oncogênico também ditos de alto risco, e entre eles 16, 18, 45. **Objetivos:** Avaliar a prevalência em pacientes com NICS, de HPV diagnosticados simultaneamente por CO e colposcopia (CP) e ainda através do exame histopatológico (EHP). **Metodologia:** Avaliou-se 177 mulheres entre 21 e 50 anos de idade, com CO de NICS atendidas no Instituto de Ginecologia do Maranhão no período de

janeiro a dezembro de 2006. Foram submetidas à CP cujas alterações consideradas como sugestivas de HPV englobam zona de transformação atípica com predomínio do epitélio acetoreativo e ao EHP. **resultados:** Encontrou-se nas 177 mulheres, 25 (14,1%) com CO, CP e EHP compatíveis com infecção cervical por HPV. Dentre estas positivas para HPV, 7 pacientes tinham entre 21 e 30 anos; 13 (52%) tinham de 31 a 40 anos e na faixa etária de 41 a 50 anos haviam 5 pacientes (20%). Ainda sobre as pacientes com positividade para HPV, 52% (13) apresentavam NIC I, 32% (8) apresentavam NIC II e em 4 (16%) foi encontrado NIC III. **Conclusão:** A partir dos resultados, é possível afirmar e confirmar a importância da infecção por HPV no desenvolvimento das NICS. Frente a esse quadro, mostram-se essenciais programas de rastreio em grupos mais prováveis para o desenvolvimento das NICS por meio da CO, CP e EHP, quando possível de maneira associada.

#### **INFLUÊNCIA DE SYZYGIUM JAMBOLANUM NA FERTILIDADE DE BIOMPHALARIA GLABRATA.**

**LOBATO LFF, LOPES TC, LIMA HS, CRUZ VCO, SILVA NRF, PEIXOTO CR, Saraiva MA, Gonçalves JRS, Souza NS. Rosa IG. Grupo BIOMESC do Núcleo de Imunologia Básica e Aplicada. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal do Maranhão.**

**Resumo:** A Esquistossomose Mansônica é uma endemia causada pelo parasito trematódeo *Schistosoma mansoni*, que requer caramujos do gênero *Biomphalaria* como hospedeiros intermediários para completar o seu ciclo de desenvolvimento. Estes moluscos encontram-se em água doce e parada ou com pouca correnteza, onde realizam quase diariamente a postura de ovos contidos em massas gelatinosas, que são depositadas em estruturas sólidas da coleção hídrica. São animais com capacidade de autofecundação e são considerados prolíferos, pois apresentam capacidade de reconstituir a população inteira de um criadouro rapidamente. Tendo em vista o alto custo e a não seletividade da niclosamida, moluscicida de referência, vários estudos têm sido realizados com plantas regionais, visando à possibilidade de obtenção de produtos com teor moluscicida, no intuito de provocar alteração na fertilidade dos moluscos transmissores da esquistossomose. *Syzygium jambolanum* (Myrtaceae) é uma espécie originária da Ásia, conhecida popularmente no Brasil como jambolão, azeitona preta, entre outros nomes, sendo comum na região nordeste e muito utilizada na medicina popular. O trabalho foi desenvolvido com o objetivo de verificar a eliminação de massas de ovos por *Biomphalaria glabrata* quando em contato com a solução obtida do resíduo seco do extrato hidroalcolico do caule de *S. jambolanum*. A preparação do extrato e obtenção do resíduo seco foi baseada na metodologia de Matos, 1997 (MATOS, F. J. A. Introdução à fitoquímica experimental, 2ªed.: 1997). Caramujos *Biomphalaria glabrata* foram coletados no bairro Coroadinho (São Luís-MA) e submergidos em soluções obtidas a partir do resíduo seco de *S. jambolanum* em diferentes faixas de concentrações para a avaliação da fertilidade, a qual baseou-se na metodologia de Silva- Souza, 2002 (SILVA-SOUZA, N.; LOPES, P.M. Resistência de *Biomphalaria glabrata* à salinidade em laboratório. Rev. Pesq. em Foco, 10: 71-74, 2002). Os resultados confirmaram que a espécie vegetal estudada provocou alteração na eliminação da massa de ovos, sendo que, a partir da concentração 0,075 mg/ml, a reprodução de *B. glabrata* foi totalmente inibida.

