



REVISA

REVISTA DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA SENA AIRES

ISSN 2316-848X

Volume 3 | Número 2 | JUL/DEZ 2014

Métodos subjetivos utilizados para identificar o perfil nutricional de pacientes portadores de neoplasia: Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Paciente (ASG-PPP) e Avaliação Subjetiva Global (ASG)

Subjective methods to identify the nutritional profile of patients with neoplasia: Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) and Subjective Global Assessment (SGA)

Erinalva de Sousa Gomes¹; Ana Lucia Ribeiro Salomon^{1,2}

RESUMO

Introdução: O câncer pode abranger aproximadamente todos os tecidos e órgãos no organismo humano, necessariamente como uma consequência da mutação genética dentro de uma célula, relacionado com a transformação na estrutura e função do ácido desoxirribonucleico, como consequência de uma proliferação anormal.

Objetivo. Verificar o perfil nutricional de pacientes com neoplasias, associando a Avaliação Nutricional Subjetiva Proposta pelo Paciente (ASG-PPP) e a Avaliação Subjetiva Global (ASG), identificando assim a prevalência de desnutrição em pacientes com neoplasias.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa transversal, observacional, com abordagem descritiva e analítica. Foram entrevistados 40 pacientes com neoplasias em diversas localidades do corpo humano, de ambos os sexos, sendo todos os pacientes adultos e idosos com idade média de 56 anos, submetidos a dois diferentes tipos de questionários: Avaliação Subjetiva Global (ASG) e Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Paciente (ASG-PPP). O câncer mais frequente nos pacientes estudados foi o do aparelho digestivo. Foi realizada a análise descritiva dos dados, por meio de tabelas contendo frequências (absoluta e relativa) e representações gráficas, bem como testes estatísticos com nível de confiança de 95%. Logo, o p-valor abaixo de 0,05 foi considerado estatisticamente significativo. No questionário ASG-PPP, as variáveis peso, ingestão alimentar, sintomas, atividade e função são apresentadas em forma de escores. Para verificar se esses escores estão relacionados ao estado nutricional, foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA) com nível de confiança de 95%.

Resultados: Dos pacientes analisados, verificou-se que de acordo com os dados apresentados, houve uma diferença estatisticamente significativa entre as avaliações ASG e ASG-PPP no que diz respeito aos sintomas e estado nutricional ($p=0,02$) e atividade, função e estado nutricional ($p=0,02$). Os métodos utilizados para detecção de desnutrição não apresentaram diferenças.

¹Curso de Nutrição da Universidade Paulista, UNIP, Campus Brasília-DF.

²Programa de Residência em Nutrição Clínica do Hospital Regional da Asa Norte da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília-DF.

Correspondência:
Profa Dr^a Ana Lucia Ribeiro Salomon.
SQS 102 – bloco “G” – Apartamento
201. CEP: 70.330-070 – Brasília/DF.
E-mail: ana.salomon@gmail.com.

Recebido em: 02/12/2014
Aceito em: 28/12/2014.

Conclusão: Os dois questionários apresentaram efeitos iguais, no que diz respeito à variável avaliação global do estado nutricional do paciente. É importante ressaltar que a ASG-PPP apresenta alta sensibilidade e eficácia na identificação de pacientes desnutridos com diagnóstico de neoplasia, pois, por meio desse instrumento, é possível identificar sintomas característicos dessa enfermidade.

Palavras-chave: Neoplasia; Avaliação Subjetiva Global; Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Paciente; Desnutrição; Avaliação nutricional; Anorexia-caquexia.

ABSTRACT

Introduction: Cancer may cover nearly all tissues and organs in the human body necessarily as a consequence of genetic mutations within a cell associated with the transformation of the structure and function of deoxyribonucleic acid, as a consequence of abnormal proliferation.

Objective. To assess the nutritional profile of patients with neoplasia by the methods of Patient-Generated Subjective Nutritional Assessment and Subjective Global Assessment, identifying the prevalence of malnutrition in patients with cancer.

Methods: This is an observational cross-sectional study with a descriptive and analytical approach. 40 patients of both sexes with cancer in different locations of the body were interviewed. All of them were either adults or elderly, with an average age of 56 years old and two different types of questionnaires were used: the Subjective Global Assessment of Nutritional Status (SGA) and the Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA). The most common cancer in the studied patients was in the digestive tract. A descriptive analysis of the data was undertaken by means of (absolute and relative) tabulated frequencies, graphical representations and statistical tests with a confidence level of 95%. Here, a p-value below 0.05 was considered statistically significant. In the PG-SGA questionnaire, the variables weight, food intake, symptoms, activity and function are presented as scores. To verify if these scores were related to the nutritional status, an analysis of variance (ANOVA) with a confidence level of 95% was used.

Results: It was found among the examined patients that according to the data presented, there is a statistically significant difference between the SGA and PG-SGA assessments regarding symptoms and nutritional status ($p = 0.02$) and the activity, function and nutritional status ($p = 0.02$).

Conclusion: Both questionnaires led to similar effects in terms of a global assessment of the nutritional status of the patients. Is important to point out that the PG-SGA assessment provides a high sensitivity and effectiveness in identifying malnourished patients with cancer diagnosis, as it allows to identify typical symptoms of this condition.

Keywords: Neoplasia; Subjective Global Assessment; Patient-Generated Subjective Global Assessment; Malnutrition; Nutritional assessment; Anorexia-cachexia.

INTRODUÇÃO

O câncer é um processo patológico caracterizado pela divisão anormal e reprodução de células que podem se disseminar através do corpo, penetrando nas células e nos tecidos normais, gerando um aglomerado de células, massa denominada câncer ¹.

Atualmente, o câncer representa um dos principais problemas de saúde pública global. Mundialmente, isto quantifica 7,1 milhões de mortes anuais, sendo a segunda causa de morte mais frequente da Europa, onde se calcula que, a cada ano, 2,9 milhões de novos casos e 1,7 milhões de mortes por câncer estejam ocorrendo². Estimativas predizem que, em 2020, haverá mundialmente 15 milhões de novos casos de neoplasias por ano^{2,3}.

Os fatores de risco são os fatores ambientais (estilo de vida, tabagismo, consumo elevado de bebidas alcoólicas, hábitos alimentares impróprios, entre outros) ou de natureza constitucional (moleculares, hereditários e disponibilidade genética) interagindo para produzir uma determinada neoplasia³.

O câncer geralmente cursa com um quadro clínico de desnutrição, cuja etiologia clínica é reconhecida, incluindo anorexia, náuseas, obstrução mecânica do trato gastrointestinal, perdas sanguíneas crônicas, proteinúria e perda gastroduodenal de albumina^{3,4}. Em outras instâncias, a causa pode ser a competição do tumor por nutrientes e a indução tumoral de anormalidades dos metabolismos de carboidratos, lipídios e proteínas. O quadro clínico do paciente desnutrido inclui sintomas como a perda de peso e a anorexia⁴.

A síndrome da anorexia-caquexia (SAC) é uma complicação habitual no paciente portador de uma neoplasia maligna em nível avançado, diferente de uma desnutrição simples que é caracterizada pela falta ou deficiência de fornecimento de nutrientes ao organismo, na ausência de fatores estressantes como trauma ou infecção ^{4,5}.

A SAC caracteriza-se por uma intensa perda dos tecidos muscular e adiposo, com consequente perda involuntária de peso, além de anemia, astenia, balanço nitrogenado negativo, devido alterações fisiológicas, metabólicas e imunológicas⁶.

A SAC é intensa pelas alterações no metabolismo dos nutrientes (carboidratos, proteínas e li-

pídios). Uma característica observada no câncer é que representa a maior causa de desgaste energético, pois a glicose liberada na corrente sanguínea e captada pelas células neoplásicas ⁶. Já as alterações no metabolismo proteico estão associadas a perda de massa muscular esquelética e visceral, pois em situação de jejum agudo ocorre a degradação das proteínas corporais especialmente a massa muscular, levando a liberação de aminoácidos na corrente sanguínea que, via gliconeogênese, são utilizados para obtenção de energia⁷.

As alterações no metabolismo lipídico e a depleção das reservas de gordura e a hiperlipidemia são as maiores anormalidades lipídicas vistas em pacientes oncológicos, levando ao aumento da lipólise e a diminuição da síntese lipídica, causada pela ingestão alimentar e por fatores lipolíticos produzidos pelo tumor ^{7,8}.

As alterações hormonais (Leptina, Neuropeptídeo Y, Melanocortina, Grelina), além do acréscimo das citocinas circulantes (Fator de Necrose Tumoral – TNF α , *Interleucina 1- IL-1*, *Interleucina 6 - IL-6*, Interferon - INF), provocam mudanças no paladar e olfato, com a progressão tumoral e com o tratamento oncológico, ao mesmo tempo contribuem com a anorexia e, consequentemente, com a SAC ^{8,9}.

As modalidades de tratamento do câncer podem incluir cirurgias, quimioterapia, radioterapia ou a combinação de ambos os tratamentos. Cada uma dessas pode levar a efeitos colaterais que comprometem o estado nutricional, podendo intervir na digestão, absorção e metabolismo dos nutrientes ⁹. Os sintomas que podem afetar o estado nutricional são náuseas e vômitos, disgeusia e disosmia, alterações intestinais, disfagia, odinofagia, anorexia, dor e fadiga. A melhoria do estado nutricional eleva a resposta do paciente à terapia e tende a reduzir os efeitos colaterais do tratamento ^{9,10}.

A ASG consta de questões aplicadas em um só momento, simples, relevante sobre a história clínica e exames físicos. Questionam-se primeiramente as alterações de peso do paciente, com foco na perda total expressa em quilogramas e na porcentagem de peso corporal perdida em relação ao peso habitual. Questiona-se também a perda de peso nas últimas duas semanas¹⁰.

O segundo item a ser questionado é a alteração da ingestão alimentar relativamente ao padrão

usual do paciente, sendo a informação relatada pelo paciente. O próximo item a se enfatizar é a presença de sintomas gastrointestinais significativos, onde serão considerados caso ocorram diariamente por mais de duas semanas¹¹. O quarto item a ser analisado é a avaliação da capacidade funcional do paciente, sendo de grande importância, pois o mesmo avalia as modificações funcionais que aconteçam juntamente com as alterações antropométricas e dietéticas^{11,12}.

Como último item o exame físico deve ser feito de maneira objetiva, utilizando palpação e inspeção. Além dos sinais de deficiência de nutrientes específicos que possam chamar atenção, o exame físico será dirigido para avaliação de perda de gordura, massa muscular e presença de líquidos no espaço extravascular¹⁴. São avaliadas as seguintes regiões: Tríceps, linha média axilar no nível das últimas costelas, áreas interósseas e palmares das mãos e ombro. Para a conclusão da avaliação subjetiva global, são consideradas as classificações em cada item, de acordo com sua gravidade, levando ao diagnóstico final de: A- bem-nutrido, B- moderadamente desnutrido e C- gravemente desnutrido¹⁵.

A Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Paciente (ASG-PPP), é uma adaptação da Avaliação Subjetiva Global (ASG) para pacientes oncológicos¹⁶. Foram anexadas questões sobre a presença de sintomas nutricionais relacionadas à doença. Consiste em duas partes; na primeira o paciente responde descrevendo sua alteração de peso, da ingestão alimentar, sintomas relacionados ao câncer e alterações funcionais¹⁷. Na segunda parte o profissional aplica o questionário, englobando parâmetros como, diagnóstico primário e exame físico, onde avalia: perda de gordura subcutânea (tríceps e tórax), perda muscular (quadríceps e deltoide), edema no tornozelo, edema sacral e ascite^{17,18}. A Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Paciente (ASG-PPP) é um método utilizado para avaliação nutricional preferencial em pacientes oncológicos¹⁸.

Esta Triagem é um método utilizado para detectar precocemente alterações nutricionais que possibilitem uma intervenção nutricional precoce¹⁸. Também é considerado um instrumento para identificar pacientes com maior risco de mortalidade¹⁹.

O objetivo dessa pesquisa é avaliar o estado nutricional de pacientes oncológicos por métodos subjetivos, envolvendo a Avaliação Subjetiva Glo-

bal e Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Paciente, assim verificando o perfil epidemiológico de pacientes com desnutrição, bem como outros fatores associados à doença, como sua localização.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, observacional, com abordagem descritiva e analítica aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da SES/DF, conforme o parecer nº 864.432, respeitando os aspectos éticos da Resolução nº 466/2012.

Foram recrutados 40 indivíduos adultos, de ambos os sexos, com idade entre 20 e 90 anos. Todos os participantes apresentavam neoplasias malignas. Os dados foram coletados no Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) em outubro de 2014.

Os pacientes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após informações detalhadas sobre o objetivo do estudo e as perguntas a serem realizadas. Todos os pacientes foram contatados pela pesquisadora, por meio de visitas presenciais.

No questionário ASG – PPP as variáveis - peso, ingestão alimentar, sintomas e atividade e função - são apresentadas em forma de escores. Para verificar se estes escores estão relacionados ao estado nutricional foi utilizada a Análise de variância (ANOVA) com nível de confiança de 95%.

O primeiro contato com os pacientes foi feito na Unidade de Interação de pacientes oncológicos do Hospital de Base do Distrito Federal, durante o mês de outubro, onde foi explicado o objetivo do estudo, com uma breve explicação sobre os questionários a serem aplicados durante a pesquisa.

Em seguida aplicaram-se a Avaliação Subjetiva Global (ASG) e a Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Próprio Paciente (ASG-PPP), e coleta das assinaturas do TCLE pelos participantes.

Além disso, foi coletado dado adicional, o tipo de câncer, que a ASG-PPP exigia.

Para a análise e interpretação dos resultados foram utilizados os programas Excel 2007 e o “*Statistical Package of Social Sciences*” (SPSS) versão 22.0.

Foi realizada a análise descritiva dos dados, por meio de tabelas contendo frequências (absoluta e relativa), representações gráficas, bem como testes estatísticos com nível de confiança de 95%. Logo, p-valor abaixo de 0,05 foi considerado estatisticamente significativo.

Os testes estatísticos utilizados foram a correlação de Kappa para verificar a concordância de respostas dos questionários avaliados, assim verificando a diferenças entre as medias dos escores, foram utilizados a análise de variância ANOVA, One way e Qui-Quadrado para verificar a dependência entre duas variáveis qualitativas.

RESULTADOS

Foram entrevistados 40 pacientes com câncer com média de idade de 56 anos submetidos a dois diferentes tipos de questionários: Avaliação Subjetiva Global do Estado Nutricional, proposta por Detsky e colaboradores em 1987 e Avaliação Subjetiva global produzida pelo paciente – ASG-PPP, proposta por Ottery e colaboradores em 1993.

O câncer mais frequente nos pacientes estudados foi o do aparelho digestório, com 35,0% (n= 14); 17,5% (n=7) câncer hematológico, 22,5% (n=9) dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, 10,0% (n=4) apresentaram câncer de mama, 5,0% (n=2) neoplasia do sistema respiratório, 2,5% (n=1) câncer no sistema reprodutor masculino e 5% com câncer no sistema reprodutor feminino.

No primeiro momento foram analisadas as estatísticas descritivas do questionário de ASG. Este questionário apresenta perguntas relacionadas à história do paciente, alterações na ingestão alimentar, capacidade funcional, doenças e suas relações com necessidades nutricionais e o exame físico. Ao final do questionário, com base nas questões respondidas pelos pacientes, foi obtido o diagnóstico nutricional do paciente - nutrido, moderadamente desnutrido e gravemente desnutrido.

Em relação às alterações dos pacientes nos últimos seis meses observou-se que houve perda, em média, de 10,4 kg (DP=7,4). 67,4% dos entrevistados responderam ter diminuído o peso nas duas últimas semanas, 88,4% não apresentaram alterações na ingestão alimentar, no entanto 62,5% responderam terem disfunção na capacidade funcional (Tabela I).

Tabela I: Frequência absoluta e relativa dos Itens componentes da Avaliação Subjetiva Global (ASG) na amostra de pacientes (n=40).

Frequência absoluta e relativa das variáveis contidas no questionário avaliação Subjetiva Global – ASG (N=40)	Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas aos sintomas gastrointestinais contidas no questionário Avaliação Subjetiva Global – ASG (N=40)	Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas exame físico contidas no questionário Avaliação Subjetiva Global-ASG (N= 40)
Variáveis	N	%
Nenhum		
Sim	3	7,5
Não	37	92,5
Náuseas		
Sim	28	70,0
Não	12	30,0
Vômitos		
Sim	18	45,0
Não	22	55,0
Diarreia		
Sim	12	30,0
Não	28	70,0
Anorexia		
Sim	1	2,5
Não	39	97,5
Perda de gordura subcutânea		
Normal	9	22,5
Leve	14	35,0
Moderado	9	22,5
Grave	8	20,0
Perda muscular		
Normal	7	17,5
Leve	16	40,0
Moderado	9	22,5
Grave	8	20,0
Edema no tornozelo		
Normal	39	100,0
Edema sacral		
Normal	37	94,9
Leve	2	5,1
Ascite		
Normal	39	100,0
Alterações nas duas últimas semanas		
Sem alterações	8	20,0
Diminuição	27	67,5
Alterações na ingestão alimentar		
Sem alterações	31	88,6
Alterações	4	11,4
Capacidade funcional		
Sem disfunção	14	35,0
Com disfunção	25	62,5

Na perda muscular e de gordura subcutânea foram encontrados percentuais de 40% e 35% para leve, respectivamente. A maioria dos pacientes apresentaram náuseas como sintomas gastrointestinais (70%). No exame físico os entrevistados foram avaliados em relação à presença de edema como normais para edema no tornozelo e ascite e 94,9% para edema sacral (Tabela I).

A média de estatura foi equivalente a 1,7 m (DP=0,1), já a média de peso igual a 52,3 Kg (DP= 11,7).

Observou-se que 70% dos pacientes responderam que houve diminuição no peso durante as duas últimas semanas. Em relação à ingestão alimentar, metade dos entrevistados respondeu sem mudanças e a outra metade menos que o normal. 50% dos indivíduos responderam comerem atualmente comida sólida em menor quantidade (Tabela II).

Os dados do questionário ASG – PPP mostraram que 70% dos entrevistados queixaram-se durante as duas semanas prévias a coleta, a respeito de náuseas e xerostomia (Tabela II).

Tabela II: Frequência absoluta e relativa das variáveis do questionário - Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Próprio Paciente (ASG – PPP) na amostra de pacientes (n=40)

Variáveis	N	%
Peso durante as duas últimas semanas		
Sem alterações	12	30,0%
Diminuição	28	70,0%
Ingestão alimentar		
Sem mudanças	20	50,0%
Menos que o normal	20	50,0%
Atualmente, eu estou comendo		
Comida normal (alimentos sólidos) em menor quantidade	20	50,0%
Comida normal (alimentos sólidos) em pouca quantidade	1	2,5%
Apenas líquidos	2	5,0%
Apenas suplementos nutricionais	2	5,0%
Muito pouco de qualquer comida	4	10,0%
Apenas alimentos por sonda ou pela veia	11	27,5%
Atividade e função		
Não totalmente normal, mas capaz de manter quase todas as atividades normais	11	27,50%
Não me sentindo bem para a maioria das coisas, mas ficando na cama ou na cadeira menos da metade do dia	14	35,00%
Capaz de fazer pouca atividade, e passando a maior parte do tempo na cadeira ou na cama	8	20,00%
Bastante tempo acamado, raramente fora da cama	7	17,50%

O questionário ASG – PPP apresentou 92,5% dos entrevistados apontando para o seguinte resultado: “Indica necessidade crítica de melhora no manuseio dos sintomas e/ou opções de intervenção nutricional” (Tabela III).

Tabela III: Resultado da avaliação Subjetiva Global do Estado Nutricional - Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Próprio Paciente (ASG – PPP)

Resultado	N	%
Educação do paciente e seus familiares pelo nutricionista, enfermeira ou outro profissional, com intervenção farmacológica de acordo com o inquérito dos sintomas (caixa 3) e exames laboratoriais se adequado	1	2,5
Indica necessidade crítica de melhora no manuseio dos sintomas e/ou opções de intervenção nutricional	37	92,5
Necessita intervenção pela nutricionista, juntamente com a enfermeira ou médico como indicado pelo inquérito dos sintomas (caixa 3)	2	5,0
Total	40	100,0

Para verificar a existência da relação entre as variáveis alterações do peso nos últimos seis meses e estado nutricional do paciente foi aplicada a Análise de variância one way com nível de confiança de 95%. Foram verificados estatisticamente a perda de peso nos últimos seis meses de ambos os questionários (ASG : $p=0,1$, e ASG –PPP: $p= 0,7$).

O objetivo do teste é avaliar se as medias da perda de peso nos últimos seis, independentemente do seu estado nutricional ou se existe diferença estatisticamente significativa. Segue na tabela o resultado do teste.

Tabela IV - Perda de peso nos últimos seis meses de acordo com o estado nutricional do paciente, Avaliação Subjetiva Global (ASG) e Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Próprio Paciente (ASG-PPP) e Perda de peso nas últimas duas semanas de acordo com o estado nutricional do paciente, ASG e ASG-PPP.

Perda de peso nos últimos seis meses de acordo com o estado nutricional do paciente, por tipo de questionário			
Perda de peso nas últimas duas semanas de acordo com o estado nutricional do paciente, por tipo de questionário			
Avaliação subjetiva global	Média	Desvio Padrão	P
ASG – 1987			
Bem nutrido	8,3	6,8	0,1
Desnutrição moderada	10,1	8,4	
Gravemente desnutrido	14,7	5,4	
ASG – PPP			
Bem nutrido	9,2	6,5	0,7
Desnutrição moderada	11,5	9,2	
Gravemente desnutrido	10,4	4,2	

Exame físico	Estado nutricional			p
	Bem nutrido	Desnutrição moderada	Gravemente desnutrido	
Perda de gordura subcutânea				
Normal	7 (77,8%)	2 (22,2%)	0 (0,0%)	0,03*
Leve	7 (50,0%)	5 (35,7%)	2 (14,3%)	
Moderado	1 (11,1%)	5 (55,6%)	3 (33,3%)	
Grave	1 (12,5%)	3 (37,5%)	4 (50,0%)	
Perda muscular				
Normal	6 (85,7%)	1 (14,3%)	0 (0,0%)	0,02*
Leve	8 (50,0%)	6 (37,5%)	2 (12,5%)	
Moderado	1 (11,1%)	5 (55,6%)	3 (33,3%)	
Grave	1 (12,5%)	3 (37,5%)	4 (50,0%)	

Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas do questionário ASG, foram aplicados testes Qui-Quadrado com nível de confiança de 95%. Apenas as variáveis: perda de gordura subcutânea e perda muscular apresentaram associações estatisticamente significativas com a variável estados nutricionais.

No questionário de Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Paciente ASG-PPP, apenas as variáveis perda de gordura subcutânea e perda muscular apresentaram associação estatisticamente significativa em relação ao estado nutricional do paciente o p calculado foi: 0,03 e 0,02, respectivamente.

Tabela V: Média e Desvio Padrão dos escores do questionário Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Próprio Paciente (ASG – PPP)

Variáveis	Estado nutricional		P
	Média	Desvio Padrão	
Peso			
Bem nutrido	2,8	1,7	0,85
Desnutrição moderada	2,9	1,7	
Gravemente desnutrido	4,2	1,0	
Ingestão alimentar			
Bem nutrido	2,0	1,5	0,72
Desnutrição moderada	1,9	1,5	
Gravemente desnutrido	1,4	2,1	
Sintomas Gastrointestinais			
Bem nutrido	5,3	4,2	0.02*
Desnutrição moderada	7,4	2,5	
Gravemente desnutrido	10,4	2,3	
Capacidade Funcional			
Bem nutrido	1,8	0,7	0.02*
Desnutrição moderada	1,9	0,8	
Gravemente desnutrido	2,9	0,3	

De acordo com os dados apresentados na tabela 5 verificou-se que existe diferença estatisticamente significativa entre sintomas GI e estado nutricional ($p=0,02$) e Capacidade funcional e estado nutricional ($p=0,02$).

Para se descrever a intensidade da concordância dos dois questionários analisados utilizou-se a medida de Kappa, que é baseada no número de respostas concordantes. Esta medida tem como valor máximo 1, que representa total de concordância e valor mínimo 0, o que indica nenhuma concordância.

Tabela VI: Classificação do estado nutricional do questionário Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Próprio Paciente (ASG – PPP)

	ASG - PPP Destsky - 1987			Total
	Bem nutrido	Desnutrição moderada	Gravemente desnutrido	
Bem nutrido	3 (18,8%)	4 (26,7%)	6 (66,7%)	13 (32,5%)
Desnutrição moderada	7 (43,8%)	9 (60,0%)	2 (22,2%)	18 (45,0%)
Gravemente desnutrido	6 (37,5%)	2 (13,3%)	1 (22,5%)	9 (22,5%)
Total	16(100,)	15 (100,0%)	9(100,0%)	40(100,0%)

O coeficiente de Kappa foi equivalente a 0,7. Isto significa nível de concordância “bom” entre os dois questionários.

DISCUSSÃO

O paciente com neoplasia está exposto à desnutrição e, em decorrência disso, necessita ter a adequada identificação do seu estado nutricional, para que seja presumível qualificar a assistência oferecida a este paciente, além de se intervir precocemente no sentido de evitar o agravamento do estado nutricional. A desnutrição é considerada a complicação mais frequente, sendo encontrada em aproximadamente 75% dos pacientes oncológicos, durante a investigação do diagnóstico^{1, 12}.

Além disso, ela se agrega de forma significativa com o avanço da morbidade e mortalidade, com a redução a resposta e tolerância ao tratamento, maiores custos, diminuição de sobrevida e o agravamento da qualidade de vida¹³. A sua gravidade está no fato de que 20% dos óbitos dos pacientes com neoplasia acontecem devido a complicações consequentes da desnutrição e não da doença propriamente dita¹⁰.

As pequenas quantidades de perda de peso (inferiores a 5% do peso corpóreo) antes da terapia estiveram associadas ao mau prognóstico, dando a importância da avaliação nutricional precoce e da intervenção como uma medida preventiva. Múltiplos métodos têm sido utilizados para a avaliação nutricional, dentre eles, encontram-se as avaliações subjetivas, que foram utilizadas para esse estudo (ASG e ASG-PPP)¹⁶.

Verificou-se que 40% dos pacientes foram classificados como bem nutridos, 37% como desnutrição moderada e 23% como gravemente desnutridos, segundo a ASG, já no questionário ASG – PPP, 32% bem nutridos, 45% foram classificados como moderadamente desnutridos, e 23% gravemente desnutridos (mesmo valor encontrado na ASG).

Dentre os pacientes incluídos no presente estudo, 35,0% (n=14) dos pacientes apresentaram câncer do aparelho digestivo, o que pode contribuir com o índice de desnutrição encontrado, visto que essa doença implica em diversos fatores que podem interferir em seu estado nutricional. A incapacidade de ingestão alimentar por restrição mecânica do próprio tumor pode contribuir de forma significativa para o comprometimento do estado nutricional, além do estresse metabólico imposto pelo tumor, que geram alterações fisiológicas que podem interferir na ingestão, digestão e a absorção adequada dos alimentos, levando a um inadequado aproveitamento de nutrientes.

É importante ressaltar que a ASG-PPP apresenta alta sensibilidade e eficácia na identificação de pacientes desnutridos com diagnóstico de neoplasia, pois, por meio deste instrumento, é possível identificar sintomas característicos que podem diminuir com orientação dietética e terapia medicamentosa. Neste estudo a ASG-PPP identificou melhor pacientes moderadamente desnutridos, embora não tenha encontrado diferenças significantes em relação ao diagnóstico fornecido pela ASG.

Entretanto, pode haver limitação do método, como o fato de ter sido abordado vários tipos de câncer, mascarando a real prevalência da desnutrição na amostra, outro fato de que alguns pacientes tiveram dificuldades para responder as questões relacionadas à perda de peso nos últimos meses, assim como para especificar a ingestão alimentar durante o último mês, o que pode

comprometer, em alguns casos, a classificação do estado nutricional. É importante ressaltar que o número de pacientes acompanhados não foi suficiente para se fazer uma análise estratificada por tipo de câncer, para se ver a real interferência do local do tumor no diagnóstico nutricional. Assim sugiro estudos com amostras maiores para analisar essas diferenças.

CONCLUSÃO

Verificando o perfil epidemiológico de pacientes com desnutrição, bem como outros fatores associados à doença, como sua localização, conforme encontrado, destaca-se que a desnutrição é um aspecto de extrema importância a ser considerado no tratamento oncológico, visto que pode interferir diretamente no prognóstico da doença.

Os dois questionários apresentaram efeitos iguais, no que diz respeito à variável avaliação global do estado nutricional do paciente e à identificação da desnutrição. Os aspectos mais associados à desnutrição de cada questionário que estiveram envolvidos no diagnóstico nutricional do paciente, foram a perda de peso nos últimos seis meses, alteração de peso nas últimas duas semanas, alterações na ingestão alimentar, sintomas gastrointestinais, juntamente com exames físicos.

Embora a ASG seja uma ferramenta de avaliação nutricional utilizada em muitos hospitais, o uso da ASG-PPP é uma escolha adequada, pois tem a vantagem de fazer com que o paciente se sinta mais participativo, além de diminuir o tempo gasto pelo profissional para finalizar a avaliação. É importante ressaltar que a ASG-PPP apresenta alta sensibilidade e eficácia na identificação de pacientes desnutridos com diagnóstico de neoplasia, pois, por meio deste instrumento, é possível identificar sintomas característicos dessa doença. Vale lembrar que uma das limitações do método é a necessidade de alfabetização do paciente, o que é fator limitante no Brasil e nesse sentido, os resultados do estudo mostraram que a ASG tem a mesma capacidade em diagnosticar a desnutrição e independente da auto-avaliação do paciente.

