

A Importância da Dieta com Restrição de Glúten

The importance of the Gluten-free diet

Fabine Faria Araújo¹

Como citar:

Araújo FF. A Importância da Dieta com Restrição de Glúten. REVISA. 2015; 4(1): 1-2.

A dieta do indivíduo está intimamente relacionada à composição e função da microbiota intestinal e a saúde do hospedeiro, principalmente, naqueles que sofrem de doenças relacionadas a alimentação.

O glúten é uma proteína complexa que contém quatro classes de polipeptídeos: prolamina, glutenina, albumina e globulina. Está presente no trigo, aveia, cevada e centeio e exerce importante papel na textura dos alimentos conferindo-lhes maciez e sabor mais agradável. No trigo suas frações tóxicas são as prolaminas e estão presentes de forma diferente em cada um dos cereais, sendo: gliadina, no trigo; hordeína na cevada; secalina no centeio; e avenina na aveia^{1,2}.

Os carboidratos do trigo são polímeros de um açúcar simples, a glicose. O pão de trigo integral, cujo índice glicêmico é 72, aumenta a glicemia sanguínea mais que o açúcar comum, a sacarose, cujo índice glicêmico é 59. Para avaliação do índice glicêmico nos alimentos atribui-se o valor 100 ao aumento da taxa de açúcar no sangue provocado pela glicose³.

Em se tratando das doenças relacionadas à exposição ao glúten, as mediadas pelo sistema imune adaptativo são as mais conhecidas, são elas: alergias ao trigo e a doença celíaca. Em ambas as condições da reação ao glúten há uma ativação das células T na mucosa gastrintestinal. Além destas duas desordens, há casos de reação ao glúten nos quais nem os mecanismos alérgicos nem os autoimunes estariam envolvidos, é o caso da sensibilidade ao glúten. Na sensibilidade ao glúten os pacientes são incapazes de tolerar esta proteína e o diagnóstico é feito com a exclusão do alimento suspeito e posteriormente uma reintrodução monitorada de alimentos contendo o glúten⁴.

O tratamento com uma dieta livre de glúten geralmente leva a normalização da histologia da mucosa e remissão de sintomas clínicos dentro de dias ou semanas. No entanto, o cumprimento desta terapia dietética é muito complexa e os pacientes geralmente sofrem de deficiências nutricionais como carência de ferro, cálcio, ácido fólico e, mais raramente, vitamina B₁₂^{2,5}.

O glúten se esconde onde menos se suspeita, está presente nos molhos, condimentos e bebidas; na atualidade tem sido utilizado pela indústria de cosméticos, sorvetes e cremes para as mãos. Está escondido, também, nos sabonetes adoçantes e produtos com soja, além de suplementos alimentares e produtos farmacêuticos⁶.

¹Nutricionista. Mestre. Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal
E-mail: fabinef@hotmail.com

Recebido em: 25/11/2014
Aceito em: 28/02/2015

Os efeitos peculiares do glúten nos seres humanos, já elucidados, incluem a estimulação do apetite, a exposição do cérebro a exorfinas (equivalentes às endorfinas), picos exagerados de açúcar no sangue que acionam ciclos de saciedade alternados com um aumento do apetite. Além do mais, a glicação, processo que está por trás de algumas doenças e do envelhecimento causa inflamação e alterações do pH e provoca o desgaste da cartilagens, prejudicando os ossos².

O glúten está ligado a danos neurológicos nos pacientes, tanto na presença quanto na ausência da doença celíaca e o possível efeito de uma dieta livre de glúten no ecossistema intestinal permanece em grande parte ainda desconhecida.

REFERÊNCIAS

1. Caldas FP. Estudo de prevalência sorológica de doença celíaca em pacientes com diabetes tipo I. Niterói. Tese [curso de pós-graduação em ciências médicas] – Universidade Federal Fluminense; 2005.
2. Casemiro JM. Adesão à dieta sem glúten por pacientes celíacos em acompanhamento no Hospital Universitário de Brasília. Tese de Mestrado apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas, 2006.
3. Davis W. Barriga de Trigo: livre-se do trigo, livre-se dos quilos a mais e descubra seu caminho de volta para a saúde. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2013.
4. Sapone A, Bai JC, Ciacci C, Dolinsek J, Green PHR, Hadjivassiliou M, et al. Espectro das desordens relacionadas ao gluten: um consenso sobre a nova nomenclatura e classificação. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/10/13>. Acesso em: 09/08/2015.
5. Palma GD, Nadal I, Collado MC, Sanz Y. Effects of a gluten-free diet on gut microbiota and immune function in healthy adult human subjects. *British Journal of Nutrition* 2009; 102: 1154–1160.
6. Perlmutter D. A dieta da mente: a surpreendente verdade sobre o glúten e os carboidratos – os assassinos silenciosos do seu cérebro. 2014.

Conhecimento da população do município de Valparaíso de Goiás sobre o processo de doação de órgãos para transplantes

Knowledge of the population in the municipality of Valparaiso de Goiás regarding the process of organ donation for transplants

Micaella Bento Felix¹; Walquiria Lene dos Santos¹

Como citar:

Felix MB, Santos WL. Conhecimento da população do município de Valparaíso de Goiás sobre o processo de doação de órgãos para transplantes. REVISA. 2015; 4(1): 3-10.

RESUMO

Nos últimos anos, a política dos transplantes de órgãos tem sido uma das políticas de saúde mais trabalhadas em nosso país. O objetivo deste estudo foi verificar o conhecimento da população do município de Valparaíso, GO, sobre o processo de doação de órgãos para transplantes. Trata-se de um estudo de campo de abordagem quantitativa, do tipo descritivo exploratório, utilizando como instrumento para coleta de dados um questionário com 15 perguntas fechadas. O estudo foi realizado com moradores do município de Valparaíso de Goiás, selecionados aleatoriamente, dentre a população com idade acima de 18 anos. Os dados foram coletados na sala de espera do Hospital Municipal de Valparaíso e nos domicílios. Todo o estudo obedeceu a Resolução 466/12. Os resultados demonstraram que a população possui informações sobre doação de órgãos, citando os meios de comunicação em massa. A maioria das pessoas entrevistadas é favorável à doação, justificando que seus órgãos ajudariam outras pessoas. Os dados demonstraram que o principal fator de recusa à doação foi a falta de confiança no sistema de saúde brasileiro. Conclui-se que é necessária a adoção de medidas educativas, a fim de esclarecer a população a respeito de todas as etapas e conceitos envolvidos no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.

Palavras-chave: Conhecimento; Obtenção de tecidos e órgãos; Enfermagem.

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

Correspondência:

Profa 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.

Recebido em: 28/12/2014
Aceito em: 23/07/2015.

ABSTRACT

In recent years, the policy of organ transplants has been one of the most treated health policies in Brazil. The aim of this study was to verify the knowledge of the population of the municipality of Valparaíso, GO, regarding the process of organ donation for transplants. This is a quantitative, exploratory and descriptive field study that collected data by a questionnaire with 15 closed questions. The study was conducted with inhabitants of Valparaíso de Goiás, who were randomly selected from the population above 18 years old. Data was collected in the waiting room of the Valparaíso Municipal Hospital and in homes. The study was undertaken according to Resolution 466/12. The results showed that the population has information about organ donation, while citing mass-media sources. Most of the interviewees are in favor of donation, explaining that one's organs could help others. The data showed that the main factor for refused donation was the lack of confidence in the Brazilian health system. The study concludes that it is necessary to adopt educational measures in order to inform the population of all the steps and concepts involved in the process of organ and tissue donation for transplantation.

Keywords: Knowledge; Transplants of tissues and organs; Nursing.

INTRODUÇÃO

Em estudo realizado por Silva¹, o autor relata que de forma contínua, desde os tempos mais antigos, o homem busca substituir os órgãos comprometidos do seu corpo. Várias tentativas foram realizadas no século XX, sendo poucas publicadas e descritas, havendo vários insucessos, mas isso não impediu que as realizações de pesquisas e experimentos fossem iniciadas com animais, depois em seres humanos e com doadores cadáveres. No decorrer dos anos descobriu-se a rejeição imunológica, descoberta que motivou a indústria farmacêutica a produzir imunossuppressores.

No entanto, Guerra et al² enfatizam que em 03 de dezembro de 1967 ocorreu o primeiro transplante cardíaco com êxito e sendo aceito o critério de morte encefálica pelo mundo científico, o mesmo foi realizado na África do Sul pelo Dr. Christian Barnard.

Segundo Traiber e Lopes³, o transplante de órgãos e tecidos se tornou uma terapia de escolha para o paciente com falência de órgãos, pois posteriormente era conhecido como uma terapia experimental. Para Marinho⁴, o transplante é um dos maiores fatores do avanço da medicina com índice acima de 80% de aprovação. Atualmente, a maioria dos pacientes transplantados tem sobrevida superior de cinco até dez anos após o transplante.

De acordo com Guetti e Marques⁵, as atividades com transplantes de órgãos e tecidos tiveram início, no Brasil, na década de 60, na cidade do Rio de Janeiro, por meio da realização dos dois primeiros transplantes renais do país. Essas práticas de transplantes de órgãos e tecidos são realizadas, atualmente, em 117 instituições brasileiras, sendo amparadas de acordo com a Lei n.º 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.

A política dos transplantes de órgãos tem sido sem dúvida, uma das políticas de saúde mais trabalhadas em nosso país, o que tem gerado resultados qualitativos e positivos, entretanto, necessitando da compreensão da população para que ocorra um crescimento significativo no número de doações⁶.

Uma pequena parcela dos pacientes que morrem, podem converter-se em doadores de órgãos, se no diagnóstico do paciente constar Morte En-

cefálica⁷. Afirma Guetti e Marques⁵, que a morte trata-se da separação do corpo com a alma e da parada das funções vitais.

A definição de morte encefálica é a ausência total das atividades de todo o cérebro, sendo manifestadas por: ausência de reflexos supra-espinhais, coma profundo e apneia correspondendo à morte do indivíduo, segundo o ponto de vista médico, pois as funções cerebrais são essenciais para as funções orgânicas⁸. O Conselho Federal de Medicina do Brasil normatizou em 1997, o diagnóstico de Morte Encefálica.

Após a identificação de um possível paciente com Morte Encefálica, a família é comunicada da suspeita e são iniciados os exames comprobatórios, com o intuito de uma possível captação dos órgãos para doação. Em seguida, informa-se a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), conforme determina a Lei n.º 9434/97, segundo Cinque e Bianchi⁹.

O entendimento dos familiares sobre Morte Encefálica para Moraes e Massarollo¹⁰ é um dos principais fatores para que não ocorra uma resistência na doação dos órgãos e tecidos para transplantes de um ente querido, pois a falta de conhecimento pode interferir muito na tomada de decisão sobre a doação ou não doação, sendo por motivos diversos como: desconhecimento, medo, crenças ou dúvidas.

A recusa familiar serviu de ponto de partida para a escolha do tema, a maior taxa de insucesso no Brasil dos transplantes de órgãos baseia-se na recusa dos familiares, pois a lista de espera dos receptores de órgãos cresce tornando insuficiente o número de doadores. A busca por esclarecimentos sobre o motivo da negativa norteou minha pesquisa, pois o Registro Brasileiro de Transplantes informou que em 2007 o número de potenciais doadores foi de 29,8 pacientes por milhão de habitantes. Deste total, 27,4% das famílias recusou a remoção dos órgãos, e o número de doadores efetivos foi somente de 6,2 pacientes por milhão, segundo a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos – ABTO¹¹.

Baseando-se no tema proposto sobre transplante de órgãos e tecidos, o objetivo do presente estudo foi verificar o conhecimento da população do município de Valparaíso de Goiás sobre o processo de doação de órgãos para transplantes. Como objetivos específicos: Conhecer o

perfil sociodemográfico do público em estudo; investigar a aceitação da população com relação à doação de órgãos e tecidos para transplante; identificar os fatores associados à recusa familiar para a doação de órgãos e entender a importância do enfermeiro no processo de doação de órgãos.

MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da FACESA. Trata-se de um estudo de campo de abordagem quantitativa, do tipo descritivo exploratório, para a análise do conhecimento da população da cidade de Valparaíso-GO em relação à doação de órgãos para transplantes, utilizando como instrumento para coleta de dados uma entrevista estruturada, utilizando um questionário com 15 perguntas fechadas.

O cenário da pesquisa foi a sala de espera do Hospital Municipal de Valparaíso-GO. Fizeram parte deste estudo 50 moradores do município com idade entre 18 e 65 anos, que assinaram livremente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os depoentes dessa pesquisa se adequaram aos seguintes critérios de inclusão: ter idade acima de dezoito anos, residir no município de Valparaíso de Goiás, concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e estar presente no dia da coleta de dados. Os dados obtidos foram transcritos, analisados e agrupados em tabelas, utilizando o software Excel versão 2007, facilitando assim, a análise. Todo o estudo obedeceu a Resolução 466/12.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa analisou o conhecimento da população do município de Valparaíso de Goiás, sobre o processo de doação de órgãos para transplantes, foram entrevistados 50 moradores do município, sendo 32 do sexo feminino (64%), decorrente da maior quantidade destas em centros de atenção primária (Tabela I).

A média de idade foi entre 18 a 65 anos. 50% dos respondentes afirmaram a situação de solteiros 25 (50%). Quanto à religiosidade, 27 (54%)

eram católicos e 2 (4%) professavam outras religiões (Tabela I).

Tabela I - Características sociodemográficas dos moradores de Valparaíso-GO (n=50)

	VARIÁVEL	Números	%
Idade	18 a 28	18	36%
	29 a 39	16	32%
	40 a 50	12	24%
	51 a 65	4	8%
Total Geral		50	100%
Sexo	Feminino	32	64%
	Masculino	18	36%
Total Geral		50	100%
Estado Civil	Casado	17	34%
	Divorciado	5	10%
	Outros	2	4%
	Solteiro	25	50%
	Viúvo	1	2%
Total Geral		50	100%
Religião	Católico	27	54%
	Espírita	2	4%
	Evangélico	19	38%
	Outros	2	4%
Total Geral		50	100%

Fonte: Dados coletados pela acadêmica de Enfermagem, Maio de 2015.

No que tange a escolaridade, 22 (44%) possuíam ensino médio completo, 17 (34%) o ensino superior completo, 9 (18%) o ensino superior incompleto e 2 (4%) o ensino fundamental, ninguém se declarou analfabeto.

Quanto à variável do rendimento familiar percebeu-se que, 23 (46%) possuíam uma renda de 2 a 3 salários mínimo, 16 (32%) relataram ter renda acima de 4 salários mínimos, enquanto 10 (20%) tinham o rendimento de 1 salário, e apenas 1 (2%) não souberam informar o rendimento da família.

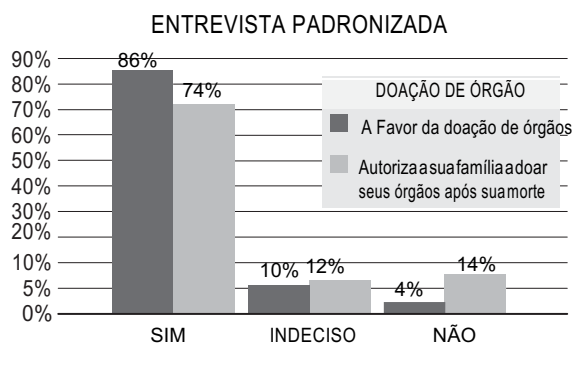


Gráfico 1 - Relação entre ser a favor da doação e aceitar a doação de seus órgãos segundo os moradores de Valparaíso-GO (n=50)

Fonte: Dados coletados pela acadêmica de Enfermagem, Maio de 2015.

Quando questionados sobre doação de órgãos, 43 (86%) declararam-se ser a favor da doação, 5 (10%) não tinham uma opinião formada sobre o assunto e 2 (4%) eram contra a doação. Em relação à intenção de doar seus próprios órgãos após a morte, 37 (74%) autorizariam a doação dos seus órgãos após a morte, 7 (14%) não autorizariam e 6 (12%) não possuíam opinião acerca disso, ou seja, indecisos (Gráfico 1). A quantidade de pessoas favoráveis à doação de órgãos foi elevada, similar a da população estudada por Rech e Rodrigues Filho¹² que obtiveram um valor de 87,8% e 92% de aceitação a doação de órgãos.

Percebeu-se que a maioria da população tinha uma atitude positiva em relação à doação (Gráfico 1). Os achados desta pesquisa condizem com as taxas apontadas por Rech e Rodrigues Filho¹², onde eles colocam que nos Estados Unidos mais de 65% do público é favorável à doação e doaria seus próprios órgãos.

Dentre as 50 pessoas entrevistadas, 40 (80%), relataram já ter recebido algum tipo de informação sobre a doação de órgãos, enquanto 10 (20%) disseram que nunca tiveram acesso a nenhum tipo de informação sobre esse assunto. Diante do resultado, percebeu-se que a população de Valparaíso tem acesso às informações sobre a doação de órgãos, o que é um fator importante e positivo para futuras doações de órgãos e tecidos.

Segundo Traiber e Lopes³, quando a população obtém certo conhecimento sobre o tema, ela se torna capaz de abrir discussões sobre o assunto, sendo peça principal na promoção da doação de órgãos, por meio da disseminação de informações.

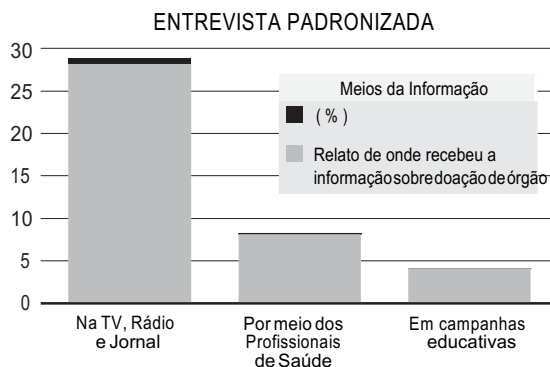


Gráfico 2 - Informação recebida sobre a doação de órgãos pelos moradores de Valparaíso – GO (n=50)

Fonte: Dados coletados pela acadêmica de Enfermagem, Maio de 2015.

Diante do exposto, notou-se que das 40 pessoas que relataram já terem recebido algum tipo de informação sobre doação de órgãos, destes 28 (70%) apontaram com principal fonte de informação os meios de comunicação como a TV, rádio e jornal, 8 (20%) adquiriram informação por meio de amigos ou profissionais de saúde e 4 (10%) através de campanhas educativas realizadas em escolas (Gráfico 2).

Traiber e Lopes³ afirmam que, a maioria da população recebe informações sobre transplante de órgãos através da dos meios de comunicação de massa (televisão, rádio, jornais e revistas), uma pequena parcela é influenciada por familiares, amigos, profissionais da saúde e campanhas educativas.

Os meios de comunicação, apesar de sua grande penetração em âmbito mundial, não são os mais adequados para promover esclarecimento suficiente sobre temas polêmicos, como é o caso da doação de órgãos. Ao contrário, muitas vezes, causam mais confusão que esclarecimentos⁴.

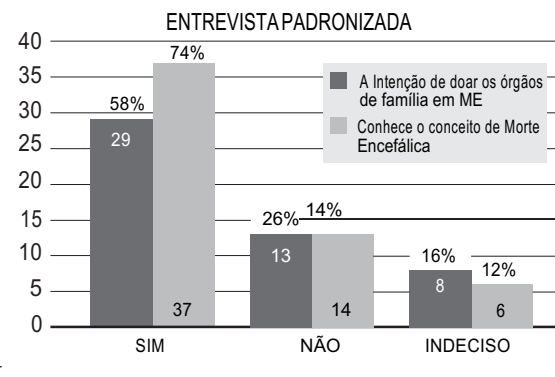


Gráfico 3 - Intenção de doar os órgãos de um membro da família que não manifestou em vida o desejo de ser doador pelos moradores de Valparaíso – GO (n=50)

Fonte: Dados coletados pela acadêmica de Enfermagem, Maio de 2015.

Quando questionados sobre a autorização da doação de órgãos de um membro da família em morte encefálica que não tivesse manifestado em vida o desejo de ser doador, 29 (58%) dos entrevistados responderam que autorizariam a doação, 13 (26%) não autorizariam e 8 (16%) estão indecisos, porque nunca pensaram sobre o assunto. Porém, a maioria da população tem uma atitude positiva em relação à doação (Gráfico 3). O conhecimento sobre o significado da ME, assim como a intenção de doar os órgãos de um familiar em ME, não influenciou a opção de serem a favor da doação. Contudo, houve rela-

ção estatisticamente significativa entre a decisão efetiva em favor da doação.

Rech e Rodrigues Filho¹² destacam o desconhecimento do desejo do familiar sobre doação de órgãos, como uma das principais razões declaradas pelas famílias não doadoras, complementando que quando a família é comunicada sobre o desejo de se tornar um doador, fica mais fácil o processo da doação.

Segundo Bittencourt et al¹³, durante o processo de consentimento para a captação de órgãos, o entendimento da situação de Morte Encefálica é o principal fator para que os familiares considerem a doação. Para que ocorra o entendimento, é muito importante que a família entenda que o paciente com ME esteja morto, pois essa é uma das condições essenciais para que a família possa permitir a doação de órgãos do doador cadáver.

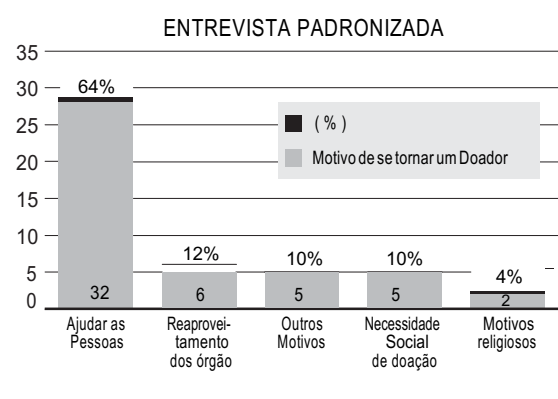


Gráfico 4 - Motivos de se tornar um doador segundo os moradores de Valparaíso - GO (n=50)

Fonte: Dados coletados pela acadêmica de Enfermagem, Maio de 2015.

Os motivos que levariam as pessoas a doarem seus órgãos após a morte foram: ajudar as pessoas 32 (64%), reaproveitamento dos órgãos 6 (12%), outros motivos 5 (10%), necessidade social de doação 5 (10%) e motivos religiosos 8 (16%) (Gráfico 4). A partir daí, pode-se concluir que o desejo de ajudar ao próximo é o principal fator que influencia a decisão de se tornar um doador.

Pode-se concluir que as pessoas têm um sentimento de solidariedade, pois o desejo de ajudar as pessoas é o principal fator que influencia o processo de se tornar um doador, corroborando com Brites et al¹⁴ que afirmam que o desejo de ser um doador, está associado em ajudar o próximo, no auxílio social e na solidariedade. Além

de ajudar as pessoas, a intenção é manter a vida, e prolongá-la ao máximo.

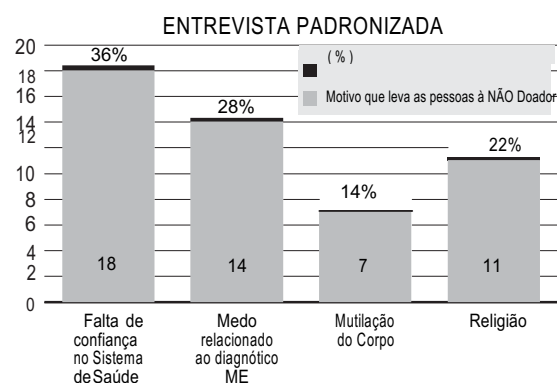


Gráfico 5 - Motivos que levam as pessoas a não doação, segundo os moradores de Valparaíso - GO (n=50)

Fonte: Dados coletados pela acadêmica de Enfermagem, Maio de 2015.

A respeito dos motivos que levam as pessoas a não doarem seus órgãos, 18 (36%) acreditam que é a falta de confiança no sistema de saúde brasileiro e 14 (28%) possuem medo relacionado ao erro no diagnóstico de morte (Gráfico 5).

No presente estudo, os principais fatores que contribuíram para a decisão de não se tornar um doador de órgãos e tecidos foi a falta de confiança no sistema de saúde brasileiro e o medo relacionado à possibilidade de erro no diagnóstico de morte encefálica. Dado semelhante foi encontrado no estudo de Moraes e Massarollo¹⁰ pois afirmaram que a falta de compreensão do diagnóstico de morte encefálica é o principal fator negativo para a doação de órgãos e tecidos, pois é muito difícil aceitar que uma pessoa que ainda está quente, respirando e com o coração batendo com ajuda de aparelhos esteja morta.

Rech e Rodrigues Filho¹² alegam que a religião e a cultura são responsáveis por parte das recusas na doação, pois as famílias ficam a espera de um milagre, alimentando a ilusão de que possa realmente acontecer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, o número de doadores efetivos ainda está muito aquém da necessidade em relação ao quantitativo de pessoas a espera por um transplante. Mediante isso, devem-se promover campanhas de educação com a população, a fim de adotar uma cultura de doação que possa ser

visualizada pela sociedade como um compromisso social.

O estudo possibilitou uma compreensão maior referente a processo de doação de órgãos e tecidos, no que diz respeito à decisão familiar. A cidade estudada possui um perfil satisfatório para a doação de órgãos, sendo que a maioria dos entrevistados doaria seus próprios órgãos ou autorizariam a doação de órgãos de um familiar. Os meios de comunicação possibilitam a população o acesso às informações pertinentes a doação de órgãos.

Conforme os resultados, 70% dos entrevistados apontam com principal fonte de informação os meios de comunicação, 20% adquiriram informação através de amigos ou profissionais de saúde e 10% através de campanhas educativas realizadas em escolas.

A maioria das pessoas só tem acesso a uma informação detalhada e suficiente sobre doação de órgãos, no momento em que são abordados sobre o processo de doação de órgãos durante a realização da entrevista familiar para o consentimento, sendo este o momento mais difícil.