#### **ATIVIDADE TÓXICA DE CARYOCAR BRASILIENSE EM BIOMPHALARIA GLABRATA COMO ALTERNATIVA NO COMBATE A ESQUISTOSSOMOSE. LOPES TC, LOBATO LFF, LIMA HS, CRUZ VCO, SILVA NRF, PEIXOTO CR, SARAIVA MA, GONÇALVES JRS, Souza NS, Rosa IG. Grupo BIOMESC do Núcleo de Imunologia Básica e Aplicada. Faculdade de Farmácia - Universidade Federal do Maranhão.**

**Resumo:** A esquistossomose é uma infecção provocada por platelmintos do gênero *Schistosoma*, endêmica em todo mundo. Consiste na doença parasitária de segunda maior prevalência mundial, representando grande importância sócio-econômica e um grave problema de saúde pública nos países subdesenvolvidos. No Maranhão, os principais focos encontram-se na região da baixada e no litoral, destacando-se os bairros periféricos. Dentre as medidas de controle desta parasitose, inclui-se o combate ao hospedeiro intermediário, caramujos do gênero *Biomphalaria*, tendo merecido destaque a pesquisa por vegetais com atividade moluscicida por conta dos riscos à natureza e do alto custo da niclosamida, que é o moluscicida de referência. Nesse contexto, encontra-se *Caryocar brasiliense* (Caryocaraceae), popularmente conhecida como piqui, freqüentemente encontrada nos cerrados brasileiros e no Nordeste. No Maranhão encontra-se principalmente na baixada maranhense. É amplamente utilizada na farmacopéia popular brasileira, e apresenta variadas classes de metabólitos secundários na sua constituição química. O presente trabalho tem como objetivo a investigação da atividade tóxica das folhas de *C. brasiliense* em caramujos da espécie *Biomphalaria glabrata*, transmissores da esquistossomose. Folhas de *C. brasiliense* foram submetidas à extração hidro-etanólica e obtenção do resíduo seco baseados na metodologia de Matos, 1997 (MATOS, F. J. A. Introdução à fitoquímica experimental, 2ªed: 1997). Os caramujos *Biomphalaria glabrata* foram coletados do bairro Coroadinho (São Luís-MA). Estes foram submergidos em soluções preparadas a partir do resíduo seco de *C. brasiliense* em

diferentes faixas de concentrações e analisados segundo metodologia preconizada por Silva-Souza, 2002 (SILVA-SOUZA, N.; LOPES, P.M. Resistência de *Biomphalaria glabrata* à salinidade em laboratório. Rev. Pesq. em Foco, 10: 71-74, 2002). Os resultados obtidos demonstraram uma forte atividade tóxica da referida espécie vegetal, indicado por uma inibição da capacidade motora e alimentar e a obtenção 100% de mortalidade de *B. glabrata* em 0,170 mg/ml após 24h de análise, sugerindo uma possível utilização de *C. brasiliense* como moluscicida no combate à esquistossomose.

**AValiação da Frequência de Anemia Falciforme em Amostra de Indivíduos do Bairro do Sá Viana. BATISTA L R, NASCIMENTO JR, SANTOS AAB, REGO MM, HIDELFONSO JRS, AYRES MB, MIRANDA MV, SEREJO TRT, ALMEIDA MCM, CASTRO, VCF, OLIVEIRA RAG. Laboratório de Hematologia. Universidade Federal do Maranhão. São Luís/MA.**