A ASG-PPP possui informações sobre alguns sintomas comumente presentes nesses pacientes, incluindo as alterações da composição corporal,

possibilitando a identificação precoce dos pacientes em risco nutricional.

CONFLITOS DE INTERESSES

Não há conflitos de interesse

REFERÊNCIAS

1. Colling C et al. Pacientes Submetidos à Quimioterapia: Avaliação Nutricional Prévia: Avaliação Nutricional em Quimioterapia. Revista Brasileira de Cancerologia, Capão da Canoa (RS). 2012 Maio;611-617.
2. Garcia RS, Tavares LRC, Pastore CA. Rastreamento nutricional em pacientes cirúrgicos de um hospital universitário do sul do Brasil: o impacto do risco nutricional em desfechos clínicos. Einstein, Pelotas, Rs, Brasil. 2013 Abr;147-152.
3. Attolini RC, Gallon CW. Qualidade de Vida e Perfil Nutricional de Pacientes com Câncer Colorretal Colostomizados. Rev Bras Coloproct, Rio Grande do Sul. 05 de 2010 Ago;289-298.
4. Aaquino RC, Philippi ST. Desenvolvimento e avaliação de instrumentos de triagem nutricional. Rev Bras Enferm, Brasília, São Paulo-sp, Brasil. 11 de 2012 Out;607-613.
5. Fonseca DA, Garcia RRM, Stracieri APM. PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIAS SEGUNDO DIFERENTES INDICADORES. Nutrir Gerais – Revista Digital de Nutrição, Ipatinga, Minas Gerais. 2009 Dez;444-461.
6. Peres GB et al. Comparação entre métodos de Avaliação Subjetiva Global em oncologia. Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre. 2009 Maio;37-42.
7. Machry RVaz et al. Desnutrição em pacientes com câncer avançado: uma revisão com abordagem para o clínico. Revista da Amrigs, Porto Alegre. 2011 Jul;296-301.
8. Maicá AO, Schweigert ID. Avaliação nutricional em pacientes graves: Revista Bras Ter Intensiva, Rio Grande do Sul – Unijuí, Ijuí (RS). 11 de 2008 Ago;286-295.
9. Ferreira Daiane et al. Aceitação de dietas hospitalares e estado nutricional entre pacientes com câncer. Einstein, Porto Alegre, Rs, Brasil. 2012 Nov;41-46.
10. Duval PA et al. Caquexia em Pacientes Oncológicos Internados em um Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar: Caquexia Neoplásica em Internação Domiciliar. Revista Brasileira de Cancerologia, Pelotas (RS), Brasil. 2010 Mar;207-212.
11. Tartari RF, Busnello FM, Nunes CHA. Perfil Nutricional de Pacientes em Tratamento Quimioterápico em um Ambulatório Especializado em Quimioterapia: Perfil Nutricional do Paciente Oncológico. Revista Brasileira de Cancerologia, Porto Alegre (RS). 2009 Nov;43-50.
12. Firme LE, Gallon CW. Perfil Nutricional de Pacientes com Carcinoma Esofágico de um Hospital Público de Caxias do Sul: Perfil Nutricional de Câncer de Esôfago. Revista Brasileira de Cancerologia, Nova Petrópolis (RS) 2010 Out;443-451.

13. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). 2014; Estimativa 2014 Incidência de câncer no Brasil, Brasil 2014] :<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>
14. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia ITD: Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): A study of 4000 patients. *Nutrition* 2013;17(7/8):573-80
15. Arrieta O, Michel RM, Villanueva-Rodríguez G, Serna-Thomé MG, Flores-Estrada D, Diaz-Romero C, et al. Association of nutritional status and serum albumin levels with development of toxicity in patients with advanced non-small cell lung cancer treated with paclitaxel-cisplatin chemotherapy: a prospective study. *BMC Cancer* 2010 Feb 21;10:50.
16. Borges LR, Paiva SI, Silveira DH, Assunção MCF, Gonzalez MC. O estado nutricional pode influenciar a qualidade de vida de pacientes com câncer? *Revista de nutrição da PUCCAMP* 2010 set/out; 23(5):745-53.
17. Associação Brasileira de Cuidados Paliativos. Consenso Brasileiro de caquexia/Anorexia. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos* 2011, 3(3); Supl.1
18. Silva PB, Lopes M, Trindade Teixeira LC, Yamanouchi CN. Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Revista Dor* 2010; 11(4): 282-8.
19. GONZALEZ, M. Cristina et al. Validação da versão em português da avaliação subjetiva global produzida pelo paciente. *Revista Brasileira de Cancerologia, Pelotas-rs* 2010 Jun;102-108.



REVISA

REVISTA DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA SENA AIRES

ISSN 2316-848X

Volume 3 | Número 2 | JUL/DEZ 2014

Prevenção do câncer do colo do útero: Conhecimento das mulheres assistidas no município de Valparaíso de Goiás

Prevention of cervical cancer: On the awareness of women assisted in the municipality of Valparaíso de Goiás

Marliene Rosa de Souza¹; Walquiria Lene dos Santos¹

RESUMO

O colo do útero é revestido por diversas camadas de células epiteliais pavimentosas, arranjadas de forma bastante ordenada. Nas neoplasias, essa estratificação se torna desordenada. A afecção inicia-se com transformações intraepiteliais progressivas, que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasora num prazo de 10 a 20 anos. O objetivo geral deste estudo foi identificar o nível de conhecimento das mulheres assistidas no município de Valparaíso de Goiás acerca da prevenção do câncer de colo de útero. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, na qual foram analisados dados coletados por meio de um questionário fechado aplicado às usuárias de uma unidade básica de saúde do município de Valparaíso de Goiás, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os resultados mostraram que os profissionais de saúde que mais participam das informações acerca da doença são os enfermeiros, com 30%, e os agentes comunitários de saúde (ACS) com 18%. Cerca de 48% não receberam qualquer informação. Os dados sugerem que há a necessidade de atividades educativas quanto à sua saúde, o que favorece a adoção de práticas preventivas em relação ao câncer do colo do útero. Conclui-se que há pouca adesão das usuárias em participar de atividades educativas, sendo necessária a formação de equipes envolvidas com a educação em saúde, todas trabalhando de forma articulada com vista à redução dos agravos à saúde da mulher, de forma que as usuárias possam ser estimuladas e orientadas acerca da importância da prevenção do câncer do colo do útero.

Palavras-chave: Câncer do colo do útero; Câncer; Prevenção e controle do câncer do colo do útero.

¹Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Valparaíso - GO.

Correspondência:

Prof^ª Walquiria Lene dos Santos. Rua Acre Quadra 02, Lotes. 17/18 Chácaras Anhanguera - Valparaíso de Goiás - Goiás - CEP: 72870-000. Fone: (61) 3627-4200. E-mail: walquiria@senaaires.com.br.

Recebido em: 13/07/2014.
Aceito em: 15/10/2014.

ABSTRACT

The cervix is covered by several layers of squamous epithelial cells arranged in a very orderly manner. In neoplasms, this stratification becomes disordered. Such disorder begins with progressive intraepithelial changes that may develop into an invasive cancerous lesion within 10 to 20 years. The central objective of this study was to identify the awareness level among women assisted in the city of Valparaíso de Goiás on the topic. This is a quantitative research in which data was collected by means of a closed questionnaire applied to users of a primary health care unit in the city of Valparaíso de Goiás, after their signing of an Informed Consent Form (ICF). The results showed that the health professionals who participate most with information about the disease were nurses (30%) and community health agents (CHAs, 18%). Approximately 48% did not receive any information. The data suggests that there is a need for educational activities regarding women's health, which favors the adoption of preventive health practices to avoid cervical cancer. The study concludes that there is still a low level of participation by the users in educational activities and it is necessary to provide training to health education teams, so that they may undertake a joint work to reduce women's health risks and stimulate and provide guidance to women on the importance of preventing uterine cervical cancer.

Keyword: Cervical cancer; Cancer; Prevention and control of cervical cancer.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermoide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular 10% dos casos.¹

É o segundo tumor mais frequente na população feminina, atrás apenas do câncer de mama e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Por ano, faz 4.800 vítimas fatais e apresenta 18.430 novos casos. Mulheres diagnosticadas precocemente, se tratadas adequadamente, têm praticamente 100% de chance de cura.²

O método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citopatológico (exame de Papanicolaou), que deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual, essa faixa etária como a população-alvo do Programa justifica-se por ser a de maior ocorrência das lesões de alto grau, passíveis de serem tratadas efetivamente para não evoluírem para o câncer.³

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a incidência deste câncer aumenta nas mulheres entre 30 e 39 anos, antes dos 25 anos prevalecem às infecções por HPV (Papilomavírus humano) e as lesões de baixo grau, que regredirão espontaneamente na maioria dos casos e, portanto, podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas. Após os 65 anos, quando a mulher realiza os exames preventivos regularmente, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é reduzido dado a sua lenta evolução.³

A saúde da mulher é uma estratégica de ações prioritárias no Sistema Único de Saúde (SUS), o enfermeiro em sua atuação nas equipes de ESF (Estratégia de Saúde da Família) no exercício da prevenção e a promoção da saúde, é um integrante fundamental da equipe multiprofissional, é de sua responsabilidade as pessoas residentes na sua área de atuação, o enfermeiro exercem

atividades técnicas específicas de sua competência, administrativas e educativas e através do vínculo com as usuárias, concentra esforços para reduzir os tabus, mitos e preconceitos e buscar o convencimento da clientela feminina sobre os benefícios da prevenção.⁴

Sendo assim a escolha do tema é compreender o nível de conhecimento das mulheres assistidas no município de Valparaíso de Goiás acerca do câncer cervico uterino, compreender se as orientações oferecidas às mulheres estão sendo eficaz na prevenção dessa doença. Logo, o objetivo deste estudo foi identificar o conhecimento das mulheres assistidas no município de Valparaíso de Goiás acerca da prevenção do câncer de colo de útero.

MÉTODOS

Tipo de Estudo: É uma pesquisa quantitativa, onde foram analisados dados coletados por meio da aplicação de 01 (um) questionário fechado às usuárias de uma unidade básica de saúde do município de Valparaíso de Goiás, que são submetidas à coleta do exame preventivo do câncer do colo do útero, bem como por meio de levantamentos bibliográficos disponíveis e opiniões de autores sobre a temática.

Local de Estudo: A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde (USB) Esplanada I, na cidade de Valparaíso de Goiás, com 50 mulheres, após a aprovação do estudo pelo Comitê de ética e Pesquisas. O município dispõe de cerca de seis UBS, porém a demanda da UBS Esplanada I foi suficiente para amostra, segundo informações colhidas com a gerente de enfermagem da UBS Esplanada I em média são realizados 208 atendimentos entre consultadas de ginecologia e exames preventivo.

Sujeito de Estudo: Mulheres inseridas no programa de prevenção na faixa etária de 25 a 64 anos, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Aspectos Éticos: O estudo obedeceu à resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa em seres humanos. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACESA. Os participantes que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido, garantindo o anonimato de todos os colaboradores de forma voluntária. A coleta de dados foi autorizada pela coordenadora da Unidade Básica de saúde, porém só foi iniciada após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética e Pesquisas.

Tabulação de dados: As entrevistas foram realizadas individualmente por meio de questionário composto por 19 questões fechadas às quais serão tabuladas e organizadas para redução em categorias, resultando em tabelas para a discussão dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi de 50 mulheres. Durante o estudo foi observado que a maioria das mulheres procurava os serviços de saúde em busca de assistência de saúde para ela ou para outro membro de sua família. Essa é uma oportunidade que coloca os profissionais de saúde em uma situação privilegiada é nesse momento que as mulheres podem ser estimuladas e orientadas da importância de exame preventivo, tirar suas dúvidas, quebrar os tabus acerca do exame preventivo.

A adesão ao exame preventivo exige estratégias articuladas dos profissionais de saúde, das políticas públicas de saúde, das usuárias da unidade, ambos devem ser comprometido com a educação em saúde, todas trabalhando de forma articulada trará a redução dos agravos à saúde da mulher.

As mulheres participantes do estudo na sua maioria trabalhavam fora, estavam em idade reprodutiva, e na sua maioria jovens, com baixa escolaridade (Tabela I). Tais resultados sugere que há necessidade de atividades educativas quanto à sua saúde, o que favorece a adoção às práticas preventivas acerca da saúde na prevenção do câncer do colo do útero.

O colo do útero é revestido por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, arranjadas de forma bastante ordenada, nas neoplasias, esta estratificação fica desordenada, essa afecção iniciada com transformações intraepiteliais progressivas que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasora, num prazo de 10 a 20 anos.⁴

Ainda que o rastreamento dessa enfermidade seja de fácil acesso de baixo custo e de fácil

execução, a mesma representa a segunda maior neoplasia maligna na população feminina, a detecção precoce do câncer do colo do útero, é a estratégia principal para seu controle, para que essa ação ocorra com estratégia primária, é essencial procure os serviços de saúde para a realização do exame preventivo⁴.

Tabela I. Características sociodemográficas das usuárias da Unidade Básica de Saúde. Valparaíso, 2014.

Informações sociodemográficas	n	%
IDADE		
<25	03	6%
25-30	19	38%
30-40	18	36%
40-50	06	12%
>50	01	2%
Não responderam	03	6%
ESCOLARIDADE		
Ensino Fund. Incompleto	09	18%
Ensino Fund. Completo	06	12%
Ensino Médio Completo	07	14%
Ensino Médio Incompleto	21	42%
Nível Superior	07	14%
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Solteira/Divorciada	29	58%
Casada	0	0
Viúva	01	2%
Não responderam		
OCUPAÇÃO		
Trabalha	28	56%
Não trabalha	18	36%
Não responderam	04	8%
Nº DE FILHOS		
Nenhum	34	68%
01 a 02	07	14%
02 a 04	01	2%
Mais de 04	19	38%
Renda Mensal		
Até 1 salário mínimo	04	8%
Entre 1 e 3 salários mínimos	13	26%
Acima de 3		
Não possui renda		

Promover ações educativas na unidade básica de saúde requer uma participação ativa de todas da equipe de profissionais de saúde e da população assistida na unidade, essas ações terão o objetivo de estimular a participação de todas as mulheres que procuram a unidade, estimulando - as a realizar o exame de acordo com a indicação, orientando a identificar sinais e sintomas de alerta precocemente.

As usuárias devem ser orientadas e esclarecidas sobre os comportamentos de risco, desde

a idade escolar, para que as informações adquiridas de forma permanente e repetidas sirvam como elementos de conscientização individual para aquisição de hábitos saudáveis de vida.⁵ Essas ações em conjunto trarão resultados positivos para todas as usuárias do sistema.

O câncer do colo do útero é uma neoplasia maligna sendo a quarta causa de morte de mulheres, é uma doença de fácil diagnóstico, e quando diagnosticada precocemente, se tratada adequadamente há muita probabilidade de cura, é uma doença com evolução lenta que leva de 10 a 20 anos para chegar a um estágio avançado. O exame preventivo (Papanicolau) é um exame simples, de baixo custo e de fácil acesso, oferecido para toda a população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos.

No Brasil há muitos programas em prol da saúde da mulher, mas observa-se a baixa adesão das mulheres ao exame preventivo, com cerca de 50% de casos diagnosticados da doença é em estágio avançado.

Assim, sendo o enfermeiro é um profissional de fundamental na importância nas ações primárias de prevenção, detecção e rastreamento do câncer do colo do útero, para que a enfermagem tenha um papel precursor na saúde da mulher, contribuindo para a melhoria da assistência proporcionando uma abordagem individual pautada no cuidado humanizado e na redução no número de novos casos.

Em relação aos fatores de risco, 96% das entrevistadas não fumavam, 54% já tiveram mais de um parceiro, 44% não usavam camisinha (Tabela I). Foi observado que as mulheres casadas eram as que menos usam camisinha, quando questionadas se câncer do colo do útero está associada à infecção pelo HPV 52% conheciam que o câncer do colo do útero está associado ao HPV. 72% das mulheres eram informadas que o uso da camisinha durante a relação sexual protege parcialmente do contágio pelo HPV, como o vírus é transmitido 80% responderam que é através da relação sexual sem uso de preservativo.

O conhecimento das participantes foi avaliado a partir da aplicação de questionário estruturado, contendo perguntas relativas ao conhecimento sobre o câncer do colo do útero com questões fechadas. Os temas abordados nas questões, subjetivamente são divididos em par-

tes: os fatores de risco e o nível de informação e conhecimento sobre a prevenção do câncer do colo do útero. Os dados do questionário foram tabulados e os assuntos abordados foram organizados segundo as questões.

É por meio das informações que fortalecem a ampliam os serviços de saúde com prática educativa para todas as mulheres, ressaltando que o câncer de colo de útero é prevenível pela detecção precoce e pelo tratamento das lesões precursoras. Assegurar que as ações de saúde sejam ofertadas a todas as mulheres de maneira acessível e de forma integral, e que as ações de saúde ofertada na unidade sejam qualificadas para promover a prevenção do câncer do colo do útero⁴.

Em relação ao conhecimento acerca do câncer cervico uterino a maioria das participantes relatou que recebiam informação sobre a doença através da mídia, esse meio de comunicação é a principal fonte de informação das usuárias, em segundo são os profissionais de saúde. Esses são os meios de comunicação mais utilizados pelas as participantes do estudo, jornais, revistas ou panfletos 8%, amigos, familiares ou profissionais da Saúde 26%, rádio e televisão 44%, não têm 20%, não responderam 2%. Os profissionais de saúde que mais participam das informações acerca da doença são os enfermeiros com 30%, os ACS (Agente Comunitário de Saúde) com 18%, não respondeu 4%, não recebem informações 48% (Tabela II).

A saúde da mulher é uma estratégia de ações prioritária no Sistema Único de Saúde (SUS), os profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) no exercício de suas funções é o principal mediador de informações sobre a prevenção e promoção de saúde, é um integrante fundamental na transmissão de informações e educação em saúde⁴.

A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero. Atingir alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção primária para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero.⁶

O número de vagas insuficiente para atender as mulheres que procura à unidade ainda

é o principal fator dificultador à acessibilidade da mulher para realizar o exame citopatológico. Outra dificuldade apontada foram os horários inadequados para seu atendimento, 50% das participantes encontravam dificuldades para realização de consultas ginecológica na unidade (Tabela II).

Para o controle do câncer do colo do útero, a melhora do acesso aos serviços de saúde e à informação são questões centrais. Isso demanda mudanças nos serviços de saúde, com ampliação da cobertura e mudanças dos processos de trabalho, e também articulação intersetorial, com setores do setor público e sociedade civil organizada.

Tabela II. Principais fontes de informação acerca da prevenção do câncer cervico-uterino, n= 50.

Fontes de informação	n	%
TEM INFORMAÇÕES SOBRE CANCER		
DE COLO DE ÚTERO ATRAVES DE	04	8%
Jornais, Revistas, Panfletos.	13	26%
Profissionais de Saúde	22	44%
Rádio e TV	11	2%
Não tem		
AO PROCURAR SERVIÇO DE SAÚDE		
ENCONTRA DIFICULDADES	17	34%
Vagas insuficientes	08	16%
Horário inadequado	24	48%
Nenhuma dificuldade	01	2%
Não responderam	27	54%
O MUNICIPIO DISPONIBILIZA ALGUM	05	10%
TIPO DE CAMPANHA INFORMATIVA	17	34%
Sim	01	2%
Não	15	30%
Não sei	09	18%
Não responderam	24	48%
É INFORMADA DA IMPORTANCIA DA COLETA DO PREVENTIVO POR QUEM?	02	4%
Enfermeiro		
Agente Comunitário de Saúde		
Não recebem informação		
Não responderam		

O amplo acesso da população a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas a cada região deve ser uma iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis do atendimento.⁶

Quando foram questionadas se o município disponibiliza campanhas informativas acerca da doença 54% disseram que sim e 30% referiram que recebem informações da importância do exame preventivo pelos enfermeiros (Tabela II).

É de responsabilidade de todos os profissionais de saúde da unidade orientar, instruir e informar, por meio de atividades educativas, utilizando o vínculo com as usuárias que procuram os serviços de saúde, é por meio dessas ações em saúde que buscam o convencimento da clientela feminina acerca dos benefícios da prevenção, e que essas mulheres sejam instruídas a procurem os serviços de saúde para a realização do exame preventivo de forma voluntária, e que os profissionais estejam preparados, para receber essas mulheres de forma humanizada, respondendo as suas necessidades de forma eficiente e efetiva individual e coletiva⁶.

As ações educativas de prevenção e detecção precoce são as principais ações na prevenção do câncer, pois o processo fisiopatológico se desenvolve de maneira assintomática e, quando os sinais e sintomas aparecem, a doença já está instalada em alguns casos encontra-se em estágio avançado⁴.

Neoplasia Intraepitelial Cervical I – NIC I (displasia leve): as alterações se limitam a um terço do epitélio de revestimento da cérvix. É classificada como lesão de baixo grau de malignidade. Segundo o Ministério da Saúde, aproximadamente 60% das mulheres com NIC I apresentam regressão espontânea, 30% apresentam persistência da lesão e menos de 10% evoluem para NIC III. A conduta clínica é acompanhar a mulher e repetir a citologia em seis meses.⁷

Neoplasia Intraepitelial Cervical II – NIC II (displasia moderada) e Neoplasia Intra Epitelial Cervical III – NIC III (displasia intensa ou carcinoma in situ): as alterações atingem ¾ do epitélio pavimentoso de revestimento do colo uterino (NIC II) ou atingem toda a espessura epitelial (NIC III). São lesões de alto grau de malignidade.⁷

Apesar da reconhecida importância desse exame, vários estudos mostram que a falta de adesão ao preventivo pela população feminina deve-se a fatores como o desconhecimento do próprio corpo, do exame e da sua realização, dificuldade de acesso, e outros de ordem pessoal. Assim concebemos que esse comportamento esteja relacionado ao fato de tratar-se de um procedimento que requer a exposição e a manipulação da genitália feminina.⁷

Entretanto, apesar da possibilidade de prevenção, observa-se ainda que, em cerca de 50% dos casos, a doença é diagnosticada em estádios avançados (III e IV), tornando o seu tratamento mais agressivo e diminuindo, portanto, as possibilidades de cura.⁸

Tabela III. Participação das usuárias acerca da prevenção do câncer do colo do útero. 2014

Informações sociodemográficas	n	%
PARTICIPA DE ATIVIDADES EDUCATIVAS		
SOBRE O TEMA	05	10%
Sim	27	54%
Não	18	36%
Nunca participou		
FAZ EXAME PREVENTIVO ANUALMENTE		
Sim	28	56%
Não	19	38%
Não responderam	03	6%
RETORNA A CONSULTA APARA ANALISE		
DO RESULTADO	08	18%
Sim	03	6%
Não	36	72%
Não responderam	02	4%
É BEM ACOLHIDA E DE FORMA		
HUMANIZADA	04	8%
Sim		
Não		
Às vezes		
Não responderam		

Em relação à participação de atividades educativas, de maneira individual ou coletiva acerca da prevenção do câncer do colo do útero, a maioria das participantes do estudo respondeu que não participaram 54%, nunca participaram 36%, e somente 10% das entrevistadas participam das atividades educativas (Tabela III).

A maioria das participantes (56%) afirmou que realiza o exame anualmente e que quando realiza o exame retornam para análise dos resultados, e maioria respondeu que é bem acolhida na unidade (72%) (Tabela III).

No âmbito do SUS há várias portas de entrada nos serviços de saúde, mas sendo a Atenção Básica uma das principais portas de entrada nos serviços de saúde, sendo a Unidade Básica de Saúde uma porta aberta para as usuárias, os profissionais devem ser bem receptivos para que essas mulheres voltem aos serviços e possam indicar os serviços a outras mulheres da sua comunidade⁸.

As atividades educativas são ações prioritárias na prevenção do câncer do colo do útero, devem ser ofertadas de maneira coletiva e individual, na qual as mulheres sejam multiplicadoras do conhecimento para que as informações se propaguem na comunidade onde vivem, as mulheres devem ser instruídas com informações que previne possíveis complicações e recebam orientações educativas para o autocuidado, visando à importância do exame preventivo⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo, obteve-se resultados positivos e negativos acerca do conhecimento das mulheres na prevenção do câncer do colo do útero. Observou-se que as mulheres conhecem a necessidade da realização do exame preventivo, porém fazem apenas por ser um exame de rotina, mas apresentam pouco conhecimento acerca da doença.

Fazendo-se necessária uma maior acessibilidade às informações sobre o assunto através de palestras esclarecedoras, campanhas voltadas às mulheres viabilizando o acesso aos serviços de saúde, as instruções o conhecimento são o principal meio de quebra das barreiras e os tabus, para redução de doenças e agravos à saúde da mulher.

Dessa forma, espera-se que este estudo possa contribuir para a melhoria das ações educativas do município em relação à prevenção do câncer do colo do útero, pois o embora o município tenha políticas públicas de saúde, em prol a saúde da mulher, observa-se baixa adesão das usuárias em participar de atividades educativas, sendo necessária a formação de equipes envolvidas com a educação em saúde, todas trabalhando de forma articulada com vista à redução dos agravos à saúde da mulher, de forma que as usuárias possam ser estimuladas e orientadas da importância da prevenção do câncer do colo útero.

CONFLITOS DE INTERESSES

Não há conflitos de interesse

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2011; 118 p.
2. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Falando sobre câncer do colo do útero. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos Cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 124 (Cadernos de Atenção Básica; n.13); (Série A. Normas e manuais técnicos).
4. Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem/instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde- Brasília, 2001
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13)
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 124 (Cadernos de Atenção Básica; n.13); (Série A. Normas e manuais técnicos).
7. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 381/2011. Publicada no DOU nº140. Brasília. 2011; pág.229 – seção 1.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2001; 250 p. Il.- (Série A. Normas e manuais técnicos; n.135).



REVISA

REVISTA DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA SENA AIRES

ISSN 2316-848X

Volume 3 | Número 2 | JUL/DEZ 2014

Conhecimento dos enfermeiros quanto ao tratamento da depressão na terceira idade

A study on the awareness of nurses regarding depression among the elderly

Ludmila Santos Aguiar¹; Walquiria Lene dos Santos¹

RESUMO

O presente estudo investiga os fatores importantes para o tratamento da depressão na terceira idade. A depressão constitui uma enfermidade mental frequente no idoso, comprometendo intensamente sua qualidade de vida. Essa população está mais propensa à depressão devido à redução de perspectivas sociais; ao declínio da saúde; às perdas frequentes; e a alterações biológicas, vasculares, estruturais e funcionais, além de disfunções neuroendócrinas e neuroquímicas que ocorrem no cérebro durante o envelhecimento. Existem mais de 30 antidepressivos disponíveis. Diversos estudos têm demonstrado que a adesão a um programa regular de exercícios pode melhorar significativamente o desempenho cognitivo do idoso, aumentando sua autoestima, melhorando seu humor e sua sensação de bem-estar, promovendo a redução de respostas fisiológicas ao estresse e efeitos positivos na imagem corporal, e diminuindo, dessa forma, os níveis de ansiedade e depressão. A metodologia seguida foi uma pesquisa de campo exploratória com abordagem quantitativa. O instrumento de coleta de dados foi aplicado aos 26 Programas Saúde da Família (PSF) existentes no município de Valparaíso de Goiás para 26 enfermeiros que trabalham na atenção básica desse município. Das amostras coletadas, a maioria tem entre 20 a 30 anos, é do sexo feminino, solteira e de nível superior completo. Foi constatado também que o acompanhamento da família e exercícios físicos são de grande importância para o tratamento da depressão na terceira idade. Conclui-se que a depressão em qualquer faixa etária merece total atenção e cuidados, mas que no caso dos idosos, além do empenho da pessoa doente, é preciso haver também cuidados por parte das pessoas ligadas a ela.

Palavras-chave: Depressão; Tratamento; Idosos; Terceira idade.

¹Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Valparaíso - GO.

Correspondência:

Prof^ª Walquiria Lene dos Santos.
Rua Acre Quadra 02, Lotes. 17/18 -
Chácara Anhanguera - Valparaíso de
Goiás - Goiás - CEP: 72870-000
Fone: (61) 3627-4200.
E-mail: walquiria@senaaires.com.br.
Telefone: (61)3627-4200.

Recebido em: 18/10/2014
Aceito em: 21/12/2014.

ABSTRACT

This paper investigates key factors in the treatment of depression among the elderly. Depression is a frequent mental illness in this age group and intensely affects its quality of life. This population is more prone to depression due to the reduction of social perspectives; declining health; frequent losses; and biological, vascular, structural and functional changes, in addition to neuroendocrine and neurochemical disorders that occur during aging. There are 30 available antidepressants. Several studies have shown that the adherence to a regular exercise program can significantly improve the cognitive performance of the elderly, increasing their self-esteem, mood and sense of well-being, while promoting the reduction of physiological stress and positive effects in terms of body image, thus reducing the level of anxiety and depression. The methodology employed was an exploratory field study with a quantitative approach. The data collection instrument was applied in 26 family health programs (PSFs) in the city of Valparaíso de Goiás to 26 nurses working with primary care in the municipality. In the collected data, most of them are between 20 and 30 years old, female and single with a college degree. It was also found that monitoring the family and exercise are of great importance for the treatment of depression among the elderly. The study concludes that depression deserves full attention and care at any age, but, in addition to the sick elder's own effort, it is also necessary to count with the attention of the persons involved in his or her life.

Keywords: Depression; Treatment; Elderly; Old age.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional em curso no país tem aumentado a frequência de doenças psiquiátricas, entre as quais, a depressão, que é a desordem mais comum nesse segmento etário¹. As taxas de prevalência variam entre 5% e 35%², quando considera-se as diferentes formas e a gravidade da depressão³.