É necessário incentivar as famílias a colocarem esse assunto na pauta das discussões familiares, a fim de que se esclareçam as opiniões referentes ao destino de seus órgãos após a sua morte.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Silva AF, Guimarães TS, Nogueira GP. A atuação do enfermeiro na captação de órgãos. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. São Caetano do Sul 2009; 20(4):905-914.
2. Guerra CICO, Bittar OJNV, Siqueira JMR, Araki F. O custo que envolve a retirada de múltiplos órgãos. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2002; 48(2):156-162.
3. Traiber C, Lopes MHI. Educação para doação de órgãos. *Scientia Medica*, Porto Alegre: Pucrs 2006;16(4): 178-182.
4. Marinho A. Um estudo sobre as filas para transplantes no sistema único de saúde brasileiro. *Caderno de Saúde Pública*. 2006; 22(10): 2229-39.
5. Guetti NR, Marques IR. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2008; 61(1):3.
6. Nothen RR. A Doação de Órgãos no Cenário da Unidade de Terapia Intensiva. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira, Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2006.
7. Garcia VD. A política de transplantes no Brasil. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre: PUCRS 2006; 50(4): 313-320.
8. Lago PM et al. Morte encefálica: condutas médicas adotadas em sete unidades de tratamento intensivo pediátrico brasileiras. *Jornal de Pediatria* 2007; 83(2): 133-140.
9. Cinque VM, Bianchi ERF. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2010; 44(4): 996-1002.
10. Moraes El, Massarollo MCKB. Recusa na doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. *ACTA Paulista de Enfermagem* 2009; 22(2): 131-135.
11. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos - ABTO. Registro Brasileiro de Transplantes. São Paulo, Ano XVII, 2011. p. 6-7.
12. Rech TH, Rodrigues Filho EMR. Entrevista familiar e consentimento. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 2007; 19(1): 85-89.
13. Bittencourt ALP, Quintana AM, Velho MTAC. A perda do filho: luto e doação de órgãos. *Estudos de Psicologia* 2011; 28(4): 435-442.
14. Brites DA, Merotto F, Frasson AC. Doação de órgãos: mitos e verdades da equipe de enfermagem. Ponta Grossa, Cescage, 2008. Disponível em: <http://www.corenpr.org.br/artigos/tcc_dorelayne.pdf>. Acesso em: 25 de outubro de 2014.

Avaliação do estado nutricional de crianças amamentadas exclusivamente e crianças não amamentadas

Evaluation of the nutritional state of children who were exclusively breastfed, compared to children who were not breastfed

Daniele de Sousa Bandeira Bezerra¹; Lucas Costa Guimarães¹

Como citar:

Bezerra DSB, Guimarães LC. Avaliação do estado nutricional de crianças amamentadas exclusivamente e crianças não amamentadas. REVISA. 2015; 4(1): 11-6.

RESUMO

O estado nutricional infantil é um indicador de saúde global. Portanto, acompanhar o crescimento e o ganho ponderal facilita a descoberta de possíveis agravos à saúde e riscos nutricionais. O acompanhamento do crescimento e estado nutricional durante a infância possibilita um diagnóstico precoce de possíveis problemas, como desnutrição, sobrepeso ou obesidade na vida adulta. **Avaliou-se** o estado nutricional de crianças de 2 a 5 anos de idade que foram amamentadas, em comparação com crianças que não foram amamentadas. Trata-se de um estudo transversal analítico realizado na Creche Municipal Mundo Mágico de Valparaíso de Goiás. A amostra foi composta por 95 crianças entre 2 e 5 anos de idade, de ambos os sexos. Todas as crianças foram pesadas e medidas. Avaliaram-se as relações peso/idade (P/I), estatura/idade (E/I) e IMC/idade (IMC/I). Para a análise de dados, foram utilizados os testes estatísticos frequência, descritivos e Teste t de Student, com significância estatística aceita de 95% de intervalo de confiança. Os resultados apresentados comprovam a afirmação de que o déficit nutricional é menos frequente do que o sobrepeso e a obesidade entre as crianças amamentadas e não amamentadas. Embora as mães das crianças pesquisadas reconheçam a importância do leite materno, quase a metade delas não amamentaram seus filhos por pelo menos seis meses. Mudanças nos hábitos alimentares de crianças amamentadas e não amamentadas podem ter impacto sobre o estado nutricional das mesmas na vida adulta.

Palavras-chave: Aleitamento materno; Estado nutricional; Desmame.

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

Correspondência:

Prof. Me. Lucas Costa Guimarães
QE 46, AE 03, Bloco B, Apto 301,
Guará II. CEP: 7107-649.
E-mail: luguima18@hotmail.com

Recebido em: 20/11/2014
Aceito em: 28/02/2015

ABSTRACT

Child nutritional status is an indicator of integral health. Therefore, monitoring the growth and weight gain of children facilitates the diagnosis of possible health problems and nutritional risks. The monitoring of growth and of nutritional status during childhood makes it possible for an earlier diagnosis of problems which are likely to occur, such as malnutrition, overweight or obesity in the adult life. We evaluated the nutritional status of children from 2 to 5 years old, who were breastfed, compared to children who were not breastfed. This is a transversal analytical study carried out at the Mundo Mágico City Daycare Center in Valparaíso, Goiás, Brazil. The sample included 95 children aged 2 to 5 years old of both sexes. All 95 children were weighted and measured. The research evaluated their weight/age (W/A), height/age (H/A) and body mass index/age (BMI/A) ratios. Data analysis used frequency, descriptive and Student's t tests with a 95% confidence interval. **Results:** The results of this study corroborate the statement that malnutrition is less frequent than overweight/obesity both in the breastfed and non-breastfed children. Although the mothers of the studied children recognize the importance of breast milk, almost half of them have not nourished their children with breast milk for at least 6 months. It can be concluded that changes in the eating habits both of breastfed and non-breastfed children may have an impact on their nutritional status in the adult life.

Keywords: Breastfeeding; Children's nutritional status; Ablactation.

INTRODUÇÃO

A amamentação é o ato mais natural e o melhor alimento para o bebê devido aos benefícios nutricionais, emocionais e econômicos. O aleitamento materno traz benefícios ímpares, principalmente, para prematuros, levando a maiores quocientes de inteligência; melhora do sistema de defesa, devido à grande oferta de imunoglobulinas; maior proteção contra as infecções; melhor digestibilidade e ausência de fatores alergênicos e grande importância na redução do risco de obesidade¹.

A hipótese de que o aleitamento materno tem efeito protetor contra a obesidade e desnutrição não é recente. Porém, resultados controversos têm sido encontrados, e o tema permanece atual, principalmente frente ao importante aumento na prevalência da obesidade².

O acompanhamento do crescimento e estado nutricional durante a infância possibilita um diagnóstico precoce de possíveis problemas, como desnutrição, sobrepeso ou obesidade na vida adulta. Para tal avaliação, a antropometria é uma importante ferramenta para análise das condições de saúde e nutrição de crianças³.

O estado nutricional infantil é um indicador de saúde global. Acompanhar o crescimento e o ganho ponderal facilita a descoberta de possíveis agravos à saúde e riscos nutricionais. A avaliação das condições de saúde da população possibilita o planejamento de estratégias de intervenção mais eficazes e eficientes⁴.

Milhões de crianças brasileiras sofrem com as consequências dessa morbidade, principalmente, aquelas que se encontram nas zonas rurais e nas regiões mais pobres do país. As repercussões da desnutrição são sistêmicas, afetam todo o organismo do indivíduo e impedem o crescimento e desenvolvimento adequado da criança⁵.

Apesar de o progressivo declínio na prevalência de desnutrição infantil, esta continua e representa um grave problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, sendo responsável por grande número de mortes de crianças menores de cinco anos de idade, especialmente entre aquelas de baixa renda⁶.

Ao mesmo tempo em que se percebe a redução contínua dos casos de desnutrição, são

observadas prevalências crescentes de sobrepeso e obesidade. O aumento na prevalência da obesidade no Brasil é proporcionalmente mais elevado nas famílias de baixa renda, podendo coexistir, no mesmo domicílio, indivíduos obesos e desnutridos, caracterizando o processo de transição nutricional⁷.

A projeção dos resultados de estudos efetuados nas últimas três décadas é indicativa de um comportamento claramente epidêmico. Estabelece-se, portanto, um antagonismo de tendências temporais entre desnutrição e obesidade, definindo uma das características marcantes do processo de transição nutricional do país⁸.

É importante ressaltar que o excesso de peso na infância predispõe a várias complicações de saúde, como: problemas respiratórios, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, dislipidemias, elevando o risco de mortalidade na vida adulta. Nesse contexto, políticas públicas e programas de promoção da saúde, visando a hábitos alimentares saudáveis e práticas de atividades físicas regulares são necessários para combater essa realidade⁹.

Considerando a importância desse tema, esse artigo teve como objetivo avaliar o estado nutricional de crianças de 2 a 5 anos de idade, estudantes da Creche Municipal Mundo Mágico de Valparaíso de Goiás, que foram e que não foram amamentadas, e assim conscientizar os pais e/ou responsáveis da importância do aleitamento materno e a partir daí reverter o estado nutricional desta criança caso necessário.

MATERIAIS E MÉTODOS

Delineamento do Estudo

Trata-se de uma pesquisa realizada na Creche Municipal Mundo Mágico, Valparaíso – GO entre agosto/2014 e outubro/2014. Esta pesquisa seguiu os princípios éticos contidos na Plataforma Brasil.

Amostra

O público-alvo deste estudo foi constituído por crianças de 2 a 5 anos de idade vinculadas à Creche Municipal Mundo Mágico de Valparaíso de Goiás, Bairro Jardim Oriente.

As variáveis consideradas no estudo foram peso ao nascer, peso pré-gravídico, estatura ao

nacer, peso atual, estatura atual e índice de massa corporal (IMC).

Das 100 crianças inicialmente catalogadas, 95 tiveram suas medidas antropométricas registradas.

Com exceção do peso ao nascer, peso pré-gravídico e estatura ao nascer, que foram colhidos por meio do questionário domiciliar desenvolvidos para os pais e/ou responsáveis, os demais dados antropométricos foram coletados na Creche Municipal Mundo Mágico.

Os índices utilizados na determinação do estado nutricional foram estatura/idade (E/I), peso/idade (P/I) e IMC/idade (IMC/I). O padrão antropométrico de referência adotado foi o do WHO Child Growth Standards, 2006. O estado de normalidade foi conferido às crianças com valores compreendidos com 95% de intervalo de confiança de diferença entre 2,418 inferior e 3,024 superior, conforme as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Coleta de dados

O primeiro contato com as crianças foi feito na Creche, para entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE aos pais. Após, o retorno do TCLE foi verificado quais estavam autorizados e a partir daí foram realizadas a antropometria (peso e estatura).

Utilizou-se um formulário padrão para a coleta de dados voltada para os pais, porém não obteve sucesso, pois a maioria não respondeu por completo ou de forma correta.

Antropometria

Foram utilizadas no estudo balança digital e fita métrica pediátrica.

O peso foi aferido utilizando balança digital calibrada, com capacidades para 150 kg, com as crianças descalças e usando o uniforme da creche. A estatura foi aferida, utilizando a fita métrica pediátrica, com as crianças descalças cabeça posicionada corretamente e sem adereços. O IMC foi calculado utilizando a fórmula: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura(m}^2\text{)}^{10}$.

Consideraram-se valores válidos todos aqueles que obtiveram algum resultado dentro da curva de crescimento da WHO Child Growth Standards, 2006, tanto para P/I, E/I e IMC/I.

Análise estatística

A análise estatística foi realizada no programa IBM SPSS Statistics 21, utilizando os testes estatísticos frequência, descritivos e Teste-T, com significância estatística aceita de 95% de intervalo de confiança.

RESULTADOS

Das 95 crianças que fizeram parte do estudo, todas participaram das avaliações antropométricas, no entanto não houve perda de amostra. Só houve perda nos questionários direcionados aos pais, pois alguns não quiseram responder todas as perguntas, devido à baixa escolaridade.

Os resultados apresentados neste estudo comprovam que a afirmação de que o déficit nutricional é menos frequente do que o de sobrepeso/obesidade das crianças avaliadas, entre as amamentadas e não amamentadas, é verdadeira.

No gráfico 1, estão os resultados obtidos na proporção da medida antropométrica, E/I, que foram realizados após a aferição, assim como os demais gráficos.

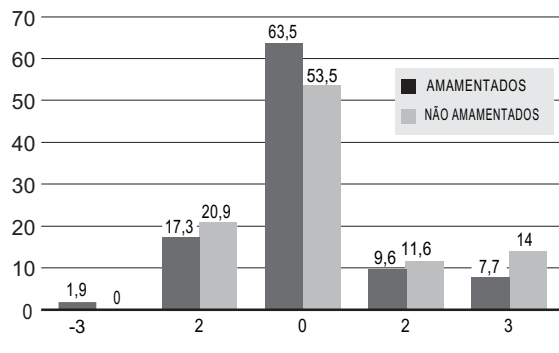


Gráfico 1 – Proporção da medida antropométrica, estatura por idade (E/I) entre crianças amamentadas e não amamentadas da Creche Municipal Mundo Mágico, Valparaíso – GO (n=95).

Fonte: Os próprios autores. Agosto/2014 e outubro/2014.

De acordo com os dados encontrados na coleta de dados, a medida antropométrica E/I, comprova que a maioria das crianças amamentadas está com o estado nutricional adequado (63,5% amamentados - 53,5% não amamentados) e que as não amamentadas estão em número maior no estado sobrepeso (11,6% não amamentados - 9,6% amamentados), obesidade (14% não amamentados - 7,7% amamentados) e baixo peso (20,9% não amamentados - 17,3% amamentados).

A proporção da medida antropométrica, P/I, estão representados no gráfico 2.

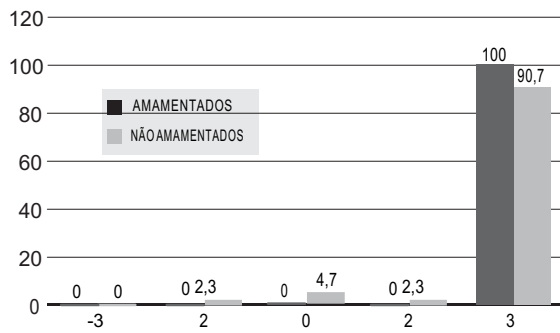


Gráfico 2 – Proporção da medida antropométrica, peso por idade (P/I) entre crianças amamentadas e não amamentadas da Creche Municipal Mundo Mágico, Valparaíso – GO (n=95).

Fonte: Os próprios autores. Agosto/2014 e outubro/2014.

Nas medidas antropométricas P/I e IMC/I não foi encontrado nenhum dado de crianças amamentadas nos estados nutricionais baixo peso (2,3% não amamentados - 0% amamentados), adequado (4,7% não amamentados - 0% amamentados) e sobrepeso (2,3% não amamentados - 0% amamentados). No estado desnutrido (0% amamentados - 0% não amamentados) não foi encontrado nenhum dado de crianças amamentadas e não amamentadas. No estado nutricional obesidade, 100% das crianças amamentadas e 90,7% das crianças não amamentadas se encontram nele, na medida antropométrica P/I.

No gráfico 3, estão os resultados obtidos na proporção da medida antropométrica, IMC/I.

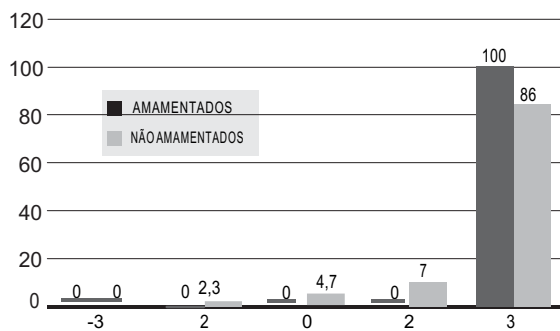


Gráfico 3 - Proporção da medida antropométrica, IMC por idade (IMC/I) entre crianças amamentadas e não amamentadas da Creche Municipal Mundo Mágico, Valparaíso – GO (n=95).

Fonte: Os próprios autores. Agosto/2014 e outubro/2014.

Na medida IMC/I também não houve nenhum dado encontrado de crianças desnutridas (0% amamentados - 0% não amamentados), no

estado nutricional baixo peso (2,3% não amamentados - 0% amamentados), adequado (4,7% não amamentados - 0% amamentados) e sobrepeso (7% não amamentados - 0% amamentados) só foram encontrados dados de crianças não amamentadas, no estado nutricional obesidade o índice de crianças amamentadas foi maior do que os de crianças não amamentadas (100% amamentados - 86% não amamentados).

DISCUSSÃO

Variáveis como a escolaridade materna, o número de moradores no domicílio, assim como o número de filhos, permite inferir as informações sobre os dependentes da renda familiar e a divisão intrafamiliar dos alimentos disponíveis para o consumo e, portanto, sobre o estado nutricional. As menores taxas de excesso de peso entre crianças oriundas de famílias com um maior número de moradores e maior número de filhos possivelmente está ligada a uma maior divisão da renda e dos alimentos¹¹.

A duração mediana do tempo de aleitamento materno exclusivo encontrado no estudo atual não é satisfatória, pois as crianças que não obtiveram o aleitamento exclusivo, a sobrevivência do aleitamento foi menor do que 50 dias. Em um inquérito feito na cidade de Florianópolis obteve durações medianas bem mais elevadas, de 94 dias para o aleitamento materno¹².

Segundo Souza et al⁷, o desenvolvimento precoce da obesidade vem apresentando valores alarmantes entre crianças em todo o mundo, sendo um problema de saúde pública que tende a se manter em todas as fases da vida. O excesso de peso tem superado de forma significativa, o déficit de peso no Brasil e em outros países.

Orellana et al¹³, em um estudo comparativo utilizando as curvas do NCHS/1977 e da WHO/2006 para avaliar o estado nutricional de crianças de até 5 anos, encontraram que, para o índice P/I, a prevalência de baixo peso foi maior em não amamentados.

Foi observado na medida antropométrica E/I na qual é a mais significativa na fase infantil, que as crianças que foram amamentadas possuíam o índice maior de estado nutricional adequado, menor de baixo peso, sobrepeso e obesidade do que as que não foram amamentadas.

CONCLUSÃO

Embora as mães das crianças pesquisadas reconheçam a importância do leite materno, quase a metade delas não amamentaram seus filhos por pelo menos 6 meses. Ao contrário do esperado, o acompanhamento do bebê juntamente com o da mãe pela Equipe de Saúde da Família, não influenciou tempo de amamentação. Com base nos relatos, constatou-se que tanto crianças amamentadas, exclusivamente, como as não amamentadas estão com o estado nutricional classificado entre sobrepeso e obesidade.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Silva WFG, Ferreira ZC. Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. *Rev. CEFAC*. 2013; 15(1):160-171.
2. Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(1): 60-69.
3. Oliveira GJ, Barbiero SM, Cesa CC, Pellanda LC. Comparação das curvas NCHS, CDC e OMS em crianças com risco cardiovascular. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2013; 59(4):375-380.
4. Sperandio N, Sant'ana LFR, Franceschini SCC, Priore SE. Comparação do estado nutricional infantil com utilização de diferentes curvas de crescimento. *Rev. Nutr.* 2011; 24(4): 565-574.
5. Felisbino-Mendes MS, Campos MD, Lana FCF. Avaliação do estado nutricional de crianças menores de 10 anos no município de Ferros, Minas Gerais. *Rev. esc. enferm. USP* 2010; 44(2): 257-265.
6. Jesus GM et al. Déficit nutricional em crianças de uma cidade de grande porte do interior da Bahia, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2014; 19(5): 1581-1588.
7. Souza MM, Pedraza DF, Menezes TN. Estado nutricional de crianças assistidas em creches e situação de (in)segurança alimentar de suas famílias. *Ciênc. saúde coletiva* 2012; 17(12): 3425-3436.
8. Reis CE et al. Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. *Rev. paul. pediatri.* 2011, 29(4): 625-633.
9. Giacomossi MC, Zanella T, Hofelmann DA. Percepção materna do estado nutricional de crianças de creches de cidade do Sul do Brasil. *Rev. Nutr.* 2011; 24(5): 689-702.
10. Schuch I et al. Excesso de peso em crianças de pré-escolas: prevalência e fatores associados. *J. Pediatr.* 2013; 89(2): 179-188.
11. Oliveira MGOA, Lira PIC, Batista Filho M, Lima MC. Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* 2013; 16(1): 178-189.
12. Oliveira JS et al. Fatores associados ao estado nutricional em crianças de creches públicas do município de Recife, PE, Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* 2013, 16(2): 502-512.
13. Orellana JDY, Santos RV, Coimbra Jr CEA, Leite MS. Avaliação antropométrica de crianças indígenas menores de 60 meses, a partir do uso comparativo das curvas de crescimento NCHS/1977 e OMS/2005. *J Pediatr.* 2009; 85(2):117-21.

Percepção de alimentação saudável por adolescentes de uma escola pública do Distrito Federal

Perceptions of healthy eating by adolescents from a public school in the Federal District

Karoline Liberato de Sousa¹, Lucas Costa Guimarães¹

Como citar:

Sousa KL, Guimarães LC. Percepção de alimentação saudável por adolescentes de uma escola pública do Distrito Federal. REVISA. 2015; 4(1): 17-24.

RESUMO

A adolescência é um período transitório quando as necessidades nutricionais são aumentadas e dificilmente supridas por conta da alimentação inadequada. Objetivou-se conhecer a percepção de alimentação saudável por jovens de baixa renda de uma escola pública do Distrito Federal. Um total de 208 estudantes de 11 a 18 anos respondeu a um questionário composto por perguntas que avaliaram a percepção de alimentação saudável pelos adolescentes comparado ao consumo alimentar dos mesmos. Foram encontradas respostas como “comer alimentos que fazem bem a saúde”, “ter uma alimentação equilibrada”, entre outras. Quanto à ingestão alimentar, relatou-se um baixo consumo de verduras, frutas e cereais integrais, e o consumo excessivo de doces, *fast food* e refrigerantes. A maioria dos adolescentes entrevistados tem noção do que são alimentação e hábitos saudáveis, porém esses conhecimentos não são praticados, o que mostra a necessidade de desenvolver projetos de incentivo ao consumo alimentar saudável, evitando o aumento da população com doenças crônicas no futuro

Palavras-chave: Percepção; Hábitos alimentares; Pobreza.

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

Correspondência:

Prof. MSc. Lucas Costa Guimarães. QE
46, AE 03, Bloco B, Apto 301,
Guará II. CEP: 7107-649.
E-mail: luguima18@hotmail.com

Recebido em: 20/11/2014
Aceito em: 28/13/2015

ABSTRACT

Adolescence is a transitional period when nutritional needs are increased but are hardly supplied, due to inadequate nutrition. We aimed to know the perception of healthy eating by low-income adolescents from a public school of the Federal District. **Methods:** A total of 208 students aged 11 to 18 years old answered a questionnaire about their perception of healthy eating, compared to their food consumption. Replies included answers such as “eating foods that are good to health”, and “to have a balanced eating” among others. Regarding food ingestion, there was a low intake of vegetables, fruits and whole grains, and an excessive intake of sweets, fast food and sodas. Most of the interviewed teenagers are aware of what healthy eating and healthy habits are; however, this awareness is not put into practice. This fact leads to the necessity of developing projects to encourage healthy food consumption, thus avoiding an increase in the population with chronic diseases in the future.

Keywords: Perceptions; Healthy eating; Poverty.

INTRODUÇÃO

A adolescência é um período transitório na vida do ser humano, definida pela Organização Mundial de Saúde como o período dos 10 aos 19 anos de idade, no qual há um estirão de crescimento, fase em que o organismo passa por grandes mudanças fisiológicas, onde as necessidades nutricionais são aumentadas e dificilmente supridas^{1,2}.

As mudanças fisiológicas no estirão de crescimento, quando chegam ao processo final, desenvolvem no adolescente as características de um indivíduo adulto, com toda a maturação sexual e óssea, o que necessita de energia e nutrientes em quantidades específicas³.

Esse período da vida também é marcado por mudanças de comportamento, pois o jovem ainda está em busca de independência e quer pertencer a um grupo com os mesmos interesses. Por conta disso, o convívio com os amigos influencia também na alimentação, já que, muitas vezes, se encontram para fazer lanches e consumir *fast foods*, que são alimentos ricos em gordura e açúcares e com poucos micronutrientes⁴.

Com hábitos alimentares errôneos e o sedentarismo, a obesidade na adolescência vem crescendo e se tornando um problema cada vez mais comum e preocupante. Um estudo realizado com adolescentes apontou que 80% dos que eram obesos na adolescência tornaram-se obesos também na vida adulta⁵, o que mostra a necessidade de prevenir um acúmulo de gordura o mais cedo possível.

Conhecendo o que é considerado saudável pelos adolescentes, pode ser feita uma comparação com o que é consumido pelos mesmos, e assim, reconhecer se a percepção dos jovens de baixa renda sobre a alimentação saudável é correta ou não, ou mesmo se têm consciência do que consomem.

O objetivo deste estudo foi conhecer a percepção de alimentação saudável por jovens de baixa renda de uma escola pública do Distrito Federal.

MATERIAIS E MÉTODOS

Delineamento do Estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva quantitativa que foi realizada no Centro de Ensino Fundamental 411 de Samambaia – DF, no período de 3 dias no mês de novembro de 2014. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Paulista e segue os aspectos éticos de acordo com a Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Amostra

Foi solicitada a 250 estudantes de 11 a 18 anos de idade, de ambos os sexos, matriculados na rede de ensino pública, a participação desta pesquisa, porém apenas 208 aceitaram participar voluntariamente e obtiveram autorização dos pais e/ou responsáveis. Foram excluídos os menores de 11 anos e 1 mês e os maiores de 18 anos e 11 meses.

Os estudantes maiores de idade e os pais ou responsáveis legais dos adolescentes menores de idade que aceitaram participar da pesquisa assinaram devidamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após o esclarecimento das intenções da pesquisa e de seus instrumentos para a realização da mesma.

Coleta de dados

Os dados foram coletados em três dias, com apenas um encontro com cada voluntário, momento em que os mesmos responderam ao questionário elaborado para a pesquisa, após a orientação de preenchimento correto das informações.

Foi aplicado um questionário com a finalidade de avaliar a percepção de alimentação saudável pelos adolescentes, com a identificação feita apenas por idade e sexo. A pergunta principal foi a seguinte: “Para você, o que é uma alimentação saudável?”, sendo uma pergunta aberta para que haja liberdade na interpretação e na resposta do entrevistado. Também foi realizado um Questionário de Frequência Alimentar (QFA) para avaliar a qualidade do consumo de alimentos pelos estudantes, e, por fim, foi perguntado: “Você considera sua alimentação saudável?” Esta pergunta teve alternativas para resposta apenas “sim” ou “não” para avaliar se os adolescentes realmente têm a consciência do que consomem.

Análise estatística

A análise estatística foi descritiva, com tabulação dos dados variáveis qualitativos (sexo, QFA) e quantitativos (idade).

RESULTADOS

Dos 250 estudantes solicitados para participar da pesquisa, 208 atenderam a todas as exigências e aceitaram participar voluntariamente. As idades variaram entre 11 e 18 anos (com média de 14,5 anos), a maioria apresentou idades de 12, 13 e 14 anos, somando 80% do total. Quanto ao gênero, 103 (50%) eram do sexo masculino e 105 (50%) do sexo feminino.