**Resumo:** A anemia falciforme é a doença hereditária mais comuns no Brasil que afeta principalmente a população negra, pois é originária do continente africano, especialmente das zonas endêmicas da malária. Há uma predominância significativa no Nordeste brasileiro do tipo mais grave conhecida, também, como Banto, procedente das tribos de negros da República Central Africana. A anomalia se caracteriza pelo fenômeno do afoçamento das hemácias devido aos altos níveis de hemoglobina S intraeritrocitária. Esta morfologia leva a problemas de ordem circulatória dificultando o transporte de oxigênio no organismo e facilitando a formação de trombos, ocasionando dor, cansaço, anorexia, hipóxia, dificuldade de cicatrização, apatia e disfunções progressivas, principalmente nos rins e fígado. O portador heterozigoto, denominado de traço falciforme, possui apenas um alelo alterado, não manifestando, então, o quadro clínico. A identificação laboratorial de hemoglobinas anormais em crianças e adolescentes permite o diagnóstico, levando ao acompanhamento clínico dos falcêmicos e a orientação dos portadores do “traço”. Quando realizado precocemente, garante as chances de tratamento eficaz e diminui possíveis alterações no organismo assim como a morbidade apresentada pela doença. **Objetivos:** Verificar a possível ocorrência da anemia falciforme e do traço desta em crianças e adolescentes da Comunidade do Sá Viana, com o fim de orientar quanto a esta anomalia e de aconselhamento genético. **Metodologia:** Estudo prospectivo randomizado em indivíduos entre 0 e 17 anos, os quais (ou os seus pais ou responsáveis) haviam comparecido à palestra expositiva sobre a anemia falciforme e posteriormente ao local para coleta, provenientes da Comunidade do Sá Viana. O estudo laboratorial incluiu: os testes gerais de: resistência osmótica a solução de NaCl 0,36%, hematócrito e análise do esfregaço, e os testes específicos para hemoglobinas: eletroforese alcalina em fita de acetato celulose com solução tampão de Tris-EDTA-borato 0,025 M pH 8,6. Caso observadas características do padrão S realizou-se testes de confirmação: teste de falcização e dosagem de hemoglobina variante por eletroforese em acetato celulose pH 8,6. **Resultados:** Foram coletados 106 amostras sanguíneas nas quais diagnosticaram-se 3 pacientes com hemoglobina S, ou seja, 3 pacientes com traço falcêmico (heterozigoto AS). **Conclusão:** Nossos resultados preliminares apontam a presença de portadores do traço falciforme em cerca de 2,8% da amostra estudada. Não houve casos de anemia falciforme. Embora estes valores estejam um pouco abaixo da frequência obtida em outras comunidades do município de São Luís, denota a necessidade de trabalhos epidemiológicos e o aconselhamento genético como forma de evitar novos casos de anemia falciforme em nosso município. **Apoio financeiro:** Núcleo de Estudos Farmacêuticos do DEFAR UFMA e Programa de Educação Continuada em Farmácia e Análises Clínicas.

**DISPENSÇÃO DE CREMES VAGINAIS EM FARMÁCIA DE SÃO LUÍS – MA. PESSOA DLR, FLISTER KFT, MACHADO JL. Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Maranhão.**

**Resumo:** A vaginose representa distúrbio ginecológico extremamente comum em nosso meio, sendo causa bastante freqüente de consulta médica. O equilíbrio do ecossistema vaginal é mantido por complexas interações entre a flora vaginal dita normal, os produtos do metabolismo microbiano, o estado hormonal e a resposta imune do hospedeiro. A vagina é habitada por numerosas bactérias de espécies diferentes que vivem em harmonia e que por isso são consideradas comensais, mas que podem, em situações especiais, tornarem-se patogênicas. A prevalência de corrimento vaginal é bastante variável, podendo ser desde 10% em mulheres em idade reprodutiva na população geral, até 50% em populações de alto risco para uma doença sexualmente transmissível (DST). No entanto, estima-se que praticamente a metade das mulheres com esta condição sejam assintomáticas, podendo apresentar início e resolução espontâneas, o que a tornaria tanto mais comum quanto subdiagnosticada. Muitas vezes, quando do aparecimento de sintomas de corrimento vaginal, as mulheres se automedicam, utilizando os cremes vaginais. **Objetivos:** Investigar a dispensação de cremes vaginais em farmácia comercial de São Luís – Maranhão. **Metodologia:** Estudo descritivo, onde foram entrevistadas 33 mulheres que adquiriram cremes vaginais para uso próprio em farmácia de São Luís – MA, em 2006. Aspectos como idade e princípio(s) ativo(s) dos medicamentos foram avaliados. **Resultados:** A idade média das mulheres que adquiriram