Na população envelhecida, a depressão encontra-se entre as doenças crônicas mais frequentes que elevam a probabilidade de desenvolver incapacidade funcional, desencadeando um importante problema de saúde pública, na medida em que inclui tanto a incapacidade individual como problemas familiares em decorrência da doença⁴. Tais fatos somam-se aos custos financeiros, à alta taxa de utilização de serviços de saúde e à diminuição da qualidade de vida^{2,5}.

A depressão é a causa mais frequente de sofrimento emocional e piora da qualidade de vida nos idosos⁶. Essa população está mais propensa à depressão devido à redução de perspectivas sociais; declínio da saúde; perdas frequentes; alterações biológicas, vasculares, estruturais e funcionais; além de disfunção neuroendócrina e neuroquímica que ocorrem no cérebro durante o envelhecimento⁷. O desenvolvimento da depressão nos idosos tem um caráter fundamentalmente multifatorial⁸.

O interesse pelo tema depressão em idosos tem crescido com o aumento do percentual de idosos na população e pelas dificuldades encontradas por profissionais da área da saúde em diagnosticar e tratar estes pacientes. Parte da dificuldade se deve ao fato de que a depressão em idosos é uma síndrome heterogênea tanto quanto a etiologia quanto à resposta ao tratamento.

De acordo com American Psychiatry Association⁹, na depressão, segundo os critérios diagnósticos do episódio depressivo maior pelo DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), deve haver obrigatoriamente presença de humor depressivo ou perda de interesse ou prazer durante pelo menos duas semanas, além de uma série de outros sintomas relacionados, tais como alterações psicomotoras e de sono, redução no grau de concentração, variação de peso corporal e perda de energia.

Consideradas as maiores causas de sofrimento emocional e diminuição da qualidade de vida, a ansiedade e os transtornos depressivos são alterações que acontecem com bastante frequência entre os idosos, constituindo um problema de grande magnitude para a saúde pública, devido à sua alta morbidade e mortalidade^{10,11}. Segundo o Instituto Nacional de Estatística⁽¹²⁾, entre os anos de 2005 e 2006, 183.428 idosos apresentavam ou já tinham apresentado níveis de depressão.

Diversos estudos têm demonstrado que a aderência a um programa regular de exercícios pode melhorar significativamente o desempenho cognitivo do idoso, aumentando sua autoestima, o humor, a sensação de bem-estar, promovendo a redução de respostas fisiológicas ao estresse e efeitos positivos na imagem corporal, diminuindo, dessa forma, os níveis de ansiedade e depressão^{13,14}. No entanto, o estudo de Bailey e McLaren¹⁵ não encontrou relação positiva significativa entre a melhoria da ansiedade e depressão e prática de atividade física.

A população idosa está aumentando no mundo todo. Esta transição demográfica, contudo, ocorre de forma diferenciada entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nos primeiros, este aumento da população idosa se deu à custa de melhoria na qualidade de vida e preparação de serviços de saúde para atender à esta população¹⁶. Nos países em desenvolvimento, entretanto, este aumento deveu-se a melhorias de tecnologia médica, que permitem a cura de doenças antes fatais, sem uma preparação da sociedade e dos serviços de saúde para os cuidados com os idosos¹⁷.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que vem ocorrendo de forma rápida nos países em desenvolvimento. Atualmente, é um dos principais focos de atenção na área da saúde. A proporção de brasileiros com 60 anos ou mais passou de 9,7%, em 2004, para 11,3%, em 2009. Para se ter uma ideia melhor, a população de idosos cresceu 3,3% de 2008 para 2009, enquanto a população em geral foi apenas 1%¹⁸. Segundo o IBGE¹⁹, As regiões Sul e Sudeste do País têm a maior proporção de indivíduos com 60 anos ou mais, com índices de 12,7% e 12,3%, respectivamente.

O interesse pelo estudo surgiu pelo grande aumento de idosos depressivos. A população tem envelhecido a cada dia, mas mesmo assim,

o idoso tem sido tratado de forma inutilizável pela sociedade produtiva. Sendo assim o objetivo geral desse artigo é avaliar o conhecimento dos enfermeiros quanto os fatores importantes no tratamento da depressão.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo de estudo exploratório com abordagem quantitativa por expor dados quantificáveis de forma clara e objetiva aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da FACESA.

O instrumento de coleta de dados foi aplicado nos 26 PSF do município do Valparaíso para 26 enfermeiros que trabalham na atenção básica desse município. O município de Valparaíso encontra-se no entorno de Brasília e conta com 26 postos de saúde da família. Todos os enfermeiros da estratégia de saúde da família foram pesquisados.

A coleta de dados foi realizada nas unidades de saúde do município de Valparaíso após a aprovação do projeto de pesquisa pelo comitê de ética. Os dados foram coletados após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, no mês de agosto de 2014 pela própria pesquisadora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos profissionais entrevistados, 62% tinham a idade entre 20 a 30 anos, 77% eram do sexo feminino, 58% solteiros e 62% possuíam o nível superior completo (Tabela I).

Com relação às principais causas da depressão na terceira idade, 50% dos entrevistados afirmaram que é a diminuição da autonomia e da capacidade funcional, 35% o isolamento e a perda de familiares e amigos e 15% responderam que eram os traumas vividos na infância como agressividade, ausência ou abandono (Figura 1).

Vários são os fatores que podem determinar ou contribuir para o surgimento da depressão no indivíduo: biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, distorções cognitivas e impotência apreendida ligada à experiência de acontecimentos incontrolláveis⁽²⁰⁾.

Tabela I – Características da amostra estudada (n=26).

Características	N	%
Idade		
Entre 21 a 30	16	62%
Entre 31 a 40	7	27%
< de 41	3	11%
Sexo		
Masculino	6	23%
Feminino	20	77%
Estado Civil		
Solteiro	15	58%
Casado	9	34%
Divorciado	2	8%
Viúvo	0	0%
Formação		
Ensino Superior	16	62%
Pós Graduação	10	38%
Mestrado	0	0%
Doutorado	0	0%

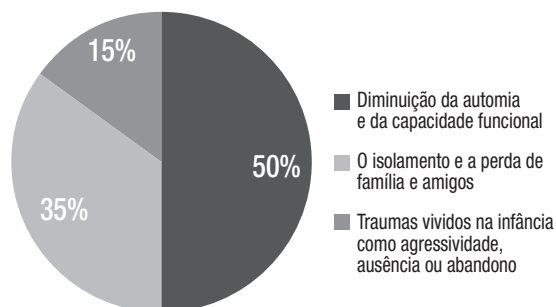


Figura 1. Principais causas da depressão na terceira idade referida por enfermeiros do Programa Saúde da Família. Valparaíso de Goiás. Agosto 2014 (n=26).

Com relação aos sintomas mais frequentes para diagnosticar um idoso com depressão, 96% dos entrevistados afirmaram é o humor deprimido, perda de peso, aumento ou perda do sono, fadiga e pensamentos recorrentes de morte. Os demais entrevistados que somam 4% acreditam que seja a ansiedade, delírios e alucinações (Figura 2).

Para o diagnóstico da depressão, além da observação clínica, os médicos se utilizam de dados genéticos e escala de avaliação. Todavia, outros critérios devem ser analisados durante a avaliação, que são: humor deprimido, diminuição do interesse ou do prazer nas atividades, redução do peso sem dieta, alteração no padrão do sono, agitação ou retardo, fadiga ou falta de energia diária, sentimentos constantes de menos valia

ou culpa excessiva ou inadequada, redução da capacidade de concentração ou indecisão, pensamentos recorrentes de morte, ideias e tentativas ou planos de suicídio recorrentes^{21,22}.

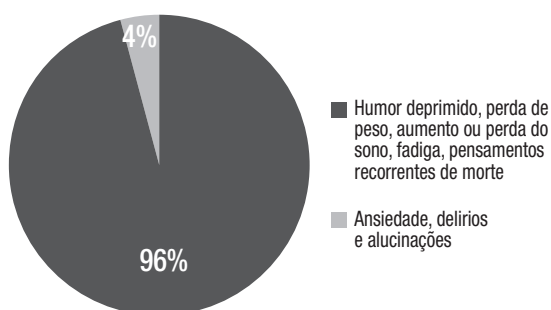


Figura 2. Sintomas mais frequentes para diagnosticar um idoso com depressão referidos por enfermeiros do Programa Saúde da Família. Valparaíso de Goiás. Agosto 2014 (n=26).

Sobre a importância da família no tratamento do idoso com depressão, 100% dos profissionais acreditam que é a vigilância quanto ao uso de antidepressivos, carinho, atenção, paciência e etc.

Vários fatores podem levar à depressão, como questões sociais, psicológicas e biológicas. Estudos mostram, por exemplo, que uma em cada cinco mulheres que dão à luz acaba sofrendo de depressão pós-parto. Especialistas recomendam que amigos e parentes das pessoas que sofrem de depressão participem do tratamento²³.

Segundo os profissionais, 100% acreditavam que atividade física para o tratamento da depressão na terceira idade representa um ganho considerável em qualidade de vida e saúde para o idoso depressivo.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde desenvolveu o programa Brasil Saudável, o qual envolve uma ação nacional para a elaboração de políticas públicas que gerem modos de viver saudáveis em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas habituais e de lazer, o acesso à alimentação saudável, com a redução do consumo de tabaco. Tais ações visam preservar as capacidades funcionais essenciais e a manutenção das atividades diárias, que objetivam manter o idoso na comunidade, próximo da família, evitando a sua transferência para Instituições de Longa Permanência^{24,25}.

Quando indagados sobre o papel do enfermeiro no acompanhamento ao idoso com de-

pressão, 96% dos entrevistados afirmaram que é auxiliar o idoso na terapia medicamentosa, ouvi-lo, compreende-lo e orientá-lo (Figura 3).

Considerando que a depressão vem ocorrendo com maior frequência entre as pessoas idosas, configurando-se um relevante problema de Saúde Pública, por essa razão é de fundamental importância que os profissionais de saúde, em especial os que exercem suas funções na Estratégia Saúde da Família (ESF), dispensem maior atenção ao atendimento e acompanhamento desse grupo de pessoas, possibilitando, assim, um diagnóstico precoce, e início imediato do tratamento dessa morbidade^{24, 25}.

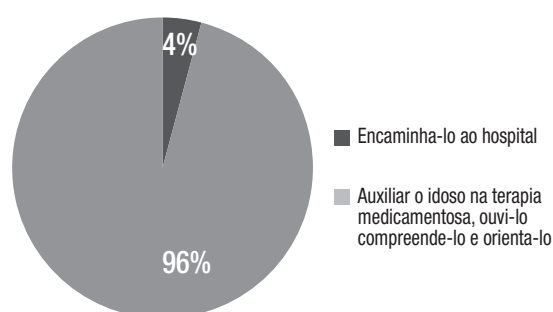


Figura 3. Papel do enfermeiro do Programa Saúde da Família no acompanhamento do idoso com depressão. Valparaíso de Goiás. Agosto 2014 (n=26).

Quando questionados sobre os fatores mais importantes no tratamento do idoso com depressão, 100% dos profissionais afirmaram que é o apoio e cuidado da família, prática de exercícios físicos e tratamento psicológico e medicamentoso completo.

O tratamento da depressão é essencialmente medicamentoso. Existem mais de 30 antidepressivos disponíveis. Ao contrário do que alguns temem, essas medicações não são como drogas, que deixam a pessoa eufórica e provocam vício. A terapia é simples e, de modo geral, não incapacita ou entorpece o paciente. Alguns pacientes precisam de tratamento de manutenção ou preventivo, que pode levar anos ou a vida inteira, para evitar o aparecimento de novos episódios. A psicoterapia ajuda o paciente, mas não previne novos episódios, nem cura a depressão. A técnica auxilia na reestruturação psicológica do indivíduo, além de aumentar sua compreensão sobre o processo de depressão e na resolução de conflitos, o que diminui o impacto provocado pelo estresse²⁶.

Quanto questionados sobre qual política de atenção a saúde pode ser utilizada como estratégia de conhecimento para a saúde mental, 42% responderam que coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e criando projetos terapêuticos singulares bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários e 16% acreditam que é atuar no mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessário (Figura 4).

Em 1992, a Federação Mundial para Saúde Mental lançou o Dia Mundial de Saúde Mental na tentativa de aumentar a conscientização sobre as questões na área e estimular a discussão sobre os transtornos mentais e a necessidade de ampliar os investimentos na prevenção, na promoção e no tratamento²⁷.

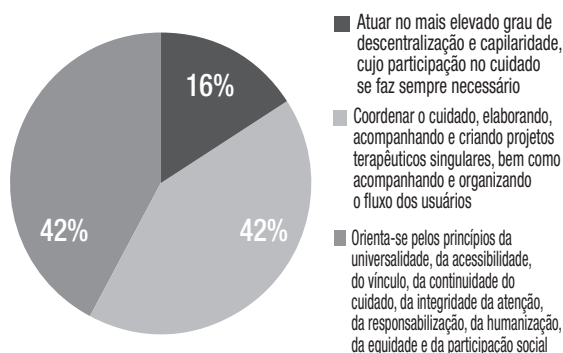


Figura 4. Política de atenção à saúde utilizada como estratégia de conhecimento para a saúde mental segundo enfermeiros do Programa Saúde da Família. Valparaíso de Goiás. Agosto 2014 (n=26).

Quando questionados sobre o porquê não se deve usar Diazepam em idosos, 38% responderam que é pelo aumento da toxicidade, déficit cognitivo e desenvolvimento de dependência (Figura 5).

Uma questão importante a ser considerada em relação ao consumo de benzodiazepínicos é hábitos de prescrição dos médicos, além do padrão de uso adotado pelos pacientes e seu perfil clínico. Alguns problemas, tais como perda cognitiva, mesmo após a interrupção, o desenvolvimento da tolerância, os sintomas de abstinência e dependência têm sido associados com a utilização crônica de benzodiazepinas. O problema torna-se pior entre os idosos devido a problemas relacionados com a idade, tais como comorbidades frequentes, uso de vários medicamentos e farmacodinâmica bem como alterações farmacocinéticas²⁶.

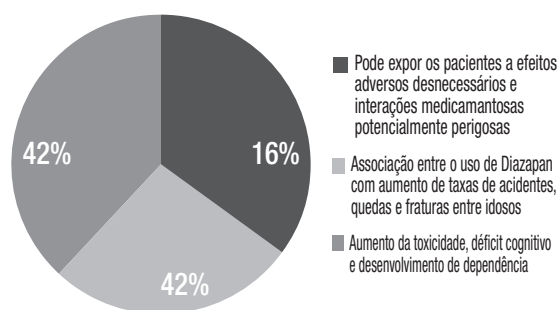


Figura 4. Motivos para a não utilização do Diazepam em idosos com depressão referidos por enfermeiros do Programa Saúde da Família. Valparaíso de Goiás. Agosto 2014 (n=26).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostra que dos profissionais entrevistados a maioria tem de 20 a 30 anos, sexo feminino, solteiro e nível superior completo. Acredita-se que as principais causas da depressão é a diminuição da autonomia e da capacidade funcional, e com relação aos sintomas mais frequentes aparecem o humor deprimido, perda de peso, aumento ou perda do sono, fadiga e pensamentos recorrentes de morte.

Foi constatado também que o acompanhamento da família e exercícios físicos é de grande importância para o tratamento da depressão na terceira idade. O ambiente saudável é muito importante para a qualidade de vida do idoso com depressão, bem como o apoio e cuidado da família.

Existem muitas causas para a depressão na terceira idade, entre elas as mudanças físicas e sociais, abandono e solidão podem desencadear ou agravar a doença. A depressão é uma doença complexa e seu diagnóstico tardio dificulta ainda mais o tratamento. Por isso, é importante que as pessoas que convivem com este idoso estejam atento aos sintomas, pois dificilmente o idoso depressivo irá procurar um tratamento por conta própria.

A depressão, se descoberta precocemente, tem maiores chances de tratamento e cura. Já quando a doença é descoberta de forma tardia, o tratamento pode ser mais difícil e pode não ser eficaz. O papel do enfermeiro no acompanhamento do idoso com depressão é auxiliar o idoso na terapia medicamentosa, ouvi-lo, compreendê-lo e orientá-lo de forma clara e objetiva,

assim como a seus familiares, sobre os principais cuidados com o idoso.

Conclui-se então, que a depressão em qualquer faixa etária merece total atenção e cuidados, mas que nos idosos além do desempenho da pessoa doente, precisa também dos cuidados das pessoas envolvidas com esse idoso.

CONFLITOS DE INTERESSES

Não há conflitos de interesse

REFERÊNCIAS

1. Chaimowicz F, Ferreira TJXM, Miguel DFA. Use of psychoactive drugs and falls among older people living in a community in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2000; 34: 631-5.
2. Mann A. Depression in the elderly: findings from a community survey. *Maturitas* 2001; 38: 53-9.
3. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.
4. Penninx BWJH, Deeg DJH, Eijk JTMV, Beekman ATF, Guralnik JM. Changes in depression and physical decline in older adults: a longitudinal perspective. *J Affect Disorders* 2000; 61: 1-12.
5. Lima MS. Epidemiologia e impacto social. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21: 1-5.
6. Blazer D, Burchett B, Service C, George LK. The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *J Gerontol*. 1991;46(6):M210-5.
7. Forlenza OV. Transtornos depressivos em idosos. In: Forlenza OV, Caramelli P, editors. *Neuro psiquiatria geriátrica*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 299-308.
8. Bottino CMC. The challenge of treating depression in the elderly. *Int Clin Psychopharmacol*. 2003;18(Suppl.1):S39-S45.
9. American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders.DSM-IV*. 4th ed. Washington: American Psychiatry Press; 2004.
10. Bird M, Parslow L. Potential for community programs to prevent depression in older people. *Med J Aust*. 2002;177(Suppl):S107-10.
11. Stella F, Gobbi S, Corazza D, Costa J. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz (Rio Claro)*. 2002; 8(3):91-8.

12. Instituto Nacional de Estatística [Internet]. Acesso em: Mar 22, 2011. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE.
13. Martinsen E. Benefits of exercise for the treatment of depression. *Sports Med.* 1990;9(6):380-9.
14. Strohle A. Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *J Neural Transm.* 2009;116:777-84.
15. Bailey M, McLaren S. Physical activity alone and with others as predictors of sense of belonging and mental health in retirees. *AgingMent Health.* 2005;9(1):82-90.
16. Laks J. O que há de tão especial em ter 65 anos? *J Bras Psiquiatr.* 1995;44(7):341-3.
17. Forlenza OV, Almeida OP. Depressão e demência no idoso: tratamento psicológico e farmacológico. São Paulo: Lemos; 2007.
18. Benedetti TR, Borges LJ, Petroski EL, Gonçalves LH. Atividade física e estado mental de idosos *Rev Saúde Pública.* 2008;42(2):302-7.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comentários: Indicadores do período de 2004 a 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/comentarios2009.pdf>.
20. Sadock BJ, Sadock VA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Tradução de Cláudia Oliveira Dornelles, Cristina Monteiro, Irineo S. Ortiz e Ronaldo Cataldo Costa. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
21. Hales RE. Tratado de psiquiatria clínica. Trad. Cláudia Dornelles, Cristina Monteiro e Ronaldo Cataldo Costa. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
22. Felten BS, Gray-Vickrey P, Mangin EJ, Purvis G, Ross-Kerr JC, Vontz MJ. *Geriatrics e gerontologia*. Tradução de Carlos Henrique Consendey. Rio de Janeiro: Reichmann& Autores Editores; 2005.
23. Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança: Geneva (CH): MS; 2001.
24. Dalgalarrodo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
25. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. 1ª ed. Brasília: MS; 2007.
26. Tamblyn R, Abrahamowicz M, du Berger R, McLeod P, Bartlett G. A 5-year prospective assessment of the risk associated with individual benzodiazepines and doses in new elderly users. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(2):233-41.
27. Howard M, Dolovich L, Kaczorowski J, Sellors C, Sellors J. Prescribing of potentially inappropriate medications to elderly people. *Fam Pract.* 2004;21(3):244-7.



REVISA

REVISTA DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA SENA AIRES

ISSN 2316-848X

Volume 3 Número 2 JUL/DEZ 2014

Perfil dos usuários de insulina atendidos em uma unidade de saúde

Profile of insulin users assisted at a health care unit

Hellayne Karyna Oliveira Sousa¹; Rosângela Batista de Vasconcelos¹

RESUMO

Introdução: O diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica de alta prevalência no Brasil e é considerado um problema de saúde pública.

Objetivo: Os objetivos deste estudo foram traçar o perfil dos usuários de insulina que fazem aplicação em domicílio para tratamento de DM, descrever o processo de administração da insulina, avaliar o método de conservação e armazenamento e conhecer os esquemas de monitorização cumpridos pelos diabéticos.

Métodos: Realizaram-se entrevistas durante visitas domiciliares, acompanhadas por agentes comunitários de saúde, com 30 pacientes que fazem uso de insulina e são atendidos pela Estratégia Saúde da Família Morada Nobre na área urbana do município de Valparaíso, estado de Goiás, Brasil.

Resultados: A partir dos resultados, constatou-se que a maioria dos diabéticos tem idade superior a 61 anos e realiza de uma a duas aplicações diárias de insulina, sendo que uma porcentagem significativa armazena a insulina em geladeira. A monitorização é feita pela maioria apenas uma vez ao dia pela manhã.

Conclusão: Conclui-se que há a necessidade de elaborar uma estratégia de educação em saúde, de forma interativa e que permita a socialização do conhecimento sobre a doença. Essas variáveis, juntamente com a Estratégia Saúde da Família, permitirão propor ações centradas nas reais necessidades, permitindo ao diabético uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Insulina; Monitorização; Armazenamento.

¹Curso de Graduação em Farmácia, Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Valparaíso - GO.

Correspondência:

Profª Rosângela Batista de Vasconcelos.
Rua Acre Quadra 02, Lotes 17/18 -
Chácaras Anhanguera - Valparaíso de
Goiás - Goiás - CEP: 72870-000
Fone: (61) 3627-4200.
E-mail: rvfar@yahoo.com.br.
Telefone: (61) 3627-4200.

Recebido em: 19/12/2014. Aceito
em: 31/12/2014

ABSTRACT

Introduction: Diabetes mellitus (DM) is a chronic disease with a high prevalence in Brazil and is considered a public health problem.

Objective: The objectives of this study were to outline the profile of insulin users undergoing home treatment of diabetes mellitus, to describe the process of insulin administration, to assess the methods of conservation and storage, and to learn about the monitoring schemes of diabetic patients.

Methods: Interviews were conducted during home visits, accompanied by community health agents, to 30 insulin-user patients assisted by the Family Health Strategy at Morada Nobre, in the urban area of the city of Valparaíso, state of Goiás, Brazil.

Results: The study found that most diabetic patients are over 61 years old and have two daily insulin injections. The study also found that a significant percentage of them store insulin in the refrigerator and that most of them monitor their insulin levels only once a day in the morning.

Conclusion: It is necessary to develop an interactive health education strategy in order to allow a wider dissemination of knowledge on the disease. These variables, along with the Family Health Strategy, may allow proposing actions focused on real needs, thus enabling a better life quality to diabetic individuals.

Keywords: Diabetes mellitus; Insulin; Monitoring; Storage.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica de alta prevalência no Brasil e é considerado um problema de saúde pública^{1,2}. Estudo realizado mostrou que a prevalência de DM na população de 30 a 69 anos é de 12,1%. Esse dado aponta para a magnitude desse agravo, o que evidencia a necessidade de reorganização da atenção aos usuários acometidos, visando um acompanhamento de excelência para que o tratamento seja feito de forma adequada³.

A atenção em DM direciona-se para a oferta de intervenções clínicas e educativas baseadas em evidências científicas, que deverão compor o plano de tratamento e contribuir para o alcance de resultados satisfatórios, principalmente em relação ao controle metabólico⁴. Nesse contexto, destaca-se a elaboração de protocolos como recurso importante para o planejamento sistemático e implementação da assistência aos usuários com DM^{5,6}. Protocolos internacionais, nacionais e municipais têm proposto que a assistência em DM seja conduzida por uma equipe multiprofissional na intenção de promover cuidado integral, equitativo, resolutivo e de qualidade^{4,7,8}.

O DM 1 é responsável por 5%-10% dos casos, cuja causa se relaciona à deficiência absoluta da secreção de insulina resultante de uma destruição autoimune das células beta do pâncreas. Tais indivíduos necessitam de insulina para sobreviver e estão sob risco de desenvolvimento cetoacidose^{9,10}. Nos casos de DM 2 a causa é uma combinação da resistência à ação da insulina e resposta secretora inadequada de insulina, é responsável por 90%-95% dos casos de DM. O risco de desenvolver essa forma de doença aumenta com a idade, a obesidade, o sedentarismo e o estresse, sendo frequentemente associado com uma predisposição genética. O tratamento insulínico para a sobrevivência é necessário em 25% dos casos diagnosticados^{9,11,12,13}.

O DM avança no Brasil. Pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde (MS) aponta que o total de pessoas com a doença cresceu 40% entre 2006 e 2012. A parcela da população que se declarou diabética passou de 5,3% para 7,4% no período. O levantamento foi feito pelo MS em entrevista por telefone com 45.448 pessoas no ano passado. O Ministério da Saúde afirmou que o total de pessoas que recebem medicamentos para a doença pela rede pública passou de 306,8

mil em janeiro de 2011 para 1,7 milhão em setembro deste ano. O número de brasileiros internados pela doença nos hospitais que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS) caiu 17,4%. Passou de 172,1 mil em 2010, para 142,1 mil, em 2012¹⁴.

O reconhecimento do DM como sério problema de saúde pública^{15,16,17}, impôs, para os serviços de saúde, nos diferentes níveis de atendimento da rede do SUS) uma revisão de suas práticas, com implementação de ações de prevenção, promoção à saúde e controle do DM. Entre as formas de assistência de atenção primária ao DM, atualmente desenvolvidas no Brasil, destaca-se o acompanhamento mensal desses usuários por meio da Estratégia Saúde da Família¹⁸.

Sendo o DM um dos importantes fatores de risco para a morbimortalidade cardiovascular, o MS implantou, no ano 2000, o Plano de Reorganização da atenção à hipertensão arterial e DM. Assim foi criado um programa onde visa estabelecer diretrizes voltadas para aumento da prevenção, detecção, tratamento e controle desses agravos, no âmbito da atenção básica do SUS¹⁹.

Assim a etapa desse plano é o cadastramento, vinculação e acompanhamento sistemático, clínico e laboratorial dos portadores de DM que utilizam as unidades de básicas de saúde²⁰, onde o instrumento para o cadastramento é chamado HiperDia. O HiperDia permite o monitoramento dos usuários cadastrados, gerando informações para a aquisição, dispensação e distribuição gratuita de medicamento em todas as unidades ambulatoriais do SUS²¹.

Para um bom controle metabólico entre as pessoas com diabetes mellitus, o tratamento substitutivo com insulina exógena constitui a opção terapêutica mais eficiente, frente à deficiência parcial ou total da secreção de insulina. Dessa forma, múltiplas doses diárias desse hormônio no tecido subcutâneo são necessárias no sentido de proporcionar o controle glicêmico, o qual tem sido demonstrado como condições essenciais na prevenção das complicações agudas e crônicas do diabetes mellitus^{22,23}.

O controle glicêmico seja efetivo com o tratamento insulínico, é necessário que o usuário com diabetes mellitus aprenda vários aspectos sobre como utilizar a insulina exógena,

pois a ação deste medicamento está diretamente relacionada a fatores envolvidos desde a sua aquisição até a aplicação²⁴ e que, para alcançar este objetivo, é necessário tempo, prática e educação permanente para o desenvolvimento de confiança e habilidade técnica²⁵.

Estudos têm mostrado que a realidade do cuidado ao usuário com diabetes mellitus continua deficiente, apesar dos avanços do tratamento insulino terapêutico nos últimos anos, pois ainda se observa déficit de conhecimento em relação aos procedimentos básicos para aplicação de insulina, tais como: delimitação da região de aplicação, rodízio dos locais de aplicações, conservação de insulina, entre outros^{26,27}.

No entanto, é comum o diabético apresentar complicações e reações cutâneas, como lipodistrofia insulínica, lipohipertrofia, nódulos endurecidos, equimose, ardência, prurido^{28,29} e também alergia à insulina, a qual pode incidir no local da aplicação ou se caracterizar por uma reação sistêmica. Os sinais e sintomas de alergia localizada podem surgir de uma reação imediata com urticária, enduração e prurido; de uma reação intermediária, com lesões pruriginosas, endurecidas e dolorosas ou de uma reação tardia, apresentando lesões pruriginosas, endurecidas, eritematosas, com queimação local³⁰.

A obtenção do controle adequado nos diabéticos passou a ser meta primordial de tratamento. Nesse sentido, tornam-se essenciais para o paciente as informações referentes aos esquemas de monitorização glicêmica e de insulinização que possam contribuir para o bom controle do diabetes, para que o tratamento seja feito de forma mais adequada³¹. Deve-se ressaltar a importância do monitoramento para adequação e estabilização do tratamento.

Diante do exposto, propôs-se o presente estudo com os objetivos de traçar o perfil dos usuários de insulina que faz aplicação em domicílio para tratamento de DM, descrever o processo de administração da insulina, avaliar o método de conservação e armazenamento e conhecer os esquemas de monitorização cumprida pelos diabéticos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, no qual foram realizadas entrevistas durante visitas domiciliares, acompanhadas por Agentes Comunitários de Saúde, em pacientes atendidos pela Estratégia Saúde da Família Morada Nobre, localizada na área urbana do município de Valparaíso, do estado de Goiás, Brasil, no período de novembro de 2014.

Sendo um estudo transversal permite que a coleta seja feita em uma única ocasião para cada pessoa e sem período de acompanhamento, onde este tipo de investigação produz resultados instantâneos da situação de saúde de uma população ou comunidade. Dessa maneira, uma abordagem quantitativa permite o conhecimento direto e a possibilidade de quantificação e análise de dados.