No gráfico 1 estão os resultados obtidos sobre a percepção de alimentação saudável dos adolescentes através do questionário aplicado.

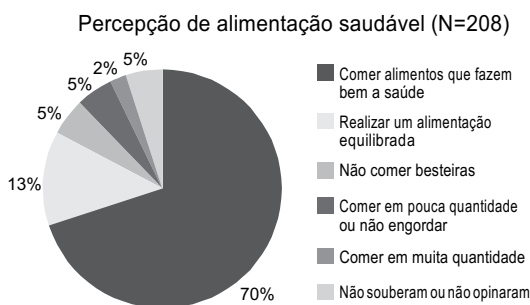


Gráfico 1. Percepção de alimentação saudável pelos adolescentes, n= 208.

Os resultados dessa questão foram tabulados por associação de respostas semelhantes. A maioria respondeu, com suas palavras, que ter uma alimentação saudável é comer alimentos que fazem bem para a saúde, o que correspondeu a 70% das respostas; 13% responderam que é fazer uma alimentação equilibrada; 5% disseram que é não comer besteiras, a mesma quantidade respondeu que é comer em pouca quantidade ou não engordar; 2% responderam comer em muita quantidade; e 5% não souberam ou não opinaram.

Os resultados do QFA dos adolescentes estão representados no gráfico 2, onde foi feita uma avaliação da qualidade de acordo com a frequência de consumo dos grupos alimentares.

Qualidade da alimentação obtida pelo questionário de Frequência Alimentar (N=208)

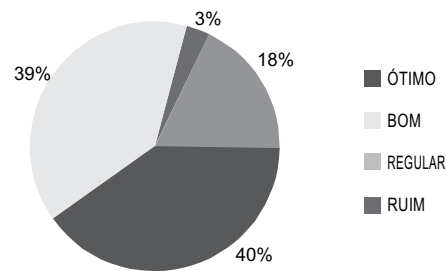


Gráfico 2. Qualidade da alimentação avaliada pelo Questionário de Frequência Alimentar (QFA), n=208.

A qualidade da alimentação foi considerada ruim quando houve o consumo adequado de 0 a 3 grupos alimentares, somando 39% do total; foi considerado um consumo alimentar regular quando houve a adequação no consumo de 4 a 5 grupos alimentares, somando 40% do total; foi considerado bom o consumo adequado de 6 a 7 grupos alimentares, com 18% do total; e por fim, foi considerado ótimo o consumo de 8 ou 9 grupos alimentares, com 3% do total de entrevistados.

Após o preenchimento do QFA foi respondida a pergunta: "Você considera sua alimentação saudável?". Os resultados foram representados no gráfico 3.

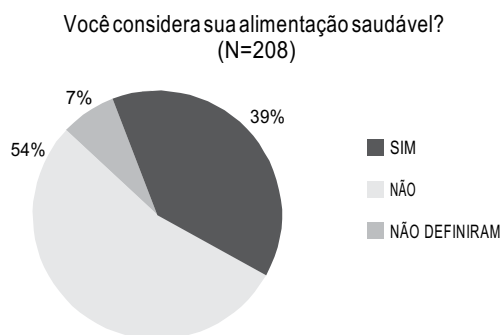


Gráfico 3. Avaliação dos adolescentes sobre a própria alimentação, n= 208.

Os que consideraram a alimentação saudável foram 39%, porém a maioria, 54%, não consideraram saudável a alimentação que fazem. Os que não souberam ou não opinaram somaram 7% do total.

DISCUSSÃO

A adolescência é uma fase transitória da infância para a fase adulta e é marcada por muitas transformações. Neste estudo foi utilizado o conceito estipulado pela Organização Mundial de Saúde que define o período dos 10 aos 19 anos de vida a chamada adolescência, fase na qual o organismo passa por grandes mudanças fisiológicas, onde as necessidades nutricionais são aumentadas e dificilmente supridas^{1,2}.

A média de idades obtida foi de 14,5 anos devido a pesquisa ter sido realizada em ambiente escolar, com alunos do ensino fundamental. A maioria apresentou idades entre 12 e 14 anos. Quanto ao gênero, observou-se um equilíbrio, onde 105 dos pesquisados são do sexo masculino e 103 do feminino.

Durante o estirão de crescimento, há o processo de maturação sexual com seus diferentes estágios de acordo com cada gênero, o desenvolvimento dos órgãos internos, e a mudança de composição corporal, onde a distribuição muscular e de gordura são alteradas³.

Quando há desproporção entre a ingestão alimentar e o gasto energético, a saúde pode ser comprometida, gerando problemas como obesidade, anorexia, bulimia, hipertensão, entre outros. Tanto o comportamento alimentar, quanto a prática de exercícios físicos na fase da adolescência, pode intensificar ou comprometer hábitos saudáveis durante toda a vida. Também nessa fase, finaliza-se a formação esquelética que necessita de maior demanda mineral; se não for atingida, pode prejudicar o crescimento total da massa óssea⁶.

Hoje em dia há o conhecimento de fatores biológicos e psicossociais, considerados de risco para os adolescentes, tornando o indivíduo vulnerável. Dentre esses riscos estão prematuridade, desnutrição, atraso no desenvolvimento, família desestruturada, pobreza e dificuldade no acesso à educação e saúde⁷.

A fase da adolescência apresenta indivíduos vulneráveis, pois é um período de transição. É nesse momento da vida que adquirimos mais independência e responsabilidades, vivemos novas experiências sociais e construímos opiniões pessoais, espelhados nas atitudes de colegas e amigos do convívio habitual⁷.

Alimentação saudável

Estudos realizados na área da saúde apontam a alimentação saudável como uma alimentação que engloba a diversidade de alimentos, visando à variedade de nutrientes, em quantidade e qualidade adequadas, capazes de atender as necessidades biológicas de cada indivíduo, sem desprezar suas práticas culturais⁸.

Complementando esse conceito, Philippi et al⁹ afirmam que alimentação saudável deve ser programada com variedade de alimentos e procedência confiável, devendo ser consumidos preferencialmente de forma natural, e preservando, o máximo possível, os aspectos nutritivos e sensoriais quando preparados.

Em adolescentes, é necessária atenção às recomendações nutricionais, pois elas estimam as necessidades da maior parte da população para que se adquira um desenvolvimento completo e saudável. As DRI (*Dietary Reference Intakes*) recomendam que a quantidade protéica para adolescentes seja entre 12% e 15%, de carboidratos em torno de 55% a 60%, e os lipídios, até 30% das calorias totais da dieta¹⁰.

Os adolescentes desta pesquisa não apresentaram consumo adequado de todos os grupos alimentares, o que pode prejudicar o consumo de vitaminas e minerais essenciais para o crescimento adequado para a idade, maturação sexual, formação óssea e desenvolvimento muscular. A recomendação de vitaminas e minerais para adolescentes prioriza o consumo das vitaminas A, C e D, e os minerais cálcio, ferro e zinco, pois as necessidades desses nutrientes são aumentadas nessa fase¹⁰.

As recomendações de alimentação saudável para a população brasileira em geral, levam em consideração a mudança de hábitos alimentares para a promoção de saúde e principalmente a prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis que são problemas de saúde pública¹¹.

Porém, a percepção de alimentação saudável é entendida pela maioria dos adolescentes como uma alimentação extremamente restritiva, que veta muitos alimentos que fazem parte da dieta habitual da população, e alimentos que geram prazer, como alimentos ricos em açúcar, por isso não é muito aceita e nem seguida⁶.

Quando perguntados sobre o que consideravam uma alimentação saudável, obtiveram-se respostas variadas. As respostas parecidas foram reunidas em grupos, que foram: “Comer alimentos que fazem bem a saúde”, que representou a maior parte das respostas obtidas (70%), “Realizar uma alimentação equilibrada” foi a resposta de 13% dos entrevistados, 5% responderam “não comer besteiras”, também com 5% responderam “comer em pouca quantidade, não engordar”, 5% definiram como “comer em muita quantidade”, e 5% não souberam ou não opinaram.

Comparando a qualidade da alimentação dos adolescentes com a percepção de saudável da própria alimentação, foi encontrada uma divergência, pois os grupos que tiveram a alimentação considerada ótima ou boa somaram 21%, e quando perguntados se consideravam sua alimentação saudável, 39% respondeu sim, o que mostra que não há muito conhecimento sobre as recomendações nutricionais e que pode haver dúvidas quanto a ingestão e a quantidade adequadas.

Alimentação dos adolescentes

A alimentação, em primeiro lugar é construída pela família, pois desde a infância, o indivíduo entra em contato com os hábitos dos familiares, que apresentam os alimentos que consomem para a criança, assim, influenciam diretamente os gostos pessoais com o passar do tempo¹².

Os hábitos alimentares dos adolescentes estão ligados à sua auto-imagem corporal, onde a insatisfação com o corpo, muitas vezes pelo excesso de peso, faz com que muitos cometam a prática de pular refeições no intuito de emagrecer, isso pode influenciar o aparecimento de transtornos alimentares¹³.

A qualidade da alimentação dos estudantes foi analisada comparando às recomendações da pirâmide da alimentação saudável. As recomendações utilizadas dos grupos alimentares seguiram as recomendações de necessidades nutricionais de 2200 Kcal para o sexo feminino e 2600 Kcal para o masculino de acordo com a média de idade de 14,5 anos⁹. Para a tabulação dos dados, foi considerada como uma alimentação ótima o consumo adequado de 8 ou 9 grupos alimentares, alimentação boa com o consumo de adequado de 6 a 7 grupos alimentares, regular o consumo adequado de 4 a 5, e ruim o consumo

adequado de 3 ou menos grupos alimentares. Os estudantes que apresentaram alimentação ruim foram 39% do total, a maior parte, 40% dos entrevistados, apresentou consumo de alimentos regular, 18% apresentaram consumo alimentar bom, e por fim, o consumo alimentar considerado ótimo totalizou apenas 3% dos entrevistados.

Foi encontrado o baixo consumo de alimentos como as frutas e legumes em geral. Estudos apontam que 11% das doenças apresentadas pela população mundial estão associadas ao baixo consumo desses alimentos, o que caracteriza alimentação pobre em nutrientes¹⁴.

Também foram encontrados o consumo excessivo de doces, *fast foods* e refrigerantes. Como foi dito anteriormente, há relação entre o aumento do consumo desses alimentos com o desenvolvimento de DCNT (obesidade, hipertensão, diabetes, problemas cardíacos, etc.) entre a população infantil e adolescente, já que esses alimentos fazem parte dos hábitos alimentares diários ou semanais de muitos adolescentes¹⁵.

Estudos apontam que as preferências alimentares da maior parte dos adolescentes são por doces, gorduras, massas e refrigerantes. A maioria se preocupa apenas com o sabor da refeição, e mesmo os que desejam emagrecer, consomem esses tipos de alimentos¹⁶.

Esses maus hábitos alimentares vêm contribuindo com o crescente aumento de sobrepeso e obesidade em adolescentes em todo o Brasil, assim como o aparecimento de doenças crônicas cada vez mais cedo¹⁷.

A convivência com os amigos e colegas também pode afetar as escolhas alimentares, pois o mais aceito e desejado pelos jovens é o consumo de lanches e *fast foods*, que oferecem muita gordura, açúcar e poucos micronutrientes¹⁸.

Sobre a questão social dos jovens, alguns estudos detectaram que os adolescentes em classes econômicas mais altas tendem a consumir mais gorduras, açúcares e sódio, e consomem menos hortaliças do que adolescentes com baixa renda, o que é preocupante, pois o acesso facilitado aos alimentos e a informação não foi capaz de evitar práticas alimentares inadequadas¹⁹.

Porém, o consumo alimentar dos mais pobres não pode ser considerado mais saudável, pois um estudo realizado em escolas públicas do Rio de Janeiro apontou grande consumo de refrigerantes, balas e doces e a baixa ingestão de frutas e hortaliças pelos estudantes²⁰.

Contudo, se faz necessária a implementação de estratégias de controle e prevenção de sobrepeso e obesidade nas escolas, sendo essa a maneira mais eficaz de prevenir problemas futuros, pois a adolescência é considerada um momento decisivo e favorável para intervenção precoce⁶.

CONCLUSÃO

Os resultados mostraram que a maioria dos adolescentes entrevistados tem noções do que são alimentação e hábitos saudáveis, porém muitos deles não utilizam esses conhecimentos na prática alimentar, o que mostra a necessidade de desenvolver e aplicar projetos de incentivo ao consumo alimentar saudável de uma maneira atrativa para este público, evitando o aumento da população com doenças crônicas no futuro.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, 1995. p.263-311.
2. Carvalho CMRG, Nogueira AMT, Teles JBM, Paz SMR, Sousa RML. Consumo alimentar de adolescentes matriculados em um colégio particular de Teresina, Piauí, Brasil. 2001; 14(2):85-93.
3. Eisenstein E, Cruz KSC; Cortes SC, Coelho MASC. Nutrição na adolescência. J. pediatri. 2000; 76 (Supl.3): S263-S274.
4. Andersen LF, Nes M, Sandstad B, Bjorneboe G-E, Drevon C.A. Dietary intake among Norwegian adolescents. European Journal of Clinical Nutrition, London. 1995.
5. Sichieri R, Souza RA. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. Cad. Saúde Pública 2008; 24 (Sup 2):S209-S234.
6. Jacobson MS., Eisenstein E, Coelho SC. Aspectos nutricionais na adolescência. Adolesc. Latinoam. vol.1 no.2. Porto Alegre jul/set. 1998. Disponível em: <http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71301998000100004&lng=en &nrm=.pf> Acesso: 28 jul. 2014.
7. Sapienza G, Pedromônico MRM. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. Psicologia em Estudo 2005; 10(2): 209-216.
8. Assao TY, Mancuso AMC. Alimentação saudável: percepções dos educadores de instituições infantis. Revista brasileira crescimento desenvolvimento humano 2008; 18(2): 126-134.
9. Philippi ST, Colucci ACA, Cruz ATR, Ferreira MN, Coutinho RLR. Alimentação saudável na infância e na adolescência. In: Curso de atualização em alimentação e nutrição para professores da rede pública de ensino, 2000; Piracicaba. Piracicaba: Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz; 2000. p.46-60.
10. Giannini DT. Recomendações nutricionais do adolescente. Adolescência & Saúde. Volume 4 n° 1. Fevereiro 2007. Disponível em: <http://adolescenciaesaude.com/imagebank/PDF/v4n1a03.pdf?aid2=115&nome_en=v4n1a03.pdf> Acesso: 14 jul. 2014.
11. Sichieri R, Coitinho DC, Monteiro JB, Coutinho WF. Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. Arq Bras Endocrinol Metab 2000; 44(3): 227-232.
12. Gambardella AMD, Frutuoso MFP, Franch C. Prática alimentar de adolescentes. Rev. Nutr. 1999; 12(1): 5-19.
13. Toral N, Slater B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. Cienc. Saúde coletiva 2007; 12(6): 1641-1650.
14. Ferreira A, Chiara VL, Kuschnir MCC. Alimentação saudável na adolescência: consumo de frutas e hortaliças entre adolescentes brasileiros. Adolescência & Saúde 2007; 4(2):48-52.
15. Ramos MPP, Barros Filho AA. Prevalência da obesidade em adolescentes de bragança paulista e sua relação com a obesidade dos pais. Arq Bras Endocrinol Metab 2003; 47(6):663-668.
16. Quaioti TCB, Almeida SS. Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. Psicologia USP 2006; 17(4):193-211.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de orçamentos familiares: Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro. 2004.
18. Andersen LF, Nes M, Sandstad B, Bjorneboe G-E, Drevon C.A. Dietary intake among Norwegian adolescents. European Journal of Clinical Nutrition, London. 1995.
19. Levy RB, Castro IRR, Cardoso LO, Tavares LF, Sardinha LMV, Gomes, FS, et al. Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. Ciência & Saúde Coletiva 2010; 15(Supl. 2):3085-3097.
20. Castro IRR, Cardoso LO, Egstrom EM, Levy RB, Monteiro CA. Vigilância de fatores de risco para doenças não transmissíveis entre adolescentes: a experiência da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saude Publica. 2008; 24(10):2279-2288.

Incidência de sífilis em gestantes residentes em Valparaíso de Goiás

Incidence of syphilis in pregnant women in Valparaíso de Goiás

Arielly Lorrany Boaventura S. Antunes¹; Walquiria Lene dos Santos¹

Como citar:

Antunes ALBS, Santos WL. Incidência de sífilis em gestantes residentes em Valparaíso de Goiás. REVISA. 2015; 4(1): 25-31.

RESUMO

A sífilis, infecção causada pelo *Treponema pallidum*, é uma doença de transmissão sexual (sífilis adquirida) e vertical (sífilis congênita) pela placenta da mãe para o feto, com a manifestação de diversos sintomas, tais como: pequenas feridas nos órgãos genitais que desaparecem espontaneamente e não deixam cicatrizes; gânglios aumentados e ínguas na região das virilhas, e manchas vermelhas na pele, na mucosa da boca, nas palmas das mãos e plantas dos pés. O objetivo desta pesquisa foi analisar a incidência de sífilis em gestantes no Município de Valparaíso de Goiás. Trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo realizado por meio da aplicação de questionários às gestantes. Foi observado que mulheres que vivem em bairros carentes com renda de até um salário mínimo e não possuem acesso às informações sobre doenças sexualmente transmissíveis são mais propensas a contrair sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis. A recusa do parceiro em realizar o tratamento, influencia, significativamente, no tratamento da companheira. A sífilis ainda é uma doença desconhecida pela população em relação aos seus métodos de transmissão e sintomas. Esse desconhecimento da doença impede que várias outras pessoas sejam diagnosticadas nos estágios iniciais.

Palavras-chave: Sífilis; Gestante; Incidência.

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

Correspondência:

Profª 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.

Recebido em: 18/12/2014
Aceito em: 13/07/2015

ABSTRACT

Caused by *Treponema pallidum*, syphilis is a disease caused both sexually (acquired syphilis) and vertically (congenital syphilis) via a mother's placenta to a fetus, with the manifestation of symptoms such as small sores on the genital organs, which disappear spontaneously and do not leave scars; swollen glands and swollen lymph nodes in the groin area, red spots on the skin, lining of the mouth, palms and soles. The objective of this research was to analyze the incidence of syphilis in pregnant women in the city of Valparaiso de Goiás. This is both a quantitative and qualitative study, which applied questionnaires to pregnant women. We observed that women living in poor neighborhoods with an income of up to one minimum wage, who do not have access to information on sexually transmitted diseases are more likely to contract syphilis and other sexually transmitted diseases. Male partners' refusal to undergo medical treatment significantly affects the treatment of their companions. In terms of its method of transmission and symptoms, Syphilis is still an unknown disease by the population. Such lack of knowledge about the disease prevents many persons from being diagnosed during its early stages.

Keywords: Syphilis; Pregnant women; Incidence.

INTRODUÇÃO

A sífilis, infecção causada pelo *Treponema pallidum*, é uma doença de transmissão sexual com distribuição mundial, sendo ainda um importante problema de saúde pública. É uma doença multifacetada, com sérias implicações para a mulher grávida e seu conceito¹.

Nos países desenvolvidos, a maioria dos óbitos fetais ocorre anteparto e no pré-termo, 10 a 25% deles são causados por infecções, estando a sífilis entre as mais comuns². Caracteriza-se por períodos de atividade e latência; pelo acometimento sistêmico disseminado e pela evolução para complicações graves em parte dos pacientes que não trataram ou que foram tratados inadequadamente³.

E tratada desde 1943 pela penicilina, sua droga mais eficaz, continua como um problema de saúde importante em países desenvolvidos ou subdesenvolvidos³. A sífilis é doença transmitida pela via sexual (sífilis adquirida) e verticalmente (sífilis congênita) pela placenta da mãe para o feto⁴.

O contato com as lesões contagiantes (cancro duro e lesões secundárias) pelos órgãos genitais é responsável por 95% dos casos de sífilis⁴. Existem também outras formas de transmissão como tatuagens e transfusões sanguíneas. Se não tratada, a doença pode evoluir a estágios que comprometem a pele e órgãos internos, como o coração, fígado e sistema nervoso central⁵. O tratamento para sífilis congênita é realizado com penicilina conforme os critérios determinados pelo Ministério da Saúde⁵.

Os sintomas da sífilis variam conforme o estágio da doença e também de pessoa para pessoa. Em alguns casos, os sinais passam despercebidos, e a pessoa só descobre que tem a doença quando faz um exame de sangue⁶. A sífilis congênita é dividida em dois períodos: a precoce (até o segundo ano de vida) e a tardia (surge após segundo ano de vida)⁷.

Considerando especificamente a morte fetal decorrente da infecção luética sob a perspectiva do conhecimento científico atual, conclui-se que, hodiernamente, sua ocorrência na sociedade é simplesmente ilógica⁸. Vários são os fatores sociais, econômicos e culturais que influenciam as taxas epidêmicas estacionárias da sífilis nos

últimos anos, porém, seguramente, o fato de ser uma doença de sinais, que raramente leva ao prejuízo da força de trabalho⁸. O objetivo principal deste estudo foi analisar a incidência de sífilis em gestantes no município de Valparaíso de Goiás.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo realizado nas unidades de Estratégia da Família da região de Valparaíso de Goiás. A amostra foi composta por 16 gestantes portadoras de sífilis. Como critérios de inclusão estar gestantes com sorologia positiva para sífilis.

Para a análise dos dados qualitativos, estes foram transcritos conforme a fala das participantes, criando nomes fictícios, garantindo o anonimato do estudo. Depois da transcrição, criou-se 3 categorias temáticas a saber: Mudanças após o diagnóstico; Tornando público a doença: sentimentos e reações. Dificuldade pra realizar o trabalho. Os outros dados foram quantificados e geradas tabelas para a discussão dos resultados.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires (FACESA), atendendo a Resolução número 466/12.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estão explicitados abaixo os resultados da presente pesquisa.

Tabela I - Perfil socioeconômico e demográfico das gestantes portadoras de sífilis atendidas no município de Valparaíso de Goiás. N=16

Idade	Numero	Porcentagem
16-18	2	20%
20-25	5	50%
26-30	3	30%
Filhos		
0 1	3	30%
0 2	2	20%
03 a 05	4	40%
Renda Familiar		
01 salario mínimo	7	70%
02 salários mínimos	2	20%
03 salários mínimos	1	10%

Idade	Numero	Porcentagem
Parceiro Fixo		
Sim	8	80%
Não	2	20%
Ultimo Papanicolau realizado		
01 ano	4	40%
02 anos	4	40%
Nunca fez	2	20%
Método Contraceptivo		
Preservativo	2	20%
Pílula anticoncepcional	4	40%
Nenhum	4	40%
Parceiros nos últimos 02 anos		
	3	30%
Parceiros nos últimos 02 anos	3	30%
	4	40%
Acompanhamento psicológico		
Sim	2	20%
Não	8	80%
Contraiu outra DST		
Sim	2	20%
Não	8	80%
Parceiros que realizaram o tratamento		
Sim	7	70%
Não	3	30%
Sintomas antes do diagnostico		
Sim	1	10%
Não	9	90%

Fonte: Pesquisa 2014

Entre as mulheres pesquisadas, 50% tinham entre 20 e 25 anos de 03 a 05 filhos com parceiro fixo e com renda de até um salário mínimo. As mesmas relataram que realizavam consultas com ginecologistas e a coleta do exame de Papanicolau. Observou-se também que a maior parte delas usavam pílulas anticoncepcionais ou nenhum outro método de prevenção a DST, porém nunca contraíram outra DST antes. O número de parceiros sexuais nos últimos 02 anos foi um dos fatores que colocaram as mais vulneráveis ao contágio da doença que em 90% dos casos não aparecem nenhum tipo de sintoma. 80% delas não tiveram acompanhamento com assistente social ou psicólogo. 70% dos parceiros propuseram a realizar o tratamento. Foi observado que as mulheres mais carentes e com menores recursos financeiros com maior numero de filhos

das regiões mais carentes são mais susceptíveis a contrair DST.

A análise dos dados qualitativos revelou:

Mudanças após o diagnóstico

“Não mudou nada” Gardênia.

“Nenhuma mudança” Orquídea.

“Segui minha vida, não deixei que isso abalasse minha vida” Cidra.

“Nenhuma” Begônia.

“Não percebi nenhum tipo de mudança” Amarílis.

“Não mudou nada” Tulipa.

“Meu marido não aceitou a nossa doença, ele disse que a culpa de tudo era minha, que eu levei a doença pra nossa casa... Mas eu nunca trai ele, fiquei sem saber como isso chegou na minha casa...” Rosa.

“Fiquei tão triste, achei que ia ficar depressiva... Tive medo de contar pro meu marido, escondi durante uns dias, fiquei apreensiva, nervosa, triste, ate que tive a coragem de contar.” Margarida.

“Meu marido não queria ter relação comigo, ficou estranho e afastou-se de mim” Violeta.

“Me senti pra baixo e meu marido ficou estranho comigo, ele quis se separar achou que eu tinha traído ele...” Hortência.

Percebeu-se também que a sífilis traz repercussões ao relacionamento conjugal da mulher e esta, muitas vezes, encontra-se fragilizada e temerosa quanto às implicações da doença na sua vida com o parceiro¹⁴.

Tem sido observado, em anos mais recentes, um aumento da prevalência da sífilis em países em desenvolvimento e industrializados, destacando-se o aumento dos casos de sífilis primária e secundária em mulheres em idade fértil¹⁰.

Tornando público a doença: sentimentos e reações

“Não contei para ninguém, ficou somente entre eu e meu marido” Cidra.

“Tive vergonha de contar” Orquídea.

“Não disse nada, nem pretendo dizer, minha família não entende essas coisas” Gardênia

“Eu contei, minha mãe ficou muito preocupada, mas me apoiou, eu não tinha companheiro tinha que contar para alguém” Amarílis

A tristeza é um período transitório de desânimo, sendo que este sentimento é ocasionado por algum tipo de desapontamento ou perda, o

fato de ter adquirido essa DST faz com que elas se sintam envergonhadas¹³.

O estigma da sífilis tem repercussões negativas para as pessoas, suas famílias e a comunidade. Provoca isolamento social e implica em relutância para a revelação do diagnóstico mesmo quando se pretende, deseja ou necessita fazê-lo.

Um dos principais motivos para a decisão de não revelação do diagnóstico nos grupos dessa pesquisa foi o temor de serem rejeitadas e a preocupação com o que os outros pensarão se forem identificadas como portadoras da doença¹⁴.

“A enfermeira me ajudou bastante, ela me ligava e perguntava se eu estava seguindo o tratamento, se eu tinha alguma dúvida...” Violeta.

“Nossa ela foi um anjo comigo, sempre que tinha alguma dúvida eu procurava ela e ela me respondia tudo” Amarilis.