cremes vaginais era de  $33 \pm 1,6$  anos. 36% (n=12) adquiriram o medicamento sem receita médica, baseando-se em utilizações anteriores do medicamento (67%) ou indicação de amigas ou familiares (33%). Dentre os medicamentos adquiridos 12% (n=4) eram antifúngicos, 6% (n=2) antifúngicos, 21% (n=7) antiprotzoários e 61% (n=20) associações de princípios ativos. Os medicamentos mais utilizados foram Tetraciclina + Anfotericina B (n=6), Metronidazol (n=5), Nistatina (n=4), Tinidazol+tioconazol (n=3), Tinidazol+Miconazol (n=3) e Miconazol (n=2). **Conclusão:** O uso de cremes vaginais sem prescrição médica e sem a devida atenção farmacêutica pode camuflar patologias mais sérias, como as neoplasias ou ainda produzir infecções mais sérias, em consequência da alteração da flora vaginal, e do desenvolvimento de resistência.

**AVALIAÇÃO DAS NÃO-CONFORMIDADES ENCONTRADAS NAS SOLICITAÇÕES DE MEDICAMENTOS PRECONIZADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. COELHO GM., FRANÇA LM, MACHADO JL, FLISTER KFT, ARANHA MCB, BEZERRA JL, FONTENELE AMM. Hospital Universitário, Unidade Presidente Dutra. Universidade Federal do Maranhão. São Luis/MA.**

**Resumo:** Prescrição médica é o vínculo terapêutico entre o médico e seu paciente onde a farmácia e a enfermagem são envolvidas neste processo. Prescrições inadequadas ou desnecessárias constituem um problema para atenção à saúde; podem agravar o quadro de enfermidades e absorve somas consideráveis dos recursos destinados à saúde. **Objetivo:** Identificar as principais não conformidades presentes nas prescrições médicas para solicitação de medicamentos padronizados de uso restrito e/ou não padronizados. **Metodologia:** Foram analisados 2951 Formulários de Solicitação de Medicamentos de Uso Restrito e/ou Não Padronizados, realizadas no período de agosto de 2005 a dezembro de 2005. As não conformidades quantificadas nas prescrições foram em relação aos dados do paciente e do(s) medicamento (s). **Resultados:** A avaliação mostrou que 98% (n=2880) das solicitações não continham todos os dados necessários sobre os pacientes, incluindo peso, idade e nome completo. Além do mais, 73% (n=2164) das solicitações foram consideradas incompletas em relação aos dados dos medicamentos, com ausências de dose de apresentação, dose prescrita, horário e via de administração e duração de tratamento. Do total de prescrições analisadas, 1,4% (n=33) eram de solicitações de medicamentos já padronizados pela Comissão de Farmácia e Terapêutica do hospital, e que não eram de uso restrito e, portanto, não justificavam a utilização de Formulário próprio. O total de medicamentos prescritos pelo nome genérico foi maior que os medicamentos denominados pelo nome comercial (2,5%; n=75). **Conclusão:** Os dados obtidos nesse estudo nos mostram que em muitas prescrições, as informações contidas nos formulários estavam insuficientes para o deferimento da terapêutica solicitada o que pode gerar o aumento do risco de erro de medicação e danos ao paciente.

### Instruções aos colaboradores

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

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

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

### Informações gerais

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

### Forma e estilo

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

### Categoria dos artigos

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

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

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

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

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

### Organização dos artigos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Tabelas

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

### Ilustrações

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