Os critérios de inclusão adotados foram diabéticos com idade igual ou superior a 21 anos; cadastrados no programa HiperDia, acompanhados na Unidades de Saúde – Morada Nobre e que fazem uso de insulina. Foram excluídos indivíduos com idade inferior a 21 anos e que faz uso de hipoglicemiantes orais.

Foi criado um questionário especificamente para este estudo, constituído com questões fechadas relacionadas à escolaridade, tipos de insulina utilizada, administração, armazenamento, conservação e monitoramento de insulina.

O instrumento coleta de dados foi empregado a 30 usuários de insulina, que fazem parte do programa HiperDia. O objetivo do HiperDia é cadastrar e acompanhar todos os pacientes diabéticos e hipertensos que, por meio do cuidado especial, consigam fazer um controle das doenças no sentido de garantir uma melhor qualidade de vida aos pacientes, atendidos na Unidade Básica de Saúde do Programa Saúde da Família (UBS/PSF) próxima a cada área de abrangência dos seus respectivos municípios e bairros.

Devido ao processo diferenciado de cada UBS/PSF. Os usuários com DM eram atendidos por demanda espontânea nas atividades de educação em grupos de saúde ou durante as consultas com datas predeterminadas ou sem agendamentos prévios. Essa forma de organização do trabalho dificultou que as entrevistas fossem

realizadas nas mesmas, por este motivo as entrevistas a todos os participantes foram realizadas no domicílio.

Foi elaborado um folder explicativo com os seguintes temas armazenamento, locais para aplicação e administração da insulina, durante as visitas pacientes receberam orientações e esclareceram dúvidas principalmente quanto à administração e armazenamento da insulina.

Após a coleta, os dados obtidos nas entrevistas foram tabulados, categorizados e digitados em banco de dados do programa Microsoft Office Excel 2007, gerando os gráficos e tabelas.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Valparaíso Goiás, Brasil. Todos os diabéticos que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após informações sobre os objetivos do estudo e procedimentos utilizados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 30 diabéticos, sendo 57% do sexo feminino, 53,3% com idade superior a 60 anos, 26,6% analfabetos, 33,3% conviviam com DM a mais de 6 anos e 30% utilizavam a insulina também a mais de 6 anos (Tabela I).

A maioria dos pacientes foi do sexo feminino. Essa predominância pode sugerir uma preocupação maior das mulheres com sua própria saúde ou ainda a maior acessibilidade destas aos serviços de saúde, acessibilidade esta que pode estar relacionada à existência de programas de saúde nas UBS direcionadas as mulheres quando comparadas aos homens³².

Nas Américas, dentre os países desenvolvidos, haverá um aumento da prevalência de DM, principalmente nas faixas etárias mais avançadas, o que é explicado pelo aumento da expectativa de vida. Já os países em desenvolvimento, este crescimento será observado em todas as faixas etárias, mas principalmente no grupo de 45 a 70 anos, grupo que deverá ter sua prevalência triplicada nos próximos vinte anos. Isto acarreta um custo maior para os serviços de saúde, além do impacto negativo sobre a qualidade de vida³³.

Tabela I - Perfil socioeconômico e tempo de diagnóstico de diabéticos cadastrados no Programa HiperDia de Valparaíso de Goiás (n=30).

Variáveis	n	Fp
Sexo		
Feminino	17	57,0%
Masculino	13	43,3%
Faixa Etária		
20 anos a 30 anos	03	10,0%
31 anos a 40 anos	02	6,7%
41 anos a 50 anos	06	20,0%
51 anos a 60 anos	03	10,0%
61 anos a 70 anos	11	36,7%
71 anos a 80 anos	04	13,3%
81 anos a 90 anos	01	3,3%
Escolaridade		
Analfabeto	08	26,6%
Ensino Fundamental	11	36,7%
Ensino Médio	11	36,7%
Tempo de Diagnóstico		
Menos de um ano	04	13,3%
De 1 a 3 anos	05	16,7%
De 3 a 6 anos	10	33,3%
Mais de 6 anos	11	36,7%

Nota: n = número de diabéticos. Fp = frequência percentual.

Estudos mostram que a baixa escolaridade pode dificultar o acesso às informações^{34,35,36} e, desta forma, prejudicar o desempenho do autocuidado de forma segura³⁶. Outros estudos confirmaram que as pessoas com mais nível educacional aderem mais ao tratamento e apresentam melhor controle metabólico, assim como apontaram a escolaridade com um fator facilitador para adesão ao tratamento^{36,37,38}.

Neste estudo não foi encontrada associação do tempo de diagnóstico e de tratamento com a insulina com a adesão à auto aplicação, apesar de estudos terem demonstrado a relação do tempo de doença^{16,39} e, talvez, do tempo de uso da insulina⁴⁰ com a evolução da retinopatia. Complicações estas que podem interferir em tal adesão⁴¹. Outros estudos mostraram que o tempo de doença interfere nas habilidades para o desenvolvimento correto da auto aplicação, assim como desmotiva o usuário, e eles passam a não dar importância ao tratamento^{36,42,43}.

A maioria (83%) dos diabéticos utilizava a insulina NPH isolada, e apenas 17% faziam o uso da NPH combinada com a regular (Figura 1). Observou-se também que mais da metade dos pacientes (57%) utilizava o esquema de, no mí-

nimo, duas aplicações diárias de insulina e 43% faziam somente uma aplicação ao dia (Figura 2).

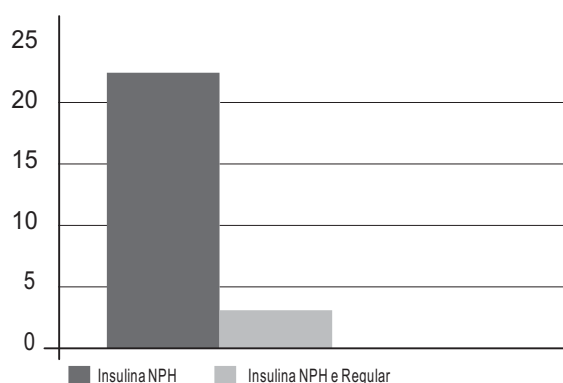


Figura 1. Tipo de insulina utilizada por diabéticos cadastrados no Programa HiperDia de Valparaíso de Goiás (n=30).

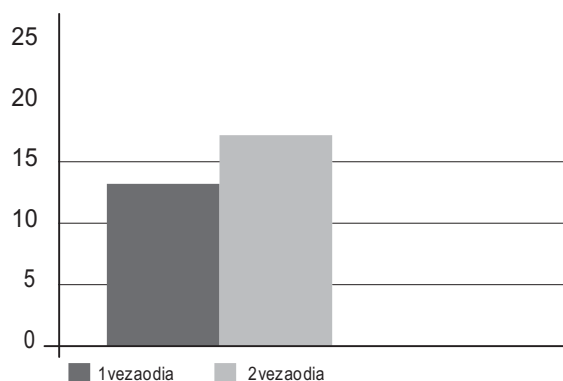


Figura 2. Frequência da administração de insulina em diabéticos cadastrados no Programa HiperDia de Valparaíso de Goiás (n=30).

A insulino terapia convencional com uma ou duas doses de insulina ao dia foi esquema utilizado pelos 30 pacientes. Este predomínio de um pequeno número de doses ao dia é também citado por outros autores^{44,45} como sendo o regime insulínico mais comumente utilizado entre os pacientes diabéticos.

Embora seja descrito que um maior número de doses de insulina diárias possam favorecer um melhor controle glicêmico^{44,45}, nenhum dos entrevistados demonstrou conhecimento ou faz dessa forma. Há que se considerar que alguns autores^{46,47} não encontraram diferenças significativas no controle metabólico dos pacientes por eles estudados quando se considerava o uso de duas ou mais injeções diárias de insulina.

Uma parcela importante dos pacientes (63%) adquirem a insulina na Estratégia Saúde da Família, a outra parte (37%), além de obter o medi-

camento o fornecimento na ESF, também faz via o programa a “Farmácia Popular” do Governo Federal.

No âmbito das ações da atenção básica, o MS lançou o Programa Hipertensão e Diabetes, pelo qual foi disponibilizado medicamentos, para controle e prevenção da hipertensão arterial e diabetes mellitus. Nesse sentido, dada a importância dessas enfermidades, esperar-se-ia maior disponibilidade no setor. Observa-se que os pacientes adquirem a insulina gratuitamente junto aos programas de assistência tanto nas Unidades de Saúde quanto nas Farmácias Populares⁴⁸.

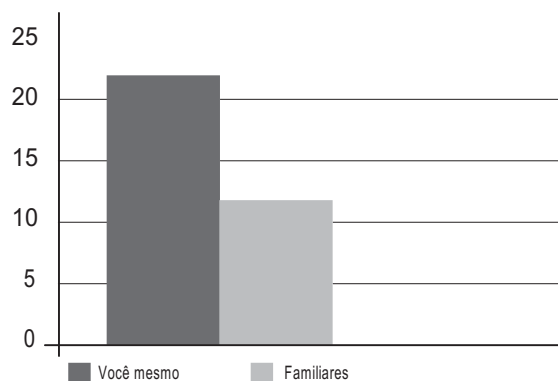


Figura 3. Responsável pela administração de insulina em diabéticos cadastrados no Programa HiperDia de Valparaíso de Goiás (n=30).

Observou-se que 67% dos diabéticos eram responsáveis pela própria aplicação da insulina e que 33% dos responsáveis eram os familiares (Figura 3). Ao investigar as dificuldades na aplicação de insulina, notou-se que 33% dos diabéticos afirmaram ter dificuldades, sendo 69% medo/insegurança, 23% dificuldades visuais e 8% dificuldades motoras (Figura 4).

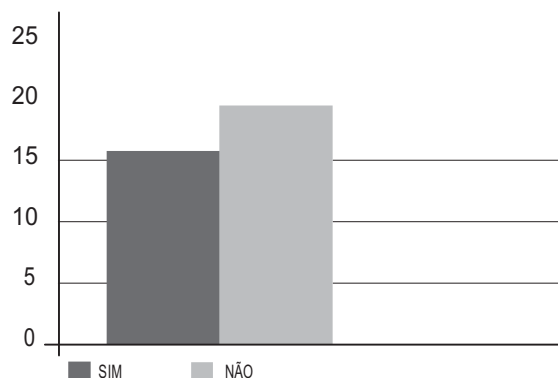


Figura 4. Dificuldades na administração de insulina por diabéticos cadastrados no Programa HiperDia de Valparaíso de Goiás (n=30).

Foi verificado que 67% dos diabéticos tinham potencial para assegurar a capacidade de decisão para a manutenção do seu estado de saúde, pelo fato de não apresentar limitações físicas e/ou cognitivas. A família possui uma representatividade expressiva no auxílio do processo de administração de insulina, devido a proximidade e convivência, com consequente acompanhamento dos processos de saúde e doença de seus membros⁴⁹.

Embora a aquisição de conhecimento e habilidades para a auto-aplicação da insulina seja necessárias, é preciso que os usuários que fazem o seu uso tenham desejo de aplicar o conhecimento ao longo da vida. Ainda assim, fatores psicológicos, geralmente têm um grande impacto no controle do DM em longo prazo, afetando a motivação para mudança de comportamento e adesão o tratamento⁵⁰.

As dificuldades motoras e visuais advindas das complicações crônicas do DM, assim como do processo de senilidade, prejudicam a capacidade do desempenho das habilidades de auto-aplicação de insulina, automonitorização da glicose e inspeção da pele e dos pés, interferindo direta ou indiretamente na adesão do autocuidado^{41,51}.

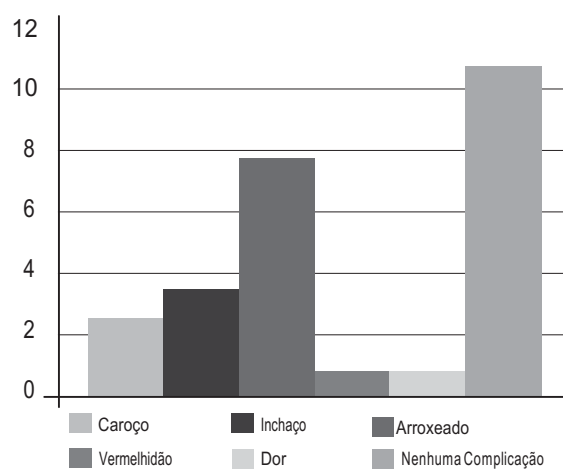


Figura 5. Complicações nos locais de administração da insulina em diabéticos cadastrados no Programa HiperDia de Valparaíso de Goiás (n=30).

Quanto às complicações referidas nos locais de aplicações, 40% relataram não ter complicações, 30% destacaram os arroxeados, 14% inchaço, 10% caroço e apenas 3% vermelhidão ou dor (Figura 5). Questionados sobre quem forneceu orientações acerca do local de rodízio na aplicação da insulina, 44% relataram que ninguém os orientou sobre o assunto, 33% referiram-se ao enfermeiro e 23% ao médico (Figura 6).

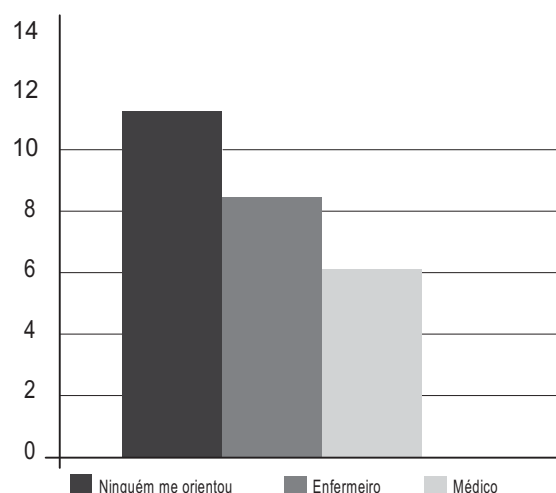


Figura 6. Responsável pelas orientações (locais de rodízio) da administração de insulina em diabéticos cadastrados no Programa HiperDia de Valparaíso de Goiás (n=30).

A literatura menciona que as complicações locais podem estar relacionadas às características individuais, à técnica incorreta de aplicação de insulina, ao abuso de reutilização de seringas, à falta de rodízio dos sítios de aplicação, bem como às características químicas das insulinas e aos fatores imunológicos dos usuários. Alguns participantes apresentam complicações locais da pele, relacionadas ao desconhecimento dos procedimentos básicos para o desenvolvimento de habilidades para aplicação da insulina, delimitações da região de aplicação, rodízios locais, entre outros⁵².

Diante desse fato, conclui-se que seja imprescindível que, durante as consultas médias e de enfermagem e atividades de educação em saúde, os médicos e enfermeiro das Unidades de Saúde orientem sobre a importância da aplicação da insulina e o rodízio nos locais corretos para evitar as injúrias locais e alterações de absorção da insulina¹⁹.

Em relação ao local de armazenamento do frasco de insulina, utilizavam a porta da geladeira 50%, 37% armazenavam na prateleira inferior da geladeira, apenas 7% guardavam na prateleira superior da geladeira (Figura 7). Quanto aos responsáveis, quem mais se destacou nas orientações sobre o local de conservação e armazenamento da insulina foram os enfermeiros com 67% (Figura 8).

De acordo com a Associação Americana de Diabetes o local recomendado para o armazena-

mento da insulina é a prateleira inferior. Dessa maneira, pode-se verificar que apenas 37% dos usuários seguem tais recomendações. O fato de terem sido encontrados usuários que conservem a insulina em temperatura ambiente pode sugerir que a insulina em uso pode ser guardada em local seco e ao abrigo de luz⁵³.

A metade (50%) dos usuários utiliza a porta da geladeira para armazenar a insulina, não sendo um local indicado, visto que sofre oscilações de temperatura que podem interferir na qualidade da insulina, não atingido sua eficácia⁶.

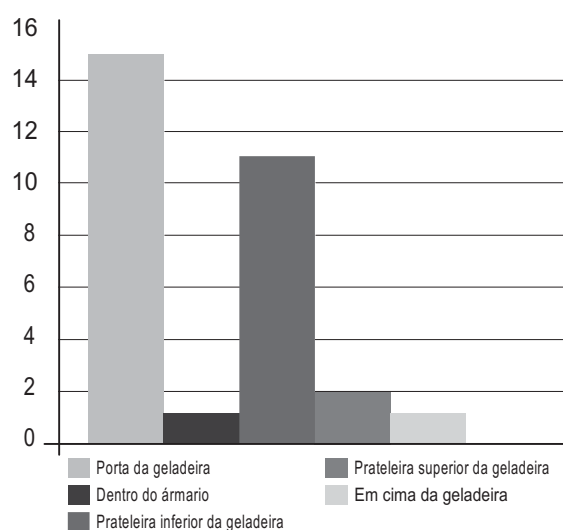


Figura 6. Local de armazenamento da insulina utilizada por diabéticos cadastrados no Programa HiperDia de Valparaíso de Goiás (n=30).

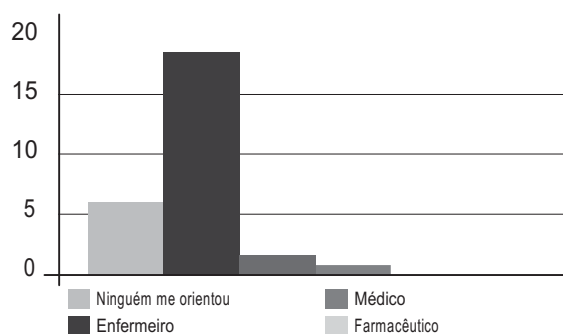


Figura 7. Responsável pelas orientações sobre conservação e armazenamento de insulina utilizada por diabéticos cadastrados no Programa HiperDia de Valparaíso de Goiás (n=30).

Em relação ao responsável pela orientação sobre os locais de conservação, apesar de a maioria relatar que ninguém os orientou, os enfermeiros foram os profissionais que mais realizavam ações educativas sobre esse assunto. O enfermeiro da ESF tem como atribuições e competências de-

envolver atividades educativas de promoção à saúde dos usuários com diabetes mellitus, bem como estabelecer estratégias que possam favorecer a sua adesão⁵⁴. Mostra-se a necessidade de maior participação dos profissionais de saúde nas atividades educativas referentes ao tratamento de insulina.

Observou-se que a maioria (64%) dos diabéticos faz o monitoramento glicêmico uma vez ao dia pela manhã e 16% duas vezes ao dia antes do desjejum e do almoço (Figura 8). Em relação ao não monitoramento dos níveis séricos de glicose, 60% justificaram que não monitoram a glicemia devido a falta de aparelho, 20% que as punções são dolorosas e 20% por outros motivos.

O esquema de monitorização encontrado entre os pacientes estudados está longe de atingir o que se propõe como ideal que é de cerca de quatro monitorização glicêmicas diárias⁴⁴. Mesmo admitindo em nosso meio que a glicosúria possa representar um parâmetro útil de monitorização, o grupo fica muito aquém do desejável os pacientes realiza somente de uma a sete monitorização semanais⁵⁵.

A American Diabetes Association²³ recomenda que a frequência das automonitorização seja individualizada de forma que o indivíduo possa obter um bom controle glicêmico com o regime insulínico que estiver usando. Além dos valores das tiras e aparelho, o desconforto, a dor, o dispêndio de tempo, a indisposição pessoal, a desinformação são motivos a serem considerados em nosso meio para o não monitoramento.

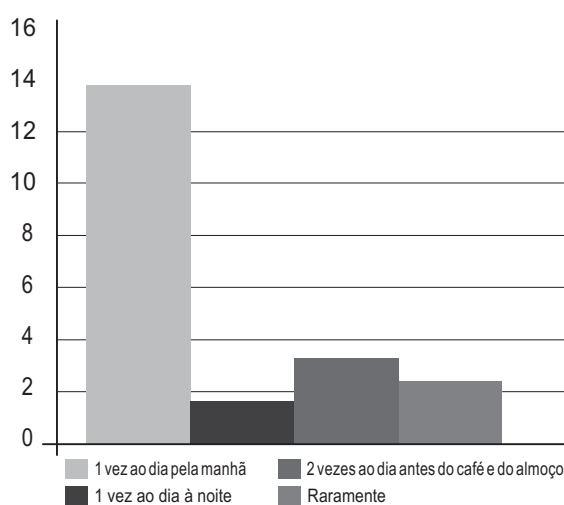


Figura 8. Frequência do monitoramento glicêmico de diabéticos cadastrados no Programa HiperDia de Valparaíso de Goiás (n=30).

No que se refere as alterações na dosagem da insulina prescrita, 70% afirmaram não fazer alteração alguma e 30% dos usuários relataram que às vezes ou sempre fazem ajustes (Figura 9).

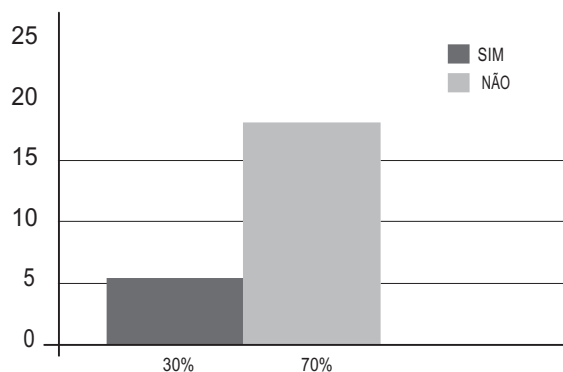


Figura 9. Alteração da quantidade de insulina prescrita pelo médico por diabéticos cadastrados no Programa HiperDia de Valparaíso de Goiás (n=30).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a maioria dos diabéticos faça a auto aplicação de insulina há anos, notou-se a presença de complicações decorrentes da falta de informações e de dúvidas em relação ao rodízio e aplicação da mesma.

No que se refere a conservação e armazenamento insulínico, uma grande parcela mantém a insulina na geladeira. Contudo, esse local não é o mais adequado, ressaltando que a informação correta e de forma clara é imprescindível. Também foi observado que é utilizado um esquema insulínico tradicional e com um grau de monitorização insuficiente.

Reforça-se a necessidade de elaborar estratégias de educação em saúde de forma interativa e que permita a socialização do conhecimento sobre a doença. Essas variáveis juntamente com a Estratégia Saúde Família permitirá propor ações centradas nas reais necessidades, permitindo ao diabético uma melhor qualidade de vida.

Embora a abrangência deste estudo seja relativamente limitada, esses resultados contribuem para o trabalho dos profissionais que convivem com pacientes diabéticos e no cotidiano das Unidades de Saúde.

CONFLITOS DE INTERESSES

Não há conflitos de interesse

REFERÊNCIAS

1. Wild SH, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004; 27(5):1047-53.
2. Malerbi DA, Franco LJ. Multicentric study of the prevalence of diabetes melito and impaired tolerance in urban Brazilian population aged 30-69 yr. *Diabetes Care* 1992; 15(11):1509-16.
3. Torquato MT, Montenegro Júnior RM, Viana LA, Souza RA, Lanna CM, Lucas JC, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. *São Paulo Med J*. 2003; 121(6):224-30.
4. Silva ASB, et al. Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2011; 20(3): 512-8.
5. American Diabetes Association (ADA). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*. 2009; 32(Suppl 1):S13-57.
6. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo (SP): Sociedade Brasileira de Diabetes; 2008.
7. Funnell M, Haas L. National standards for diabetes self-management education programs. *Diabetes Care*. 1995; 18(1):100-16
8. Ministério da Saúde (BR). Diabetes mellitus. Brasília. (DF): Ministério da Saúde; 2006.
9. Secretaria Municipal da Saúde (SP). Protocolo de atendimento em hipertensão e diabetes. Ribeirão Preto (SP): Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde; 2006.
10. Beaglehole, R. Informes do diabetes no mundo. *Diabetes Care* 2004; 8(3):162.
11. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care* 02007; 2:S42-S47.
12. Balda CA; Pacheco Silva A. Aspectos imunológicos do diabetes mellitus tipo 1. *Rev. Assoc. Med. Bras* 1999; 45(2):175-80.
13. Damiani D. Critérios diagnósticos no diabetes mellitus. *Rev. Assoc. Med. Bras* 2000; 46(4):305-06.
14. Brasil, Ministério da Saúde. Pesquisa sobre o número de diabéticos no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
15. Gross JL et al. Diabetes melito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab* 2002; 46(1):16-26.
16. Franco L. Epidemiologia do diabetes mellitus in: Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec, 1998. 23-37p.
17. Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso Brasileira sobre Diabetes. Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus dos tipo 2. Rio de Janeiro: SBD, 2002. 72p.
18. Torquato MTCG et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto – SP, Brasil. *Med* 2003; 121(6):224-30.
19. Stacciarini TSG. Processo de administração da insulina no domicílio dos usuários com diabetes mellitus acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2007. 189 p.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da saúde, 2002. 102 p.
21. Brasil. Ministério da saúde. Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Disponível em: <http://www.hiperdia.datasus.gov.br/menu.asp> Acesso em: 05 de setembro de 2014.
22. Engलगau ME, Nayaran KM, Herman WH. Screening for type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2000; 23:1563-80.
23. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2004; 27(1):S5-10.

24. Sociedade Brasileira de Diabetes. Aplicação de insulina. In: Sociedade Brasileira de Diabetes, organizador. Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2006. p. 122-5.
25. Robertson KE, Glazer B, Campbell K. The latest developments in insulin injection devices. *Diabetes Educ* 2000; 26:135-52.
26. Camata DG. Complicações locais na pele relacionadas à aplicação de insulina. *Rev Latinoam Enferm* 2003; 11:119-22.
27. Castro ADRV. Reutilização de seringas descartáveis para aplicação de insulina: uma prática comum no domicílio de pacientes com diabetes mellitus [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
28. Davidson MB. Diabetes mellitus: diagnóstico e tratamento. 4ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.
29. Costa AA, Almeida JS Neto. Manual de diabetes: alimentação, medicamentos, exercícios. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 1988.
30. Silva MER. Alergia à insulina. *Diabetes, Saúde & Cia* 2001; 13(3):3.
31. Almeida HGG, et al. Perfil de pacientes diabéticos tipo 1: insulino-terapia e automonitorização. *Rev Assoc Med Bras.* 2002; 48(2): 151-5.
32. Sala A, Filho NA, Eluf-Neto J. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. *Rev. Saude Publica* 1996; 30(2):161-7.
33. Sartorelli DS, Franco LJ. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad. Saude Publica* 2003; 19:29-36.
34. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integridade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comun Saúde Educ* 2005; 9:39-52.
35. Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:377-85.
36. Delamater AM. Improving patient adherence. *Clin Diabet* 2006; 24:71-7.
37. Richardson A, Adner N, Nordstrum G. Persons with insulin-dependent diabetes mellitus: acceptance and coping ability. *J Adv Nurs* 2001; 33:758-63.
38. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Snoek FJ, Matthews DR, Skovlund SG. Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabet Med* 2005; 22:1379-85.
39. Spijkerman AM, Dekker JM, Nijpels G, Adriaanse MC, Kostense PJ, Ruwaard D, et al. Microvascular complications at time of diagnosis of type 2 diabetes are similar among diabetic patients detected by targeted screening and patients newly diagnosed in general practice: the hoorn screening study. *Diabetes Care* 2003; 26:2604-8.
40. Delcourt C, Villatte-Cathelineau B, Vauzelle-Kervroedan F, Papoz L. Clinical correlates of advanced retinopathy in type II diabetic patients: implications for screening. The CODIA-INSERM-Zeneca Pharma Study Group. *J Clin Epidemiol* 1996; 49:679-85.
41. Grossi SAA. Educação para o controle do diabetes mellitus. In: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde/Universidade de São Paulo/Ministério da Saúde, organizadores. Manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 155-67 p.
42. Mendes IAC, Trevisan MA. Sobre a negligência do paciente diabético insulino-dependente. *Enfermagem Atual* 1981; 3:17-21.
43. Maia FR, Araújo LR. Aspectos psicológicos e controle glicêmico de um grupo de pacientes com diabetes mellitus tipo 1 em Minas Gerais. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2004; 26:261-6.
44. Ginsberg BH. Ajustando as doses de insulina. *Terapêutica em diabetes* 1994; 3:1-4.

45. Wajckenberg BL. Tratamento insulínico do diabetes insulino-dependente ou do tipo 1. *Terapêutica em Diabetes* 1995; 6:1-8.
46. Dorchy H, Roggemans MP, Willems D. Glycated hemoglobin and related factors in diabetic children and adolescents under 18 years of age: a Belgian experience. *Diabetes Care* 1997; 20:2-6.
47. Mortensen H, Hougaard P. Comparison of metabolic control in a cross sectional study of 2.873 children and adolescents with IDDM from 18 countries. *Diabetes Care* 1997; 20:714-20.
48. Pinto CDBS et al. Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2010; 44(4):611-619.
49. Stacciarini TSG et al. Fatores associados à auto-aplicação da insulina nos usuários com diabetes mellitus acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(6):1314-1322.
50. Daviss WB et al. Predicting diabetic control from competence, adherence, adjustment and psychopathology. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 1995; 34(12):629-36.
51. Smeltzer SC, Bare BG. Histórico e tratamento de pacientes com diabetes mellitus. In: Smeltzer SC, Bare BG, editors. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica* – Brunner & Suddarth. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2005. 1215-68 p.
52. Cândido CB, Zanetti ML, Prado KR. Complicações locais na pele relacionadas à aplicação de insulina. *Rev. Enfermagem UERJ* 2002; 10(1):38-40.
53. American Diabetes Association. Insulin administration. *Diabetes Care* 2004; 27(1):6-9.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus. Brasília Ministério da Saúde, 2002. 102p.
55. Dib SA. Parâmetros bioquímicos de controle metabólico do diabetes. *Terapêutica em Diabetes* 1997; 15:1-5.