“Ela me contou sobre a doença de uma forma legal, porque ela me explicou o que era primeiro aí quando ela disse que eu tinha isso eu já sabia que não era tão ruim” Tulipa.

“Não tive nenhuma dúvida, o enfermeiro explica bem” Cidra.

“Tudo que eu perguntei ela me explicou com muita paciência, me disse que o tratamento era muito importante, que eu não poderia deixar de fazer” Hortência.

“Ah eu pesquisei na internet...” Begônia.

“Eu não entendia explicação dela e fiquei com vergonha de ficar perguntando, aí eu pesquisei na internet...” Margarida.

“Eu entendi pouca coisa, eu estava muito abalada naquele momento...” Orquídea.

“Eu pesquisei na internet por vergonha de perguntar” Rosa.

“Minha vizinha quem me explicou” Gardênia

A enfermagem auxilia a compreender o diagnóstico em todo processo. Os profissionais de saúde devem realizar o aconselhamento, que consiste em um processo de trocas com o cliente, em que o profissional estabelece um clima de respeito e confiança, oferecendo estratégias que façam o mesmo também se sentir responsável pela sua saúde. Visa à adoção de medidas de proteção, além de proporcionar apoio emocional diante do impacto do diagnóstico da infecção¹³.

Nesse sentido, o enfermeiro deve exercer um papel importante como educador, uma vez que ele é o profissional de saúde mais apto a fornecer

as orientações a esta clientela, pois além de possuir os conhecimentos científicos necessários, é o profissional que presta assistência à saúde da mulher, estabelecendo assim, na maioria das vezes, uma relação de cumplicidade com as mesmas¹⁴.

Dificuldades para realização do tratamento

“Eu não terminei o tratamento, tomei só uma dose porque doeu demais...” Rosa:

“Não terminei o tratamento, o meu companheiro não quis fazer aí também doía muito, acabei deixando pra lá...” Margarida:

“Fiz o tratamento todo, pois sabia da importância pra minha filha”. Violeta

“Apesar de doer bastante eu fiz...” Hortência

“Fiz corretamente, meu marido também fez”.

Cidra

As outras pacientes responderam: Que a dor foi a maior dificuldade para realizar o tratamento

Por uma série de razões, a população continua sem saber o que é a doença, como ocorre a transmissão da sífilis e a existência de prevenção para ela. O processo de ficar doente é envolvido por expressões subjetivas caracterizadas pela inserção na cultura, que possui sua própria linguagem de sofrimento, determinada pelos sinais e sintomas. Como a sífilis apresenta sinais e sintomas que passam muitas vezes despercebidos, ela não é vista como uma doença, dificultando assim o tratamento e entendimento sobre sua transmissão¹².

Poucas unidades realizavam atividades educativas no âmbito individual e coletivo. Acredita-se que as atividades de Educação em Saúde podem se revelar como espaço para compartilhar experiências e socializar saberes. Foi identificada indisponibilidade de protocolos, normas e diretrizes do MS para eventuais consultas pelos profissionais, bem como de material educativo sobre a sífilis para distribuição durante as atividades de Educação em Saúde⁹.

A dificuldade de tratamento do parceiro sexual de portadores de DST pode estar relacionada à própria construção histórica das políticas de saúde, que sempre foram excludentes em relação ao homem, provocando a baixa procura por atendimento¹¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que mulheres que vivem em bairros carentes com renda de até um salário mínimo, que não têm acesso a informações sobre doenças sexualmente transmissíveis, são mais propensas a contrair sífilis e outras DST. A negação do parceiro a realizar o tratamento influencia significativamente no tratamento da companheira, talvez por medo ou outras razões não expressadas durante a entrevista a gestante abandona o tratamento.

Após o término da pesquisa foi realizado palestras educativas as gestantes entrevistadas individualmente para que fosse preservada sua identidade e enfermidade. Também foram realizadas palestras para todas as gestantes inseridas no programa de saúde da família, incentivando o uso do preservativo e prevenção de varias outras DST.

A sífilis ainda é uma doença desconhecida pela população, método de transmissão e sintomas, esse desconhecimento à doença impede que várias outras pessoas sejam diagnosticadas, enquanto a doença ainda está em estágios iniciais. A secretaria de saúde do município deve realizar palestras educativas para conscientização da população sobre as doenças sexualmente transmissíveis, facilitar a realização de testes de diagnostico. Também foi observado o sentimento da gestante quanto à doença e a falta de acompanhamento com psicólogo ou assistente social.

A assistência de enfermagem ao pré-natal apresenta-se em déficit, pois alguns enfermeiros não dominam totalmente o assunto, assim não tiram todas as dúvidas das pacientes. Foi observada a importância de o enfermeiro explicar sobre o tratamento e quais riscos elas e os parceiros correm de não o realizar.

A incidência de sífilis no município de Valparaíso é de número relevante. A secretaria de saúde do município de Valparaíso negou repassar os dados que mostrem o número exato de gestantes portadoras de sífilis. Algumas enfermeiras de determinadas unidades não colaboraram com a pesquisa, não forneceram dados para o contato e não marcaram a entrevista com as gestantes.

Após o término das entrevistas, foram realizadas palestras educativas (individualmente para cada gestante, focando sua preservação) para sanar as dúvidas das gestantes e explicar a importância do tratamento, e o incentivo ao uso de preservativo para se evitar novas doenças sexualmente transmissíveis.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Genebra, 1995. p.263-311.
2. Carvalho CMRG, Nogueira AMT, Teles JBM, Paz SMR, Sousa RML. Consumo alimentar de adolescentes matriculados em um colégio particular de Teresina, Piauí, Brasil. 2001; 14(2):85-93.
3. Eisenstein E, Cruz KSC; Cortes SC, Coelho MASC. Nutrição na adolescência. J. pediatri. 2000; 76 (Supl.3): S263-S274.
4. Andersen L.F, Nes M, Sandstad B, Bjorneboe G-E, Drevon C.A. Dietary intake among Norwegian adolescents. European Journal of Clinical Nutrition, London. 1995.
5. Sichieri R, Souza RA. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. Cad. Saúde Pública 2008; 24 (Sup 2):S209-S234.
6. Jacobson MS., Eisenstein E, Coelho SC. Aspectos nutricionais na adolescência. Adolesc. Latinoam. vol.1 no.2. Porto Alegre jul/set. 1998. Disponível em: <http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71301998000100004&lng=en&nrm=.pf> Acesso: 28 jul. 2014.
7. Sapienza G, Pedromônico MRM. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. Psicologia em Estudo 2005; 10(2): 209-216.
8. Assao TY, Mancuso AMC. Alimentação saudável: percepções dos educadores de instituições infantis. Revista brasileira crescimento desenvolvimento humano 2008; 18(2): 126-134.
9. Philippi ST, Colucci ACA, Cruz ATR, Ferreira MN, Coutinho RLR. Alimentação saudável na infância e na adolescência. In:Curso de atualização em alimentação e nutrição para professores da rede pública de ensino, 2000; Piracicaba. Piracicaba: Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz; 2000. p.46-60.
10. Giannini DT. Recomendações nutricionais do adolescente. Adolescência & Saúde. Volume 4 n° 1. Fevereiro 2007. Disponível em: < http://adolescenciaesaude.com/imagebank/PDF/v4n1a03.pdf?aid2=115&nome_en=v4n1a03.pdf > Acesso: 14 jul. 2014.
11. Sichieri R, Coitinho DC, Monteiro JB, Coutinho WF. Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. Arq Bras Endocrinol Metab 2000; 44(3): 227-232.
12. Gambardella AMD, Frutuoso MFP, Franch C. Prática alimentar de adolescentes. Rev. Nutr. 1999; 12(1): 5-19.
13. Toral N, Slater B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. Cienc. Saúde coletiva 2007; 12(6): 1641-1650.
14. Ferreira A, Chiara VL, Kuschnir MCC. Alimentação saudável na adolescência: consumo de frutas e hortaliças entre adolescentes brasileiros. Adolescência & Saúde 2007; 4(2):48-52.
15. Ramos MPP, Barros Filho AA. Prevalência da obesidade em adolescentes de bragança paulista e sua relação com a obesidade dos pais. Arq Bras Endocrinol Metab 2003; 47(6):663-668.
16. Quaioti TCB, Almeida SS. Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. Psicologia USP 2006;17(4):193-211.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de orçamentos familiares: Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro. 2004.
18. Andersen L.F, Nes M, Sandstad B, Bjorneboe G-E, Drevon C.A. Dietary intake among Norwegian adolescents. European Journal of Clinical Nutrition, London. 1995.
19. Levy RB, Castro IRR, Cardoso LO, Tavares LF, Sardinha LMV, Gomes, FS, et al. Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. Ciência & Saúde Coletiva 2010; 15(Supl. 2):3085-3097.
20. Castro IRR, Cardoso LO, Egstrom EM, Levy RB, Monteiro CA. Vigilância de fatores de risco para doenças não transmissíveis entre adolescentes: a experiência da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saude Publica. 2008; 24(10): 2279-2288.

Conhecimento dos acadêmicos de enfermagem acerca dos resíduos hospitalares

Knowledge of nursing students about hospital waste

Manoel Ribeiro¹; Wender A. de Oliveira¹

Como citar:

Ribeiro M, Oliveira WA. Conhecimento dos acadêmicos de enfermagem acerca dos resíduos hospitalares. REVISA. 2015; 4(1): 32-39.

RESUMO

Os resíduos sólidos hospitalares, ou lixo hospitalar, sempre foram uma problemática séria para os administradores hospitalares. Com a grande diversidade de atividades realizadas no ambiente hospitalar, os dejetos descartados não passam por um tratamento adequado, podendo representar um grande perigo tanto para a saúde das pessoas quanto para o meio ambiente. O objetivo deste estudo foi descrever e avaliar o conhecimento dos alunos do 8º período de enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires sobre gerenciamento dos resíduos hospitalares. Trata-se de um estudo observacional descritivo, com abordagem quantitativa, no qual foi realizada uma pesquisa de campo por meio de um questionário acerca de resíduos hospitalares analisando o grau de conhecimento dos acadêmicos. Foi possível identificar o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre o assunto por meio do questionário. O número de acertos foi satisfatório, indicando que os pesquisados sabem teoricamente o correto acondicionamento dos resíduos, o que não condiz com o percebido na prática diária de segregação dos resíduos no hospital. Sendo assim, conclui-se que o gerenciamento adequado dos resíduos pode contribuir significativamente para a redução da ocorrência de acidentes de trabalho, especialmente aqueles provocados por objetos perfurocortantes.

Palavras-chave: Resíduos de Serviços de Saúde; Gerenciamento de resíduos; Meio ambiente.

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

Correspondência:

Manoel Ribeiro
Rua Acre Quadra 02,
Lotes. 17/18 - Chácara Anhanguera -
Valparaíso de Goiás - Goiás
CEP: 72870-000 Fone: (61) 3627-4200.
E-mail: ematel2010@hotmail.com.

Recebido em: 03/07/2015
Aceito em: 31/07/2015

ABSTRACT

Hospital solid waste, or medical waste, has always been a serious problem for hospital administrators. With the wide range of activities that occur in the hospital environment, the discarded waste does not receive proper treatment and can pose a great danger both to human health and to the environment. The objective of this study was to describe and evaluate the knowledge of students of the 8th nursing period at the Sena Aires Faculty of Sciences and Education on management of medical waste. This is a descriptive, observational study with a quantitative approach that applied a questionnaire on medical waste to analyze the degree of knowledge of the students. It was possible to identify the knowledge of nursing students on the subject through the questionnaire. The number of correct answers was satisfactory, indicating that respondents theoretically know the correct forms of disposing waste, which unfortunately are not perceived in the daily waste disposal practices of hospitals. Therefore, the study concludes that proper waste management can significantly contribute to reduce the occurrence of accidents, especially those accidents caused by sharp objects.

Keywords: Health services' waste; Waste management; Environment.

INTRODUÇÃO

O interesse sobre a ecologia surgiu depois da segunda metade do século XX. Algumas pesquisas foram desenvolvidas e vários grupos ecológicos se formaram com a finalidade de promover discussões neste âmbito. Com o crescimento desse consumo, a vida útil dos produtos utilizados pela população hoje, é bastante reduzida, pois antigamente os produtos eram fabricados para durar anos, mas hoje vive-se a era dos descartáveis, o menor sinal de problema é rapidamente trocado por outro novo. Mas, o preço pago por essa mudança está saindo alto, baseado nos problemas gerados para o planeta, onde o mais grave é conhecido como “Lixo”: O mal do século¹.

De acordo com a origem, o lixo pode ser classificado em doméstico, público, de serviços de saúde, industrial, agrícola, de construção civil, dentre outros². O Ministério da Saúde determina que tudo resultante das ações praticadas nos serviços de saúde que, de acordo com suas características, carecem de processos diferenciados durante o manuseio e que exigem ou não tratamento prévio à destinação final é reconhecido como Resíduos de Serviço de Saúde – RSS, ou Resíduo Hospitalar (RH)³.

Os resíduos sólidos hospitalares ou lixo hospitalar sempre foram uma problemática séria para os administradores Hospitalares. O Decreto-Lei n.º 178/2006 de 5 de Setembro veio revogar o Decreto-Lei n.º 239/97 de 9 de Setembro, relativo ao Regime Geral da Gestão de Resíduos².

O legislativo define RH como “o resíduo resultante de atividades médicas desenvolvidas em Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde (UPCS), em atividades de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e investigação, relacionada com seres humanos ou animais, em farmácias, em atividades médico-legais, de ensino e em quaisquer outras que envolvam procedimentos invasivos, tais como acupuntura, *piercings* e tatuagens”⁴.

No ano de 2010, o Brasil produziu cerca de 195 mil toneladas de resíduos sólidos por dia. Boa parte desse montante se trata dos Resíduos Sólidos Hospitalares, que são os resíduos produzidos por unidades de saúde e que necessitam de um tratamento específico, desde o seu acondicionamento até o seu descarte. Estes resíduos

representam um grande perigo à saúde, uma vez que podem estar contaminados com microrganismos causadores de doenças⁵.

Os resíduos sólidos hospitalares ou lixo hospitalar sempre foram uma problemática séria para os administradores Hospitalares. Com a grande diversidade de atividades produzidas no ambiente hospitalar, esses dejetos descartados não passam por um tratamento adequado, podendo representar um grande perigo tanto para a saúde das pessoas quanto para o meio ambiente⁶.

Os Resíduos Hospitalares chegam a representar 1% da quantidade final de resíduos gerados nos municípios⁵. A própria instituição de saúde que é responsável por todo o produto do RSS, deve se responsabilizar também pelo manuseio (fiscalizar, coletar, segregar) e dar-lhe a deposição final, e também deve estar envolvida na definição legal dos RSS⁷.

O presente estudo teve como objetivo descrever e avaliar o conhecimento dos alunos do 8º período de enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires sobre gerenciamento dos resíduos hospitalares.

MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da FACESA. Trata-se de um estudo de campo do tipo observacional descritivo com abordagem quantitativa, utilizando-se para coleta de dados um questionário composto de 10 questões objetivas para avaliar o conhecimento dos acadêmicos do 8º período de enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, quanto à importância do gerenciamento dos resíduos hospitalares.

Neste tipo de estudo, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. A pesquisa quantitativa significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Fizeram parte deste estudo 17 acadêmicos do curso de graduação de enfermagem do 8º período, os participantes receberam um questionário autoaplicável, após a aprovação do estudo pelo CEP, no mês de Maio de 2015.

A pesquisa foi realizada no evento de encerramento do Programa de Extensão Benjamim que ocorreu na FACESA. A amostra foi composta por todos que aceitaram participar da pesquisa, sendo incluídos da pesquisa todos os alunos do 8º semestre de enfermagem da FACESA e que quiserem participar e que concordarem em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e estiverem presentes no dia da coleta de dados.

Os dados obtidos foram transcritos, analisados e agrupados em tabelas utilizando o software Excel versão 2007 facilitando assim a análise. Todo o estudo obedeceu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 17 acadêmicos de enfermagem da FACESA, matriculados no 8º período, que responderam o questionário aplicado, sendo 82% (n=14) do sexo feminino e 18% (n=3) do sexo masculino.

De acordo com a legislação vigente, as agulhas descartáveis devem ser acondicionadas em caixas próprias para este descarte. Observou-se que as seringas são descartadas junto com as agulhas e a caixa é rapidamente preenchida por material que não é perfurocortantes (seringa). Quando questionados sobre estar desacoplando a seringa da agulha e descartando separadamente, os resultados obtidos foram:

Tabela I – Desacoplamento e descarte de seringa da agulha segundo a percepção dos acadêmicos do oitavo período do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso – GO.

RESÍDUOS HOSPITALARES		
Posso estar desacoplando a seringa da agulha e descartando separadamente?	n	%
Não	14	82%
Sim	3	18%
TOTAL GERAL	17	100%

Fonte: Dados coletados pelo acadêmico de Enfermagem, Maio de 2015.

Ao serem questionados se poderiam desacoplar a seringa da agulha e descartá-la separadamente, 82% (n=14) dos acadêmicos de enfermagem responderam negativamente (Tabela I). De acordo com Ministério da Saúde, não se deve reencapar e/ou desacoplar agulhas da seringa para descarte. Todos os materiais, limpos ou contaminados por resíduo infectante, deverão ser acondicionados em recipientes com tampa, rígidos e resistentes à punctura, ruptura e vazamento. Em geral, são utilizadas caixas tipo descartex e/ou descarpack³.

Ao analisar as questões sobre o tratamento, os resíduos radiológicos e a importância da correta gestão dos resíduos hospitalares para as prevenções de riscos à saúde, 94% (n=16) responderam que sim (Tabela II). O gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde tem como objetivo minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro e eficiente com vistas à proteção dos trabalhadores⁸.

Tabela II – Gestão correta dos resíduos hospitalares segundo a percepção dos acadêmicos do oitavo período do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso – GO.

	RESÍDUOS HOSPITALARES					
	SIM		NÃO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	(%)
Tratamento é o processo que reduzindo os riscos de contaminação?	16	94%	1	6%	17	(100%)
Os resíduos radiológicos são acondicionados em recipientes identificados de forma apropriada e blindada. Segundo as recomendações da CNEN.	16	94%	1	6%	17	(100%)
É importante a correta gestão dos resíduos hospitalares para as prevenções de riscos à saúde?	16	94%	1	6%	17	(100%)

Fonte: Dados coletados pelo acadêmico de Enfermagem, Maio de 2015.

A equipe de enfermagem em geral contribui direta ou indiretamente para a geração de resíduos. A definição de responsabilidades que devem ser determinadas de forma clara para que o manuseio dos RSS seja seguro e não coloque em risco a comunidade intra e extra-hospitalar⁹.

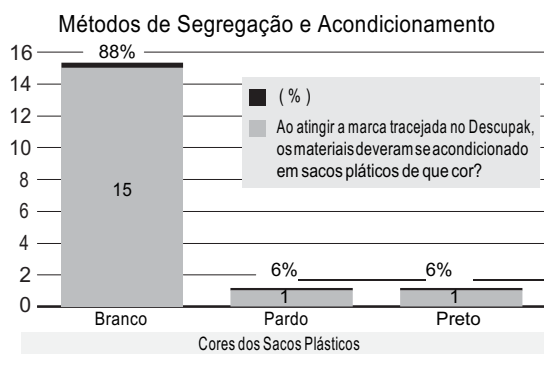


Gráfico 1 – Métodos de segregação e acondicionamento segundo a percepção dos acadêmicos do oitavo período do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso – GO.

Fonte: Dados coletados pelo acadêmico de Enfermagem, Maio de 2015.

Quando perguntados “Todos os materiais, limpos ou contaminados por resíduo infectante deverão ser acondicionados em recipientes com tampa, rígidos e resistentes à punctura, ruptura e vazamento. Em geral, são utilizadas caixas tipo Descarpak. Ao atingir a marca tracejada no recipiente, o mesmo deverá ser fechado e acondicionado em sacos plásticos?” O seguinte resultado foi constatado: 88% (n=15) dos alunos responderam que a cor certa do saco de plástico é branca (Gráfico 1). Ao atingir a marca tracejada no recipiente, o mesmo deverá ser fechado e acondicionado em sacos brancos, devidamente lacrados e identificados³.

Tabela III – Responsabilidade pelos resíduos sólidos hospitalares segundo a percepção dos acadêmicos do oitavo período do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires – GO.

RESÍDUOS HOSPITALARES		
Os resíduos gerados exclusivamente em ambientes hospitalares são classificados como resíduos sólidos, sendo cada unidade hospitalar responsável pelos seus próprios resíduos, desde a sua geração até a sua disposição final?	n	%
Sim	15	88%
Não	2	12%
TOTAL GERAL	17	100%

Fonte: Dados coletados pelo acadêmico de Enfermagem, Maio de 2015.

Quando os alunos foram questionados sobre os resíduos sólidos, perguntando se cada unidade hospitalar é responsável pelos seus próprios resíduos, desde a sua geração até a sua disposição final, 88% (n=15) dos alunos responderam positivamente (Tabela III). Existem normas brasileiras que regularizam o acondicionamento de

todos os RSS classificados dentro dos grupos, bem como a disposição final adequada para cada resíduo, que sempre se reserva aos aterros sanitários licenciados, sistema de esgoto que receba tratamento ou até mesmo à reutilização, recuperação ou reciclagem, e cabe ao profissional enfermeiro conhecer e praticar esse acondicionamento, para um adequado desempenho da sua responsabilidade profissional, social e ambiental¹⁰.

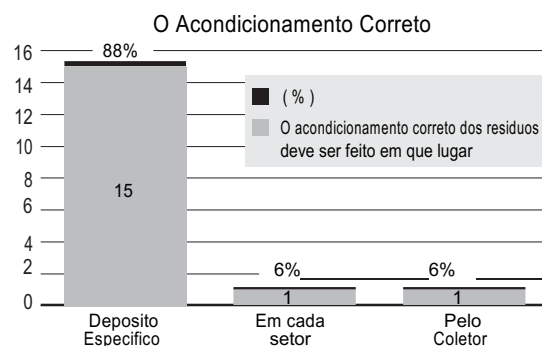


Gráfico 2 – Acondicionamento correto dos resíduos sólidos hospitalares segundo a percepção dos acadêmicos do oitavo período do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso – GO.

Fonte: Dados coletados pelo acadêmico de Enfermagem, Maio de 2015.

Dentre os acadêmicos de enfermagem entrevistados, 88% (n=15) relataram que para reduzir as possibilidades de contaminação, o acondicionamento correto dos resíduos deve ser depositado em lugares específicos (Gráfico 2).

Tabela III – Conhecimento dos acadêmicos do oitavo período do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso – GO sobre resíduos hospitalares.

RESÍDUOS HOSPITALARES		
Considera suficiente o conhecimento que possui sobre resíduos hospitalares?	n	%
Sim	14	88%
Não	3	18%
TOTAL GERAL	17	100%

Fonte: Dados coletados pelo acadêmico de Enfermagem, Maio de 2015.

Neste estudo, 82% (n=14) dos acadêmicos de enfermagem consideraram suficiente o conhecimento que possuem sobre os riscos associados à saúde sobre resíduos hospitalares (Tabela III). Diante desses resultados, percebeu-se que os estudantes de enfermagem têm acesso às informações sobre resíduos hospitalares, o que é um fator importante e positivo para os futuros enfermeiros.

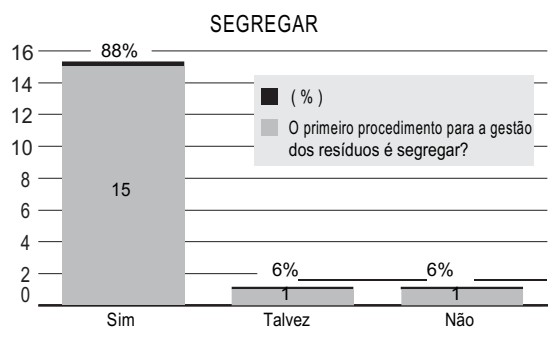


Gráfico 3 – Conhecimento dos acadêmicos do oitavo período do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Valparaíso – GO sobre segregação de resíduos sólidos.

Fonte: Dados coletados pelo acadêmico de Enfermagem, Maio de 2015.

Com relação ao conhecimento dos acadêmicos sobre a segregação, observou-se, que 88% (n=15) afirmavam que o primeiro procedimento para a gestão adequada dos resíduos é segregar (Gráfico 3). O número de acertos foi satisfatório, indicando que, em geral, os acadêmicos apresentam conhecimento teórico sobre segregação, o que não condiz com o percebido na prática diária dos resíduos no hospital. Se a parte mais simples e importante do processo de destinação correta dos resíduos hospitalares que é a segregação não for cumprida adequadamente, o risco de acidentes para os profissionais da área de saúde aumenta significativamente⁶.

TABELA IV – Equiparação dos resíduos domiciliares com os resíduos de serviços de saúde segundo a percepção dos acadêmicos do oitavo período do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Valparaíso – GO.

RESÍDUOS HOSPITALARES		
Os resíduos de serviços de saúde (RSS) classificados como do grupo A podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares?	n	%
Sim	3	18%
Não	14	82%
TOTAL GERAL	17	100%

Fonte: Dados coletados pelo acadêmico de Enfermagem, Maio de 2015.

No presente estudo, 82% (n=14) dos acadêmicos de enfermagem responderam que os RSS classificados como do “grupo A” não podem ser equiparados aos resíduos domiciliares e 18% (n=3) que o “grupo A” pode ser um resíduo comum (Tabela IV).

Os RSS englobam os resíduos sólidos produzidos em todos os estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, tais como clínicas, laboratórios, farmácias, clínicas veterinárias, postos de saúde e etc. As classes dos RSS são compostas pelos resíduos infectantes, juntamente com os resíduos especiais e os resíduos comuns⁸.

Segundo a Resolução nº 358 do CONAMA, o “grupo A” são resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção, não podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares, ou seja, resíduos comuns⁹. Logo, houve resposta satisfatória em relação a esse questionamento, com 82% dos casos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do presente estudo, verificou-se a clareza do conhecimento dos acadêmicos sobre os resíduos hospitalares, revelando o nível satisfatório do conhecimento por parte dos sujeitos do estudo a respeito do objetivo desta investigação.

A maioria dos acadêmicos relatou conhecer a normatização e legislação brasileira sobre gerenciamento dos Resíduos de Serviço de Saúde, porém, citou-se que para ocorrer um manejo adequado no processo dos resíduos hospitalares deve-se haver capacitação, orientação e estrutura das unidades de saúde.

Já os profissionais enfermeiros possuem conhecimento limitado quanto ao manejo correto dos resíduos sólidos de serviços de saúde e o caminho para solucionar esta questão, seria o exercício do bom senso, aliado com a educação e o treinamento dos profissionais de saúde e o esclarecimento da população. Com isso, é possível compreender que o cuidado de enfermagem não deve se restringir apenas ao espaço hospitalar ou a outro serviço de saúde, mas ser ampliado de modo a contemplar a dimensão ecológica numa perspectiva de base comunitária, de forma a promover a qualidade de vida associada à sustentabilidade e preservação.

Apesar das dificuldades ainda muito presentes no que se refere ao controle e manejo de resíduos hospitalares, se os profissionais e trabalhadores da saúde forem capacitados adequadamente e se eles assumirem de fato a sua parcela de responsabilidade para a aplicação do conhecimento, respeitando as normas de manejo dos resíduos dos serviços de saúde, sem dúvida, inúmeros problemas podem ser minimizados. Isso refletirá na redução do processo de geração de resíduos, assim como no desperdício e volume exagerado de lixo hospitalar.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Bocchini B. Agência Brasil. Aumento na geração de lixo em 2010 foi seis vezes superior ao crescimento da população. Disponível em: <<http://memoria.etc.com.br/agenciabrasil/agenciabrasil/noticia/2011-04-26/geracao-de-lixo-em-2010-foi-seis-vezes-superior-ao-crescimento-da-populacao>>. Acessado em: 27 abr. 2014.
2. Costa M. Gerenciamento de resíduos sólidos, Curso de Especialização de Engenharia Ambiental UFPR/IEP, 2001.
3. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 306. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html>. Acessado em: 22 jan. 2014.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde do Algarve, IP. Manual de gestão de resíduos hospitalares para unidades de cuidados continuados integrados. 2011. Disponível em: <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/sites/default/files/images/centrodocs/RNCCI/Manual_Gestao_Residuos_Hospitalares_para_UCCI_%20Jan_2011.pdf>. Acessado em: 18 jan. 2014.
5. Consoni AJ, Silva IC, Filho AG. Disposição final do lixo. In: D’Almeida MLO, Vilhena A, editores. 2a ed. São Paulo: IPT/CEMPRE; 2000.
6. ChávézJV. Guia para o manejo interno de resíduos sólidos em estabelecimentos de saúde. Tradução por Carol Castillo Arguello. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 1997.
7. Ramos LAQ, Bueno SM. Resíduo hospitalar e suas consequências: estudo de casos no município de Guaraci-SP. Revista Científica UNILAGO 2011;149-162. Disponível em: <<http://www.unilago.edu.br/revista/edicaoanterior/Sumario/2013/downloads/2013/RES%C3%8DDUO%20HOSPITALAR%20E%20SUAS%20CONSEQU%C3%8ANCIAS%20ESTUDO%20DE%20CASOS%20NO%20MUNIC%C3%8DPIO%20DE%20GUARACI.pdf>> Acessado em: 28 mai. 2014.
8. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 306 de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento técnico para gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 10 de dezembro de 2004.
9. Ribeiro Filho VO. Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. In: Fernandes AT et al. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu. 2000.
10. Ferreira JA, Anjos LA. Aspectos de saúde coletiva e ocupacional associados à gestão dos resíduos sólidos municipais. Cad. Saúde Pública 2001; 17(3):689-696.

Prevalência de sepse urinária em gestantes da UBS/ESF do Cruzeiro do Sul

Prevalence of urinary sepsis in pregnant women at the UBS / ESF of Cruzeiro do Sul

Jéssica Pereira Lima de Souza¹; Daniella Ribeiro Guimarães Mendes¹

Como citar:

Souza JPL, Mendes DRG. Prevalência de sepse urinária em gestantes da UBS/ESF do Cruzeiro do Sul. REVISA. 2015; 4(1): 40-51.

RESUMO

A sepse urinária gestacional representa uma preocupação para o profissional de enfermagem na atenção ao pré-natal, podendo ser sintomática ou assintomática. O objetivo deste estudo foi investigar a prevalência de sepse urinária em gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde do Cruzeiro do Sul. Foi realizado um estudo retrospectivo descritivo, de abordagem quantiquantitativa, cuja amostra foi composta por 124 prontuários de gestantes. Dentre os prontuários analisados, 19,35% eram de gestantes com diagnóstico de sepse urinária, sendo que destas, 8,33% desenvolveram cistite e 33,33% desenvolveram anemia, mesmo em tratamento com suplemento de ferro. Dentre as gestantes com sepse urinária, 41,66% foram encaminhadas ao especialista, 12,50% à unidade de urgência e emergência e 4,16% à unidade de alto risco. O principal tratamento foi com cefalexina (91,66%) e o sintoma mais prevalente foi a lombalgia (58,33%). Conclui-se que é de suma importância que cada unidade de saúde da família possua o seu próprio controle de prevalência de sepse urinária para prestar melhor atendimento às gestantes, além de prevenir os agravos comumente encontrados na gestação.

Palavras-chave: Sepse; Gravidez; Cistite.

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

Correspondência:

Profa Daniella Ribeiro Guimarães Mendes. Rua Acre Quadra 02, Lotes. 17/18 - Chácaras Anhanguera - Valparaíso de Goiás - Goiás
CEP: 72870-000 Fone: (61) 3627-4200.
E-mail: daniela@senaaires.com.br.

Recebido em: 18/12/2014
Aceito em: 13/07/2015.

ABSTRACT

Gestational urinary sepsis may be symptomatic or asymptomatic, and is a concern for professional nursing in attention to prenatal care. The objective of this study was to investigate the prevalence of urinary sepsis in pregnant women at the Basic Health Unit of Cruzeiro do Sul. A descriptive retrospective study was conducted by means of a quantitative and qualitative approach. Its sample consisted of 124 medical records of pregnant women. From the analyzed records, 19.35% of the pregnant women were diagnosed with urinary sepsis. 8.33% of these women developed cystitis, while 33.33% developed anemia, even in cases that had been treated with iron supplements. Among pregnant women with urinary sepsis, 41.66% were referred to a specialist, 12.50% to the urgency and emergency unit and 4.16% to the high risk unit. The main treatment was cephalexin (91.66%) and the more prevalent symptom was back pain (58.33%). The study concludes that it is extremely important that each family health unit has its own procedures to control the prevalence of urinary sepsis, in order to provide better care to pregnant women and prevent the diseases commonly found in pregnancy.

Keywords: Sepsis; Pregnancy; Cystitis.

INTRODUÇÃO

A sepse urinária é considerada como um problema urinário comum na gestação¹, e é caracterizada pela presença de agentes infecciosos que colonizam, invadem e se propagam pelo trato urinário, sendo classificada segundo a sua localização em sepse urinária baixa e alta²⁻⁶. Esta infecção ocorre entre 17 a 20% das gestações e associa-se a complicações como rotura prematura de membranas ovulares, parto prematuro, coriomnionite, febre no pós-parto, sepse materna e infecção neonatal¹, além de hipertensão/pré-eclâmpsia, anemia e endometrite, destacando-se também nas complicações perinatais, recém-nascido de baixo peso, ruptura prematura de membranas amnióticas, a restrição de crescimento intraútero, a paralisia cerebral/retardo mental e o óbito perinatal⁷⁻¹⁰.

O quadro clínico da sepse urinária varia de bacteriúria assintomática (BA), que ocorre entre 2 a 10% das gestantes, até o quadro de pielonefrite. Sendo em 80% dos casos de bacteriúria assintomática (BA), o agente etiológico envolvido, a *Escherichia coli*¹. Mudanças anatômicas e fisiológicas, do trato urinário ocasionadas pela gravidez predis põem a transformação de mulheres gestantes com bacteriúria assintomática em sepse sintomática^{7,8,11}, quando sintomática, a sepse urinária é de diagnóstico mais rápido devido à presença de sintomas que se definem de acordo com o tipo de sepse que se estabeleceu no trato urinário da gestante. Dentre essas manifestações, a dor lombar pode ser a manifestação clínica mais referida^{12,13}.

Evidentemente, a anamnese durante as consultas de pré-natal permite identificar gestantes com maior risco para sepse urinária (SU). Sendo assim, o Ministério da Saúde (MS) implantou no ano 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com ênfase nos procedimentos clínicos e laboratoriais que a gestante deve receber durante o pré-natal e enfocando a identificação de situações de risco que requerem a busca imediata de cuidados clínicos¹⁴. O PHPN tem ainda como objetivo a progressiva difusão dos conhecimentos em saúde e educação durante o pré-natal. No entanto, pouco se sabe a respeito do conhecimento que a gestante tem sobre esse processo em si¹⁴.

Deve-se proceder a um exame clínico cuidadoso na avaliação inicial da gestante, análise da

urina de jato médio, sedimento e urocultura com antibiograma, hemograma, avaliação da função renal, a fim de diferenciar o sítio da infecção^{7,15}. A ultrassonografia também se constitui como método complementar na avaliação das sepses do trato urinário, que não respondem à terapêutica padrão em 48 horas, à procura de obstrução ou infecções complicadas¹⁵. Na prevenção dos casos graves de infecção urinária, é preconizado nas rotinas de pré-natal, o rastreamento da bacteriúria assintomática e o seu tratamento durante a gestação. Para isso, o Ministério da Saúde do Brasil recomenda a realização de dois exames de urina durante o pré-natal. O primeiro exame deve ser solicitado na primeira consulta e o outro exame por volta da trigésima semana de gestação¹.

O exame de urina mais utilizado para o diagnóstico de bacteriúria e sepse urinária é o exame simples de urina, também conhecido como sumário de urina e urinálise^{5,16}, que analisa a urina quanto à cor, densidade, aspecto, presença de leucócitos, bactérias, sangue, glicose, urobilinogênio, bilirrubina, nitrito e sedimentos urinários. Para esse diagnóstico provável, a literatura sugere que a presença de leucócitos, as Hemácias e o nitrito são bons indicativos de bacteriúria ou sepse urinária. Entretanto, esses elementos são apenas sinais indiretos de inflamação, não sendo precisos para o diagnóstico definitivo de bacteriúria significativa. Para a confirmação de infecção urinária exige-se a urocultura, na qual o patógeno em crescimento é isolado e quantificado¹⁶.

A existência de dificuldades para o diagnóstico diferencial da SU oligosintomática em gestantes, na quantificação de colônias bacterianas/mL de urina cultivado maior que 10^5 continua sendo o padrão para confirmação desse diagnóstico. Entretanto, existem situações nas quais estas definições precisam ser avaliadas de forma diferenciada, a exemplo das infecções sintomáticas com piúria, nestas o encontro de 10^2 colônias/mL de urina cultivado confirma o diagnóstico. Nos casos de punção vesical, qualquer quantidade de colônias é suficiente para confirmar a suspeita diagnóstica. Para o diagnóstico de BA, necessita-se a contagem de 10^5 colônias bacterianas/mL de urina em cultivos de duas amostras urinárias distintas, para evitar os resultados falso-positivos, que podem chegar a 40% quando baseados em uma única urocultura¹⁷.

Uma preocupação adicional para os profissionais responsáveis pela atenção pré-natal destas

mulheres é que, além da incidência aumentada de infecções sintomáticas entre grávidas, justamente neste período, o arsenal terapêutico antimicrobiano e as possibilidades profiláticas são restritas, considerando-se a toxicidade de alguns fármacos para o produto conceptual (embrião/feto e placenta). Por estes motivos, o conjunto do diagnóstico precoce, seguido de terapêutica adequada e imediata, é imprescindível durante a assistência pré-natal, evitando comprometer o prognóstico materno e gestacional¹⁸.

Tornando-se assim a presente pesquisa, devido à acentuada susceptibilidade da gestante à sepse urinária, aos seus fatores de riscos, as complicações materno-fetal, que fazem a sepse urinária na gestação tornar-se um grave problema de saúde pública no Brasil. Embora existam esquemas terapêuticos eficazes para o tratamento da sepse urinária, o fator gestação limita este esquema, observando-se sempre o risco benefício, tornando-se assim a sepse urinária durante a gestação uma das causas de morbimortalidade materno/fetal.

Por isso, há fundamental relevância em investigar a prevalência de sepse urinária em gestantes atendidas na UBS/ESF do Cruzeiro do Sul de Valparaíso de Goiás que é a porta de entrada destas gestantes durante o pré-natal, podendo ajudar os profissionais da área da saúde no cuidar, e no bem estar materno no pré-natal que repercutirá no pós-parto.

A partir disto, destaca-se a importância da intervenção do enfermeiro como educador e cuidador, na orientação e intervenções necessárias dentro de suas atribuições no pré-natal, visto que seu papel implica relacionar os fatores predisponentes e supracitados das condições de saúde gestacional, interagindo com as situações, incorporando planos de cuidados.

O objetivo deste estudo foi investigar a prevalência de sepse urinária em gestantes acompanhadas na atenção básica demonstrando os fatores de risco associados a sepse urinária gestacional (SUG) e identificar quantas dessas gestantes foram encaminhadas, as possíveis causas do encaminhamento, relatar os casos de recorrência descritos nos prontuários, descrever o principal tratamento prescrito e principais sintomas relatados pelas gestantes identificadas com a enfermidade.

MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa trata-se de um estudo descritivo, transversal, retrospectivo de abordagem quanti-qualitativa, que visa a análise da prevalência de sepse urinária na gestação, realizado com gestantes acompanhadas na UBS/ESF do Cruzeiro do Sul de Valparaíso de Goiás-GO. Sendo os dados coletados dentre o mês de novembro e dezembro de 2014.

A amostra foi composta por 124 prontuários de gestantes que fizeram acompanhamento de pré-natal na unidade dentre os meses de janeiro a outubro deste ano, dentre faixa etária de 15 a 56 anos e em todos os trimestres gestacionais e que estavam devidamente registradas no SISPRENATAL de Valparaíso de Goiás-GO, e que realizaram as consultas de pré-natal na respectiva unidade.

Foram utilizados para coleta de dados, 24 dos prontuários das gestantes com diagnóstico médico e/ou de enfermagem de sepse urinária, e um questionário com questões prévias a serem identificadas nos prontuários, contendo um módulo com características do perfil da amostra e um segundo módulo com dados do perfil de saúde, foram verificados livros atas com registro de SISPRENATAL da unidade, buscando assim, as informações quanti-qualitativas de medidas de rastreamento adotadas, para casos confirmados de sepse urinária, fatores de riscos associados, sintomas mais relatados e principal tratamento prescrito.

Os dados foram analisados e tabulados de forma criteriosa, observando os fatores relevantes para atingir os objetivos da pesquisa de forma a buscar transparência e clareza dos mesmos. Após a coleta os dados foram codificados e utilizado método de estatística simples com variáveis quanti-qualitativas (variável discreta ou descontínua) para obtenção dos percentuais e então gerados tabelas e gráficos para a estruturação e discussão dos resultados.

Esta pesquisa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACESA, obedecendo aos critérios da resolução do Conselho Nacional De Saúde (CNS) nº 466/2012, obedecendo rigorosamente os princípios éticos para pesquisa científica, a qual foi avaliada e aprovada dando-se assim início à mesma. Foi mantido sigilo da identidade da amostra em relação às informações obtidas e utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Autorização.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A sepse urinária é importante fator de morbimortalidade durante o ciclo gravídico-puerperal, pois a gravidez é fator que predispõe ao aparecimento dessa enfermidade, podendo causar sérias complicações ao futuro concepto, assim como à própria gestante¹⁹. As gestantes são mais susceptíveis às complicações e sequelas graves decorrentes das SU, e conseqüentemente, esta enfermidade exerce impacto sobre a morbimortalidade perinatal. Gestações complicadas por SU estão associadas ao dobro da mortalidade fetal observada em gestações normais, destacando-se o trabalho de parto pré-termo, ruptura de membranas amnióticas, restrição do crescimento fetal, recém-nascidos (RN) de baixo peso e óbito perinatal²⁰. Como descrito na seção de métodos, foram avaliados 124 prontuários. Os resultados estão explicitados no gráfico 1.

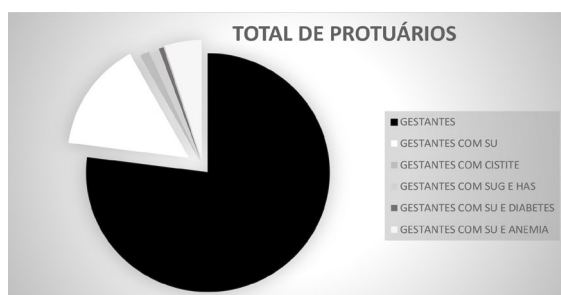


Gráfico 1 – Total de prontuários investigados, quantidade de gestantes com SU e outras doenças associadas em gestantes que fizeram pré-natal na UBS/PSF Cruzeiro do Sul de Valparaíso de Goiás-GO em 2014 (n=124).

Fonte: Dados obtidos dos prontuários da UBS/ESF Cruzeiro do Sul – 2014.

Dentre os 124 prontuários analisados, foram encontrados 24 prontuários de gestantes com diagnóstico de Sepse Urinária que representa um total de 19,35% de gestantes com a enfermidade, sendo que destas 8,33% desenvolveram complicação em decorrência da SU a Cistite e um terço dessas gestantes apresenta anemia mesmo em tratamento com o suplemento férnico, são 33,33% das gestantes com sepse que apresentam quadro de anemia. O Diabetes e a HAS são doenças sistêmicas que já possuem suas limitações, mas se tornam ainda mais mórbidas quando associadas a SUG, podendo complicar o quadro gestacional, pois dentre essas complicações está a pré/eclâmptica.

Sendo a sepse urinária mais comum em mulheres que em homens, esta tem tendência acen-

tuada durante a gravidez devido às alterações fisiológicas. Em uma gestação normal, o crescimento e desenvolvimento fetal induzem alterações no organismo materno, tanto do ponto de vista anatômico como funcional. Modificações estas que podem afetar a função renal, alterar problemas preexistentes e predispor a gestante à sepse urinária²¹.

Podem ocorrer três tipos de SU durante a gestação: a bacteriúria assintomática, a cistite e a pielonefrite¹. Outras complicações têm sido associadas à infecção urinária, incluindo hipertensão/pré-eclâmpsia^{1,14}, anemia, corioamnionite e endometrite². Alterações locais, como obstrução urinária, abscesso e celulite perinefrética, são mais raras e associadas à litíase ou quadros resistentes ao tratamento antimicrobiano^{13, 15}. (Gráfico 1).

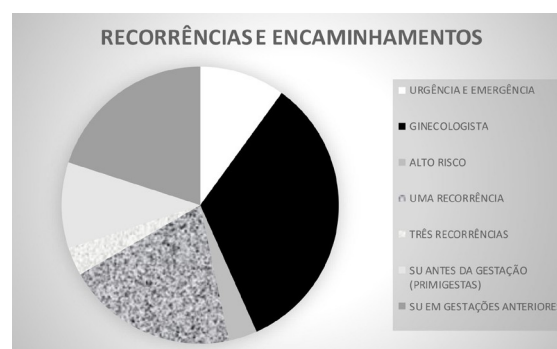


Gráfico 2 – Percentil de recorrência e encaminhamentos das gestantes com SU da UBS/ESF Cruzeiro do Sul de Valparaíso de Goiás-GO, 2014 (n=24).

Fonte: Dados obtidos dos prontuários da UBS/ESF Cruzeiro do Sul – 2014.

Com o diagnóstico em mãos, os Enfermeiros e Médicos diante de históricos relatados de picos hipertensivos associado a SU, e anemia encaminhando assim 12,50% dessas gestantes a urgência e emergência e 4,16% ao alto risco. Mas a maioria das gestantes foram encaminhadas ao Ginecologista Obstetra da unidade, foram 41,66% dos casos resolvidos na própria unidade. Não podemos desconsiderar que 25% tiveram ao menos uma recorrência.

Na análise de sepse em primigesta antes da gestação, 12,5% já tiveram sepse urinária. Já as que tiveram a enfermidade em gestações anteriores somam um percentual de 25% de relatos de sepse urinária em outras gestações, números estes consideráveis para a busca pelo enfermeiro dos antecedentes pessoais das gestantes.

O diagnóstico precoce da SU na gravidez e o correspondente tratamento correto são de grande valia, pois podem evitar a bacteriúria sintomática e o trabalho de parto prematuro. Impedir que estes problemas ocorram significa diminuir as taxas de mortalidade perinatal por prematuridade e baixo peso ao nascer⁴. Portanto, a assistência pré-natal iniciada precocemente possibilita o diagnóstico e o tratamento de inúmeras complicações durante a gestação e a redução ou eliminação de fatores ou comportamentos de riscos passíveis de serem corrigidos²².

As complicações derivadas da sepse urinária, em razão de sua relevância para os resultados obstétricos e neonatais, devem ser evitadas, pois causam muitos prejuízos à saúde da gestante e do recém-nascido. Por sua vez, este problema produz efeito direto sobre o índice de morbimortalidade perinatal²³.

Sendo a bacteriúria assintomática definida como o isolamento de bactérias na urina em quantidade maior ou igual a 10^5 unidades formadoras de colônias por mililitros (UFC/mL), sem sinais ou sintomas locais ou sistêmicos de infecção⁴⁻⁶. Entre mulheres, gestantes ou não, sua prevalência é de 2 a 10%⁴⁰, e encontram-se associados ao nível socioeconômico, história de infecção urinária recorrente, diabetes e anormalidades anatômicas do sistema urinário⁴.

Sua prevalência varia geograficamente dentro da mesma área, de acordo com a população estudada, sendo mais frequente em países em desenvolvimento, onde se registram cifras entre 13 a 21%^{24,25}. Se não tratada, a bacteriúria assintomática pode evoluir em cerca de 30% para pielonefrite aguda^{26,27}. Por essas razões, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG)²⁸, em seu manual de 2008, e a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)¹⁶, em seu manual de assistência pré-natal, recomendam o rastreamento de rotina de bacteriúria assintomática nesse período, para prevenção de infecções urinárias graves durante a gestação²⁹ (Gráfico 2).

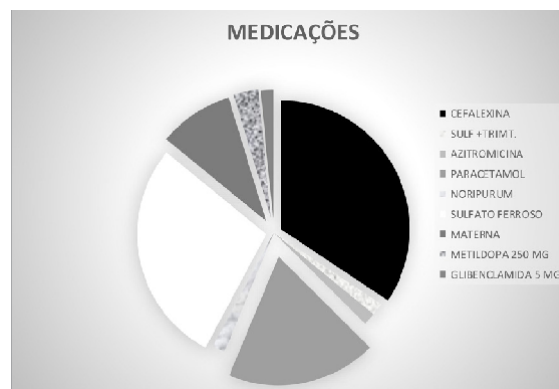


Gráfico 3 - Pricipais medicações prescritas no tratamento das gestantes com SU e medicações de uso contínuo e outras medicações utilizadas pelas gestantes da UBS/ESF do Cruzeiro do Sul de Valparaíso de Goiás-GO em 2014 (n=24).

Fonte: dados obtidos dos prontuários da UBS/ESF Cruzeiro do Sul – 2014.

Dentre a delimitação do arsenal terapêutico para a gestante com SU, o principal tratamento prescrito é a cefalexina sendo 91,66% dessas gestantes tratadas com esta medicação. Sendo utilizado também como auxílio no alívio das dores o paracetamol em 50% dos casos, e outras medicações, conforme a necessidade específica de cada caso, como os suplementos férricos e os anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, medicações essas que são fornecidas na rede pública facilitando ao tratamento e acesso das mesmas pelas gestantes.

No período gestacional, a incidência das SU é aumentada e faz deste período, um arsenal terapêutico antimicrobiano e possibilidades profiláticas restritas, considerando-se a toxicidade das drogas para o feto. Normalmente, após o diagnóstico clínico da sepse urinária aguda e confirmação com exame de urina, na maioria dos casos a instituição do tratamento demanda urgência, sem tempo para a obtenção do resultado do urocultivo e antibiograma. Entretanto, a terapêutica correta seria considerar o padrão de sensibilidade desse microrganismo aos antimicrobianos propostos⁷.

A escolha do antibiótico deve levar em conta, além da sensibilidade das bactérias mais prevalentes, outros fatores como a facilidade de obtenção pela paciente, a sua tolerabilidade, a comodidade de sua posologia, custo e toxicidade³⁰. Além disso, os antibióticos só devem ser prescritos quando seus efeitos benéficos sobrepujam significativamente os seus possíveis riscos³¹ (Gráfico 3).

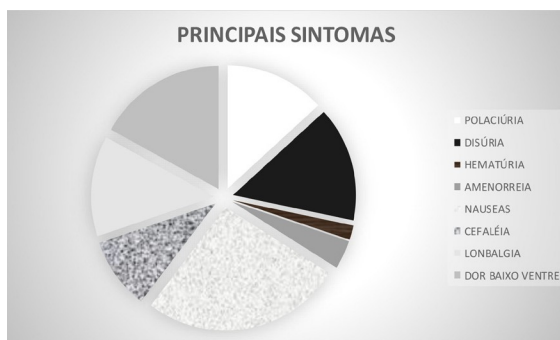


Gráfico 4 – Principais sintomas relatados nos prontuários das gestantes com SU acompanhadas na UBS/ESF Cruzeiro do Sul de Valparaíso de Goiás em 2014 (n=24).

Fonte: dados obtidos dos prontuários da UBS/ESF Cruzeiro do Sul – 2014.

A lombalgia tem se destacado na pesquisa como o principal sintoma relatado pelas gestantes, com uma considerável porcentagem onde mais da metade dessas gestantes no total de 58,33%, queixaram-se, seguido por 37,50% queixaram-se de dor em baixo ventre, sintomas estes característicos também das modificações fisiológicas gestacionais, mas que devem ser observados com cautela como fonte de ajuda na suspeita da SUG.

A cistite é a infecção que compromete a bexiga urinária (sepse urinária baixa SUB) com incidência de 1% a 1,5% das gestantes. Suas manifestações clínicas são caracterizadas por disúria, polaciúria, urgência miccional, desconforto supra púbico, hematúria macroscópica e urina de odor desagradável. Geralmente, cursam sem febre ou comprometimento do estado geral^{1,7}.

A dextrorotação uterina, bem como a dilatação da veia ovariana na gravidez, podem ser fatores causais para hidronefrose e desenvolvimento mais frequente de pielonefrite à direita³². A apresentação da pielonefrite aguda, é caracterizada por sinais e sintomas inversos da cistite, sua manifestação sintomática sistêmica ocorre em 1 a 2% das gestantes comprometendo o parênquima renal e o sistema pielocalicial, estas manifestações se apresentam por febre, calafrios, náuseas e vômitos, dor lombar ou no flanco, enxaqueca, mialgia, taquicardia materna e fetal, assim como sinais e sintomas comuns da sepse urinária^{1,2,11,16}. Podendo resultar em significativa morbidade materna, assim como morbimortalidade fetal³³ (Gráfico 4).