REVISA

REVISTA DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA SENA AIRES

ISSN 2316-848X

Volume 3 | Número 2 | JUL/DEZ 2014

Análise microbiana de amostras de líquido traqueal em pacientes da UTI de um hospital público do DF, coletadas por enfermeiro

Microbial analysis of tracheal fluid samples of patients at the ICU of a public hospital of the Federal District collected by a nurse

Marianne Menezes Tosin¹; Rosilene Vasconcelos Moreira¹; Joaquim Xavier da Silva¹; Mauricio Rolo Filho¹

RESUMO

A análise microbiana de líquido traqueal é um recurso importante na rotina hospitalar, utilizado em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sob ventilação mecânica ou não. O objetivo deste estudo foi o de avaliar os resultados de análises microbiológicas de aspirados traqueais de pacientes de UTI realizados pelo profissional enfermeiro, descrevendo a relação entre aspiração traqueal e a variação dos microrganismos que infectam os pacientes internados submetidos a esse procedimento nessa unidade e o uso indiscriminado de antibióticos, que tem provocado uma pressão seletiva sobre as bactérias do ambiente hospitalar, tornando-as multirresistentes. Trata-se de um estudo exploratório descritivo com dados prospectivos e abordagem quantitativa, realizado na UTI de um hospital público de Brasília, DF. A amostragem consistiu de 27 pacientes por meio de 33 resultados de análises laboratoriais. Infere-se do número de pacientes infectados após o manejo da aspiração traqueal realizada pelo enfermeiro a necessidade de intensificar as atividades educativas que promovam a mudança de comportamento dos profissionais de saúde, melhorando assim a qualidade da assistência e a prevenção de infecções nosocomiais.

Palavras-chave: Infecção bacteriana; Líquido traqueal; Infecção hospitalar; Análise microbiana.

¹Curso de Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Paulista – UNIP, Campus Brasília – DF

Correspondência:
rof. MSc. Joaquim Xavier da Silva.
SEPS 712/912. Lote C. Bloco C.
Apartamento 121. Asa Sul.
E-mail: joaquimbio@gmail.com

Recebido em: 25/11/2014
Aceito em: 28/12/2014

ABSTRACT

The microbial analysis of tracheal fluid is an important resource in the hospital routine, used with Intensive Care Unit (ICU) patients with ventilation devices or not. The aim of this study was to assess the results of microbiological analyses of tracheal secretions of ICU patients obtained by a professional nurse, describing the relation between tracheal aspiration and the variation of the microorganisms that infected the patients submitted to the aspiration procedure at this unit, and the indiscriminate use of antibiotics that has led to a selective pressure on the bacteria at the hospital environment, thus making them multiresistant. This is an exploratory and descriptive study drawing from prospective data and a quantitative approach at an ICU of a public hospital in Brasília, DF. The sampling consisted of 27 patients with the results of 33 lab analyses. From the number of infected patients after the tracheal aspiration carried out by the nurse, the study infers the need to intensify educational activities to promote a change of behavior among health professionals, thus improving the quality of the assistance and the prevention of nosocomial infections.

Keywords: Bacterial infection; Tracheal fluid; Hospital infection; Microbiological analysis.

INTRODUÇÃO

As infecções hospitalares são consideradas as principais causas de morbidade e de mortalidade, que representam um problema de saúde significativo e dispendioso em hospitais de todo mundo. As infecções nosocomiais ou hospitalares são infecções adquiridas no hospital. As infecções adquiridas em ambiente hospitalar ocorrem em taxas significativas no mundo todo. No entanto, já se sabe que elas são causadas por microrganismos que raramente provocam infecções em pessoas saudáveis, mas que podem se tornar causas frequentes em pacientes hospitalizados, cujas defesas orgânicas possivelmente encontram-se diminuídas. Estes patógenos podem estar presentes no ambiente hospitalar, ou ambulatorial, ou serem transmitidos por profissionais de saúde infectados¹.

A infecção hospitalar representa um dos principais problemas da qualidade da assistência à saúde, devido à sua grande incidência, letalidade significativa, aumento no tempo de internação e no consumo de medicamentos. A ocorrência de infecção hospitalar depende da existência de uma fonte de infecção, das formas de transmissão do agente etiológico e da susceptibilidade do indivíduo à infecção, podendo tornar-se um “ciclo vicioso”. Esse ciclo deve ser interrompido para prevenir as infecções adquiridas no ambiente hospitalar. Apesar de muitos esforços, o Brasil ainda enfrenta uma realidade adversa daquilo que se pode julgar satisfatório: carência de recursos humanos e materiais nas instituições de saúde (principalmente nas públicas)².

É notável, que a ausência de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) atuante em grande parte dos hospitais e, a atuação de alguns profissionais exercendo a função sem conhecimento adequado das atividades, resulta em elevadas taxas de infecção hospitalar, ocorrência de surtos não detectados em UTI, emergência de bactérias resistentes a diversos antibióticos e elevado risco ocupacional. Embora seja o local ideal para o atendimento a pacientes agudos graves recuperáveis, a UTI parece oferecer um dos ambientes mais propícios a infecções hospitalares, sérios problemas são frequentemente encontrados, como a necessidade de monitorização intensiva associada à sobrecarga de trabalho da equipe multiprofissional, resultando em procedimentos inadequados em relação ao paciente internado, o que pode levar a uma reconhecida

menor adesão às práticas de higienização das mãos, o que facilita a transmissão de microrganismos entre os pacientes³⁻⁶.

As principais infecções em UTI são causadas, na maioria das vezes, por agentes diferentes em relação àqueles que causam infecções adquiridas na comunidade. Nas UTIs predominam infecções causadas por¹:

Bactérias Gram-negativas

Fermentadoras de glicose (*Enterobacter* spp, *Escherichia coli*, *Serratia* spp, *Klebsiella* spp, *Proteus* spp, *Citrobacter* spp. e

Não-fermentadoras de glicose (*Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter baumannii*).

Bactérias Gram-positivas - *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus coagulase-negativa* e *Enterococcus* spp.

Nas últimas décadas, além das infecções bacterianas, vem sendo observado aumento progressivo das infecções causadas por fungos. Entretanto, espécies não-albicans estão se tornando predominantes em UTIs brasileiras, particularmente *Candida parapsilosis*, *Candida tropicalis* e *Candida glabrata*³.

Sabe-se que as UTIs são um ambiente hospitalar para pacientes críticos que precisam de cuidados complexos, essas condições contribuem para que esse meio seja considerado reservatórios frequentes das bactérias multirresistentes que se tornaram um problema de saúde pública¹.

As principais razões para tal estão associadas ao risco intrínseco de transmissão de agentes infecciosos entre pacientes e, uso excessivo de antimicrobianos, este último decorre da necessidade de tratar infecções graves. Por isso, o impacto das bactérias-resistentes, e o uso indiscriminado de antibióticos no meio hospitalar é um problema mundial que vem preocupando o meio científico⁷⁻¹¹.

Esta problemática tem intensificado estudos na busca de viabilizar efetivamente, junto aos profissionais de saúde, entre eles, médicos e enfermeiros, o uso correto e eficaz das medidas de controle da infecção hospitalar – como a lavagem das mãos – como também conscientizá-los da importância e necessidade do uso prudente

de antibióticos como medida para minimizar a emergência de bactérias antibiótico-resistentes no ambiente hospitalar^{12,13}.

Muitas vezes, empregam-se antimicrobianos de amplo espectro como primeira escolha, e submetem-se os pacientes a tratamentos prolongados, sendo assim, se faz necessário investigar qual é a incidência de microrganismos presentes em aspirado traqueal.

Os objetivos deste estudo foram analisar os resultados de análises microbiológicas de aspirados traqueais de pacientes de UTI realizado pelo profissional enfermeiro, descrever a relação entre aspiração traqueal e a variação dos microrganismos que infectam os pacientes internados nessa unidade submetidos ao processo de aspiração traqueal e o uso indiscriminado de antibióticos que tem provocado uma pressão seletiva sobre as bactérias do ambiente hospitalar, tornando-as multirresistentes.

MÉTODOS

Foram analisadas 33 amostras de aspirado traqueal de 27 pacientes internados na UTI de um Hospital Público de Brasília-DF, cujos resultados obtidos referem-se ao período de agosto de 2010 a julho de 2011.

Após a coleta do material, este foi encaminhado para o Laboratório de Microbiologia da Universidade Paulista, Campus Brasília-DF. Do material coletado, parte foi utilizada para realização da coloração de Gram e a outra parte foi cultivada em meios específicos (ágar sangue e tioglicolato) e incubada a 35 °C por um período médio de 16 horas em placas onde houve crescimento bacteriano. Essas placas foram separadas e posteriormente feitas testes bioquímicos para que as bactérias fossem identificadas.

Depois de ser identificada a presença de microrganismos no material coletado, foi realizado o teste de antibiograma, o qual evidenciou a sensibilidade ou resistência aos diversos tipos de antimicrobianos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram analisados e separados em grupos quanto à espécie de agente infeccioso. Observou-se que alguns pacientes com mesma coleta de amostra apresentaram infecção por mais de um microrganismo.

Os dados foram analisados pela estatística descritiva. Após análise das 33 amostras de líquido traqueal de pacientes hospitalizados na UTI, constatou-se que dos microrganismos encontrados no material examinado a maior prevalência foi de bactérias em aproximadamente 90%, e em menor proporção de fungos com aproximadamente 10%.

As bactérias que foram encontradas nas 30 amostras são classificadas como microrganismos Gram-positivos (aeróbios e anaeróbios facultativos) e Gram-negativos. Das amostras, 12,12% (Tabela I) eram organismos Gram-positivos, de natureza saprofítica que habitam o solo, os alimentos, trato gastrointestinal, trato genitourinário e crescem em soluções salinas e em detergentes, e quando coradas pelo método de Gram se apresentam na cor azul ou púrpura. São naturalmente resistentes a vários antimicrobianos e, em diversas situações clínicas, os pacientes com infecção necessitam de dois ou mais antimicrobianos para o tratamento¹⁴.

Já a preocupação atual em relação aos enterococos é a resistência à vancomicina, medicamento tradicionalmente empregado para o tratamento de infecções por cepas resistentes à penicilina/ampicilina. Surto de infecções hospitalares já ocorreram em diversos hospitais brasileiros – principalmente causados por *Enterococcus faecalis*, que frequentemente, são sensíveis à ampicilina e estreptomicina¹¹.

Tabela I - Prevalência de microrganismos Gram-positivos em amostras de aspirado traqueal de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público de Brasília-DF.

ESPÉCIE	OCORRÊNCIAS (N)	FREQUÊNCIA (%)
<i>S.epidermidis</i>	1	3,03%
<i>S.auriculares</i>	1	3,03%
<i>E.faecalis</i>	1	3,03%
<i>Micrococos ssp.</i>	1	3,03%
TOTAL	4	12,12%

Das bactérias encontradas 78,78% eram bacilos Gram-negativos (Tabela II). Essas bactérias são os principais problemas em UTIs brasileiras, em função das altas taxas de resistência de antimicrobianos de última geração disponíveis. Os bacilos Gram-negativos multirresistentes podem ser classificados em dois grandes grupos:

Bacilos Gram-negativos não-fermentadores de glicose (Figura 1).

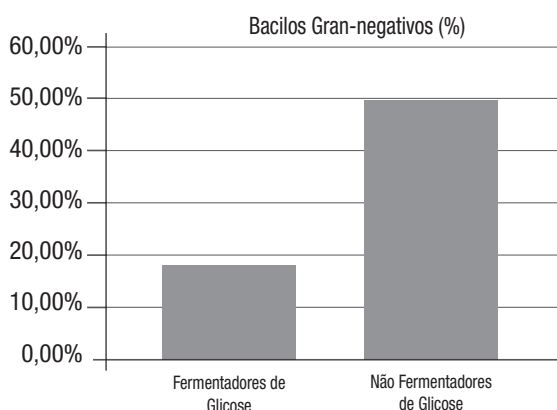


Figura 1 – Classificação dos Bacilos quanto à fermentação

São agentes de quase todas as infecções adquiridas na UTI - em particular, infecções do trato respiratório. Entre as bactérias encontradas 30,3% são representadas principalmente, por cepas de *Pseudomonas aeruginosa*, consideradas um importante patógeno em ambiente hospitalar e 18,2% por *Acinetobacter spp.* (Tabela II) cuja sobrevivência em água e outros ambientes com requisição de nutrientes favorecem a presença no trato respiratório por colonizarem coleções de água relacionadas ao aparato de ventilação mecânica¹.

Tabela II - Prevalência de microrganismos Gram-negativos em amostras de aspirado traqueal de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público de Brasília-DF.

ESPÉCIE	OCORRÊNCIAS (N)	FREQUÊNCIA (%)
<i>P. aeruginosa</i>	10	30,30%
<i>E. aerogenes</i>	4	12,12%
<i>Ac. baumann/haem</i>	6	18,18%
<i>E. cloacae</i>	1	3,03%
<i>E. coli</i>	2	6,06%
<i>S. maltophilia</i>	1	3,03%
<i>S. marcescens</i>	1	3,03%
<i>P. mirabilis</i>	1	3,03%
TOTAL	26	78,78%

As *Stenotrophomonas maltophilia* (3,03%) são também bactérias não-fermentadoras de glicose, embora sua importância como agentes etiológicos de infecções em UTI não tenha grande relevância, no entanto, ocupa um papel importante no cenário das infecções hospitalares – sendo mais encontrada nas infecções de unidades de hemodiálise e de imunodeprimidos.

Conceitualmente são definidas como multirresistentes as cepas de *Acinetobacter baumannii* que são susceptíveis aos carbapenêmicos, ampicacina, sulbactam e minociclina; e como pan-resistentes, são resistentes inclusive aos carbapenêmicos e, usualmente, sensíveis às polimixinas, como a colistina. No entanto, já podem ser encontrados relatos sobre resistência a esta última².

Os bacilos Gram-negativos fermentadores de glicose (Figura 1) estão envolvidos em quase todas as infecções adquiridas em UTI, particularmente infecções respiratórias e infecções urinárias. São relatados em muitos hospitais taxas de resistência elevada à quinolonas, beta-lactâmicos e aminoglicosídeos, em geral, por produção de beta-lactamases.

Os principais agentes deste grupo são: *E. coli* (6,06%) e *Proteus mirabilis* (3,03%).

Embora a maioria das amostras estivesse contaminada por bactérias, houve também a presença de fungos. Os fungos em geral acometem principalmente pacientes imunossuprimidos e embora não apresentem relevância nos achados clínicos, caso o sistema imunológico esteja competente, foi possível observar a presença de fungos nos aspirados traqueais. No entanto, houve destaque para o gênero *Candida* SSP, que estava presente em 9,1% das amostras contaminadas (Tabela III).

Tabela III - Prevalência de infecções fúngicas em amostras de aspirado traqueal de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público de Brasília-DF.

ESPÉCIME	OCORRÊNCIAS (N)	FREQUÊNCIA (%)
<i>C. albicans</i>	1	3,03%
<i>C. tropicalis</i>	1	3,03%
<i>Geotrichum sp.</i>	1	3,03%
TOTAL	3	9,1%

Este estudo descreve que a maior prevalência de infecção nosocomial por microrganismos ocorre por contaminação bacteriana. Na amostra analisada dos 27 pacientes, constatou-se que 90% dos pacientes infectados, correspondente a 30 amostras são acometidos por bactérias, na sua maioria Gram-negativas.

A infecção resulta do desequilíbrio entre os mecanismos imunitários e os patógenos. Normalmente, os microrganismos infectantes de bactérias Gram-negativas e Gram-positivas ao invadirem o paciente, geram reações locais que iniciam o processo infeccioso. *S. maltophilia* são naturalmente resistentes aos carbapenêmicos, mas podem ser sensíveis à quinolonas, sulfas, aminoglicosídeos e ticarcilina/clavunato¹.

Muitas UTIs brasileiras convivem atualmente com cepas de *pseudomonas* e *Acinetobacter* resistentes a todos os antimicrobianos disponíveis, representando um alto custo no tratamento dos pacientes infectados².

A prevalência da colonização de microrganismo é de aproximadamente 40% em adultos saudáveis e o uso de procedimentos invasivos pode contribuir significativamente na ocorrência de infecção, justificando a existência de diversas topografias infecciosas como respiratória, urinária, corrente sanguínea, área cirúrgica, cutâneas e gastrintestinais.

Outro aspecto importante é que desde a introdução do mais antigo antimicrobiano até o mais recente, vem se registrando uma pressão seletiva dos microrganismos causada, principalmente, pelo uso indiscriminado de antibióticos, resultando no desenvolvimento de espécies resistentes. As infecções podem causar 25% das mortes em todo o mundo e 45%, nos países menos desenvolvidos.

Os pacientes críticos hospitalizados em UTI são mais vulneráveis à infecção hospitalar em comparação com as demais unidades. Estes são comumente agredidos por múltiplos procedimentos invasivos e têm os mecanismos de defesa imunológicos comprometidos o que exige o uso de antimicrobianos, especialmente, os de última geração. No geral, estes são fatores determinantes na ocorrência de infecções, especialmente por cepas multirresistentes¹⁵.

Os dados presentes nesse estudo, sobre a incidência de *Paeruginosa* nas secreções traqueais foi de aproximadamente 30,3%, o que corrobora com outros resultados já obtidos em pesquisas anteriores, que mostra que *Paeruginosa* foi o microrganismo mais frequentemente isolado durante o período de Janeiro à Junho de 2008, estando presente em 34% das amostras de pacientes internados em unidades de terapia intensiva¹².

CONCLUSÃO

O trato respiratório é o principal alvo de infecções da UTI, assim como a *Pseudomonas aeruginosa* permanece entre as bactérias mais prevalentes devido a sua habilidade de sobreviver em materiais inertes e sua resistência a muitos anti-sépticos e antibióticos. *P.aeruginosa* tem se tornado um importante, e frequente patógeno nosocomial.

Os resultados evidenciaram que as amostras estavam contaminadas, o que pode sugerir manejo inadequado de coleta realizado pelo enfermeiro em pacientes da UTI. O uso inadequado da prática de coleta restrito a esse profissional não atendia as diretrizes para controle de infecção, já que se sabe que a coleta de amostras deverá ocorrer de forma extremamente adequada e asséptica.

Entende-se que a ação do enfermeiro na coleta é propiciar segurança e re-significar o espaço do hospital, junto com o paciente, buscando a promoção da saúde. É o processo de cuidar, mediante uma ação interativa entre o enfermeiro e o paciente. Nele, as atividades do profissional são desenvolvidas “para” e “com” o paciente, ancoradas no conhecimento científico, na habilidade e na intuição do cuidar. As ações do enfermeiro devem se efetuar sob a ótica de que mesmo passando por uma internação, o paciente não precisa ter o seu processo de saúde/doença prejudicado.

Desse modo, a partir dos achados obtidos pode-se traçar um perfil microbiológico próprio da UTI desse hospital público do Distrito Federal, sendo possível orientar quais os antimicrobianos devem ser instituídos e como o profissional de saúde deve proceder na realização da coleta.

Uma eficácia maior no tratamento e uma menor tendência ao aparecimento de microrganismos multirresistentes, bem como a redução do tempo de internação dos pacientes e de gastos do hospital torna-se fundamental, apoiando-se em uma conduta profissional mais ampla, gerencial e assistencial.

Acredita-se na relevância desse estudo, na contribuição para fortalecer a necessidade de mais pesquisas sobre controle de infecções hospitalares, da importância nas medidas relacionadas aos desfechos associados, tais como, os riscos gerados aos pacientes, a mortalidade, e a ocorrência de microrganismos resistentes.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Gonçalves DC, Kreutz I, Lins JFBA. A Infecção Hospitalar em Mato Grosso: Desafios e Perspectiva para a Enfermagem. 2004, 71-8p.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Investigação e Controle de Bactérias multirresistentes (Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos (Gipea). Disponível em: www.anvisa.com.br. Acesso em: 10 abr. 2013.
3. Leite, MVSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. Revista Latino-americana de Enfermagem 2005; 13(2): 145-50.
4. Fernandes TA, Pereira CAP, Petrilli AS, Pignatari ACC. Caracterização molecular de *Pseudomonas aeruginosa* resistentes a carbapenêmicos e produtoras de metalo- β -lactamase isoladas em hemoculturas de crianças e adolescentes com câncer. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2010; 43(4): 372-376.
5. Almeida MTG, Bertelli ECP, Rossit ARB, Bertollo EMGB, Martinez MB. Infecções Hospitalares por *Stenotrophomonas maltophilia*: aspectos clínico-epidemiológicos, microbiológicos e de resistência antimicrobiana. Arquivo Ciências da Saúde 2005; 12(3): 141-45.
6. Furtado GHC, Galez AC, Perdiz LB; Santos AF, Medeiros EAS. Prevalência e evolução clínica de episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica causada por *Pseudomonas aeruginosa* resistente a imipenem produtoras e não-produtoras de SPM-1. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2011; 44(5): 604-606.
7. Bonomo RA, Szabo D. Mechanisms of multi-drug-resistant *Acinetobacter* species and *Pseudomonas aeruginosa*. Clin Infect Dis 2006; 43:49-56.

8. Turton J et al. Identification of *Acinetobacter baumannii* by detection of the *bla*OXA-51-like carbapenemase gene intrinsic to this species. J Clin Microbiol 2006; 44(8):2974-2976.
9. Zarilli R et al. Molecular epidemiology of sequential outbreaks of *Acinetobacter baumannii* in intensive care unit shows the emergence of carbapenem resistance. J Clin Microbiol 2004; 42:946-953.
10. Cervo AL, Bervian, PA. Metodologia científica. 6 ed. São Paulo: Markron Books, 2007.
11. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, 487p.
12. Batista REA. Modulo 1 – Legislação e Criação de um Programa de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar (Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – IRAS). Disponível em: www.anvisa.com.br. Acesso em: 15 jun. 2012.
13. Camargo FA, Coutinho AP, Guerra CM, Wey SB. Módulo 4 – Prevenção de Infecções em Unidade de Terapia Intensiva. Disponível em: www.anvisa.com.br. Acesso em: 15 jun. 2012.
14. Pires EJVC et al. Análise epidemiológica de isolados clínicos de *Pseudomonas aeruginosa* provenientes de hospital universitário. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2009; 21(4):384-390.
15. Oliveira AC, Kovner CT, Silva RS. Infecção hospitalar em unidade de tratamento intensivo de um hospital universitário brasileiro. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2010; 18(2):97-104.



REVISA

REVISTA DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA SENA AIRES

ISSN 2316-848X

Volume 3 | Número 2 | JUL/DEZ 2014

Incidência de *cryptococcus neoformans* em aves de cativeiro e aves de vida livre

Incidence of *cryptococcus neoformans* in captive birds and free-living birds

Gabrielle de Macêdo Cruz¹; Nero Carlos de Novais Junior¹; Joaquim Xavier da Silva^{1,2}

RESUMO

Introdução: A criptococose é uma doença causada por um fungo leveduriforme encapsulado denominado *Cryptococcus neoformans*. Ela é considerada uma das micoses mais comuns em pacientes imunodeprimidos.

Objetivo: O objetivo do presente estudo é analisar, na literatura, publicações que informem a incidência de *Cryptococcus neoformans* em aves de cativeiro e em aves de vida livre.

Métodos: Trata-se de uma revisão de literatura por meio de artigos indexados nas bases SciELO, PubMed/Medline, Lilacs/Bireme e Google Acadêmico nos idiomas português, inglês e espanhol, entre os anos de 1984 a 2011, além de capítulos de livros.

Resultados: Devido à alta biodiversidade do *Cryptococcus neoformans*, há a possibilidade de indivíduos, não apenas os imunodeprimidos, entrarem em contato diário com múltiplas áreas de contaminação.

Conclusão: Os resultados apontam uma elevada incidência de *Cryptococcus neoformans*, tornando-se imprescindível o monitoramento desse fungo e o desenvolvimento de atividades de controle.

Palavras-chave: Criptococose; *Cryptococcus neoformans*; Aves.

¹Curso de Ciências Biológicas,
Instituto de Ciências da Saúde,
Universidade Paulista – UNIP,
Campus Brasília – DF.

²Curso de Nutrição, Instituto de
Ciências da Saúde, Universidade Paulista
– UNIP, Campus Brasília – DF.

Correspondência
Prof. MSc. Joaquim Xavier da Silva.
SEPS 712/912. Lote C. Bloco C.
Apartamento 121. Asa Sul.
E-mail: joaquimbio@gmail.com

Recebido em: 23/08/2014
Aceito em: 04/11/2014.

ABSTRACT

Introduction: Cryptococcosis is a disease caused by the encapsulated yeast-fungus *Cryptococcus neoformans*. It is considered one of the most common fungal infections in immunocompromised patients.

Objective: The aim of this study was to analyze publications on the incidence of *Cryptococcus neoformans* both in captive and free-living birds.

Methods: This is a literature review of articles indexed at the SciELO, PubMed / Medline, Lilacs / Bireme and Google Scholar databases in Portuguese, English and Spanish, between the years 1984 and 2011, as well as book chapters.

Results: Due to the high biodiversity of *cryptococcus neoformans*, it is possible that individuals, not only the immunocompromised ones, may experience a daily contact with multiple areas of contamination.

Conclusion: The results point to a high incidence of *cryptococcus neoformans*, and, thus, to an essential need to monitor the fungus and develop control activities.

Keywords: Cryptococcosis; *Cryptococcus neoformans*; Birds.

INTRODUÇÃO

A criptococose é uma doença causada por um fungo leveduriforme encapsulado denominado de *Cryptococcus neoformans*. A levedura pode ser isolada no solo, em casca de eucaliptos e nas fezes de vários animais. Ela se reproduz por brotamento e na microscopia eletrônica apresenta um aspecto ovalado e geralmente está rodeada com uma cápsula de natureza polissacarídica, onde seu modo de cultivo o distingue das formas não patogênicas de *Cryptococcus spp.*¹. Essa enfermidade assume um papel relevante na atualidade por ser considerada uma das micoses mais comuns em pacientes imunodeprimidos, particularmente em portadores da síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA ou AIDS)².

Baseado em diferenças fisiológicas, ecológicas e sorológicas, o *Cryptococcus neoformans* esta subdividido em variedade e sorotipo: *C. neoformans var. neoformans* (sorotipo D), *C. neoformans var. grubii* (sorotipo A) e *C. neoformans var. gattii* (sorotipo B e C). O presente estudo irá se ater apenas ao *C. neoformans var. neoformans* (sorotipo D). Essa levedura possui uma peculiar distribuição geográfica das suas variedades, é encontrada elevada incidência em países da Europa e América do Norte, e essa peculiar distribuição é importante para o estudo de seu habitat natural como possível fonte de contágio para indivíduos susceptíveis^{3,4}.

Essa micose é capaz de infectar o homem, alguns mamíferos domésticos, como cães e gatos, mamíferos silvestres como furões e coalas, e algumas aves como pombos e psitacídeos⁵. O presente estudo irá manter o foco em aves selvagens ou exóticas e sinantrópicas, em cativeiros e de vida livre, sendo esses seres vivos muito populares como animais de estimação no Brasil. Essas aves, que vivem próximo a habitações humanas, possuem diversos fatores que facilitam sua proliferação e diversidade, como o fácil encontro de alimento e abrigo. Esses animais ainda são de interesse da saúde pública, pois suas fezes secas muitas vezes podem representar uma fonte de contaminação dos ambientes domésticos e públicos pelo fungo *Cryptococcus spp* ou outros patógenos, tornando-se um fator de risco para a ocorrência de criptococose pelas partículas infectantes passíveis de inalação^{6,7}.

As apresentações clínicas acometidas a indivíduos por essa enfermidade relacionam-se

diretamente ao estado do sistema imunológico do hospedeiro, variando as manifestações que vão de um estado agudo como autolimitação localizada, a um estado grave como falência respiratória. A criptococose pulmonar pode ser assintomática em alguns casos, porém nos indivíduos sintomáticos é constantemente encontrado sintomas como febre, tosse com muco e algumas vezes com sangue, cefaleia, rigidez de nuca e vômitos. Também são encontrados sintomas constitucionais como suores noturnos, emagrecimento e fraqueza, além de outros tipos de queixas como sinais e sintomas respiratórios e alterações visuais^{8,9}.

O tratamento da criptococose dependerá do tecido que está envolvido, do mecanismo de defesa do hospedeiro e dos achados em líquido e em soro. A escolha mais eficaz para o tratamento da doença é a combinação de anfotericina-B e 5-flucitosina. Dentre as drogas mais novas o fluconazol ou Itraconazol são a atual indicação para o tratamento e manutenção por causa de sua ação antifúngica e penetração no Sistema Nervoso Central (SNC)¹⁰. Esse tratamento demora cerca de 6 a 12 meses, fazendo uso diário do fármaco. É imprescindível que o tratamento não seja interrompido, porém, é um fato que ocorre quando indivíduos contaminados apresentam melhora ou por consequência dos efeitos colaterais da droga¹¹.

O objetivo do presente estudo foi analisar na literatura as publicações que informem a incidência de *Cryptococcus neoformans* em aves de cativeiro e de vida livre.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura realizada no período entre setembro e novembro de 2014. Foram utilizados artigos indexados em SciELO, PubMed/Medline e LILACS/Bireme, além do buscador eletrônico Google Acadêmico, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, entre os anos de 1984 e 2011. Utilizou-se também capítulos de livros sobre o tema.

Para as estratégias de busca foram utilizadas as combinações por meio dos seguintes descritores e operador booleano: *Cryptococcus*, *Cryptococcus neoformans*, criptococose, *Cryptococcus* AND pombos, criptococose AND cativeiro,

Cryptococcus aves, criptococose aves AND Cryptococcosis.