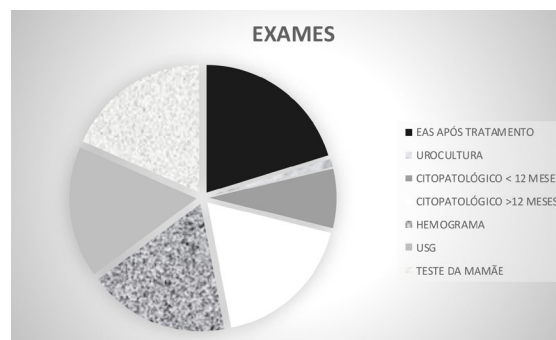


Gráfico 5 – Principais exames solicitados e realizados pelas gestantes da UBS/PSF Cruzeiro do Sul de Valparaíso de Goiás, 2014 (n=24).

Fonte: dados obtidos dos prontuários da UBS/ESF Cruzeiro do Sul – 2014.

A amostra evidencia que em 70,16% dos casos foram solicitados coleta de exame EAS, sendo 125% de exames solicitados no primeiro trimestre e 141% no terceiro trimestre gestacional. Sendo 191% solicitados por enfermeiros e 116% dos EAS solicitados pelo médico.

Exames complementares como urocultura somente foi solicitado em 4,16%, apenas em uma gestante que teve três recorrências de SU, e em todos os casos foram solicitados hemograma e USG.

A realização do exame citopatológico para a mulher é de extrema importância antes ou durante a gestação podendo auxiliar na prevenção de sepse urinária por Ascensão de bactérias da vagina para a uretra, sendo que a maioria das gestantes não haviam realizado o exame durante a gestação tendo mais de um ano a realização do mesmo, pois foram cerca de 70,83% dessas. E dentre estas 40%, tinham queixas registradas de leucorréia e prurido vaginal.

O diagnóstico da infecção do trato urinário deve inicialmente ser baseado no aspecto clínico apresentado pela paciente, sendo confirmado por urocultura. Os principais exames para o diagnóstico de bacteriúria são urinálise, urocultura, bacterioscopia com coloração gram, teste do nitrito e avaliação da esterase leucocitária³⁴. O Ministério da Saúde do Brasil indica que a urocultura seja reservada quando o exame simples de urina sugira infecção do trato urinário ou quando o médico julgar necessário³⁵.

A urinálise determina a existência de piúria, hematúria e quantifica a flora bacteriana. Os ci-

lindros hialinos, cilindros de células vermelhas e brancas chamam a atenção para a existência de infecção do trato urinário superior. A bacterioscopia com gram detecta patógenos e fornece informações complementares sobre as características das bactérias, como a coloração de gram e a morfologia bacteriana (bacilos, cocos). A urocultura define o diagnóstico de infecção do trato urinário, no entanto, algumas condições podem alterar os resultados, como o fluxo urinário rápido, pH urinário, drogas e altos níveis de uréia³⁶.

Os microrganismos podem atingir o trato urinário pela propagação hematogena ou linfática, mas há evidências clínicas e experimentais abundantes para mostrar que a ascensão de micro-organismos da uretra é o caminho mais comum que leva a SU, especialmente organismos de origem entérica. Isso fornece explicação lógica para a maior frequência de infecções do trato urinário em mulheres que em homens³⁷. No entanto, a frequência dos germes causadores de SU varia na dependência de onde foi adquirida a infecção³⁸.

Culturas endocervicais positivas mostraram associação com morbidades infecciosas materno-fetais, como a sepse urinária e infecção neonatal, sobretudo nos casos de prematuridade, essa colonização endocervical não acarretou apenas em danos maternos, mas provocou algumas repercussões neonatais, visto que os microorganismos patogênicos podem atingir o feto por via ascendente, com início no trato genital inferior³⁹. (Gráfico 6).

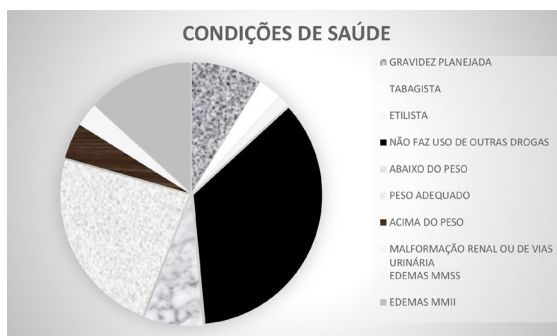


Gráfico 6 – Perfil de saúde das gestantes com SU acompanhadas na UBS/ESF Cruzeiro do Sul de Valparaíso de Goiás-GO (n=24).

Fonte: Dados obtidos dos prontuários da UBS/ESF Cruzeiro do Sul – 2014.

De acordo com Gráfico 6, a gravidez não foi planejada sendo 41,66%, mas há um percentual favorável quanto ao etilismo, tabagismo e uso de outras drogas, pois dentre a amostra 91,66%

95,83 e 100% respectivamente negam o uso dessas substâncias. Apesar de poucos relatos de edemas a maior parte apresentam edemas em MMII, sendo destas 37,5%.

Embora 66,66% dessas gestantes estejam com peso ideal para a idade gestacional, encontramos um valor relevante para as gestantes de baixo peso que atinge um percentual de 20,83% dessas gestantes, pois a SU é um importante fator de risco para baixo peso do RN ao nascer. Outro fator importante é que nenhuma tem relatos de malformação renal ou de vias urinárias.

Na primeira consulta de pré-natal deve se realizar anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além de antecedentes familiar, pessoais, ginecológicos e obstétricos da situação atual da gestação. O exame físico completo deve avaliar cabeça, pescoço, tórax, abdômen, e membros inspecionando a pele e mucosas, seguido do exame ginecológico e obstétrico. Nas consultas seguintes, a anamnese deverá abordar aspectos do bem estar materno/fetal. Deverão ser ouvidas as dúvidas e ansiedades da mulher, além de perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e interrogatório sobre presença de secreções ou outras perdas vaginais⁵⁵.

A maioria das gestantes com sepse urinária estão entre a faixa etária de 20 a 29 anos, de cor branca representando 41,66%, sendo que 50% das gestantes são casadas. Apesar de não constar nos prontuários dados suficientes para verificar o nível de escolaridade e a religiosidade, o Ministério da Saúde, preconiza essas anotações na primeira consulta do pré-natal, o que por falta de dados anotados no prontuário não puderam ser definidos.

As gestantes com DPP entre 26/04/14 a 25/08/14 e DUM entre 04/08/13 a 23/12/13 são de 41,66%, sendo 41,66% destas primigestas, P0 45,83%, A1 4,16%, e nenhuma destas tiveram partos prematuros, e mais da metade, 54,16% destas estavam em idade gestacional de 8s a 14s e 6d.

As consultas de enfermagem estão voltadas para confirmação da gravidez, cadastramento no SISPRENATAL, fornecimento de cartão durante a consulta, preenchimento de ficha de registro de atendimento, detectar fatores de riscos e intercorrências, avaliar crescimento e desenvolvi-

mento fetal, medidas de prevenção do tétano neonatal, detectar uso de dependências químicas, de intercorrências ginecológicas, diabetes de *mellitus* e gestacional, hipertensão arterial, prevenir e identificar os sinais de SU dentre outros⁵⁴.

Além dos fatores específicos da gestação, existem os fatores de risco para o desenvolvimento de bacteriúria assintomática. Esses fatores são classificados em demográficos, urológicos, patológicos e comportamentais^(36,40-53). Portanto tornando-se necessário o estudo sociodemográfico dessas gestantes.

Apesar de nos prontuários terem somente escrito orientações gerais, não se pode afirmar especificamente que as orientações ou quantas delas foram sobre os riscos da SUG. Mas a importância de orientar, sobre os riscos de cistite, pielonefrite, parto pré-maturo dentre outros e orientações de prevenção a respeito das práticas de micção saudáveis como: evitar adiar a micção e adquirir o hábito de micção antes do sono e depois das relações sexuais, pois essas práticas podem reduzir o tempo de multiplicação das bactérias, como ainda orientar acerca do aumento da ingestão de líquidos e dos cuidados higiênicos diários, no banho, após urinar e evacuar e nas práticas sexuais, da investigação da dor lombar. Essas orientações devem ser alvo da atenção dos profissionais de saúde no decorrer da assistência pré-natal^{56,57}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na prevalência de SU, que representativamente, mostra-se em valores considerados dentro da média de 17% a 20% pode considerar seu valor de 19,35% alto, pois sendo a UBS/ESF um modelo de unidade que trabalha com prevenção, promoção e tratamento de doenças,

evitando assim, agravos da mesma no indivíduo e família. Conclui-se que é de suma importância cada unidade de saúde da família possuir o seu próprio controle de prevalências desta enfermidade para prestar melhor atendimento e prevenção dos agravos estabelecidos nas gestantes da sua comunidade.

A SU caracteriza-se por diversos fatores predisponentes, específicos e associados, principalmente, por fatores fisiológicos e específicos do sexo feminino, dentre outros, como demonstrado através da pesquisa que ainda se mantém níveis consideravelmente relevantes de sepse urinária na população gestacional descrita, havendo assim necessidade de estratégias ainda mais eficazes na prevenção embora a pesquisa demonstre que na maioria dos casos de SU o rastreamento e tratamento precoce da mesma na unidade de pesquisa levou a prevenção de complicações dessas gestantes na maioria dos casos, iniciando o tratamento precoce dos casos confirmados gerando o sucesso do trabalho em equipe. Dentre estas estratégias eficazes, o ideal seria começar com o exame urocultura para detecção de bacteriúria assintomática, embora este exame não seja de fácil acesso por seu custo, mas devemos olhar holisticamente os benefícios, pois a gestante que desenvolve a SU e suas complicações gera um custo ainda maior aos cofres públicos, por isso devemos reforçar não o custo mais os benefícios do exame de urocultura como prioridade na assistência e humanização do pré-natal, parto e puerpério.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Brasil M.S, Manual Técnico; Gestação de Alto Risco, 5ª edição M.S., Brasília-DF 2012, p.111.2.
2. Santos JFM, Ribeiro RM, Rossi P, et al. Urinary tract infections in pregnant women. *Int Urogynecol J*. 2002; 13:204-9.
3. Krcmery S, Hromec J, Demesova D. Treatment of lower urinary tract infection in pregnancy. *International Journal of Antimicrobial Agents* 2001; 17:279-82.
4. Smaill FM, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; 18(2).
5. Jayalakshmi J, Jayaram VS. Evaluation of various screening tests to detect asymptomatic bacteriuria in pregnant women. *Indian J Pathol Microbiol*. 2008;51(3):379-81.
6. Carvalhal GF, Rocha LCA, Monti PR. Urocultura comum de urina: considerações sobre sua coleta e interpretação. *Rev AMGRIS*. 2006;50(1):59-62.
7. Duarte G, Marcolin AC, Quintana SM, Cavalli RC. [Urinary tract infection in pregnancy]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(2):93-100.
8. Nowicki B. Urinary Tract Infection in Pregnant Women: Old Dogmas and Current Concepts Regarding Pathogenesis. *Curr Infect Dis Rep*. 2002; 4(6):529-35.
9. Romero R, Oyarzun E, Mazor M, Sirtori M, Hobbins JC, Bracken M. Meta-analysis of the relationship between asymptomatic bacteriuria and preterm delivery/low birth weight. *Obstet Gynecol*. 1989; 73(4):576-82.
10. Mazor-Dray E, Levy A, Schlaeffer F, Sheiner E. Maternal urinary tract infection: is it independently associated with adverse pregnancy outcome? *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2009; 22(2): 124-8.
11. McCormick T, Ashe RG, Kearney PM. Urinary tract infection in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2008;10(3):156-62.
12. Jacociunas LV, Picoli SU. Avaliação de infecção urinária em gestantes no primeiro trimestre de gravidez. *Rev Bras Anal Clin*. 2007; 39(7):55-7.
13. Assis RG, Tibúrcio R.E.S. Prevalência e características da lombalgia na gestação: um estudo entre gestantes assistidas no programa de pré-natal da maternidade Dona Íris em Goiânia. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2004. 31 p.
14. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Ulmi EF, et al. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(9):2157-66.
15. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Comissões Nacionais Especializadas Ginecologia e Obstetrícia. Manual de orientação: gestação de alto risco. Infecção urinária na gestação. Rio de Janeiro: FEBRASGO; 2011. p. 197-204.
16. Feitosa DCA, Silva MG, Parada CMGL. Acurácia do exame de urina simples para diagnóstico de infecções do trato urinário em gestantes de baixo risco. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009;17(4):507-13.
17. MacLean AB. Urinary tract infection in pregnancy. *Int J Antimicrob Agents*. 2001;17(4):273.
18. Duarte G, Quintana SM, El Beitune P, Marcolin AC, Cunha SP. Infecções gênito-urinárias na gravidez. In: Alves Filho N, Corrêa MD, Alves Jr JMS, Corrêa Jr MD, editores. *Perinatologia básica*. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 129-41.
19. Duarte G, Marcolin AC, Figueiró-Filho EA, Cunha SP. Infecções urinárias. In: Corrêa MD, Melo VH, Aguiar RAP, Correa Jr. MD, organizadores. *Noções práticas de obstetrícia*. 13a ed. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e Cultura Médica; 2004. p. 793-800.
20. Conde-Agudelo A, Villar J, Lindheimer M. Maternal Infection and Risk of Preclampsia Systematic Review and Metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 198(1):7-22.
21. Palma P, Cistite na mulher, Editora Copyright Moreira Jr. © RBM 2013, V 70, N 10, p.350-357.

22. Kisztajn S., Rossbach AC, do Carmo MSN, Sughara TL. Assistenciaprenatal, baixo peso e prematuridade no estado de São Paulo, 2000. *Versaúde-pública*. 2003;37(3):303-10.
23. Brasil MS, secretaria de políticas de saúde (SPS). *Assistência pré-natal: manual técnico*. 3ª ed. Brasília; 2000.
24. Akinloye O, Ogbolu DO, Akinloye OM, Terry Alli OA. Asymptomatic bacteriuria of pregnancy in Ibadan, Nigeria: a re-assessment. *Br J Biomed Sci*. 2006;63(3):109-12.
25. Andabati G, Byamugisha J. Microbial aetiology and sensitivity of asymptomatic bacteriuria among ante-natal mothers in.
26. Elder HA, Santamarina BA, Smith S, Kass EH. The natural history of asymptomatic bacteriuria during pregnancy: the effect of tetracycline on the clinical course and the outcome of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1971;111(3):441-62.
27. Little PJ. Prevention of pyelonephritis of pregnancy. *Lancet*. 1965;1(7385):567-9.
28. American Academy of Pediatrics. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Guidelines for perinatal care*. 6th ed. Elk Grove Village: AAP; 2008.
29. Darzé OISP, Barroso U, Lordelo M. [Clinical predictors of asymptomatic bacteriuria during pregnancy]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(8):196-200. Portuguese.
30. Duarte G, Marcolin AC, Figueiró-Filho EA, Cunha SP. Infecções urinárias. In: Corrêa MD, Melo VH, Aguiar RAP, Correa Jr. MD, organizadores. *Noções práticas de obstetrícia*. 13ª ed. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e Cultura Médica; 2004. p. 793-800.
31. Câmara PAD. Infecção Urinária na gravidez. In: Cunha SP, Duarte G, editores. *Gestação de alto risco*. 1ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1998. p. 211-20.
32. Marinelli CM, Stockler SHM, Pinto MA, Barbosa CP, Wroclawski ER. Alterações anatomo-funcionais do trato urinário durante a gestação. *Femina*. 2002;30(1):33-7.
33. Hill JB, Sheffield JS, McIntire DD, Wendel GD. Acute pyelonephritis in pregnancy. *ObstetGynecol* 2005 105(1):18-23.c.
34. Santos JF, Ribeiro RM, Rossi P, Haddad JM, Guidi HG, Pacetta AM, et al. Urinary tract infections in pregnant women. *IntUrogynecol J Pelvic-FloorDysfunct*. 2002; 13(3):204-9.
35. Schirmer J. *Assistência pré-natal: manual técnico*. 3ª ed. Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde; 2000.
36. Safir MH, Schaeffer AJ. Infecção do trato urinário simples e complicado. *Série Atualização AUA (edição em espanhol)*. 1998, 1: 65-71.
37. Grabe M, Bjerklund-Johansen TE, Botto M, Naber MÇKG, Tenke P, Wagenlehner F. *Guidelines urological infections*. *EuropAssoc of Urol*. 2010. Disponível em <http://www.uroweb.org/gls/pdf/Urological%20Infections%202010.pdf>.
38. Heilberg IT, Schor N. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário – ITU. *Rev Assoc Med Bras* 2003;49(1): 109-16.
39. Lajos GJ, junior RP, Nomura ML, Amaral E, Pereira BG, Milanez H, et. al. Colonização bacteriana do canal cervical em gestantes com trabalho de parto prematuro ou ruptura prematuro de membranas. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2008; 30(8);393-9.
40. Smaill F, Vazquez JC. Antibióticos para bacteriúria assintomática na gravidez (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library 2008, Issue 2 Oxford: Atualização de Software Ltd*. Disponível em: <http://www.update-software.com>. (Traduzido do *The Cochrane Library, Issue 2 2008 Chichester, Reino Unido: John Wiley & Sons, Ltd.*). Data de alteração substancial mais recente 04 janeiro de 2007
41. Soto J, Retomar P, Valencia A, Hilario R, Sánchez E, Galán W, dedios L, Herrera F, Rhodes A, Guzman F. Prevalência de bacteriúria assintomática em uma população de mulheres grávidas em Lima. *Um Med Fac*. 2002, 63: 45.
42. Cerrón C, E Quispe, Cornejo M, bacteriúria assintomática R. Cruz em mulheres grávidas, em uma população rural de Lima. *XIV Congresso peruano de Obstetras e Ginecologistas*. 2002: 37,86.

43. Santos P.R, sepsis urinária e gravidez. *Rev cubano Obstet ginecologia*. 1987, 13 (1): 55-61.
44. Litza JA, Brill JR. Infecções do trato urinário. *Cuidados Prim*. 2010, 37 (3): 491-507.
45. Weidner W, infecções urinárias complicadas. In: Tratamento de infecções do trato urinário complicadas e não complicadas. *Instrucional ANS pós-graduação MA / PM Curso Apostilas 2000 Reunião Anual*. Atlanta: 48-93.
46. Dalet F, Del Rio G. bacteriúria associada a cateter. Em: *Litofinter* (ed). *Infecções do trato urinário*. 1997: 240-61.
47. Rivero M, Schaab A, Hrycuk G, Melian C, vem M, C. Molinas infecções urinárias durante a gravidez estão associados com resultados perinatais pobres. *Revméd nordeste*. 2002
48. Ponce ME. Características de infecção urinária de repetição em grávida Instituto Nacional Materno Perinatal; 2007 Tese para a licença título profissional em Obstetrícia Lima Peru 2008, a Universidade Nacional de San Marcos.
49. J Pacheco, Flores T, García M. Contribuição ao estudo da prevalência de bacteriúria assintomática em mulheres grávidas. *ObstetGynecol* (Peru). 1996, 42 (2): 39-43.
50. Leyva G.F.A, Salas MFR. Bacteriúria assintomática recorrentes na gravidez e baixo peso ao nascer. *Revméd IMSS*. 1998, 36 (1): 39-43.
51. Suárez M.A, González MMF. A frequência de bacteriúria assintomática em mulheres grávidas em consulta ambulatorial pré-natal tipo urbano III. *Cabudare Primavera* 1996 de Março de junho. 1997, 31 (120): 21-4.
52. Calderón J.E, García AJL, Salinas J.O, Echaniz A.G, Conde Gonzalez C, Hernandez N. Prevenção de infecção urinária durante a gravidez em pacientes com bacteriúria assintomática. *GynecolObstet Mex*. 1989, 57 (4): 90-6.
53. Silva DMA. A prevalência de bacteriúria assintomática em gestantes no Hospital de Apoio III, Sullana “. ano de 2005 Piura, Peru.
54. Zampiere, M.F.M.; Garcia O.R.Z.; Boehs, A. E.; Verdi, M. *Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Mulher*. 1ª Ed, CCS/UFSC. Florianópolis/SC, 2007.
55. Brasil MS, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamentos de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Manual Técnico: Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília: Ministério da Saúde 2005.
56. Barros SMO, Paula CAD, Rodrigues SSMW. Infecção urinária entre gestantes - intervenção de enfermagem para sua prevenção e tratamento. *Acta Paul Enf*. 1997;93(10):93-9.
57. Silveira MF, Barros AJD, Santos IS, et al. Exame de urina no pré-natal. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(3):389-95.

Aleitamento materno: Atuação da enfermagem na assistência ao aleitamento materno

Breastfeeding: Nursing expertise in support of breastfeeding

Rosana Lima Bandeira¹; Adriana Pederneiras¹

Como citar:

Souza JPL, Mendes DRG. Prevalência de sepse urinária em gestantes da UBS/ESF do Cruzeiro do Sul. REVISIA. 2015; 4(1): 52-7.

RESUMO

O aleitamento materno é o ato de a criança conseguir o leite diretamente das mamas maternas. O processo de amamentação transmite aos recém-natos vários nutrientes importantes para o crescimento e desenvolvimento. Avaliou-se o conhecimento e a promoção de ações do aleitamento materno pela equipe de enfermagem de uma instituição hospitalar privada de Brasília/DF. Trata-se de um estudo transversal descritivo com aplicação de questionário semiestruturado. A apreensão das puérperas e dos familiares em relação ao aleitamento materno reflete a deficiência de informações obtidas durante o pré-natal sobre as particularidades do período puerperal, especialmente, a amamentação. Observou-se ampla dificuldade por parte dos profissionais em transmitir as informações, visto que 80% manifestaram descontentamento. A participação ativa dos profissionais de saúde é essencial na promoção ao aleitamento materno, considerando-se, além do contexto social, o suporte do ambiente de trabalho.

Palavras-chave: Enfermagem; Aleitamento materno; Puerpério.

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

Correspondência:

Profa Adriana Pederneiras.
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.

Recebido em: 18/11/2014
Aceito em: 21/06/2015.

ABSTRACT

Breastfeeding is the act in which the child is nourished directly from the maternal breast. The process of breastfeeding conveys to newborns several important nutrients for growth and development. We evaluated the knowledge and actions to promote breastfeeding by the nursing staff of a private hospital in Brasilia, Federal District, Brazil. This is a descriptive, cross-sectional study with the application of a semi-structured questionnaire. The concerns of mothers and relatives regarding breastfeeding reflects the deficiency of information during the pre-natal exams about the particulars of the postpartum period, especially breastfeeding. Professionals were found to face large difficulties to transmit the information, since 80% of the answers to the questionnaire expressed dissatisfaction. The active participation of health care professionals is essential in the promotion of breastfeeding, considering the social context beyond support at the place of work.

Keywords: Nursing; Breastfeeding; Puerperium.

INTRODUÇÃO

Aleitamento materno (AM) é o ato de a criança obter o leite materno sugando as mamas, ou a oferta, pela mãe à criança, da mama e seu leite¹.

O leite humano apresenta composição balanceada de nutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido (RN), sendo adaptado ao metabolismo da criança. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o leite humano durante os primeiros seis meses de vida, pois é suficiente para suprir as necessidades nutricionais do bebê, quando em aleitamento materno exclusivo (AME). Indica que após os seis meses, se inicie gradativamente a alimentação complementar mantendo a amamentação até pelo menos os dois anos de idade².

Ao se alimentar exclusivamente com o leite humano nos seis primeiros meses de vida a criança se torna imune às infecções gastrointestinais respiratórias e urinárias. O aleitamento exclusivo atua na prevenção de anemia, cáries dentárias, alergias, obesidade, diabetes *mellitus* insulino dependente, dentre outras doenças³.

Aleitamento materno é muito mais do que nutrir uma criança, é a mais sábia estratégia natural de interação profunda entre mãe e filho, afeto, habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe. Constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil⁴.

O apoio e o estímulo da amamentação pelos profissionais de saúde, especialmente no início do AM, são necessários para auxiliar as mães a manejar os problemas precoces no estabelecimento da AM. Destaca-se a importância da enfermagem no processo de amamentação, no sentido de ampliar as estratégias de promoção do AM, envolvendo a família, bem como incentivando e apoiando a nutriz⁵.

O objetivo deste estudo foi realizar uma avaliação com os profissionais de enfermagem acerca de sua prática e promoção ao aleitamento materno.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantiqualitativa, transversal, realizada em um hospital privado de Brasília-DF, nas alas de internação para puérperas e alojamento conjunto (ALCON), no mês de novembro de 2014.

A amostra, por conveniência, foi constituída por profissionais de enfermagem, incluindo enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e puérperas que atuam na ala materno infantil. Para a coleta foi utilizado um questionário semiestruturado com dez (10) questões, aplicado pela própria pesquisadora.

Obedeceu-se aos seguintes critérios de seleção:

Critério de Inclusão: Profissionais da área da enfermagem e puérperas que aceitaram participar da pesquisa e que trabalham no setor da maternidade;

Critério de Exclusão: Profissionais da área da enfermagem com menos de 3 meses de atuação profissional no setor da maternidade.

Para análise estatística, utilizaram-se frequências percentuais por meio do programa Microsoft Excel versão 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Papel da Enfermagem na Educação em Saúde

De acordo com a Lei Federal de nº 7.498/86 e do Decreto-lei 94.406/87, que decreta o livre exercício da enfermagem em todo território nacional, é incumbido ao enfermeiro “prestar assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido; participar dos programas e das atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco⁶”.

A enfermagem possui em sua práxis a ação educativa como um dos seus principais eixos de atuação, em especialmente nos serviços de atenção primária à saúde. A educação em saúde e uma importante ferramenta para o cuidado clínico de enfermagem materno-infantil, agregando ao seu saber-fazer o saber-fazer popular indo ao encontro das diretrizes da Política Nacional de Humanização e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher⁷.

O enfermeiro é o profissional de saúde inserido na equipe multiprofissional que desempenha um papel importante na prática do aleitamento materno, contribuindo para estimular a prática do aleitamento materno, podendo ainda, investigar as causas do desmame precoce para que possa auxiliar a nutriz, buscando desenvolver ações autoconfiança para uma prática saudável e eficiente de amamentação^{8,9}.

Pesquisa de Campo

Foram entrevistados 12 profissionais de saúde. A maioria era técnico de enfermagem e 25% não informaram (Tabela I). A média de atuação profissional foi de 12 anos.

Tabela I. Profissão dos entrevistados nas alas de internação para puérperas e alojamento conjunto (ALCON) de um Hospital privado de Brasília-DF, 2014 (n=12)

Profissão	%
Técnico de enfermagem	41,67%
Não informou	25,00%
Enfermeiro	25,00%
Estagiária de enfermagem	8,33%

Quando questionados sobre o conhecimento dos benefícios do aleitamento materno para o binômio mãe-filho, 100% tinham conhecimento adequado e 50% não sabia responder se a puérpera teve orientações sobre promoção do aleitamento durante o pré-natal. Dos que tinham conhecimento, 25% foram fornecidas por enfermeiros e demais por nutricionistas, médicos e técnicos de enfermagem (Gráfico 1).

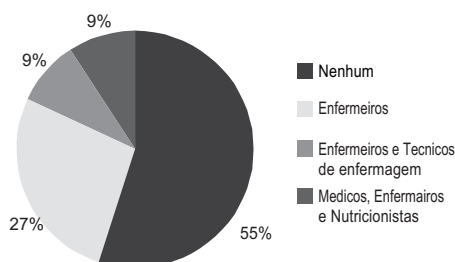


Gráfico 1 Conhecimento dos benefícios do aleitamento materno para o binômio mãe-filho, de profissionais da enfermagem de um Hospital privado de Brasília-DF, 2014 (n=12).

Sobre as ações de promoção ao Aleitamento materno (AM), 58% dos profissionais executa alguma ação e a maioria não considera suficiente o incentivo às práticas (75%), mas há estímulo para as ações. (Gráfico 2).

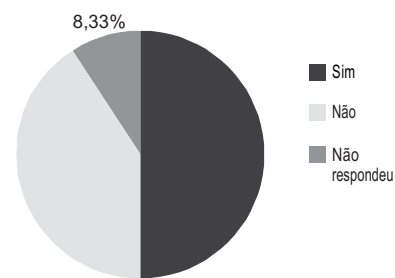


Gráfico 2 Estímulo a prática de ações de educação em saúde de profissionais da enfermagem que trabalham em um hospital privado de Brasília, DF, 2014 (n=12)

Amorin e Andrade⁹ destacam que o enfermeiro tem papel relevante como educador junto a sua equipe dentro dos programas de saúde seja ele público ou do setor privado. No presente estudo, observa-se o incentivo a essa prática. As principais dificuldades detectadas à promoção do aleitamento materno foram as condições do próprio serviço e a falta de conhecimento (Gráficos 3 e 4).

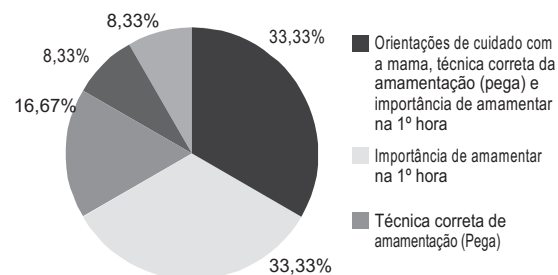


Gráfico 3 Distribuição das principais atividades de promoção ao aleitamento materno por profissionais da enfermagem que trabalham em um hospital privado de Brasília, DF, 2014 (n=12).

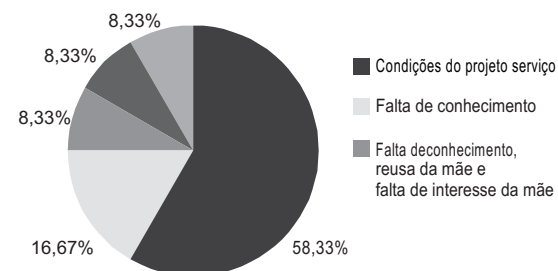


Gráfico 4 Distribuição das principais dificuldades encontradas a promoção ao aleitamento materno por profissionais da enfermagem que trabalham em um hospital privado de Brasília -DF, 2014 (n=12).

Quando questionadas pelos profissionais da enfermagem sobre as principais dificuldades encontradas pelas puerperas a oferecer o leite materno, o desconhecimento sobre o assunto e rachaduras foram as principais dificuldades relatadas (Gráfico 5).

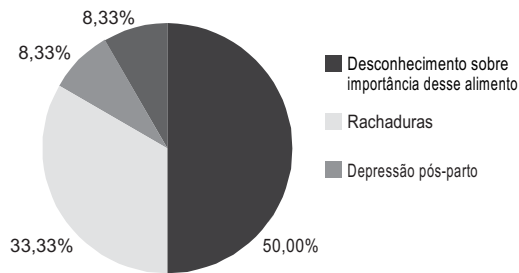


Gráfico 5. Distribuição das principais dificuldades encontradas a prática do aleitamento materno relatadas aos profissionais de enfermagem por puérperas internadas em um hospital privado de Brasília-DF, 2014 (n=20).

As crenças, especialmente do leite insuficiente, geram sentimentos negativos associados à incapacidade de nutrir o filho, que influenciam na inibição de ocitocina, hormônio responsável pela descida do leite. Pode estar relacionada com a insegurança da nutriz em relação à prática da amamentação¹⁰.

Ceccato¹¹ relata que durante o período do parto há fatores como dor, sofrimento, solidão, o próprio parto, a hospitalização e o recém-nascido, que amedrontam a parturiente.

CONCLUSÃO

A participação ativa dos profissionais de saúde é essencial na promoção do aleitamento materno, considerando além do contexto social, o suporte do ambiente do trabalho.

Deve-se investir em capacitações tanto da equipe quanto do profissional enfermeiro, visto que o conhecimento se constitui a base para uma prática adequada e segura do aleitamento materno.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Bueno LGS, Teruya KM, Aconselhamento em amamentação e sua prática. *Jornal de Pediatria*- Vol.80. São Paulo, 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de saúde da criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. 2º Ed. Brasília: MS, 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica.
5. Bullon RB, Cardozo FA, Peixoto AM, Miranda LF. A influência da família e o papel do enfermeiro na promoção ao aleitamento materno. *Universitas: Ciências da Saúde*; 2009;7(2):49-70.
6. Brasil, Lei 7498 de 25 de Junho de 1986, Dispõe Sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem, e Dá Outras Providências. Disponível em: < <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/128195/lei-7498-86> > Acesso em: 25 de maio de 2014.
7. Progianti JM, Costa RF, Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(2):257-63.
8. Carvalho JKM, Carvalho CG, Magalhaes SR. A importância da assistência de enfermagem no aleitamento materno. *Rev.e-Scientia* 2011; 4(2):11-20.
9. Amorin MM, Andrade ER. Atuação do enfermeiro no PSF sobre aleitamento materno. *Perspectivas Online* 2009; 9(3):93-110.
10. Silva RQ, Gubert MB. Qualidade das informações sobre aleitamento materno e alimentação de profissionais de saúde disponível na internet. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2010; 10(3): 331-40.
11. Cecatto SR. O cuidado humano como princípio da assistência de enfermagem à parturiente e seus familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2001;3(1). Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.

Descrição das glomerulopatias no lúpus eritematoso sistêmico (LES) e seus respectivos esquemas terapêuticos

Description of glomerulopathies in systemic lupus erythematosus (SLE) and their respective therapeutic programs

Gabrielle Silva Andrade¹

Como citar:

Andrade GS. Descrição das glomerulopatias no lúpus eritematoso sistêmico (LES) e seus respectivos esquemas terapêuticos. REVISIA. 2015; 4(1): 58-66.

RESUMO

A nefrite lúpica é uma das manifestações mais importantes dos pacientes portadores de lúpus eritematoso sistêmico. O envolvimento renal tem uma causa significativa na morbidade e mortalidade, devido à sua possibilidade de evolução para insuficiência renal e complicações correlacionadas com a quimioterapia. O presente estudo consiste em uma revisão bibliográfica realizada, a partir de diferentes fontes de pesquisas, com o intuito de detalhar os tipos de LES e descrever sua atual quimioterapia, oferecendo assim conhecimentos acessíveis tanto para o profissional quanto para o paciente. A partir das pesquisas realizadas, foi observado que o tratamento da nefrite lúpica é peculiar, variando de paciente para paciente, porém a droga de primeira escolha é a ciclofosfamida por um curto período ou outro imunossupressor com a finalidade de diminuir a citotoxicidade, sem comprometer o efeito das drogas utilizadas no esquema terapêutico. Observou-se, também, a necessidade de um diagnóstico precoce e do controle da hipertensão arterial para aumento da sobrevida e melhora da qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Lúpus Eritematoso Sistêmico; Nefrite lúpica; Glomerulonefrite.

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

Correspondência: Gabrielle Silva Andrade. E-mail: gabiandrade18@gmail.com.

Recebido em: 06/07/2015.

Aceito em: 31/07/2015.

ABSTRACT

Lupus nephritis is one of the most important manifestations of patients with systemic lupus erythematosus. Renal involvement is a significant cause of morbidity and mortality, due to the possibility of progress to kidney failure and complications correlated with chemotherapy. This study consists of a literature review based on different sources, to provide details about the types of SLE, and to describe their current chemotherapy, thus enabling accessible knowledge both for professionals and patients. The treatment of lupus nephritis is found to be peculiar and varies from patient to patient. However, the drug of first choice is either cyclophosphamide for a short period of time or other immunosuppressive in order to decrease the cytotoxicity without compromising the effect of the drugs used in the therapeutic regimen. We also perceived the need for early diagnosis and control of hypertension, in order to increase survival and improve the quality of life of patients.

Keywords: Systemic lupus erythematosus; Lupus nephritis; Glomerulonephritis.

INTRODUÇÃO

Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica e de característica autoimune, acometendo, principalmente, mulheres jovens que possuem maiores níveis de hormônios femininos, caracterizando-se por atingir múltiplos órgãos e apresentar alterações da resposta imunológica, com presença de anticorpos dirigidos contra proteínas do próprio organismo¹.

Embora a causa do LES não seja conhecida, considera-se a hipótese de que os fatores genéticos, hormonais e ambientais fazem parte do desencadeamento desta doença, afetando mais o grupo do sexo feminino, sendo 10 a 12 vezes maior em relação ao homem, podendo ocorrer em qualquer idade, sendo mais frequente na fase da adolescência, começando entre os 20 anos e podendo se desenvolver até os 45 anos de idade².

A classificação do protótipo da doença como autoimune sistêmica e a ausência de exames laboratoriais, promove uma dificuldade no diagnóstico da doença. Nas últimas décadas, ocorreu uma evolução crônica, descrita por períodos de atividades intensas, promovendo uma melhora na evolução¹.

De acordo com os estudos de Urman³ a mortalidade dos pacientes diagnosticados com (LES) estar associada às lesões causadas pela doença, tornando a mortalidade maior do que a da população, em geral, por idade e gênero, sendo vinculada a terapia imunossupressora nos casos mais graves.

No ano de 1950, os estudos sobre o assunto apontavam o acometimento renal, o sistema nervoso central (SNC) e as infecções, como o principal causador da morte, nesses pacientes diagnosticados com (LES). Nesse período, a taxa de mortalidade era de 50% em três anos³.

Em estudos internacionais realizados nas últimas décadas, a incidência da doença tem sido diversificada de 3,7 a 5,5/100 mil habitantes. No Brasil, encontra-se apenas um estudo realizado por Vilar e Sato na cidade de Natal (RN) onde estimaram a incidência de 8,7/100 mil habitantes, no ano de 2000. Embora não podendo excluir a influência genética, estima-se a participação da radiação ultravioleta para justificar a alta incidência de LES na cidade de Natal. Em estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos,

a sua prevalência varia de 14,6 a 50,8 casos por mil habitantes⁴.

O comprometimento do paciente com LES é sistêmico, afetando o sistema musculoesquelético, com artralguas, artrite, edema articular, dolorimento, algia e rigidez. Outro tipo de manifestação são as cutâneas que envolvem lesões papuloescamosas ou policíclicas anulares (lúpus eritematoso cutâneo subagudo) e um exantema crônico com pápulas ou placas eritematosas e descamação (lúpus eritematoso discoide) podendo provocar alterações de pigmentação⁵. Segundo Petri⁵ o que ocorre em 50% dos pacientes com LES é uma lesão cutânea aguda consistindo em um exantema em asa-de-borboleta por sobre a crista do nariz e bochechas, possivelmente provocados por raios solares ou ultravioleta artificial.

A manifestação cardíaca mais comum é a pericardite. O envolvimento do SNC é amplo, sendo os mais comuns depressão e psicose. Já em relação às taxas de níveis séricos de creatinina e urinalise são utilizadas para avaliar o nível da lesão renal, sendo que, se detectada precocemente permite o tratamento imediato. O comprometimento renal pode levar a hipertensão, por isso exige um maior cuidado e monitoramento da mesma⁵.

Uma das manifestações mais importantes da LES é a nefrite lúpica, uma doença que exige maior atenção tanto no início quanto no decorrer de seu tratamento. Uma grande parte dos quadros renais apresenta-se nos primeiros cinco anos de LES, podendo ser detectado em qualquer momento da doença, sendo necessária a monitorização cuidadosa e regular no segmento dos pacientes portadores de nefrite lúpica (NL)⁴.

O comprometimento renal associado ao LES ainda constitui um dos fatores de maior morbidade e mortalidade da doença, afetando clinicamente cerca de metade dos pacientes (as alterações histopatológicas são vistas em até 90-100% dos pacientes) podendo evoluir para insuficiência renal crônica em 45% dos casos².

A grande maioria das anormalidades renais aparece de 6 a 36 meses após o diagnóstico de LES, entretanto, até 50% dos pacientes com nefrite lúpica podem apresentar urinalise anormal, acompanhada ou não de elevação dos níveis de creatinina ao diagnóstico inicial do LES. Este exame é considerado o mais confiável para pacientes portadores de LES candidatos à biópsia renal⁶.

A proteinúria é a anormalidade mais frequentemente observada em exames dos pacientes com evidência clínico-laboratorial de comprometimento renal (80% dos casos). Hematúria e leucocitúria poderão incidir em até 40% dos pacientes com sinais clínicos laboratoriais de comprometimento renal⁶.

Porém o rastreamento de pacientes com lesões renais pela LES através da urinálise põe em dúvida a verdadeira frequência de doença renal, pois são comuns alterações histopatológicas renais em pacientes com urinálise normal e níveis séricos de creatinina dentro dos limites (conhecidos como falsos negativos). Consequentemente, a incidência de doença renal no LES pode ser maior que 90%, uma vez que, biópsias renais de pacientes sem evidências clínico-laboratoriais de doença renal frequentemente revelam glomerulonefrite mesangial ou glomerulonefrite proliferativa focal ou difusa. Tal fato poderia estimular o emprego precoce da biópsia renal em pacientes portadores de LES⁷.

A histopatologia da nefrite lúpica é bem distinta, e apresenta aspectos diferenciados em relação a sua evolução e regressão do padrão histológico, e maneira natural ou como efeito do tratamento realizado⁸.

Através da biópsia renal a avaliação e condução clínica dos pacientes suspeitos de nefrite lúpica é facilitada para o seu melhor diagnóstico e tratamento. Ainda que alguns clínicos defendam os exames laboratoriais como sendo suficientes para sentenciar a presença de acometimento renal, a grande dificuldade que se encontra na realização da biópsia renal é a aceitação no grupo de pacientes portadores de LES⁹.

É de suma importância a identificação precoce do acometimento renal para a melhor adequação e antecipação do paciente ao tratamento. Deve-se ter sempre em mente que os sinais e sintomas específicos de nefrite só ocorrem quando o grau de síndrome nefrótica ou de insuficiência renal esteja avançado⁴.

A nefrite lúpica pode manifestar como a única apresentação clínica do LES ou normalmente como parte de um acometimento de múltiplos órgãos. A gravidade da nefrite pode variar bastante, indo desde lesões mais leves a mais graves, sendo o diagnóstico renal como um dos fatores mais importantes no prognóstico da doença².

Os estudos de Font ressaltam que a biópsia renal é fundamental para que ocorra diagnóstico preciso da nefrite lúpica e avaliação do prognóstico. Nos últimos anos, a melhora dos pacientes com (LES) tem crescido de forma significativa, sendo atribuída a vários fatores, como por exemplo, ao diagnóstico de casos mais leves ao diagnóstico mais precoce, ao uso de drogas imunossupressoras para o controle das agressões, administração de novos antibióticos e à melhora do suporte de terapia intensiva².

O presente estudo teve como objetivo geral abordar os conhecimentos da fisiopatologia e do tratamento químico do LES com a finalidade de esclarecer e explicar a sua complexidade.

MATERIAS E MÉTODOS

Para realização desse artigo, foi escolhido o método de revisão de literatura científica na medida em que esta possibilita usar pesquisas já concluídas e obter conclusões a partir do tema escolhido.

A pesquisa foi realizada na base de dados Lilacs/Medline, na biblioteca eletrônica virtual SciELO, no site da Sociedade Brasileira de Nefrologia e no Jornal Brasileiro de Nefrologia. Utilizaram-se os seguintes descritores: Nefrite lúpica, tratamento para nefrite lúpica, glomerulonefrites, em busca de artigos publicados que abordassem este tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os primeiros estudos realizados com biópsias renais em pacientes portadores de LES apresentaram que o desenvolvimento da patologia estava diretamente referido ao grau e extensão de inflamação do compartimento glomerular. Logo, tornou-se necessária a elaboração de um esquema que permitisse categorização dos padrões histomorfológicos de lesão renal, a estratificação dos pacientes conforme tais achados e a comunicação de dados relevantes que permitissem o manejo apropriado dos pacientes¹⁰.

A nefrite lúpica caracteriza-se pela sua heterogeneidade. Classificações anatômicas que se propõem a serem utilizadas tanto para diagnóstico quanto para prognóstico são usadas universalmente.

Segundo a OMS, a glomérulo nefrite lúpica se classifica em seis tipos¹¹:

I - Glomérulo normal:

A) Normal em todas as técnicas.

B) Normal por microscópio óptico, mas com depósitos em imunofluorescência ou em microscópio eletrônico.

II - Glomerulonefrite mesangial (10-20%):

A) Acometimento mesangial sem hiper celularidade; depósitos mesangiais de IgG/C3

B) Acometimento mesangial com hiper celularidade. Depósitos mesangiais

III - Glomerulonefrite proliferativa segmentar focal (10-20%):

Depósito de imunocomplexo nas regiões subendoteliais e mesangiais (no M.E.). Menos de 50% dos glomérulos afetados, por definição.

A) Lesões necrotizantes ativas.

B) Lesões ativas e esclerosantes.

C) Lesões esclerosantes.

IV- Glomerulonefrite proliferativa difusa (40-60%):

Mais grave e uma das mais frequentes. Proliferação mesangial severa, endocapilar ou mesangio capilar com depósitos subendoteliais, com ou sem depósitos subepiteliais.

A) Sem lesões segmentares.

B) Com lesões necrotizantes ativas.

C) Com lesões ativas e esclerosantes.

D) Com lesões esclerosantes.

V- Glomerulonefrite membranosa(10-20%)

Às vezes se apresenta em ausência de lúpica clínico.

A) Membranosa pura.

B) Associada a lesões mesangiais.

VI – Glomerulonefrite esclerosante avançada ou terminal.

Tendo em vista os consideráveis avanços na compreensão dos mecanismos patogênicos e os trabalhos de correlação clínico-patológica realizados na área desde as últimas revisões da classificação da OMS, a Sociedade Internacional de Nefrologia e a Sociedade de Patologia Renal realizaram, em 2003¹², uma nova revisão da classificação da OMS (Tabela I). Em linhas gerais, a classificação proposta segue as linhas-mestras da classificação de 1974, preservando sua simplicidade e baseando-se fortemente na patologia glomerular. Como nas classificações de 1982 e 1995, as classes III e IV foram foco de importantes refinamentos e definições qualitativas e quantitativas. Ainda, definiu-se quantitativamente o critério para diagnóstico de nefrite lúpica em estágio avançado (classe VI) e excluiu-se da classe I a definição de normalidade da amostra renal.

Classe I: Propõe-se definir classe I como nefritelúpica mesangial mínima com acúmulo de esparsos imunocomplexos mesangiais detectáveis à imunofluorescência, porém sem alterações à microscopia óptica, forma categorizada em 1995 como classe Ib.

Classe II: Pertencem à classe II as glomerulonefrites proliferativas mesangiais, isto é, qualquer grande hiper celularidade mesangial (acima de duas células moderadas mesangiais por espaço mesangial e matriz de volume não superior à soma dos diâmetros desses dois núcleos), associado a depósitos mesangiais à imunofluorescência ou à microscopia eletrônica. Esta definição acomoda as classes IIa e IIb da OMS 1995.

Classe III: Define-se como classe III as glomerulonefrites focais, com envolvimento inferior a 50% dos glomérulos por lesões proliferativas endocapilares segmentares ou esclerose, associadas ou não a necrose e crescentes.

Classe IV: Como nas classificações anteriores, a classe IV conserva-se como nefrite lúpica difusa, com envolvimento igual ou superior a 50% dos glomérulos amostrados. Na nova proposta de classificação aqui descrita, a classe IV foi maior alvo de redefinições, tendo sido subdividida em nefrite lúpica segmentar difusa (classe IV-S) e nefrite lúpica global difusa (classe IV-G).

Classe V: À classe V pertence a glomerulonefrite membranosa. O achado de depósitos

subepiteliais segmentares/ focais e/ou suas “seqüelas” (vistas por ME) também são válidas para a categorização das lesões como classe V. Além dos depósitos subepiteliais característicos, admite-se a associação destes depósitos mesangiais e sub-endoteliais

Classe VI: Importante conceito introduzido nessa classificação proposta é a definição quantitativa de nefrite lúpica terminal. Designa-se como classe VI, os casos em que se observa mais de 90% de glomérulo esclerose global, atribuíveis a estádios crônicos terminais de classes III, IV ou V. Sinais de doença ativa não devem ser encontrados.

A classificação da ISN/RPS traz importantes contribuições ao estudo da nefrite lúpica. Ainda não é possível avaliar o quão reprodutível e confiável é esse esquema. Ao se buscar definições qualitativas e quantitativas precisas, esta proposta pode vir a eliminar inconsistências e dificuldades no enquadramento de uma lesão dentro de uma classe ou outra.

É importante enfatizar também que aspectos diagnósticos práticos também foram alvo de atenção, como o papel e as limitações da microscopia óptica, da microscopia de imunofluorescência e da microscopia eletrônica na avaliação das alterações histopatológicas. Também a redução do laudo anatomopatológico mereceu observações.

Tabela I. Classificação da Nefrite Lúpica¹²

Classificação da Nefrite Lúpica a partir de 2003		Percentual de acometimento glomerular
Classe I	Acúmulo mínimo de imunocomplexos mesangiais	Sem anormalidades
Classe II	Glomerulonefrite Proliferativa Mesangial	10 – 20%
Classe III	Glomerulonefrite Focal	10-20%
Classe IV	Glomerulonefrite Proliferativa Difusa	40-60%
Classe V	Glomerulonefrite Membranosa	10-20%
Classe VI	Glomerulonefrite Terminal	Sem definição

De acordo com o estudo realizado de nefrite lúpica severa pela NIH (National Institutes of Health) foi utilizado ciclofosfamida endovenosa (CFF EV)¹³ em altas doses por período prolongado (não utilizando ciclofosfamida oral, aza-

tioprina oral ou combinação de ambas) tendo uma menor probabilidade de evoluir para IRC terminal comparando-se com os pacientes que receberam apenas corticóide oral. O esquema terapêutico utilizado foi CFF EV (0,75 a 1,0g/m²), por tempo prolongado durante 6 meses, logo após o uso passa a ser trimestralmente podendo estender até um ano depois da remissão.

Já a análise posterior deste mesmo estudo, mostrou que a quimioterapia com ciclofosfamida endovenosa ou oral apresentavam melhores resultados que os que continham somente corticóide em longo prazo. Em outro estudo¹⁴ foi mostrado que os pacientes portadores de nefrite lúpica severa receberam CFF EV por um período de 30 meses onde obtiveram uma menor probabilidade de dobrar a creatinina sérica em relação a aqueles que receberam pulsos de metilprednisolona endovenosa. Sendo assim foi notado que o tratamento curto (sem manutenção com drogas citotóxicas) atingiu mais recidivas do que o prolongado. Em estudos mais recentes do NIH utilizou-se a combinação de pulsos de metilprednisolona e de CFF EV, alcançando uma maior taxa de remissão renal do que os pulsos isolados de metilprednisolona EV.

No *Euro-Lupus Nephritis Trial* (Tabela II), os pacientes (84% brancos) com nefrite lúpica proliferativa foram submetidos a altas doses de CFF EV (6 pulsos a intervalos mensais e dois pulsos trimestrais com doses ajustadas de acordo com a leucometria) ou dose baixa de CFF EV (6 pulsos de 500mg administrados a intervalos quinzenais), cada um seguidos com Azatioprina (AZA). Foi observada (em 73 meses) nenhuma diferença no que se aplica a falhas de tratamento ou probabilidade de perda de função renal⁸.

O tratamento com ciclofosfamida, descrito acima, apresenta grande citotoxicidade e elevada imunossupressão, além de causar efeitos adversos como: náuseas, vômitos, alopecia, mielotoxicidade, cistite hemorrágica, carcinoma de bexiga, além de outras complicações¹⁵.

A partir deste estudo é sugerido CFF EV seguida por AZA em um esquema terapêutico curto e com baixas doses podendo alcançar resultados bons em longo prazo. Porém questiona-se a AZA como utilização da medicação de manutenção, pois foi observado altas taxas de reativações renais (cerca de 35% com 5 anos)⁸.

Tabela II. Medicamentos utilizados anteriormente⁸

Medicação	Via/Mg	Prescrição	Resultado	Comparação
Ciclofosfamida	EV (0,75 a 1,0g/m ²)	Seis meses, depois trimestralmente até 1 ano	< probabilidade de evoluir para IRC terminal	Corticóide oral
Ciclofosfamida	EV (0,75 a 1,0g/m ²)	30 meses	< probabilidade de dobrar a creatinina sérica	Metilprednisolona Endovenosa
Ciclofosfamida (associado ao Azatioprina)	EV	Seis pulsos a intervalos mensais e 2 pulsos trimestrais	Observar leucometria	-
Ciclofosfamida (associado ao Azatioprina)	EV	Seis pulsos de 500mgadm a intervalos quinzenais	Bons resultados em longo prazo, se questionado o uso de AZA	-

Fonte: Dados coletados a partir das referências

Recentemente tem sido proposta uma quimioterapia curta e rigorosa. A manutenção de remissão prolongada deve ser com a droga de primeira escolha (no caso a CFF em menor frequência) ou outro imunossupressor considerado mais seguro (AZA), com o objetivo de diminuir a toxicidade sem comprometer a eficácia das drogas⁸.