Foram selecionados estudos experimentais, observacionais, entre outros. Ao todo foram encontradas 40 publicações, sendo que 12 foram excluídas por não se tratarem especificamente do tema. No total 28 publicações foram utilizadas para compor a revisão, sendo 14,2% capítulos de livros e 85,7% artigos científicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ocorrência da criptococose tem sido descrita em pacientes de todas as idades, contudo, ocorre com mais frequência em adultos jovens e pessoas de meia idade, especialmente do sexo masculino¹². Devido a este cenário tem-se a necessidade de trabalhos acadêmicos voltados para o tema, pois a doença não é só prejudicial aos indivíduos portadores de imunodeficiência¹³, mas também ao restante da população, pois estão sujeitos a exposições tanto em vias públicas como em suas próprias residências.

Releon et al¹⁴ identificaram a prevalência de *Cryptococcus neoformans* em pombos urbanos (*Columba* spp.). As placas de ágar apresentaram colônias lisas, úmidas, brilhantes e de coloração creme a marrom¹⁵. Porém, é comum se apresentar na forma de colônias leitosas e o exame direto feito com fezes em suspensão coradas com tinta nanquim apresenta a levedura em sua forma ovalada, permitindo sua identificação. Os autores¹⁴ observaram também crescimento do fungo nos cinco diferentes ambientes coletados em todas as amostras analisadas, sugerindo que independentemente da localização constatou-se contaminação ambiental, expondo a população local a riscos de adquirir a doença.

Filiú et al¹⁶ realizaram uma pesquisa com aves em cativeiros exóticas e sinantrópicas (*Columbia* spp) fonte de *Cryptococcus neoformans*. Os autores observaram que das amostras coletas 50% apresentaram resultado positivo para o *C. neoformans* sorotipo A, encontrado nas gaiolas de aves exóticas. Entretanto, esse resultado pode ter ocorrido porque o fungo não foi isolado do trato intestinal desses animais, tendo dificuldade para sobreviver devido à competição microbiana¹⁷. Houve uma contagem das unidades formadoras de colônias por grama de material (UFC/g)

de *C. neoformans* realizada nas amostras positivas (Tabela I).

A contaminação encontrada pode estar relacionada à gaiola das aves pela sua má assepsia (utilização das mesmas ferramentas para realizar a limpeza de todas as gaiolas) e pela alimentação rica em sementes de níger, painço, alpiste e girassol, que em ambientes fechados e com grande acúmulo de matéria orgânica criam as condições ideais para seu desenvolvimento¹⁸. Há a necessidade de se ter condições de higiene e limpeza das excretas, aeração, iluminação, e ventilação adequada para manter esses animais em um viveiro de aves.

Tabela I – Ocorrência de *Cryptococcus neoformans* em excretas de aves relacionando o local, espécies, número de aves e densidade de colônias positivas. (UFC/g – Unidade Formadora de colônias por grama de material).

LOCAL	ESPÉCIE	N.	ISOLAMENTO DE <i>C. neoformans</i> UFC/g
Loja 1	Periquito australiano	18	Negativo
Loja 2	Pombo rabo de leque	3	Negativo
Loja 3	Periquito australiano	9	Negativo
	Canário belga	12	Negativo
	Agapornis+colopsita	12+15	7.000
Loja 4	Canário	23	Negativo
	Periquito australiano	27	1.000
	Periquito australiano	27	9.000
Loja 5	Periquito australiano	18	Negativo
Domicílio	Papagaio	1	Negativo
Escola	Colopsita+periquito australiano	2+4	25.000
Pátio	Pardal	2	Negativo
Pátio	Sabiá	2	Negativo
	Periquito australiano	8	Negativo
	Periquito australiano	15	46.200
	Periquito australiano	30	8.100
Loja 6	Pombo burguesinho	6	11.100
	Pombo burguesinho	5	900
	Pombo rabo de leque	2	1.500
	Canário belga + mandarim	3+2	6.600
Total		246	10

FONTE: Filiú et al¹⁶.

Quanto aos animais exóticos e/ou selvagens, Marinho et al¹⁹ realizam uma pesquisa onde foram coletadas e processadas excretas de vários passeriniformes do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA) de São Paulo. Como resultado, obtiveram uma alta incidência de fungos na microbiota

desses animais, apresentado em 100% das amostras ocorrendo o crescimento de mais de um tipo de colônia. Ainda segundo esses autores foi confirmada a presença de *Cryptococcus spp.* em 25% das amostras, apresentando *C. neoformans* e *C. gatti* entre outros microrganismo como *Candida spp.*, *Penicilium spp.*, e *Aspergillus spp.*

Os dados obtidos reforçam a preocupação de mais de uma ordem de pássaros, sendo dispersores desses agentes patogênicos, o que possibilita a transmissão tanto para tratadores quanto para visitantes. Essas zoonoses são assintomáticas, o que torna difícil o diagnóstico e o tratamento adequado, aumentando assim as chances de transmissão e contaminação. Há a necessidade de uma profilaxia e um manejo adequado nos locais aonde possuem aves em cativeiro e nos locais aonde possuem estruturas arquitetônicas servindo como criadouro, a fim de evitar possíveis transmissões de zoonoses²⁰.

Em pesquisa feita por Santos et al²¹, realizou-se a coleta, o exame e o diagnóstico de amostras provenientes do Ambulatório de Animais Selvagens da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e da Clínica de Veterinária Vida Livre. Foram analisadas 29 amostras de aves ao total, sendo que nenhuma das amostras tiveram resultado positivo para *Cryptococcus neoformans*, porém, identificou-se o crescimento de outras leveduras.

Embora o estudo não tenha identificado a presença de *C. neoformans*, um estudo feito por Carfarchia et al²² identificou a presença de *Cryptococcus albidus* e *C. laurentii* isolados da cloaca de patos (*Anas crecca* e *Fulica atra*). Os resultados de Lugarini et al²³ levaram à conclusão de que os sinais apresentados pelas aves não estavam associados à patogenia *C. neoformans*, mas a outras leveduras patogênicas, sugerindo que outras aves podem carregar leveduras de relevância médica.

Staib & Schulz²⁴ foram um dos pioneiros a isolar o *Cryptococcus spp.* Em 1984 isolaram o *C. neoformans* e outros criptococos em solo sujo e contaminado com dejetos de pombos, ninhos, penas e excretas de outras espécies de aves. Mancianti et al²⁵ analisaram amostras de fezes de aves da família de psitacídeos e não obtiveram nenhum registro do *C. neoformans* em nenhuma delas. Todos esses exemplos mostram que existem diversos estudos relacionados ao tema com

muitas espécies de aves e os resultados obtidos não são homogêneos. A seguir estão descritos os resultados das pesquisas utilizadas nesta revisão, de acordo com a área de atividade, local, autor, ano e os resultados (Tabela II).

Tabela II – Resultados das pesquisas utilizadas nesta revisão de literatura.

ÁREA DE ATIVIDADE	ANO	AUTOR	LOCAL	RESULTADO
Porto Alegre (RS)	2004	Reolon et al ¹⁴	Áreas Públicas	100% das amostras com <i>Cryptococcus neoformans</i>
Campo Grande (MS)	2002	Filiú et al ¹⁶	Cativeiro ou viveiro	50% das amostras com <i>C. neoformans</i>
São Paulo (SP)	2010	Marinho et al ¹⁹	Cativeiro ou viveiro	11.1% das amostras com <i>C. neoformans</i>
Curitiba (PR)	2009	Santos et al ²¹	Ambulatório e clínica de animais	Nenhuma amostra apresentou o <i>C. neoformans</i>
Paraná (PR)	2008	Lugarini et al ²³	Cativeiro e vida livre	Não houve crescimento da <i>C. neoformans</i>
Alemanha (DE)	1984	Staib & Schulz ²⁴	Zoológico de Berlim	4 das 142 espécies possuíam a levedura
Itália (IT)	2002	Mancianti et al ²⁵	Cativeiro ou viveiro	49,2% das amostras estavam contaminadas

Os resultados sugerem a existência de fatores independentes da composição das fezes, da temperatura e da condição do trato digestório das aves. Um fator desconhecido deve influenciar decisivamente na presença e persistência da levedura. O *Cryptococcus neoformans* não sobrevive em certos tipos de solo devido à competição microbiana, porém as fezes das aves contêm creatinina que impede o desenvolvimento de diversos microrganismos, mas não desse fungo^{26,27}. A levedura consegue sobreviver e se desenvolver normalmente em seu hospedeiro em temperaturas acima de 30°C²⁸.

CONCLUSÃO

A alta biodiversidade do *Cryptococcus neoformans*, isolado em diversos locais das mais variadas áreas urbanas do Brasil, sugere a possibilidade de indivíduos entrando em contato com múltiplas fontes de contaminação diariamente.

Estudos subsequentes são necessários para monitorar a prevalência do fungo e o desenvolvimento de atividades de controle, não só da fauna sinantrópicas.

O levantamento dos índices de contaminação e dos focos desse tipo de agente infeccioso pode levar as instituições governamentais e não governamentais a estabelecerem um programa preventivo eficiente e uma profilaxia adequada, contribuindo para o controle dessa enfermidade.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Pasqualotto AC, Schwarzbald AV. Doenças Infecciosas: Consulta Rápida. São Paulo: Artmed; 2006.
2. Fernandes OFL, Costa TR, Costa MR, Soares AJ, Pereira AJSC, Silva MRR. *Cryptococcus neoformans* isolados de pacientes com AIDS. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2000; 33:75-78.
3. Casadevall A, Perfect JR. *Cryptococcus neoformans*. Washington: Asm Published, 1998. p. 41-43.
4. Nishikawa MM, Lazera MS, Barbosa GG, Triles L, Balassiano BRB, Macedo RCL, et al. Serotyping of 467 *Cryptococcus neoformans* Isolates from Clinical and Environmental Sources in Brazil: Analysis of Host and Regional Patterns. J Clin Microbiol. 2003; 41:73-7.
5. Lester SJ, Kowalewich NJ, Barlett KH, Krockenberger MB, Fairfax TM, Malik R. Clinicopathologic features of a unusual outbreak of cryptococcosis in dogs, cats, ferrets and bird: 38 cases. J Am Vet Med Assoc 2004; 225: 1716-1722.
6. Queiroz JPAF, Sousa FDN, Lage RA, Izael, MA, Santos AG. Criptococose - Uma revisão bibliográfica. Acta Veterinaria Brasilica 2008; 2(2):32-38.
7. Press, Siever, Grotzinger, Jordan. Para entender a Terra. 4º ed. São Paulo: Bookman; 2006.
8. Consenso em criptococose: Rev. Soc. Bras. Med. 2008; 41 (5): 524-544.
9. Pasa CR. Tipagem molecular e suscetibilidade antifúngica de *Cryptococcus* isolados de pacientes em hospital universitário com investigação domiciliar. [Dissertação de Mestrado]. Campo Grande: Universidade Federal de MatoGrosso do Sul; 2011.
10. Pappalardo MCSM, Melhem MSC. Cryptococcosis: a review of the brazilian experience for the disease. Rev. Inst. Med. trop. 2003; 45(6):299-305.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8. ed. rev. – Brasília; Ministério da Saúde, 2010.
12. Correa MPS, Oliveira EC, Duarte RRBS, Pardal PPO, Oliveira FM. Criptococose em crianças no Estado do Pará, Brasil. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 1999; 32(5):505-508.
13. Diniz R, Silva I, Oliveira M., Ferreira A. Criptococose: revisão sistemática dos casos ocorridos no Brasil entre 1995-2005. Revista de Ciências Médicas e Biológicas 2010; 4(3):236-241.
14. Reolon A, Perez LR, Mezzari A. Prevalência de *Cryptococcus neoformans* nos pombos urbanos da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. J. Bras. Patol. Med. Lab. 2004; 40(5): 293-298.
15. Faria RO, Nascente PS, Meinerz ARM, Cleff MB, Antunes TA, Silveira ES et al. Ocorrência de *Cryptococcus neoformans* em excretas de pombos na cidade de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2010; 43(2):198-200.
16. Filiú WFO, Wanke B, Agüena SM, Vilela V O, Macedo RC, Lazéra M. Cativoiro de aves como fonte de *Cryptococcus neoformans* na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2002; 35(6): 591-595.
17. Kwon-Chung KJ, Bennett JE. Cryptococcosis In: Camilo-Coura L, Febiger (eds) Medical Mycology. Philadelphia, 1992. 397-446p.
18. Bencke GA. Pombos-domésticos: Sugestões para o controle em Escolas Públicas Estaduais de Porto Alegre. Fundação Zoobotânica do Rio Grande do Sul, 2007, 22p.
19. Marinho M, Tápato CV, Silva BG, Tencate LN, Perri SHV. Microbiota fúngica de passeriformes de cativoiro da Região Nordeste do Estado de São Paulo. Rev. Zootec. 2010; 17(2):288-292.
20. Rosario I, Acosta B, Colom F. La paloma y outras aves como reservorio de *Cryptococcus* spp. Rev Iberoam Micol 2008; 25(1):13-18.
21. Santos LL, Ferreira FM, Lopes SF, Condas LA, Muro MD, Lugarini C. Pesquisa de *Cryptococcus neoformans* e *Candida* spp. em excretas de psitacídeos e passeriformes cativos. Arq. Ciên. Vet. Zool. 2009; 12(1):5-9.

22. Carfarchia C, Camarda A, Romito D, Campolo M, Quaglia NC, Tullio D, et al. Occurrence of yeasts in cloacae of migratory birds. *Myeopathologia* 2006; 161: 229-234.
23. Lugarini C, Condas LA.Z, Soresini GCG, Santos RCF, Muro MD, Ono M, Farias MR, Montiani-Ferreira F. Screening of antigenemia and isolation of *Cryptococcus neoformans* and *C. gattii* from cloaca and crop of birds in the state of Paraná, Brazil. *Pesquisa Veterinária Brasileira* 2008; 28(7):341-344.
24. Staib F, Schulz-Dieterich J. *Cryptococcus neoformans* in fecal matter of birds kept in cages - control of *Cryptococcus neoformans* habitats. *Zbl-BaktHyg I AbtOrig B* 1984; 174: 179-186
25. Mancianti F, Nardoni S, Ceccherelli R. Occurrence of yeasts in psittacines droppings from captive birds in Italy. *Mycopathologia* 2002; 153:121-124.
26. Hirsh DC, Biberstein EL. E.L. Yeasts – *Cryptococcus*, *Malassezia* and *Candida*. In: Hirsh DC, MacLachlan NJ, Walker RL. *Veterinary Microbiology*. Oxford: Blackwell Publishing, 2004. p.265-272.
27. King JW. Cryptococcosis. Disponível em: <<http://emedicine.medscape.com/article/215354-overview>>. Acesso em: 02 de Nov. de 2013.
28. Correa JF. Análise proteômica do fungo *Cryptococcus neoformans* em diferentes temperaturas. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/18647/000729787.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 30 de out. 2013.



REVISA

REVISTA DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA SENA AIRES

ISSN 2316-848X

Volume 3 | Número 2 | JUL/DEZ 2014

A importância do papel da enfermagem para a erradicação da tuberculose na população brasileira

The importance of the role of nursing for the eradication of tuberculosis in the Brazilian population

Suzel de Souza Neiva¹, Ana Elizabeth Oliveira de Araújo¹

RESUMO

A tuberculose (TB) é considerada uma das doenças mais relevantes para a saúde pública no Brasil. É transmitida pelas vias aéreas, causada pelo agente etiológico *mycobacterium tuberculosis*. O Brasil está entre os 22 países mais priorizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o controle da TB, pois corresponde a 80% da carga mundial da doença. Tosse com sangue é o principal motivo que leva a procura da assistência médica. Dessa forma, o acompanhamento do paciente com TB na fase do tratamento precisa ser prioritário, enfatizando-se a atenção e fatores culturais, sociais e psicológicos. A falta de informação torna-se cada vez mais a principal causa de abandono do paciente, e este muitas vezes faz o uso errado das medicações. Tal situação pode levar à resistência medicamentosa do microrganismo e dificultar a obtenção da cura. O presente estudo ressaltou a importância da assistência e do acompanhamento da enfermagem na continuidade e evolução do tratamento de pacientes acometidos pela TB, uma vez que as políticas públicas de saúde visam à eliminação da doença em longo prazo. Todos os trabalhos e artigos analisados deixaram claro que a participação do enfermeiro é a peça chave das políticas de saúde para alcançar a cura e uma possível eliminação da doença na população. Assim, sugere-se que ocorra uma educação continuada que envolva um ensino psicopedagógico, treinando o enfermeiro a praticar uma assistência integradora, complementar, motivadora e multidisciplinar, que vise a adotar técnicas e atividades juntamente com os agentes de saúde fazendo a conexão entre o profissional e o paciente.

Palavras-chave: Cuidado; Assistência; Tuberculose; Enfermeiro; Educação continuada.

¹Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Valparaíso – GO.

Correspondência:

Profª Ana Elizabeth Oliveira de Araújo
Telefone: (61) 3257-2492/ 8431-2094.
QNG 44 Casa 37, Taguatinga Norte-
Brasília/DF, CEP: 72.130.440.
Email: embrioana@hotmail.com.

Recebido em: 14/11/2013
Aceito em: 28/09/2014

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is one of the most important concerns in terms of public health in Brazil. It is transmitted through the airways and caused by the etiologic agent *mycobacterium tuberculosis*. Brazil is among the 22 countries prioritized by the World Health Organization (WHO) for TB control and corresponds to 80% of the global burden of the disease. Coughing up blood is the main reason that leads to seeking medical care. Thus, monitoring the patient with TB during treatment needs to become a priority, with an emphasis on cultural, social and psychological factors. The lack of information increasingly becomes a major cause of patient dropout, while patients often make the wrong use of medication. Such situation can lead to drug resistance by the microorganism and hinder the attainment of cure. This study highlighted the importance of care and monitoring of nursing in the continuity and evolution of treatment for patients suffering from TB, considering that the public health policies aim at eliminating the illness in the long term. All analyzed papers and articles make it clear that the participation of the nurse is the key element of the health policies to heal and possibly eliminate the disease in the population. Therefore, the study suggests the need for continuous education involving educational psychology, along with nurse training in integrative, complementary, motivating and multidisciplinary care, aiming at joint techniques and activities alongside health agents, thus making the connection between health professionals and patients.

Keywords: Care; Health; Tuberculosis; Nurse; Continuous education.

INTRODUÇÃO

Atualmente a Tuberculose (TB) é considerada uma das doenças mais graves de saúde pública no Brasil. Doença de causa infecciosa crônica, transmitida de uma pessoa para outra por meio das vias aéreas, causada pelo agente etiológico *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch. Geralmente acomete pessoas com precárias condições socioeconômicas¹.

O Brasil está entre os 22 países mais priorizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o controle da TB, pois corresponde a 80% da carga mundial da doença². Em 2007 foram notificados 72.194 de novos casos, colocando o Brasil em 19º posição relacionados ao número de casos investigados, e na 104ª posição no coeficiente de incidência².

Tosse com presença de sangue é o principal motivo que leva a procura da assistência médica. Pacientes idosos com problemas respiratórios também procuram o serviço de saúde, pois muitos suspeitam da doença³.

As principais formas para o controle da TB pulmonar é a busca ativa e passiva dos pacientes. O objetivo de identificar a TB de forma antecipada ocorre principalmente nos grupos de risco como: comunidades com auto índice da doença, pessoas que têm o contato direto com a TB, portadores do o vírus da imunodeficiência humana (HIV), pessoas que vivem em abrigos ou casas de longa permanência (asilos), detentos e profissionais da saúde⁴.

A busca ativa da TB realiza-se por meio da pesquisa de Bacilos Álcool-Ácido Resistentes (BAAR) no escarro nos casos de sintomáticos respiratórios (SR); e a busca passiva são as ações de atividade de educação sobre a doença, tanto nas unidades de saúde quanto na comunidade (palestras nas unidades de saúde, nas escolas e etc)⁵.

Os primeiros exames para a detecção da TB são a análise de BAAR através do escarro e a radiografia do tórax⁶. A OMS preconiza a coleta de duas a três amostras de escarro para análise do teste em pacientes com mais de 3 semanas de tosse⁷.

A OMS tem o objetivo de controlar a TB adotando através do DOTS (*Directly Observed Therapy, Short-course*) - Tratamento Diretamente

Observado de Curta Duração, formas e estratégias de tratamento padronizados e supervisionados por sete dias durante os primeiros meses do tratamento medicamentoso: controle da entrega dos medicamentos, informações adequadas ao tratamento para os pacientes, busca de sintomas respiratórios por exame laboratorial e o cumprimento das ações políticas⁸.

Dessa forma, o acompanhamento do paciente com TB na fase do tratamento precisa ser prioritária, dando ênfase na atenção e elencando os contextos da saúde – doença, aspectos culturais, sociais e psicológicos⁹.

Na década de 20, durante os anos 1960, o Enfermeiro atuou no Brasil como visitador sanitário nas residências, fazendo a supervisão do tratamento da TB. Após a Constituição Federal 1988, essa estratégia foi incluída no Programa de Saúde da Família (PSF), implantado no ano de 1997¹⁰.

Nas práticas de saúde, o trabalho da Enfermagem perante o paciente acometido consiste em atividades como: cuidados, assistência, administração ou gerência, e pesquisa a cerca da doença. Assim, no PSF o Enfermeiro atua na forma direta na organização das tarefas e no trabalho com o paciente, contribuindo para que o indivíduo venha a dar seguimento e continuidade no seu tratamento¹¹.

O processo no cuidar do paciente com TB foi atribuído nos critérios do Programa de Humanização, com atividades de acolhimento baseadas nas práticas de Saúde Coletiva. Diante disso, é necessário que as visitas realizadas nos domicílios que buscam práticas sanitárias, sejam direcionadas para que as equipes possam elaborar formas de lidarem com o doente, estabelecendo um vínculo afetivo entre profissional e paciente¹². Atividades integrais como acolhimento, vínculo e responsabilidade são consideradas práticas integrativas¹³. Nesse sentido de integração, torna-se necessário que os todos os profissionais de saúde envolvidos tenham conhecimento dos critérios quanto ao uso da medicação¹⁴.

A falta de informação torna-se cada vez mais o principal fator de aumento no índice de abandono do paciente em fase de tratamento. Este muitas vezes faz o uso errado das medicações, geralmente em quantidades inadequadas¹⁵. Essa situação pode levar a resistência medicamentosa.

sa do microrganismo, e dificultar a obtenção da cura¹⁶.

O presente estudo procurou mostrar a importância da assistência e do acompanhamento da enfermagem na continuidade e evolução do tratamento de pacientes acometidos pela TB, uma vez que as políticas públicas de saúde visam a eliminação da doença a longo prazo, incentivando a execução de programas de prevenção e promoção da saúde. Este estudo também reforça a importância da continuidade medicamentosa para obtenção da cura da TB.

MÉTODOS

Este estudo foi construído por meio do levantamento de dados encontrados na literatura já existente, e relato de experiência acadêmica visualizado no campo de estágio. Foram realizadas pesquisas bibliográficas indexadas em SciELO e Lilacs, além de manuais do Ministério da Saúde. Foram utilizados os seguintes descritores para a busca: tuberculose, cuidados de enfermagem, sintomas e tratamento.

Os critérios de inclusão foram artigos publicados entre 2007 a 2013, com os descritores acima especificados. O período da busca foi de janeiro a maio de 2013. Foram excluídos artigos que não atenderam os critérios acima especificados. Após a busca foi realizado fichamento de todos os artigos, de acordo com título, ano de publicação, fonte, gênero, palavras-chave e objetivo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A figura do Enfermeiro no tratamento da TB é de fundamental importância para a continuidade e evolução do tratamento¹⁷. De acordo com as práticas prestadas nas ESF (Estratégias Saúde da Família), os enfermeiros desempenham um importante papel frente ao controle da TB desde a década de 1920, quando atuavam como visitantes de pacientes em tratamento¹¹.

O vínculo afetivo entre equipe e paciente tem um importante papel neste contexto para a recuperação do paciente e a continuidade do tratamento. A integralidade entre as equipes torna – se possível por meio do vínculo entre

as famílias e a comunidade criando laços entre todos os envolvidos no processo¹⁸.

Os cuidados prestados ao paciente no controle da TB no trabalho em equipe, por meio de várias técnicas de cuidados e atendimentos diferenciados, contribuem para uma melhor repartição das tarefas, melhorando as técnicas dos cuidados prestados ao paciente¹⁹.

O doente necessita de intervenções técnicas dos profissionais, mas a falta de atenção (ouvir) ao paciente, muitas vezes desqualifica o trabalho prestado e os objetivos que se deseja alcançar não são atingidos, aumentando o risco de o paciente interromper o tratamento²⁰.

Para que as formas de cuidados com o doente sejam feitas de maneira integral, é preciso que o trabalho utilize estratégias que favoreça o vínculo, o diálogo e as trocas de responsabilidades entre os participantes, considerando que o enfermeiro execute o controle e o cuidado²¹.

Uma das atividades prestadas pelo enfermeiro ao doente na equipe de saúde da família é a identificação dos sinais e sintomas. Também pode-se solicitar a baciloscopia para confirmação do diagnóstico; realizar a consulta de enfermagem; executar o tratamento supervisionado; e realizar a notificação da doença²².

O enfermeiro nos municípios realiza a busca do diagnóstico, notificação e tratamento estabelecendo o vínculo conforme a área de abrangência, de acordo com o número de pessoas residentes em determinada área²⁰. A busca ativa pelos sintomas da doença pode ser tanto no âmbito externo (investigação junto à família e a identificação de suspeita da doença), como no interno (reconhecimento do material, encaminhamento ao laboratório e possível diagnóstico)²².

De acordo com a Portaria número 4.052 de 23 de Dezembro de 1998, do Ministério da Saúde, considerou a TB como Doença de Notificação Compulsória. E ainda indica que o Enfermeiro deve realizar a notificação nas fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Dessa forma, nota-se a importância do papel da Enfermagem para obter a erradicação da tuberculose na população brasileira, tendo em vista que a identificação, tratamento, cura e notificação são atribuições do Enfermeiro da Atenção Primária em Saúde²³.

Em relação à legislação de saúde pública, o Pacto pela Saúde publicado em 2006 pelo Ministério da Saúde, menciona que a meta para atingir a cura de casos novos de tuberculose diagnosticados à cada ano é de 85%. Os objetivos da promoção da saúde é realizar a implementação de uma política da promoção de saúde nas três responsabilidades gestoras; fortalecer a atenção básica assumindo a Estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária; qualificar os profissionais da ESF nos pequenos e grandes centros urbanos; implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Primária nas redes de saúde, por meio de vínculo de trabalho, que favoreçam o aprimoramento dos profissionais de saúde²⁴.

O abandono ao tratamento é uma das principais preocupações dos profissionais de saúde da equipe, uma vez que no Brasil é considerada relativamente alta: chega a 17% em algumas regiões e em São Paulo, por exemplo, já alcançou cerca de 20%²⁵⁻²⁶.

O tratamento da TB é realizado no Sistema Único de Saúde e gerenciado pelas diretrizes do Plano Nacional de Controle da TB (PCNT). O tratamento medicamentoso é fornecido pelo Estado por meio dos Planos Terapêuticos, onde faz a junção de várias drogas²⁷. O tratamento dura no mínimo seis meses, sendo esse motivo, o principal fator do abandono, tornando difícil o alcance da erradicação²⁸. Por isso, torna-se imprescindível o investimento nos Enfermeiros e na assistência realizada.

O tratamento realizado de forma incompleta devido ao abandono pode levar o paciente a um quadro infeccioso, aumentar o contágio da doença e o desenvolvimento multirresistente dos bacilos, ou seja, resistência a Rifampicina²⁹.

O tratamento da TB baseia-se em cinco pilares: formas de tratamento (supervisionados ao menos uma vez por semana durante os primeiros meses); aquisição e distribuição dos medicamentos; elaboração de um sistema de informação para a busca de sintomas respiratórios; e pedidos de exames laboratoriais. Os fatores como vulnerabilidade, consumo exagerado de drogas ilícitas e falta de informação são fatores que levam o paciente a abandonar o tratamento⁸.

As práticas de cuidados estão voltadas aos princípios doutrinários do SUS, adotando a sua

prática da integralidade da assistência destacando um conjunto de ações e serviços no processo de prevenção e curativo individual e coletivo, sendo exigido para cada caso específico em todos os níveis de complexidade¹⁶. Esta prática de controle está voltada para o processo de Coordenação da APS (Atenção Primária de Saúde), que adota as formas de acompanhamento pelo mesmo profissional da saúde no qual realiza o registro em prontuários, reconhecendo vários tipos de caso prevalentes e recentes¹⁸.

Diante deste aspecto são adotadas redes de atenção com objetivo de alcançar a integralidade à saúde, um dos quesitos essenciais para que a atenção seja voltada nas trocas de experiências e saberes³⁰. Considera-se que um paciente se torna desistente do tratamento quando ele deixou de comparecer nas consultas e acompanhamentos nas unidades de saúde por mais de 30 dias³¹.

Os profissionais de saúde elaboraram uma forma de atendimento de adesão e não adesão ao tratamento e excluem as formas de necessidade como um todo ao paciente³². Com isso, essa adesão tende a ser inferior ao esperado se as formas de interação e comunicação ao paciente não forem abordadas³³.

Os cuidados supervisionados diferenciam-se do não supervisionados, pois este tem uma necessidade de observação da dose ingerida do medicamento, onde se torna possível identificar o abandono logo no início da doença, permitindo que sejam tomadas medidas de correção³⁴. Já o não supervisionado consiste somente quando o portador falha ao retirar suas medicações e não comparece nas consultas médicas e também não estar tomando sua medicação conforme a prescrição, o que dificulta as medidas e tomadas de decisões dos profissionais³⁴.

Os dados epidemiológicos demonstraram que pessoas do sexo masculino têm maior desistência ao tratamento do que as do sexo feminino com diferenças estatísticas significativas^{25, 26, 34, 35,36}. A faixa etária está associada entre os grupos de pessoas de 30 a 39 anos de idade³⁷. A TB afeta mais a população sexualmente ativa, portanto pessoas com maior produtividade, e isso acarreta um déficit no crescimento econômico gerando pobreza e exclusão social^{38,39}. O analfabetismo e o baixo nível de escolaridade também estão relacionados com o índice de abandono do tratamento⁴⁰.

Estudos antropológicos e sociológicos têm buscado saber o sentido e o que a doença representa para a sociedade. É de suma importância que ela seja avaliada, pois representa uma doença que possui um forte significado e impacto social⁴¹.

Profissionais experientes afirmam que portadores da doença sofrem não só a cerca da doença, mas também por preconceitos sociais, tendo assim dificuldade de se relacionarem em grupo⁴². Mesmo depois de se estabilizar, a doença apresenta características crônicas, levando o doente a se auto excluir⁴². O trabalho em grupo tem um importante papel para o paciente: ele proporciona o convívio social, fortalece as atividades grupais, oferece qualidade de vida e cidadania⁴³.

O enfermeiro promove a participação, mostra sua participação no envolvimento do grupo fazendo com que todos participantes e interajam entre si⁴⁴.

Todos os trabalhos e artigos analisados para construção desta pesquisa deixam claro que a participação do Enfermeiro com o paciente de TB é a peça chave da política de saúde para alcançar a cura e uma possível eliminação da doença na população. Juntamente com o Programa da Imunização é possível alcançar as metas previstas pelo Ministério da Saúde em longo prazo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Ministério da Saúde deveria promover uma educação continuada para os profissionais que lidam com mais frequência com o paciente TB, pois este é o principal vínculo da saúde com os pacientes. Incentivar os Enfermeiros que acompanham os pacientes pode ser a estratégia que falta para a obtenção da cobertura total e início de um longo caminho para a eliminação da doença na população brasileira.

Sugere-se que essa educação continuada envolva um ensino psicopedagógico, treinando o enfermeiro a praticar uma assistência integradora, complementar, motivadora e multidisciplinar, que visa adotar técnicas e atividades juntamente com os agentes de saúde fazendo a conexão de profissional e paciente.

Por isso, é importante incentivar a equipe de enfermagem, pois sua contribuição é fundamental para a recuperação e continuidade do tratamento do paciente. Além de incentivar a participação da comunidade para orientar o doente e sua família.

O papel do enfermeiro se inicia desde o processo do cuidar até a sua forma de educar, buscando avaliar o paciente como um todo, observando não apenas a doença, mas o paciente em si. Estes cuidados constroem um vínculo afetivo entre paciente e profissional para que ambos possam alcançar os objetivos desejados.

Como o abandono é uma das principais preocupações da equipe, na qual este está relacionado com a falta de informação a cerca do tratamento que muitas vezes não abrange uma supervisão rígida, uma estratégia plausível seria a capacitação destes para promover uma maior integração e comprometimento do paciente com todo o tratamento até a cura e reabilitação.

É importante que o paciente busque formas de terapias ocupacionais para se adequar ao ambiente social. O trabalho realizado pelo enfermeiro também tenta fazer com que o indivíduo se relacione melhor com a sociedade, tenha um pensamento positivo em relação a doença e ao tratamento, fazendo com que este exclua de si mesmo o preconceito.

Grupos que se auto – excluem deveriam ter um acesso à assistência de forma diferenciada, por isso a equidade na saúde é tão importante para evitar o preconceito fazendo com que o indivíduo possa ser acompanhado sem qualquer diferença.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da saúde. Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino – serviço. 5.ed Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT; 2002.
2. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report. Geneva: WHO; 2009.
3. More AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sassaki CM, Ruffino Netto A, Vendramini SHF, et al. Envolvimento de equipe da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):262-7.
4. American Thoracic Society; Centers for Disease Control and Prevention; Infectious Diseases Society of America. American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America: controlling tuberculosis in the United States. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;172(9):1169-227.
5. Bastos LG, Fonseca LS, Mello FC, Ruffino-Netto A, Golub JE, Conde MB. Prevalence of pulmonary tuberculosis among respiratory symptomatic subjects in an out-patient primary health unit. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2007; 11(2):156-60.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Nota Técnica N°66/CGPNI/DEVEP/SVS/MS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Fundação Nacional de Saúde. Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002.
8. Amaral AS, Tamaki EM, Sales CM, Renovato RD. Avaliação da descentralização do programa de controle da tuberculose no nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados – MS. *Saude Soc*. 2010; 19(4):794-802.
9. á LD, Gomes ALC, Nogueira JÁ, Villa TCS, Souza KMJ, Plha PF. Intersectorality and bonding in tuberculosis control in family health. *Rev Latino-am Enferm*. 2011; 19(2):387-95.
10. Tamake LH, Leite MMI. Processo de trabalho do enfermeiro: visão de professores de uma universidade pública. *Acta Paul. Enferm*. 2008;21 (3):481-6.
11. Barreira A. A enfermeira Anna Nery no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose [TSE doutorado]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro;1993.
12. Figueredo TMRM, Villa TC, Scatena LM, Gonzales RIC, Ruffino Neto A, Nogueira JA, et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. *REV Saúde Pública*. 2009; 43(5): 852-31.
13. Gomes MCPA, Pinheiro R. Reception and athachment: integral practices in health care administration in large urban centers. *interface – Comunic. Saúde Edu*. 2005; 17(9):287 – 301.
14. Terra MF, Bertozzi MR. O tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose?. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008; 16(4):659-64.
15. Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo (SP): Hucitec; 2003.
16. Associação Paulista de Medicina. SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo (SP); Atheneu, 2004.
17. Durán M. Dimensiones sociales, políticas y económicas del cuidado de enfermería. En Duran M, Gutierrez E, Pinto N, Sánchez B, Vasquez E, Villarraga L, editores. Dimensiones del cuidado. Medellín: Universidad de Colombia;
18. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, services e tecnologia. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde; 2002.
19. Peduzzi M. Equipe mutiprofissional de saúde: conceito e tipologia *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103-9.
20. Gomes ALC, Sá LD. The concepts of bonding on th relation with tuberculosis control. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(2):365-72.
21. Silvia KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Rev ESC Enfem USP* 2008; 42(1):48-56.
22. Sílvia ACO, Sousa MCM, Nogueira JÁ, Mota MCS. Tratamento supervisionado da tuberculose: poten-

- cialidades e fragilidades do enfermeiro. *Rev Eletr Enferm* 2007; 9:402 -16.
23. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Departamento de atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose. Brasília; 2002. (Caderno de Atenção Básica).
24. <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>
25. Ribeiro SA, Amado VM, Canalier AA, Fernandes MAA, Schehenkman S. Estudo caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose. *J Pneum*. 2000; 26(6):291-6.
26. Paixão LMM, Gontijo ED. Perfil e casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(2):205-13.
27. Ministério da Saúde (BR) Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. Controle da Tuberculose: diretrizes e plano de ação emergencial para os municípios prioritários. Brasília (DF): MS; 1997.
28. Marques M, Cunha EAT, Ruffino Neto A, Andrade SMO. Perfil de Resistência de Mycobacterium Tuberculosis no Estado de Mato Grosso do Sul, 2000-2006. *J Bras Pneumol*. 2010; 36(2):224-31.
29. Centers for Disease Control and prevention. Recommendations for prevention and control of tuberculosis among foreign-born persons, report of the working group on tuberculosis among foreign-born persons. *MMWR*. 1998; 47(16): 1-30.
30. Vilaça EM. As redes de atenção à saúde. 2ª Ed. Brasília(DF): Ministério da Saúde, Organização Pan- Americana da Saúde; 2011.
31. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual técnico para controle da tuberculose. 6ª Ed. Brasília (DF). 2002.
32. Reiners AAO, Azevedo CR, Vieira MA, Gawlinski AL. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de processo ao tratamento de saúde. *Cien Saúde Coletiva*. 2006;13(2):2294-305.
33. Sousa SS, Silva MGV. Passando pela experiência do tratamento para tuberculose. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(4):636-43.
34. Ferreira SMB, Silva AMC, Botelho C. Abandono de tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá (MT) Brasil *J Bras Pneum*. 2005; 31(5):427-35.
35. Ferreira AAA, Queiroz KCS, Torres KP, Ferreira MAF, Accioly H, Alves MSCF. Os fatores associados à tuberculose pulmonar e a baciloscopia: uma contribuição ao diagnóstico nos serviços de saúde pública. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(2):142-9.
36. Lima MBA, Mello DA, Moraes APP, Silva WC. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17(4):877-85.
37. Oliveira HB, Moreira Filho DC. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993-1994. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(5):437-43.
38. Lozano Salazar JL, Plasencia Asorey C, Ramos Arias D, García Díaz R, Mahíquez Machado LO. Factores de riesgo socioeconómicos de la tuberculosis pulmonar en el municipio de Santiago de Cuba. *MEDISAN* 2009; 13(1).
39. Albuquerque MFM, Leitão CCS, Campelo ARL, Souza WV, Salustiano A. Fatores prognósticos para o desfecho do tratamento da tuberculose pulmonar em Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2001; 9(6):368-74.
40. Culqui DR, Grijalva CG, Reategui SR, Cajo JM, Suarez LA. Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso em una región endêmica del Peru. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 18(1):14-20.
41. Sontag S. A doença como metáfora. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Gaal;2002.
42. Bertazzone EC, Gir E. Aspectos gerais da sexualidade dos portadores de tuberculose pulmonar atendidos em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto-SP. *Rev Latino-am Enfermagem* 2000; 8(1):115-22.
43. Alonso IK. O processo educativo em saúde na dimensão grupal. *Texto Contexto Enferm* 199;8(1):122-23.
44. Dias LP, Trentini M, Silva DMGV. Grupos de convivência: uma alternativa instrumental para a prática de enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 1995;4(1):83-92.



REVISA

REVISTA DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA SENA AÍRES

ISSN 2316-848X

Volume 3 | Número 2 | JUL/DEZ 2014

Cuidados de enfermagem a pacientes portadores de depressão na terceira idade

Nursing care to elderly patients with depression

Ivete Sousa Meneses¹; Daniella Ribeiro G. Mendes¹

RESUMO

Introdução: O processo de envelhecimento no Brasil tem sido mais acelerado do que em outros países, resultado da rápida mudança tanto da taxa de fecundidade quanto da expectativa de vida.

Objetivo: O presente artigo tem como objetivo evidenciar os principais fatores que desencadearam a depressão na terceira idade e a melhor forma da enfermagem prestar sua assistência.

Métodos: O estudo se caracteriza como uma pesquisa de revisão literária, tendo utilizado obras indexadas na Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para a seleção das obras publicadas, adotou-se o recorte temporal dos últimos oito anos, ou seja, de 2006 a 2013. Foram utilizados para busca de artigos os descritores: idoso, depressão e enfermagem.

Resultados: O estudo mostrou que a depressão na terceira idade merece bastante atenção, muito embora todo ser humano a mereça em qualquer fase de sua vida. Sintomas depressivos são altamente prevalentes nas fases tardias de vida.

Conclusão: Conclui-se que diferentes grupos etários são inconsistentes no que se refere à faixa etária que apresenta a taxa de pico e em relação à própria frequência da depressão.

Palavras-chave: Enfermagem; Depressão; Idosos.

¹Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Valparaíso-GO.

Correspondência:
Ivete Sousa Meneses. Qd. 16. CS 12.
CEP 72.870-000,
Valparaíso de Goiás-GO.
E-mail: ivetesousa1272@gmail.
com. Telefone: (61)3629-2956 e
(61)8497-3144.

ABSTRACT

Introduction: The aging process in Brazil has been faster than in other countries, as a result of rapid change both in the fertility rate and life expectancy.

Objective: This article seeks to highlight the main factors that have triggered depression among the elderly and the best way to provide nursing assistance.

Methods: The study is characterized as a literature review. It has accessed works indexed in the Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS) database. The eight years from 2006 to 2013 were researched by the following article descriptors: elderly, depression and nursing.

Results: The study showed that depression among the elderly deserves close attention, even though every human being also deserves it at any stage of life. Depressive symptoms are highly prevalent in the later stages of life.

Conclusion: We conclude that different age groups are inconsistent in regard to the age group that presents the peak rate and in relation to the actual depression rate.

Keywords: Nursing; Depression; Elderly.

INTRODUÇÃO

A população idosa brasileira tem aumentado consideravelmente e representa atualmente cerca de 10% da população total. O processo de envelhecimento no Brasil tem sido mais acelerado do que em outros países, resultado da rápida mudança tanto da taxa de fecundidade quanto da expectativa de vida¹.

Alterações do envelhecimento natural - senescência podem ser encaradas com maior flexibilidade por meio de um estilo de vida mais ativo. Já a idade biológica depende de fatores sociais, patológicos, educacionais e comportamentais².

O processo de envelhecimento, atualmente, é amplamente discutido na ciência devido à descoberta de situações tidas como envelhecimento normal, tendo até mesmo indicação preventiva e de tratamento³⁻⁶.

O marco que distingue a senescência ou senectude para uns não é o mesmo para outros e o padrão de autonomia e independência é bastante variável. Cabe à gerontologia um diagnóstico multiprofissional; abordando problemas psicossociais, funcionais e patológicos da pessoa na terceira idade. Portanto, a estratégia de planejar em equipe, percebendo aspectos curativos, preventivos e de reabilitação do cliente idoso torna-se fundamental⁷⁻¹².

O sedentarismo após a aposentadoria leva a ociosidade, diminuição da capacidade de aptidão física e comprometimento da qualidade de vida. A aposentadoria gera uma sensação de menor valia social, aliada às limitações funcionais comumente apresentadas pelos idosos¹³.

Essa etapa da vida traz um grande impacto ao indivíduo, não só pelas transformações características desta fase, mas também pelas alterações que ocorrem nas estruturas físicas, na cognição e nas relações sociais¹.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera idoso nos países em desenvolvimento a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos e nos países desenvolvidos, com idade igual ou superior a 65 anos. Mesmo que alguns se sintam bem jovens nessa idade e outros iniciem as sensações de desgaste bem antes. De fato a 3ª idade não é, ou não deveria ser, sinônimo de de-

caída, derrocada. Trata-se apenas de um estágio de vida; e existe cada vez mais gente vivenciando nessa faixa etária.²

As limitações são visíveis e os desgastes típicos da idade nem sempre necessitam estar presentes, como as doenças crônicas degenerativas (Hipertensão, Diabetes, Doenças cardiovasculares, disfunções urinárias, problemas respiratórios, mal de Alzheimer, Parkinson, demências, depressão e outros). Então na verdade, o maior desafio está em conservar a autonomia e a saúde, apesar do tempo demonstrar o ritmo do corpo. E uma doença que acarreta muita falta de autonomia e saúde é a depressão associada ou não a doenças físicas.³

A depressão é um dos eventos psíquicos mais comuns entre idosos e apresenta peculiaridades que a tornam qualitativamente diferente da depressão nos adultos jovens. Os fatores genéticos são menos representativos e os fatores comuns neste grupo se tornam mais proeminentes; como situações negativas de vida, problemas sociais, presença de doenças físicas e incapacidades parece ser o risco de desenvolvimento da doença. Os problemas cognitivos, e a associação com outras desordens clínicas e neuropsiquiátricas são comuns entre idosos com depressão. O curso clínico é desfavorável com episódios mais frequentes por tempo de vida, acarretando maior grau de comprometimento funcional. O uso da terapêutica farmacológica é menos eficiente do que nos jovens.⁴

A abordagem dos cuidados de enfermagem divide-se em: avaliação do idoso (aplicação das escalas), exame físico e plano de assistência de enfermagem. Quanto ao exame físico devemos notar sobretudo cuidados com o ambiente, banho de sol, uso de hidratantes, filtro solar, sabonete neutro ou glicerinado, uso de sapatos confortáveis, meias, unhas curtas e lixadas, uso de agasalhos de acordo com a temperatura ambiente, atividade física equilibrada, alimentação regular sem interromper horário, aumento da ingesta hídrica, caminhadas diárias, se acamados exercícios respiratórios 2x ao dia, imunização, evitar uso de tapetes e cera no chão, orientar o uso de órteses se necessário, cuidados com prótese dentária, evitar ao máximo uso de fraldas e sondas, orientar visita regular ao urologista e ginecologista, manter a luminosidade do ambiente inclusive a noite, estimular as atividades diárias e alertar para mudanças bruscas de comporta-

mento. A enfermagem deve estar capacitada a exercer ações de cuidado ao idoso com mais sensibilidade e responsabilidade¹¹.

As atribuições do enfermeiro nesta empreitada, são: realizar atenção integral às pessoas idosas, realizar assistência domiciliar; quando necessário; realizar consulta de enfermagem, incluindo solicitação de exames e prescrição de medicamentos conforme protocolos previamente estabelecidos; supervisionar e coordenar o trabalho das equipes de enfermagem; realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar; orientar ao idoso e seus familiares sobre uso correto dos seus medicamentos^{1,15}.

Os idosos depressivos devem ser tratados de forma humanizada com olhar holístico para que possam diminuir fatores que levem a complicações ou até mesmo a morte; pois se trata de um paciente que além da dor física que traz as limitações em conjunto com os neurotransmissores, tem o aspecto emocional na qual deve ser trabalhado pelo enfermeiro e equipe multidisciplinar com o paciente e seus familiares.⁷

Diante desta realidade, a relevância deste estudo está relacionada a carência de publicações sobre o assunto e da possibilidade de oferecer subsídios, para que os profissionais da enfermagem cuidem deste pacientes de forma a contribuir para a promoção de uma reabilitação social do indivíduo. O objetivo deste estudo foi analisar a abordagem e cuidados de enfermagem recomendados aos pacientes com depressão na terceira idade.

MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de revisão literária. Utilizou-se para esta revisão obras indexadas na base de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para seleção das obras publicadas tomou-se um recorte temporal, dos últimos oito anos, ou seja, 2006 a 2013. Foram utilizadas para busca de artigos os descritores: idoso, depressão, enfermagem; Foram selecionados 17 artigos.

A apresentação dos resultados e discussão foram feitos de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão de literatura elaborada, de forma a atingir o objetivo

deste estudo, ou seja, abordar sobre os cuidados de enfermagem ao paciente idoso portador de depressão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerações acerca do envelhecimento

O processo do envelhecimento não é igual para todas as pessoas, sofrendo variações e influências; culturais, sociais, racismo, etnia, grau de escolaridade, posição social, até mesmo status familiar. Apesar de ser uma progressão biológica natural, existem dois termos: senescência-diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos e senilidade-que é quando o ser humano em condições de sobrecarga, como: doenças, acidentes e estresse emocional; geram na terceira idade um maior desgaste das funções fisiológicas¹.

É certo que alterações do envelhecimento natural-senescência podem ser encarados com maior flexibilidade pelos candidatos, através de um estilo de vida mais ativo. A fase que marca o fim da idade adulta e o idoso é de 65 anos para nosso país. Já a idade biológica depende de fatores sociais, patológicos, educacionais e comportamentais².

O marco que distingue a senescência ou senectude para uns não é o mesmo para outros e o padrão de autonomia e independência é bastante variável; cabendo a avaliação gerontologia ser um diagnóstico multiprofissional; abordando problemas psicossociais, funcionais e patológicos da pessoa na terceira idade. Portanto, é necessário a estratégia de planejar em equipe, percebendo aspectos curativos, preventivos e de reabilitação do cliente idoso⁶.

O sedentarismo após a aposentadoria leva a ociosidade, diminuição da capacidade de aptidão física e comprometimento da qualidade de vida. A aposentadoria gera uma sensação de menor valia social, especialmente quando comparado ao jovem no mercado de trabalho, somados as limitações funcionais parcialmente apresentadas nos idosos. Levando então, a uma outra discussão social, que é o preparo ou o des-preparo que a cultura tem em relação a morte¹³.

Depressão na terceira idade

A depressão é caracterizada por meio de sinais, que é o que pode ser visto, e por meio de sintomas o que é sentido pela pessoa^{1,2}. Destacam-se diferentes tipos de depressão mais presentes nos idosos, como: depressão-atípica ganho de peso e letargia extrema; depressão psicótica-associada a paranoia, delírios congruentes com o humor, alucinações auditivas e visuais. Depressão somatização-conhecida como depressão mascarada, caracteriza-se por queixas de dor não justificada fisicamente, plenitude, perda da libido, anorexia, insônia, distímia ou depressão menor, transtorno afetivo bipolar e transtorno depressivo causado por outras doenças, transtorno depressivo induzido por substâncias².

Enquanto evento psiquiátrico, a depressão é algo muito mais sério do que um simples desânimo; é uma doença que exige tratamento. A depressão na população idosa é muito frequente mas pouco diagnosticada. O profissional que dá primeiro atendimento ao idoso deve ficar alerta, informado para poder diagnosticar pequenos, porém significativos sinais que denunciem o início da depressão¹⁶.

A depressão está entre as principais doenças mentais que atingem os indivíduos senis. Quase sempre a depressão no idoso está por trás de outras doenças próprias da idade, como mal de Parkinson, diabetes, Alzheimer ou uso de medicamentos anti-hipertensivos, entre outros¹.

A depressão é recorrente, e pessoas que já apresentaram quadro depressivo no passado tem 50% de chances de repeti-lo. Se já ocorreram dois episódios depressivos, a probabilidade de recidiva chega a 90%, e se o número de episódios tiver sido três, a chance de se repetir novamente, ultrapassa os 90%^{2,5}.

Existe uma visão negativista de que é o envelhecimento, que pode atrapalhar a adaptação social e o bem estar da sociedade em relação à terceira idade. O idoso que se sente confuso, incapaz para continuar a desenvolver suas atividades cotidianas e com grande nível de ansiedade em vem a acarretar uma condição depressiva^{1,2,6}.

O indivíduo depressivo perde o interesse por atividades que antes costumava desenvolver com prazer, sendo tomado por um constante senti-

mento de tristeza. As coisas boas que realizam lhe parecem mais preceptorias⁶.

É de extrema importância que o idoso se envolva em algum tipo de atividade artística, como teatro, pintura ou música, assim com terapias de grupo e ginástica na prevenção e no combate a depressão, enfim, são várias as formas de ajudar o idoso na compreensão da senescência⁶.

A depressão pode ser desencadeada por fatores psicológicos, orgânicos e sociais. A intensidade dos conflitos psíquicos e a durabilidade destes é o que determina a real gravidade da depressão².

Os fatores sociais é um deles e neste é desencadeada devido a situações traumáticas que o idoso vivencia, como a morte de um ente querido, a síndrome do ninho vazio ou a falta de convívio social por exemplo¹.

Já os fatores orgânicos, são causados por uso de alguns medicamentos, ou ainda devido a alterações hormonais. A presença de doenças crônicas também levam o idoso a ficar depressivo. O idoso demonstra apatia, lentidão ou agitação motora⁶.

Os fatores psicológicos são evidenciados pelo choro persistente, negativismo, desesperança, aqui o indivíduo perde a vontade de fazer o que mais gosta².

Cuidados de Enfermagem

O processo de reabilitação do idoso visa o autocuidado e neste contexto à assistência de enfermagem está centrada na educação para a saúde; de forma que o paciente possa conhecer o processo de envelhecimento a fim de gerar estratégias para o retorno da capacidade funcional. Nesse processo, a ação conjunta de familiares e equipe multiprofissional será de fundamental importância, para que ocorra uma interação eficaz no tratamento e cuidados de saúde oferecidos; fazendo com que o paciente tenha aderência ao cuidados e toda a assistência no seu tratamento¹⁰.

A avaliação da depressão no idoso depende de um exame físico (céfalo-podálico) detalhado, visando cada etapa de forma criteriosa. Avaliação neurológico, avaliação psiquiátrica associada à escala geriátrica de depressão^{17,18}.

A capacidade funcional do idoso é o primeiro indicador de qualidade de vida, visto que o autocuidado diário permite que a enfermagem possa traçar parâmetros que reconheçam o grau de alterações fisiológicas que a doença está causando. Desta forma, poderá se planejar as ações de intervenção na área de enfermagem⁷.

Independentemente da idade que começa a demência, a atuação da enfermagem deve ser a de estimular o autocuidado, o cuidado que cada idoso apresenta é diferente, dependendo do seu estágio de comprometimento neural, distinguindo o modo de assistência prestada pelo enfermeiro. O trabalho é abordando em conjunto, com a família e toda a equipe multidisciplinar^{8,9}.

Nesse contexto, a enfermagem deve estar apta para desenvolver atitudes efetivas e importantes de atenção à saúde do idoso, entre elas aceitar suas limitações sem julgá-lo e estabelecer um relacionamento seguro, amável e humanizado, baseado na confiança, no respeito mútuo e na empatia⁷.

Assim, quando o paciente vitimado procurar o serviço de enfermagem deverá ser acolhido, considerando a faixa etária epidemiológica de risco para a doença; realizando todo o processo de enfermagem, histórico e entrevista, e o teste específico para o idoso, Instrumento Mini-Mental⁸.

O profissional de enfermagem deve motivar a mudança de comportamento e hábito para atitudes de vida saudável, propondo como meta a aderência ao esquema terapêutico do seu cliente. É necessário avaliar o nível de funcionamento fisiológico e psicológico, a capacidade do paciente quanto à percepção de sua doença, as barreiras, os recursos de que dispõe e as reações e variáveis que dificultam a adoção de comportamentos específicos e hábitos saudáveis⁶.

Pode-se afirmar que, os profissionais de enfermagem necessitam de maior capacitação em todos os níveis que cuidam de pessoas idosas e com a depressão, necessitando de uma postura reflexiva na busca de novos conhecimentos e estudos sobre a doença⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se com este estudo que, cuidar de uma pessoa portadora de depressão pode ser difícil em alguns momentos, demanda principalmente amor, solidariedade e tudo que estas duas palavras englobam: paciência, dedicação e, sobretudo, o apoio que são componentes essenciais do tratamento.

Observa-se que ainda há pouco entendimento sobre o assunto, por tanto é necessário que haja um maior esclarecimento sobre a doença em questão, por meio de educação continuada em serviço, discussão de casos, incentivos à participação em eventos sobre a temática e busca por especialização profissional, para que a assistência de enfermagem seja otimizada, criando espaços de promoção da saúde para pacientes e famílias que convivem com essa doença.

A análise da literatura nos conduz a reconhecer a importância da atuação do enfermeiro ao paciente portador de depressão, pois é primordial que o idoso receba informações sobre sua doença. Concluindo-se que o cuidado, destinado a essa clientela vai mais além que o cuidado de si próprio, pois engloba não só a equipe multidisciplinar de saúde, como todos aqueles que estão envolvidos no seu cotidiano.

Devido às limitações que cercam esses pacientes, o papel do enfermeiro é procurar transmitir de forma clara e coesa essas informações, sabendo que existe uma imensa dificuldade de alguns pacientes absorver tamanho conhecimento, que tende a mudar o seu estilo de vida e das pessoas do seu convívio.

Devido esse conhecimento vem a grande importância da implementação de programas educativos e de grupos, que sejam constantes para redução de complicações; assim melhorando a qualidade de vida das pessoas.

O enfermeiro deve conhecer a existência de protocolos que orientam sobre os cuidados que deve implementar aos pacientes na terceira idade os quais desenvolveram algum problema que tem conjectura nesta faixa etária. Deve-se associar todos os conhecimentos adquiridos com as necessidades particulares de cada um, visando no atendimento humanizado de qualidade, conquistando parceria do paciente, cuidadores e familiares junto a equipe de saúde.

Portanto, por mais jovens que possamos ser, todos iremos passar por transformações, conflitos pessoais e mentais na terceira idade, principalmente devido as condições cognitivas e físicas que irão diminuindo paulatinamente com a idade. Ter esta visão enquanto enfermeiros é primordial e necessário sobretudo pelos aspectos populacionais de transição que estamos vivenciando cada vez mais. Além do que o profissional deve aliar práticas cada vez mais sensíveis a uma melhor formação acadêmica e humana.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Cadernos de Atenção Básica n. 19. Brasília-DF, 2006.
2. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Manual de Atenção à Saúde do Idoso. Brasília, DF, 2006.
3. IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da População do Brasil, por sexo e idade para o período/ 1980-2050 –Revisão 2008.
4. Grasel et al. Prevalência de depressão em idosos participantes de grupos de terceira idade de uma cidade do meio- oeste catarinense. Unoesc & Ciência-ACBS, Joaçaba 2012; 3(2):155-164.
5. Machado JC. Doença de Alzheimer. In: Freitas EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 261–279.
6. Caldas CP. O autocuidado na velhice. In: Freitas EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
7. Diogo MJ; Duarte YAO. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica do Idoso. – Brasília, 2010.44p.: il.
9. Silva E R; Sousa A R P; Ferreira, L B P, Maia H. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP 2012; 46(6):1387-1393.
10. Valcarenghi RV et al. Alterações na funcionalidade/ cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. Acta paul. Enferm. 2011; 24(6):828-833.
11. Carreira L et al. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. Rev. Enferm. UERJ 2011; 19(2):268-273.

12. Monteiro CR; Faro ACM. Avaliação funcional de idoso vítima de fraturas na hospitalização e no domicílio. Rev. esc. enferm. USP 2010; 44(3):719-724.
13. Souza LM et al. (Tese) -Trabalho Voluntário, Saúde e Qualidade de vida em idosos.Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
14. Fernandes MGM et al. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. Rev. rene 2010; 11(1):19-27.
15. Nascimento AB et al. A relação entre polifármacia, complicações crônicas e depressão em portadores de Diabetes Mellitus tipo 2. Rev. esc. Enferm. USP 2010; 44(1):40-46.
16. Paula JC, Cintra FA. A relevância do exame físico do idoso para assistência de enfermagem hospitalar. Rev. Acta Paul Enferm. 2005;18(3):301-6.
17. Duthie EH; Katz PR. Getria Práticas, livraria e editora REVINTER Ltda, 3º edição RJ – Rio de Janeiro, 2002.
18. Freitas EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Editora Guanabara Koogan Ltda, 2ª Edição. RJ-Rio de Janeiro, 2006.



REVISA

REVISTA DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA SENA AÍRES

ISSN 2316-848X

Volume 3 | Número 2 | JUL/DEZ 2014

Adolescentes e jovens e a contracepção de emergência: Revisão integrativa da literatura

Adolescents, young adults and emergency contraception: An integrative review

Kamila Campos Lima Valverde¹, Annelissa Andrade Virgínio de Oliveira¹

RESUMO

A anticoncepção de emergência (AE) é um tema importante, especialmente na adolescência e juventude. A AE é um método hormonal que evita a gravidez depois de uma relação sexual desprotegida, ou quando ocorrer a falha de qualquer outro método anticoncepcional, ou então em caso de violência sexual. O objetivo deste estudo foi identificar o conhecimento científico produzido entre agosto de 2013 e outubro de 2013 sobre o uso da contracepção de emergência por adolescentes e jovens. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa no qual se optou pelo método da revisão integrativa para alcançar o objetivo proposto. Quanto aos elementos associados ao uso da AE entre adolescentes e jovens, identificaram-se: falhas nos métodos utilizados, esquecimento ou não do uso de algum outro método, insegurança quanto ao método utilizado, falta de conhecimento sobre o efeito no organismo, medo da gravidez, cultura do adolescente e jovem e influência das amizades. Espera-se que os resultados deste estudo sirvam de fonte para o conhecimento, visando a evidenciar a percepção de adolescentes e jovens que utilizam a AE. Somente conhecendo as peculiaridades inerentes a esse público é que será possível organizar o sistema de saúde e formular e/ou implementar políticas públicas de saúde no tema.

Palavras-chave: Contracepção; Abstinência sexual; Comportamento sexual; Sexualidade; Anticoncepção de emergência.

¹Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Valparaíso- GO.

Correspondência

Prof^a Annelissa Andrade Virgínio de Oliveira. Telefone: (61) 3627-4200. Rua Acre, Quadra 02, Lotes 17/18, Setor de Chácaras Anhanguera, Valparaíso de Goiás. Email: annelissa.andrade@gmail.com.

Recebido em: 16/11/2013.
Aceito em: 08/10/2014.

ABSTRACT

Emergency contraception (EC) is an important issue, especially during adolescence. EC consists in a hormonal method that avoids pregnancy after an unprotected sexual relation, in the case of failure of other contraceptive method, or in case of sexual violence. This study sought to identify the scientific knowledge produced from August to October 2013 on the recourse to EC by adolescents and young adults. It employs a qualitative approach in which an integrated review method was chosen, in order to attain its proposed aim. Regarding the elements associated with the recourse to EC among young adults and adolescents, the following elements were identified: failure in the used methods, neglect, forgetfulness or not in relation to other methods, uncertainty in relation to the used method, lack of knowledge about its effects, fear of pregnancy, culture and peer influence. It is expected that the results of this study can become a source of knowledge as a means of evincing the perceptions of teenagers and young adults who resort to EC. Only by understanding the intrinsic peculiarities of this group will it be possible to organize the health system and create and/or implement public health policies in this field.

Keywords: Contraception; Sexual abstinence; Sexual behavior; Sexuality; Emergency contraception.

INTRODUÇÃO

A anticoncepção de emergência (AE) é um tema importante, especialmente na adolescência e juventude, pois, reconhecidas como períodos críticos da existência humana, estas fases da vida apresentam-se, frequentemente, vinculadas à vulnerabilidade e ao risco inerentes às mudanças e transformações que a caracterizam¹.

A maioria dos métodos anticonceptivos atua de forma a prevenir a gravidez antes ou durante a relação sexual. A AE é um método hormonal que evita a gravidez depois de uma relação sexual desprotegida, ou quando ocorrer a falha de qualquer outro método anticoncepcional e violência sexual². O método, também conhecido por “pílula do dia seguinte”, atua por meio da inibição ou retardo da ovulação, alterando o transporte dos espermatozoides e do ovócito, modificando o muco cervical e interferindo na capacitação espermática^{2,3,4}. Sua ação se faz antes da fecundação, evitando assim a gravidez³. A AE contém uma carga hormonal de 6 a 20 vezes maior que em 10 comprimidos de contracepção comum, ou seja, um comprimido da AE equivale a 10 comprimidos de anticoncepcional regular⁵.

Os comprimidos liberam hormônios sintéticos na corrente sanguínea, diminuindo no organismo o nível do Hormônio Folículo Estimulante (FSH), que é responsável, entre outras coisas, pelos movimentos da trompa que liberam o ovócito e os empurram em direção ao útero. Para garantir a ação esperada, a pílula age também na mucosa que reveste o útero. Os hormônios provocam uma descamação nessa mucosa, o que impede que o óvulo depois de fecundado se fixe nas paredes do útero⁶.

A pílula é composta pelo hormônio levonogestrel, um tipo de progesterona sintética e existem duas apresentações: 0,75 e 1,5 mg. A pílula deve ser tomada no máximo até 72 horas (3 dias) após a relação sexual. Quanto maior a demora, menor a eficácia^{7,8}.

Os efeitos mais frequentes da AE são a alteração do ciclo menstrual e do tempo de ovulação, ficando impossível calcular o período fértil e o dia da menstruação. Além de dor de cabeça, sensibilidade nos seios, náuseas, vômitos e alteração do humor, no caso de vômito ou diarreia nas duas primeiras horas após a ingestão, a dose deve ser repetida⁸.

A sexualidade presente em toda a trajetória de vida do ser humano se manifesta com mais intensidade na adolescência e juventude, o que causa uma preocupação maior ainda, pois essa descoberta se dá pela prática sexual às vezes desprotegida e há ainda a falta de comunicação com a família, muitas vezes pela presença de tabus e medo de repreensão pela perda da virgindade^{11,12}.

Segundo a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura¹³, 33% dos jovens brasileiros entre 12 e 17 anos já iniciaram a vida sexual¹⁴. O Governo Federal já prevê a antecipação da Educação Sexual. Para o Ministério da Saúde, o público-alvo deixou de ser jovens de 13 aos 24 anos, devendo priorizar a faixa etária de 10 a 15 anos¹⁵⁻¹⁸.

Outro aspecto importante refere-se às influências que os pares exercem no comportamento sexual dos adolescentes e jovens, pois tais influências fazem com que as adolescentes e jovens sintam-se pressionadas pelos amigos a iniciar a vida sexual¹⁵⁻¹⁷.

A sexualidade é, portanto, elemento significativo na formação da identidade da adolescente e jovem, manifestada por múltiplas identificações, como da imagem corporal, da descoberta do outro como objeto de amor ou desejo e da descoberta de si e das relações com os familiares¹⁹.

Considerando esse fato, bem como a importância de se produzir novas reflexões que auxiliem o conhecimento sobre AE em diferentes dimensões, delimitou-se para este estudo a seguinte questão norteadora: Qual o conhecimento produzido sobre a anticoncepção de emergência na adolescência e juventude? Para responder tal questão, este estudo teve como objetivo identificar a partir de uma revisão integrativa da literatura, o conhecimento científico produzido entre agosto de 2013 a outubro de 2013 sobre o uso da contracepção de emergência por adolescentes e jovens.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa em que se optou pelo método da revisão integrativa para alcance do objetivo proposto. Este possibilita a síntese do estado da arte do conhe-

cimento de um determinado assunto, apontando lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização dos novos estudos como suporte à tomada de decisão e à melhoria da prática clínica, além de permitir a realização de uma síntese de múltiplos estudos publicados, viabilizando conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo^{20, 21}.

Uma revisão integrativa exige os mesmos padrões de rigor, clareza e replicação utilizada nos estudos primários²². Considerando isso, na operacionalização dessa revisão, foram percorridas as seguintes etapas: delimitação da questão de pesquisa (já apresentada); estabelecimento dos critérios de inclusão/exclusão para seleção dos estudos a serem analisados; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; análise dos dados; interpretação dos resultados e apresentação da síntese da revisão^{23,24}.

O levantamento bibliográfico foi realizado pela internet, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados LILACS (Literatura Latino- Americana em Ciência de Saúde), SciELO (Scientific Eletronic Library Online). Para levantamento dos artigos, utilizou-se o descritor: “contracepção”, combinado com os termos “abstinência sexual”, “comportamento sexual”, “sexualidade” e “anticoncepção pós-coito”, utilizados para refinamento da amostra.

Os critérios utilizados para a seleção da amostra foram: artigos que abordassem a temática em questão, escritos na língua portuguesa, publicados entre os anos de 2003 e 2012, em períodos indexados nas bases de dados LILACS e SciELO, que tinham o texto completo disponibilizado online.

Considerando esses artigos, foram identificados 26 artigos nas bases de dados LILACS e SciELO. Vale ressaltar que, após a leitura aprofundada desses artigos, foram excluídos 5 deles, por não atenderem aos critérios de inclusão. Dessa forma, a amostra final foi composta por 21 trabalhos científicos.

Para obtenção das informações que respondiam a questão norteadora da pesquisa elaborou-se um formulário que contemplava a identificação do artigo e dos autores, fonte de localiza-

ção, cenário geográfico em que foi desenvolvido, objetivo, delimitando e característica do estudo, resultados, conclusões.

Para análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva seguida da interpretação dos achados, fundamentada na literatura pertinente.

RESULTADOS

Na análise aqui realizada, foram verificados os resultados apresentados nos tópicos que se seguem, os quais compreendem as características dos estudos, assim como os dados relacionados com a AE, os adolescentes e jovens contemplados nos artigos analisados.

Na tabela I, observou-se a análise estatística da distribuição dos periódicos aqui mencionados.

Tabela I - Distribuição dos artigos focalizados em adolescentes e jovens e a contracepção de emergência, publicados entre 2003 e 2012, conforme periódicos, indicados na metodologia.

Periódico	N	(%)
Caderno de Saúde Pública	4	(23%)
Ciência & Saúde Coletiva	3	(17%)
Revista Paulista de Pediatria	1	(6%)
Revista Estudos Feministas	1	(6%)
Revista de Escola de Enfermagem da USP	1	(6%)
Revista da Associação Médica	1	(6%)
Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	1	(6%)
Revista de Saúde Pública	1	(6%)
Acta paulista de Enfermagem	1	(6%)
Escola Anna Nery	1	(6%)
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria	1	(6%)
Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano	1	(6%)

Fonte: Dados da pesquisa. 2013.

Quanto aos periódicos que mais publicaram sobre o assunto, obteve destaque o Caderno de Saúde Pública (35%). No concernente ao período de publicação, os anos com maior número de publicações foram 2007 e 2009 (19%), 2008 e 2010 (13%), 2006 e 2011 (12%), 2003 e 2012 (6%). Não foram verificados artigos publicados nos anos de 2004 e 2005.

A maioria dos estudos foi desenvolvida nas regiões Sudeste e Nordeste (33%), seguidas das

regiões Norte e Sul (17%). Com relação ao tipo de estudo utilizado pelos pesquisadores para abordar a temática, 10 estudos eram transversais; os demais tipos de estudo, estão descritos na tabela 2.

Tabela II- Distribuição dos artigos focalizados Anticoncepção de Emergência, conforme periódicos, indicados no método.

Tipo de Estudo	N	(%)
Estudo Transversal	10	(48%)
Não Informado	4	(19%)
Estudo Observacional	3	(14%)
Estudo Quantitativo	2	(10%)
Revisão sistemática da Literatura	2	(9%)

Fonte: Dados da pesquisa. 2013.

Quanto aos elementos associados ao uso da AE entre adolescentes e jovens citados nos trabalhos analisados descritos na tabela I e II, destacam-se: falhas no método utilizado (a exemplo da ruptura do preservativo), esquecimento ou não uso de algum outro método, insegurança quanto ao método utilizado (uso de contracepção regular e preservativo), falta de conhecimento sobre o efeito no organismo, medo da gravidez, cultura do adolescente e jovem e influência das amizades²⁵.

Quanto ao perfil de adolescentes e jovens que fazem uso da AE, a maioria é de classe média, cursando o ensino médio e alunas de faculdade, todas com conhecimento da contracepção.

DISCUSSÃO

Dentro do intervalo de tempo delimitado para a amostra, observou-se um aumento progressivo no número de publicações entre os anos de 2007 a 2008. Contudo, cabe destacar a regularidade das publicações sobre o tema, uma vez que apenas em 2 dos anos pesquisados não foram identificadas publicações.

No âmbito social, verificou-se que a falta de conhecimento influencia negativamente o comportamento sexual seguro, sendo, então, a educação e a prevenção na saúde imprescindíveis para o desenvolvimento psicossocial dos adolescentes e jovens, devendo haver mais palestras educativas sobre sexualidade e contracepção, incentivando que haja uma maior procura nas Unidade Básica de Saúde e Estratégia Saúde da

Família para uma melhor promoção e prevenção da saúde dos adolescentes e jovens²⁶.

Nos últimos 20 anos os jovens passaram a ter acesso às mais diversas fontes de informações^{9,10} e a iniciar a vida sexual precocemente. A idade precoce de iniciação sexual revela-se cada vez mais como um forte determinante para o comportamento sexual. Portanto, a importância da AE respalda-se na ideia de que muitas gestações inoportunas ou indesejadas podem resultar em abortamento nem sempre seguros, com sérios riscos à saúde sexual e reprodutiva²⁷.

Algumas das principais razões alegadas para a utilização da AE encaixam-se nos critérios de indicação de seu uso, como falhas e esquecimento de usar algum método^{28,29}. Os dados confirmam que a prática contraceptiva entre adolescentes e jovens é um evento complexo, com indas e vindas, alternâncias de uso e não uso de métodos, necessitando ser analisada sob ótica de que esse grupo está inserido em contextos de namoro e amor e nem sempre em monoparcerias²⁶.

Ainda, os elementos citados mostram que o uso da AE está sendo feito de acordo com o seu propósito: evitar gravidez indesejada em determinadas situações de emergência. Porém, é preocupante o fato das adolescentes e jovens não terem conhecimento e confiabilidade no uso dos anticoncepcionais regulares que elas utilizam, visto que a AE tem sua eficácia diminuída com o uso recorrente³⁰.

O uso da pílula, independentemente do tipo, pressupõe livre escolha, espaços democráticos de planejamento, avaliação e troca de experiências dos próprios adolescentes para incentivar sua participação nas ações de promoção de saúde. Por esse motivo, uma abordagem holística das especificidades individuais e culturais dos adolescentes constitui-se em direito de cidadania. Somente quando for possível vincular teoria e prática para melhor intervir em todas as dimensões da sexualidade, no sentido de assegurar qualidade de vida aos cidadãos, ao invés de restringir as ações de saúde reprodutiva ao campo de atuação na gestação indesejável ou inoportuna, reconhecendo as interfaces e as conexões, será possível contribuir efetivamente para relações sexuais construtivas³¹.

Outro ponto em questão é a utilização da anticoncepção de emergência por insegurança

em relação ao método utilizado, ainda que não tivessem ocorrido falhas ou esquecimentos. Esse aspecto reforça a percepção de que as perspectivas educacionais e profissionais dos jovens de alta escolaridade se contrapõem a uma gravidez. Assim, a anticoncepção de emergência não representa apenas um marcador de inconsistência no uso de anticoncepção, mas também um recurso adicional para postergar um evento que poderia comprometer projetos de vida que, ao contrário dos segmentos mais empobrecidos, são perfeitamente exequíveis. Para esses jovens, o nascimento do primeiro filho é projetado para um futuro distante, quando for atingido algum sucesso profissional e estabilidade econômica³².

Outra variável que se mostrou associada ao uso da AE foi o esquecimento ou não uso de algum outro método. Esse aspecto merece ser analisado de forma mais aprofundada e não simplesmente sob o ponto de vista de que certos comportamentos tidos como de risco à saúde, como o fumo, uso de drogas ou múltiplas parcerias sexuais, possam agregar outros riscos. Tal associação pode se dever, por sua vez, às possíveis relações mais esporádicas e de caráter mais imprevisível desse grupo, sem utilização prévia e constante de um método regular como a pílula, e à negligência ou esquecimento do preservativo durante essas relações; há que se considerar também o envolvimento afetivo-amoroso estabelecido em relacionamentos interpessoais, o que contribui para o abandono do uso do preservativo³³.

Já a falha no método contraceptivo utilizado, como ruptura accidental do preservativo, se relaciona ao uso da AE, já que se trata de uma indicação expressa de utilização da mesma³⁴.

Cabe destacar, ainda, que essa não utilização de qualquer outro método de barreira pelos adolescentes e jovens, demonstra que não há uma preocupação com DSTs, HIV e AIDS, mesmo que todos tenham o conhecimento sobre todos os métodos existentes. Assim, a não utilização de outros métodos anticoncepcionais pode resultar em uma vida de riscos e discriminação, dificultando sua vida consideravelmente. Torna-se importante, pois, a realização de investigações aprofundadas sobre esse resultado da não preocupação do uso de outros métodos de barreira para evitar não somente a gravidez, mas também DST'S, HIV e AIDS³⁵.

Outro elemento que merece destaque é o medo de engravidar. Assim, o uso da AE várias vezes durante o mês, motivado pelo medo de engravidar, é encarado como um recurso adicional para proteger um evento que mudaria completamente os projetos de vida dessas adolescentes e jovens³⁶.

Provavelmente este medo pode estar relacionado à perspectiva do adolescente em relação a uma gravidez indesejada, tendo em vista o medo de seu pai expulsá-la de casa, o abandono do companheiro, as amizades se afastarem, o abandono da escola³⁷⁻⁴⁶.

A questão da relação entre pais e filhos, em relação à vida sexual de seus filhos evidenciou um distanciamento entre ambos. O tempo disponível dos pais para se relacionarem com seus filhos está cada vez mais limitado e estes acabam transferindo para a escola a responsabilidade quando encontram dificuldade em conversar sobre este assunto³⁷. Assim, a prática sexual dos filhos não é discutida na família³⁸.

A família e a escola têm papéis diferentes e complementares na orientação dos adolescentes, uma não substituiu a outra. A escola complementa o que é iniciado no lar, suprimindo lacunas, combatendo preconceitos, desenvolvendo respeito pelo corpo e pelos sentimentos. Assim, o papel dos pais é de fundamental importância, pois deve partir dos mesmos a primeira explicação sobre sexo e sexualidade, importância do uso da camisinha, e, mais que isso, cabe aos pais estabelecer um diálogo aberto com os filhos na tentativa de tornar a perda da virgindade uma ação consciente e segura³⁶.

De qualquer forma, é imprescindível que novas técnicas de investigação do comportamento contraceptivo na adolescência e juventude sejam elaboradas e aperfeiçoadas, se tornando mais claras e precisas quanto às práticas que envolvem os hábitos contraceptivos, possibilitando uma maior compreensão sobre esse assunto e outros aspectos como o papel da família, relação entre escolaridade, escolhas contraceptivas, saúde preventiva e o direito de escolha sem pressão de nenhuma parte para essa iniciação sexual.

Nesse cenário, o papel dos profissionais de saúde também precisa ser destacado. Os profissionais se valorizam por serem possuidores de informações de saúde importantes para os

adolescentes, acreditando que a facilitação no contato com essa população possa se dar através do diálogo no apoio e cuidados aos adolescentes e na promoção de saúde e qualidade de vida. Porém, os profissionais concordam que existem limites em suas próprias atuações, o que os impossibilita dar respostas às demandas juvenis. Por isso, reivindicam capacitação para lidar melhor com a imagem idealizada que têm do adolescente e com a complexidade das questões desse grupo, exigindo mais tempo para desenvolverem um atendimento mais integrado. No entanto, uma das barreiras para a própria capacitação é a tendência ainda persistente nestes profissionais de julgar o comportamento dos adolescentes³⁹.

Na perspectiva de mudança desse quadro, o Ministério da Saúde (MS) formulou a Política Nacional de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens, conforme os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, incluindo os preceitos do Estatuto da Criança e do Adolescente e da Declaração Universal dos Direitos Humanos. O objetivo dessa política é se desdobrar em planos de ação, programas e projetos em níveis nacional, estadual e municipal, levando em consideração as respectivas responsabilidades institucionais, situações epidemiológicas e demandas sociais com o intuito de promover mudanças na assistência, prevenção e promoção da saúde dos adolescentes e jovens^{40,41}.

Por fim, cabe destacar algumas proposições possíveis e necessárias para a intervenção nessa realidade. Cursos e capacitações para os profissionais podem servir de apoio, propiciando momentos de troca de experiências a fim de romper com os preconceitos e ampliando conhecimentos. As unidades de saúde deveriam reservar um horário e espaços adequados para os jovens, trabalhando com dinâmicas que procurem estreitar os vínculos entre as partes, aumentando o diálogo na perspectiva de construir um conhecimento sobre os assuntos tratados, que considere tanto as experiências dos jovens, quanto os saberes trazidos pelos profissionais. Além disso, é preciso considerar o adolescente como sujeito de direitos, tendo sua intimidade preservada em espaços em que a relação com o profissional de saúde não sofra a interferência de terceiros⁴².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos analisados evidenciaram que o medo de engravidar, falhas no método utilizado (a exemplo da ruptura do preservativo), esquecimento ou não uso de algum outro método, insegurança quanto ao método utilizado (uso de contracepcional regular e preservativo), falta de conhecimento sobre o efeito no organismo, cultura do adolescente e jovem e influência das amizades, levam a um uso descoordenado da AE. Tornando os jovens e adolescentes mais expostos as DST's, HIVe AIDS.

O conhecimento sobre métodos e sexualidade, contribui para a melhor escolha da anticoncepção. O conhecimento entre adolescentes e jovens é consideravelmente alto, mas, sua forma de uso e as escolhas que a levam a utilizá-las é preocupante, pois existem meios e métodos anticoncepcionais mais eficazes, proporcionando uma proteção e confiabilidade melhor. Dessa forma, destaca-se a importância do acesso a informação de qualidade em relação à AE, para que as adolescentes e jovens, as utilizem quando necessário e de forma adequada, sem o abandono do método regular e, principalmente, sem deixar de utilizar o preservativo, pois se trata do único método eficaz na prevenção de DST's e AIDS.

Nesse cenário, os profissionais de saúde tem um papel fundamental nesta percepção do uso da AE, levando informações importantes para este grupo populacional vulnerável. Sabe-se que existem informações sobre o assunto, mas ainda há uma lacuna na transmissão destas informações, pois profissionais de saúde tendem a bloquear este assunto por ser um tabu para a sociedade. Nesse sentido, tornam-se imprescindíveis cursos de capacitação para os profissionais que atuam com adolescentes e jovens, para que estes possam trocar experiência e tirar suas dúvidas, estreitando a relação entre os mesmos.

Cabe destacar ainda a importância de ações de educação em saúde sexual sobre o tema e voltadas especificamente para adolescentes e jovens, pois estas podem refletir positivamente no uso adequado da AE.

Espera-se que os resultados deste estudo sirvam de fonte para o conhecimento visando evidenciar a percepção de adolescentes e jovens que utilizam a AE. Somente conhecendo as pe-

culiaridades inerentes a essa clientela é que será possível organizar o sistema de saúde e formular e/ou implementar políticas públicas de saúde no tema.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Vieira LM, Saes SO, Dória AAB, Goldberg TBL. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant* 2006; 6(1):135-140.
2. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Mulher. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: MS; 2005.
3. Brasil. Ministério da saúde. Anticoncepção de emergências: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: MS, 2006.
4. Figueiredo R; Bastos S. Contracepção de emergência: atualização, abordagem, adoção e impactos em estratégias de DAT/AIDS. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. 52 p.
5. Brasil, Entrevista com o Doutor Victor Neto. Médico Especialista em Ginecologia/Obstetrícia. Consultor em Ginecologia. Brasília: revista In Factos da Vida; 2000. Disponível em: <<http://www.vida.aaldeia.net>>. Acesso em: 09 de setembro 2013.
6. Wannmacher L. Anticoncepcionais Oraais: O que há de novo. Uso racional de medicamento: temas selecionados. OPAS/OMS/MS. 2003; 1(1): 1-6.
7. Rede brasileira de promoção de informação e disponibilização da contracepção de emergência. Contracepção de Emergência 2008. Disponível em: <<http://www.redece.org.br>>. Acesso em: 09 de setembro 2013.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: MS; 2005.
9. Almeida MCC, Aquino EML, Gaffikin L, Magnani RJ. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. *Rev. Saúde Pública* 2003; 37(5):566-75.
10. Azevedo MRD. Educação Sexual: uma questão em aberto. In: Saito MI, Leal MM, Silva LEV, editores. Adolescência: prevenção e risco. São Paulo; Atheneu; 2001. p.129- 43.
11. Camargo EA, Ferrari RA. Adolescentes: conhecimento sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. *Ciê. Saúde Colet* 2009; 14: 937- 46.
12. Doreto DT, Vieira EM. O conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes de baixa renda em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23: 2511-6.

13. Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura. Juventude e sexualidade. Brasília: UNESCO; 2004.
14. Villela WV, Doreto DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22: 2467- 72.
15. Kinsman SB, Romer D, Furstenberg FF, Schwarz DF. Early sexual initiation: the role of peer norms. *Pediatrics*. 1988; 102 (5): 1185-92.
16. Wellings K, Nanchatal K, Macdowall W, McManus S, Erens B, Mercer CH et al. Sexual behavior in Britain: early heterosexual experience. *Lancet* 2001; 358 (9296): 1843- 50.
17. Karofsky PS, Zeng L, Kosorok MR. Relationship between adolescent- parental communication and initiation of first intercourse by adolescents. *J Adolesc Health*. 2001; 28 (1): 41-5.
18. Atmann H. Orientação sexual em uma escola: recortes de corpo e de gênero. *Cad. Pangu* 2003; 21:281-315.
19. Tassi MM. Adolescência. Disponível em: <HTTP//www.reprodusite.hpg.ig.com.br/adolescencia.htm>. Acesso em: 09 de setembro 2013.
20. Benefield LE. Implementing evidence- based practice in home care. *Home HealthNurse* 2003; 21 (12): 804-11.
21. Polit DF, Beck CT. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. *Essentials of nursing research. Methoda, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 457- 94.
22. Beyea SC, Nicoll ELH. Writing an integrative review. *Aorn* 1998; 67 (4): 877- 80.
23. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health* 1987; 1(1):1-11.
24. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*. 2008; 17 (4): 758- 64.
25. Borges ALV, Fujimori E, Hoga LAK, Contin MV. Práticas contraceptivas entre jovens universitários: o uso da anticoncepção de emergência. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(4):102-311.
26. Alano GM, Costa LN, Miranda LR, Galato D. Conhecimento, consumo e acesso à contracepção de emergência entre mulheres universitárias no sul do estado de Santa Catarina. *Ciênci. Saúde Coletiva* 2012; 17(9):2397-2404.
27. Araújo MSP, Costa LOBF. Comportamento sexual e contracepção de emergência entre adolescentes de escolas públicas de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(3):551-562.
28. Goulard H, moreau C, Gilbert F, JOB- Spira N, Bajos N. Contraceptive failures and determinants of emergency contraception use. *Contraception* 2006; 74: 208-13.
29. Moteau C, Trussell j, Bajos N. The determinants and circumstances contraception of use of emergency contraceptive pills in France in the context of direct pharmacy access. *Contraception* 2006; 74: 476-82.
30. Bataglião EML, Mamede FV. Conhecimento e utilização da Contracepção de Emergência por acadêmicos de enfermagem. *Esc. Anna Nery* 2011; 15(2):284-90.
31. Branco VC. Adolescentes nos serviços de saúde. *Saber viver: adolescência e AIDS. Experiências e Reflexões sobre o Tema* 2004. Disponível em: <http://www.saberviver.org.br> Acesso em: 09 de setembro 2013.
32. Raine TR, Harper CC, Rocca CH, Fischer R, Padian N, Klausner JD, et al. Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs, *JAMA* 2005; 293:54-62.
33. Paniz VMV, Fassa AG, Silva MC. Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. *Cad saúde Pública* 2005; 21:1747-60.
34. Martins LBM, Costa Paiva I, Osis MJD, Sousa MH, Pinto Neto AM, Tadini V. Conhecimento de métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40: 57-64.

35. Paraguassú ALCB, Costa COM, Sobrinho CLN, Patel BN, Freitas JT, Araújo FPO. Situação sócio-demográfica e de saúde reprodutiva pré e pós- gestacional de adolescentes, Feira de Santana, Bahia, Brasil. *Ciênc. Saúde coletiva* 2005; 10:373-80.
36. Fonseca H. Abordagem Sistêmica em Saúde dos Adolescentes e suas famílias. *Rev Adolescência e Saúde da UERJ* 2004; 1(3):6-11.
37. Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad. Saúde Publica* 2003; 19(Supl. 2):377-388.
38. Brandão ER, Heilborn ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Publica* 2006; 22(7):1421-1430.
39. Branco VMC. Emoção e razão: os sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção ao adolescente [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Marco legal. Saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
41. Branco VMC. Emoção e razão: os sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção ao adolescente [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.
42. Alves CA, Brandão ER. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. *Ciênc. Saúde coletiva* 2009; 14(2):661-70.
43. Oliveira-Monteiro NR. Perfis de adolescentes mães após três anos e meio do nascimento do bebê: seguimento longitudinal de estudo psicossocial. *Interação em Psicologia*. 2008;12(2):291-97.
44. Godinho RA, Schelp JRB, Parada CMGL, Bertencello NMF. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? *Rev. latino-am. enfermagem*. 2000;8(2):25-32.
45. Cannon LRC. Prefácio. In: Vieira EM, Fernandes MEL, Bailey P, McKay A. (Orgs.). *Seminário Gravidez na Adolescência*. Rio de Janeiro: Ministério de Saúde. Family Health International/Associação Saúde da Família; 1998.
46. Aquino EML, Heilborn ML, Knaut D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, Menezes G. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Sup 2):S377-S88.