Alguns propõem iniciar o tratamento de nefrite lúpica classes III e/ou IV com um período curto de 3 a 6 meses de CFF EV associado com corticóide e sua manutenção com AZA ou micofenolatomofetil (MMF). Não foi constatada nenhuma vantagem na utilização do MMF sobre o AZA durante a fase da manutenção, porém mostraram-se mais eficazes do que a CFF EV por longo prazo¹⁶.

O uso do MMF na indução da remissão por 12 meses foi tão eficaz quanto a utilização de CFF VO seguida por AZA durante 6 meses em estudos envolvendo pacientes asiáticos com nefrite lúpica de classe IV¹⁷.

Quanto ao tratamento da nefrite lúpica, ele é de característica peculiar. Os casos são bastantes distintos um do outro, lembrando-se que a taxa de remissão renal após o tratamento de primeira escolha tem sido insatisfatória e as reativações renais ocorrem em um terço dos pacientes com nefrite lúpica, na sua grande maioria os pacientes ainda encontram-se imunossuprimidos. Em

estudos recentes, cerca de 5 a 10% os pacientes portadores de nefrite lúpica evoluem para uma IRC terminal entre 5 e 10 anos após o início da doença¹⁸.

Alguns fatores prognósticos que influenciam a evolução da NL e vem sendo identificados são: pacientes negros, com baixa condição sócio-econômica, hipertensão arterial descontrolada, índices de atividade e cronicidade elevados na biópsia renal, déficit da função renal, má resposta a abordagem terapêutica inicial e reativações da doença¹⁹.

A abordagem terapêutica tem por metas resultados imediatos em longo prazo, como: remissão da atividade renal, de modo breve; prevenção das reativações renais; e diminuição da toxicidade. Não se esquecendo de ressaltar o controle da hipertensão arterial através de medicamentos anti-hipertensivos variados, especialmente com a utilização dos agentes inibidores da enzima conversora de angiotensina. Destacando também o controle da obesidade e da dislipidemia, a interrupção do tabagismo e a restrição de drogas potencialmente nefrotóxicas como antiinflamatórios não-esteróides¹⁹.

O tratamento da nefrite lúpica (Tabela III) baseia-se em duas distintas fases, a indução e a manutenção da patologia, sendo indispensável à adequação da droga em cada etapa¹².

Nefrite Lúpica classes I e II da OMS

De um modo geral, não necessitam de terapêutica específica para o acometimento renal, mas as manifestações extrarrenais da doença devem ser tratadas. Nestes casos, a re-biópsia pode ajudar a definir o tratamento mais apropriado.

Nefrite Lúpica classe III da OMS

Nesses casos, após a avaliação clínica e laboratorial, o tratamento com corticóide poderá ser realizado apenas para as manifestações extrarrenais. Nessa situação, também alguns preferem fazer uma imunossupressão mais branda para coibir a progressão para formas mais severas.

Nefrite lúpica classe IV da OMS

Os tratamentos referentes a esta classe ainda são cautelosos ao tirar conclusões, pois há muitas diferenças entre os grupos estudados, por mais que se proceda a uma seleção dos mesmos.

Deve-se fazer tratamento agressivo utilizando-se ciclofosfamida e corticoide oral ou EV, e não azatioprina.

Nefrite lúpica classe V da OMS

Pacientes com proteinúria assintomática e função renal preservada devem receber renoproteção e ser avaliados periodicamente.

Nefrite Lúpica classe VI da OMS

Na constatação da perda crônica evolutiva da função renal, havendo na biópsia renal, presença de fibrose túbulo-intersticial e/ou esclerose glomerular avançada, não estará indicada terapia imunossupressora com corticosteróides ou, exceto para o tratamento de manifestações extrarrenais do LES.

Tabela III. Esquema terapêutico de acordo com a sua classificação

CLASSIFICAÇÃO	TERAPÊUTICA	FASE DE MANUTENÇÃO	OBS
Classes I/II	–	–	Tratamento de corticóides para manifestações extrarrenais ou re-biopsia para definir o tratamento
Classe III	–	–	Tratamento com corticóides realizado para manifestações extrarrenais. Imunossupressão mais branda.
Classe IV	Ciclofosfamida + Corticoide EV ou Oral	AZA ou MMF	Plasmaferese não está indicada para tratamento de paciente com classe IV
Classe V	1 CEF + Corticosteróides 2 Ciclosporina + Corticosteróides ou 3 AZA + Corticosteróides	–	Esquema utilizado em pacientes com proteinúria nefrótica e perda da função renal. Esquema utilizado em pacientes com síndrome nefrótica e função renal preservada. Este esquema pode ser alternativo ao uso de ciclosporina.
Classe VI	–	–	Sem indicação para terapia imunossupressora, com corticóides, exceto para o tratamento de manifestações extrarrenais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A nefrite lúpica apresenta um prognóstico de alta complexidade e assintomático exigindo muita atenção no início e durante o tratamento devido suas complicações progressivas e irreversíveis. A possibilidade do dano renal deve ser sempre monitorada para garantir uma melhor qualidade de vida do paciente. Portanto, o diagnóstico precoce, a terapêutica adequada e o controle da hipertensão arterial é de suma importância para uma melhor sobrevida do quadro clínico do paciente portador desta patologia. Através das pesquisas realizadas no presente trabalho, verificamos a existência de seis classes de nefrite lúpica com graus variáveis de acometimento glomerular. O anterior esquema terapêutico consistia no uso de ciclofosfamida em doses elevadas por período prolongado, porém notou-se elevada citotoxicidade com imunossupressão e numerosos efeitos adversos. Atualmente, a quimioterapia apresenta grande redução na sua dosificação tendo sido, inclusive, suprimida para as classes I e II da nefrite lúpica.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Abrass CK. Mechanisms of immune complex formation and deposition in renal structures. In Neilson EG, Couser WG. *Immunologic Renal Diseases*. Philadelphia: Lippincott Raven, 1997, p.291-308.
2. Font J, Cervera R, Ramos CM; et al. Clusters of clinical and immunologic features in systemic lupus erythematosus: analysis of 600 patients from a single center. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 2004; 33(4):217-230.
3. Urman JD, Rothfield NF: Corticosteroid treatment in systemic lupus erythematosus: survival studies. *JAMA* 1977; 238:2272-6.
4. Lúpus Eritematoso Sistêmico. Disponível em: <<http://www.medicinaatual.com.br/doencas/lupus-eritematoso-sistêmico.html>>. Acessado em: 20 fev. 2015.
5. Petri M. Systemic lupus erythematosus: clinical aspects. In: Koopman WJ, Moreland LW, editors. *Arthritis and allied conditions*. 15th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p. 1485-6.
6. Rivera F, Lopez GJM, Perez GR. Clinic pathologic correlations of renal pathology in Spain. *Kidney International* 2004; 66(3):898-904.
7. Rasoulpour M et al. Inability of community-based laboratories to identify pathological casts in urine samples. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 1996; 150(11):1201-1204.
8. Houssiau FA, Vasconcelos C, D’Cruz D, Sebastiani GD, Garrido Ed Ede R, Danieli MG, et al. Immunosuppressive therapy in lupus nephritis: the Euro-Lupus Nephritis Trial, a randomized trial of low-dose versus high-dose intravenous cyclophosphamide. *Arthritis Rheum.* 2002; 46:2121-31.
9. Grande JP, Ballow JE. Renal biopsy in lupus nephritis. *Lupus* 1998; 7:611-617.
10. Moroni G, Pasquali S, Quaglini S, et al.: Clinical and prognostic value of serial renal biopsies in lupus nephritis. *Am J Kidney Dis* 1999; 34: 530-39.
11. Flanc RS, Roberts MA, Strippoli GM, et al: Treatment of diffuse proliferative Lupus Nephritis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Kidney Dis* 2004; 43:197-208.
12. Weening JJ, D’Agati VD, Schwartz MM, et al: International Society of Nephrology Working Group on the Classification of Lupus Nephritis; Renal Pathology Society Working Group on the Classification of Lupus Nephritis: The classification of glomerulonephritis in systemic lupus erythematosus revisited. *Kidney Int* 2004; 65(2):521-30.
13. Austin HA, Klippel JH, Balow JE, et al: Therapy of lupus nephritis-Controlled trial of prednisolone and cytotoxic drugs. *N Med* 1986; 314:614-9.
14. Boumpas DT, Austin HA III, Vaughan EM, et al: Controlled trial of pulse methylprednisolone versus two regimens of pulse cyclophosphamide versus two regimens of pulse cyclophosphamide in severe lupus nephritis. *Lancet* 1992; 340: 741-5.
15. Brito OM et al. Ciclofosfamida e Função Ovariana. *Rev Bras Reumatol* 2008; 48(1): 39-45.
16. Contreras G, Pardo V, Leclercq B, et al: Sequential therapies for proliferative lúpus nephritis. *N Engl J Med* 2004; 4(350):971-80.
17. Chan TM, Li FK, Tang CSO, et al: Efficacy of mycophenolatemofetil in patients with diffuse proliferative lupus nephritis. *N Engl J Med* 2000; 343:1156-62.
18. Mahajan SK, Ordoñez NG, Feitelson PJ; et al. Lupus nephropathy without clinical renal involvement. *Medicine (Baltimore)* 1977; 56(6): 493- 501.
19. Glomerulopatias secundárias. Disponível em: <http://www.jbn.org.br/detalhe_suplemento.asp?id=1175> Acessado em: 02 abr. 2015.

Uma revisão literária dos cuidados de enfermagem na humanização do parto hospitalar

A literature review about nursing care in the humanization of hospital birth

Ricardo Neto Ribeiro de Oliveira¹, Daniella R. G. Mendes¹

Como citar:

Oliveira RNR, Mendes DRG. Descrição das glomerulopatias no lúpus eritematoso sistêmico (LES) e seus respectivos esquemas terapêuticos. REVISA. 2015; 4(1): 67-74.

RESUMO

O objetivo do presente artigo foi identificar, a partir de uma revisão integrativa da literatura, o conhecimento científico produzido entre 2009 e 2014 sobre os cuidados de enfermagem na humanização do parto hospitalar. Foram selecionados 15 artigos que abordaram a temática em questão, publicados entre os anos de 2009 e 2014, em periódicos indexados nas bases de dados LILACS e SciELO. Entre os periódicos que mais publicaram sobre o assunto, destaca-se a Escola Anna Nery Revista de Enfermagem (26,66%). O levantamento revelou que o (a) enfermeiro(a) cumpre um papel imprescindível de educação em saúde para as gestantes, promovendo a atenção humanizada e garantindo à gestante um modelo conducente a uma efetiva humanização da parturição e do parto, além de atender as necessidades individuais por meio da participação ativa e do poder de escolha saudável, para o período gravídico. Espera-se que os resultados deste estudo sirvam de fonte para o conhecimento e incentivo para mais estudos a respeito dessa temática ainda pouco explorada em nosso meio.

Palavras-chave: Humanização do parto; Gravidez e cuidados de enfermagem.

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

Correspondência:

Ricardo Neto Ribeiro de Oliveira.
Email: ricardonetoribeiro@gmail.com

Recebido em: 06/12/2014

Aceito em: 28/06/2015.

ABSTRACT

This paper sought to identify the scientific knowledge produced between 2009 to 2014 about nursing care in the humanization of hospital birth. We selected 15 articles that addressed the issue and were published between 2009 and 2014 in journals indexed in the LILACS and SciELO databases. A highlight among the journals that most published on the subject is the Anna Nery School Journal of Nursing (26.66%). The survey reveals that the nurse has a crucial health-education responsibility in connection with pregnant women, to promote humane care and ensure them a model conducive to the effective humanization of parturition and birth, while meeting individual needs by means of the active participation and of the power to make healthy choices during the pregnancy period. We expect that the results of this study may serve as a source of knowledge and encouragement for more studies on this subject, which still has much to be explored in our context.

Keywords: Humanization of birth; Pregnancy and nursing care.

INTRODUÇÃO

Para Machado e Praça¹, a humanização assistencial adotada por instituições da saúde introduz à gestante ao pré-natal, na contínua evolução da compreensão sobre as manifestações de seu corpo no estado gravídico, sendo a gestante protagonista no período de gestar. Esse período consiste nas manifestações das alterações respiratórias, renais cardíaco, gastrintestinais, das emocional e psíquica acompanhada pelos cuidados humanizados da enfermagem.

Segundo Rocha², as mulheres que fazem parte do contexto “humanização assistencial” são mais confiantes, e participam com autonomia, tomando conhecimento dos sinais e sintomas de seu corpo gravídico, embora exista um padrão característico, a representação gráfica é diferenciada para cada mulher.

Machado³, diz que o transcorrer da gestação é compreendido como período de 280 dias, cerca de quarenta semanas, o corpo da grávida passa por uma série de alterações, envolvendo diversos aparelhos e sistemas, dentre eles, o aparelho respiratório e circulatório sofre modificações constantes. Das manifestações, as que mais importam à gestante, estão relacionadas ao final da gestação; os sinais e sintomas, endurecimento da barriga, desconforto e intensidade das contrações intercaladas, com duração de 15 a 20 minutos, e intervalos entre 30, 45 e 60 segundos de duração seguida da dilatação, rotação e cólicas contrátil, relaxamento da bacia e encaixe do bebê para o trabalho expulsivo de parto.

Gayeski⁴ enfatiza sobre contrações de Braxton-Hicks, embora os sintomas sejam aparentes, essas metrossístoles são sintomas causados por exercícios físicos, estímulo manual (palpação) atividade sexual e movimento fetal.

Segundo Grudtner⁵, assim como há a preparação para o parto normal, também fisiológico, período onde a mulher libera um coquetel de hormônios ocitocina, endorfina e ACTH (hormônio adreno corticotrófico), em resposta aos hormônios que o feto libera, o corpo gravídico prepara o colo e o útero para responder a ocitocina com a dilatação, apagamento do tampão mucoso, desprendimento, descida e encaixe fetal.

Colacioppo⁶ afirma que os partos planejados em domicílios contribuem dificultosamente para

elaboração dos dados oficiais de Informações de Nascidos Vivos, (sinasc), classificando os nascimentos nos hospitais e residências tendo ou não acompanhamento de pré-natal. A avaliação desse tipo de elaboração é determinante na geração dos indicadores.

Ramos⁷ esclarece que o período neonatal correspondente ao dia do nascimento até o vigésimo oitavo dia incompleto na vida da criança, é um momento considerável na vida do bebê, pois é nesse período que acontecem as principais adequações anatômicas e fisiológicas. A adaptação decorrente desse período faz-se necessário, exames laboratoriais, para tomada de prevenções das doenças e dos distúrbios do crescimento.

Mac Donald⁸ referencia o recém-nascido à independência de sua idade ao nascimento, como capaz de expressar suas emoções, se dá através da busca pelo prazer, e até mesmo do contato físico, ou fugir da dor, quando não pode mais suportar a estimulação negativa e o estresse por ela provocado.

De acordo com Torcata⁹, direcionar a mulher, as consultas e exames inerentes da gestação, é tencionar apoio psicológico e cuidados baseado na mesma compreensão do que é científico fisiológico, promovendo a mulher toda a atenção das necessidades adquirida, substanciar exercícios físicos; hidroginásticas, ioga pilates caminhada e terapias, como também a liberdade de escolha de seu acompanhante desde o trabalho de parto, parto e puerpério, o ambiente agradável e intervenções desnecessários.

Ministério da Saúde¹⁰ afirma que desde a implantação das políticas de saúde pelas portarias do GM/569, 570 a 572/2000. Novos estudos e pesquisas intensificadas ampliou a cobertura quantitativa para assistência ao pré-natal, assistindo a mulher no período gravídico em ambiente hospitalar e domiciliar assistido por profissionais da saúde.

O estudo em questão tem como princípios básicos a teoria humanística, sua apresentação tem como contribuição principal o atendimento a singularidade e a individualidade da mãe/filho. Em determinantes a aplicação dos valores éticos, fundamentado na personalidade à comunidade, na constante do aperfeiçoamento, no exercício diário direcionado à clientela, instituição e colaboradores da saúde.

O foco desse estudo foi identificar através de uma revisão integrativa da literatura os cuidados de enfermagem na humanização do parto planejado, discutindo as implementações de novos modelos assistências para o alívio da dor, procedimentos não invasivos, qualidade na humanização da assistência e de políticas públicas na enfermagem direcionado ao pré-natal.

MATERIAIS E 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 conhecimento 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.

O levantamento bibliográfico foi realizado pela internet, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos bancos de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciência de Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online).

Para o levantamento dos artigos, utilizou-se o descritor “humanização do parto”, combinado com os termos “gestação”, “manifestações da gravidez”, “cuidados de enfermagem”, “humanização da assistência ao parto planejado”, 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 2009 e 2014, em períodos indexados nos bancos de dados LILACS e SciELO, que tinham o texto completo disponibilizado online.

Considerando esses critérios, foram identificados 15 artigos nos bancos de dados LILACS e SciELO. Vale ressaltar que, após a leitura aprofundada desses artigos, todos foram atendidos aos critérios de inclusão. Dessa forma, a amostra final foi composta por 15 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 localização, cenário geográfico em que foi desenvolvido objetivo característico do estudo, resultados e conclusões.

rou-se um formulário que contemplava a identificação do artigo e dos autores, fonte de localização, cenário geográfico em que foi desenvolvido objetivo característico do estudo, resultados e conclusões.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise empreendida aqui, foram verificados os resultados apresentados nos tópicos que se seguem, os quais compreendem as características dos estudos, assim como os dados relacionados aos cuidados de enfermagem na humanização do parto planejado, contempladas nos artigos analisados.

Tabela I - Distribuição dos artigos focalizando gestação, humanização mãe/feto/RN, alívio da dor, mortalidade materno-fetal, prevenção, cuidados de enfermagem, intervenções, pré-parto, parto e puerpério, Publicados entre 2009 e 2014, conforme periódico. Brasil, 2014.

Periódicos	n	(%)
Escola Anna Nery revista de enfermagem	4	26.66%
Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis	3	20.00%
Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília	2	13.33%
Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS)	1	6.66%
Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (SP)	1	6.66%
Revista Saúde pública	1	6.66%
Revista Ciência, Cuidado e Saúde	1	6.66%
Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro (MG)	1	6.66%
Revista da Rede de Enfermagem do nordeste	1	6.66%

Nota: n = número de publicações. % = frequência percentual.
Fonte: Dados da pesquisa. 2014.

Quanto aos periódicos que mais publicaram sobre o assunto, destacaram-se a Escola Anna Nery de Enfermagem (26.66%), o periódico, Texto e Contexto Florianópolis, SC (20%) e a Revista Brasileira de Enfermagem, (13.33%). No concernente ao período de publicação, 2011 foi o ano no qual mais existiram publicações sobre o tema (26.66%), seguido de 2012 e 2014 (20%), 2010 e 2013 (5%), e 2009 (6.66%). Foram verificados os artigos publicados.

A maioria dos estudos foi desenvolvida na região Sul (73.33%). Contudo, cabe destacar as publicações das regiões Nordeste (26.66%). Na realização dos estudos utilizados pelos pesquisadores para abordar a temática, ganha destaque o estudo Descritivo Qualitativo (26.31%), em consonância ao estudo Exploratório Descritivo Qualitativo, estando os demais descritos na tabela II.

Dentro do intervalo de tempo delimitado para a amostra, observou-se um aumento progressivo no número de publicações entre os anos de 2009 a 2014, houve publicações da temática em 2009, no entanto no ano de 2011 ocorreu significativo aumento das publicações. O aumento progressivo do número de publicações sobre a temática parece refletir o aumento da importância desse tema para os pesquisadores e a sociedade em geral.

Tabela II - Distribuição dos artigos com relação ao tipo de estudo utilizado pelos pesquisadores para abordar a temática, publicado entre 2009 e 2014, conforme periódico. Brasil, 2014.

Tipo de estudo	n	(%)
Estudo Exploratório Descritivo Qualitativo	4	26.66%
Estudo Metodológico Qualitativo	1	6.66%
Estudo Descritivo de Corte Transversal	1	6.66%
Estudo de Amostra Transversal Retrospectiva	1	6.66%
Estudo Descritivo Exploratório	1	6.66%
Estudo Qualitativo Descritivo	1	6.66%
Estudo Qualitativo Fenomenológico	1	6.66%
Estudo Qualitativo	1	6.66%
Estudo Quantitativo Exploratório Descritiva	1	6.66%
Estudo Descritivo Qualitativo	1	6.66%

Nota: n = número de publicações. % = frequência percentual.
Fonte: Dados da pesquisa. 2014.

Machado³ esclarece que na maioria das publicações analisadas observa-se que o ciclo gravídico puerperal é um momento único na vida de cada mulher, uma experiência singular, especial, não comparável a qualquer outra vivência. Ao discorrer sobre a vivência da mulher durante o processo de gravidez, é possível testemunhar consequentes transformações que ocorrem na oportunidade da concepção até o nascimento do novo ser. O corpo feminino manifesta essas transmutações, dando início a uma temporada significativa de sensações e emoções diferenciadas que acompanharão a gestante em seu período gestacional.

OMS, Schirmer J e outros¹¹ relatam o nascimento como um processo marcante na vida da mulher e de todos que nele estão envolvidos (criança, pai e família), sendo inspirado pela circunstância sociocultural em que sucede. Essa ocorrência pode ser apreendida desde o momento de a concepção, o discorrer da gestação, o parto e puerpério. A predileção prescrita no parto depende de mudanças na personificação de cuidados da gestante, que está em processo evolutivo. Para tanto, faz-se necessário à

compreensão dos profissionais não apenas o que é de rotina, mas que seja realizado preferencialmente o que está preconizado para a humanização, com uso somático da tecnologia, proporcionando avanços inquestionáveis na qualidade e a compreensão da totalidade da assistência que individualiza o cuidado e entende o parto como um evento biológico, social, cultural, sexual e espiritual.

Silva¹² defende que no âmbito das instituições hospitalares públicas, cada vez mais tem sido discutida a humanização da assistência, sendo esse termo associado à valorização dos usuários e dos profissionais quanto aos aspectos socioculturais emocionais, com vistas à promoção da qualidade do atendimento e às condições adequadas de trabalho. Os valores norteadores desse processo são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos envolvidos.

Shorten A, Shorten B¹³ ressaltam que a decisão compartilhada entre os envolvidos na assistência ao parto é um tema pouco discutido no Brasil. No entanto, é sabido que a escolha informada nas ações de saúde é um direito da mulher que deve ser respeitado.

Nos estudos de Machado e Praça 1, observa-se que para humanizar-se faz necessário introduzir a mulher como sendo o personagem principal no processo de gestar, assumindo o controle emocional, psíquico e fisiológico, recebendo apoio somático da equipe de enfermagem.

A pressuposição que encaminhou o ministério da saúde na geração de novos atributos para aperfeiçoamento das atividades obstétricas, baseada nas diretrizes do “Programa de Humanização no pré-natal e Nascimento (PHPN)”, instituiu inerente do enfermeiro em seu papel, assegurar à qualidade do acesso a cobertura do pré-natal, desde a concepção do conceito ao parto e nascimento. “Para tanto as práticas de enfermagem atribuída pelo enfermeiro obstetra se fez reconhecido pelo Ministério da Saúde como efetivação das políticas de saúde da mulher ao (PHPN)”, desde a implantação das políticas de saúde pelas portarias do GM/569, 570 a 572/2000, agregando novos estudos e pesquisas intensificadas, ampliando a cobertura quantitativa para assistência ao pré-natal, assistindo a mulher no período gravídico.

O papel do enfermeiro é imprescindível para a população crescente de gestantes promovendo modelo da atenção humanizada, garantindo à gestante um modelo que possa levar a uma efetiva humanização do parto, vivência a parturição, atendendo suas carências individuais, com sua participação ativa e poder de escolha saudável, na educação em saúde para o período gravídico.

Grudtner⁵ ressalta a individualidade do atendimento, que objetiva reconhecer humanização como cuidado estabelecido pelo profissional a cada gestante, vinculando suas necessidades a sua capacidade de interagir com o processo de gestar, protagonizando seu bem estar, assegurando as condutas organizadas em função do trabalho de parto evitando o uso desnecessário de tecnologias no momento do parto, trazendo melhor índice de Apgar, nos primeiros cinco minutos a datar a vida ao recém-nascido.

Hodnett¹⁴ comenta que o enfermeiro no âmbito das atividades como preconizador a gestante, quanto ao aprendizado e conhecimento das práticas dos cuidados a serem desenvolvidos no período da gravidez, esclarecendo passo-a-passo os melhores métodos e tomada de condutas para uma gestação saudável, fortalecendo os laços familiares como também seu acompanhante de sua escolha receberá treinamento em relação às condutas dos cuidados a serem tomada para prevenções das possíveis doenças a que venha interferir na transcorrência da gestação. Assim, como a nutrição, higienização e os meios de locomoção, ambiente agradável.

É notório que as experiências das pesquisas e estudos para a assistência da humanização classificam a qualidade do cuidado valorizando-a como excelência, reconhecendo a individualidade sob a visão técnica do cuidado, condizente à intersubjetividade de usuários e profissionais junto aos publicados em registros oficiais, periódicos e jornais de grande circulação, que represente a humanização⁽¹⁵⁾.

Hoga e Pinto¹⁶ discutem que a assistência ao parto com a presença dum acompanhante desde o momento de preparação do trabalho de parto é reconhecida como a pessoa que lhes prestes os cuidados podendo ter ou não parentesco, mas que receba treinamento da instituição para disponibilizar junto à equipe de profissionais os cuidados à gestante, como apoio psicoafetivo, fazendo com que a mulher sinta-se mais confiante, encorajando-a para uma boa autoestima, obtendo equilíbrio que satisfaça o trabalho de parto num momento saudável e satisfatório para mãe/filho/família e comunidade.

Waldenstrom¹⁷ diz que a temática da humanização gestacional não envolve somente as mulheres, mas também a sociedade, pois aborda um assunto que é uma questão de saúde pública expressa pelo aumento da necessidade do conhecimento para planejar o cuidado. Nesse sentido, o sentimento de confiança e segurança na capacidade de terem o correto manejo sobre o acolhimento com práticas a serem aplicadas pelo enfermeiro estimula a conscientização e o interesse, abrindo espaço para uma melhor abordagem e intervenção para prática segura no processo de gestar, diminuindo assim a vulnerabilidade das mulheres no período gravídico.

Carraro¹⁸ comenta sobre a importância da compreensão dos profissionais de saúde quanto ao protagonismo da mulher nos momentos de trabalho de parto e parto. Dessa forma, proporcionando momentos em que as puérperas tiveram liberdade de falar sobre suas vivências. Além disso, dando voz às usuárias como uma maneira de avaliar a prática da enfermagem e estimular o planejamento das ações com base nas políticas públicas de humanização do parto e nascimento.

CONCLUSÃO

Assim, apenas rompendo com esses mitos, tabus e preconceitos, no que se refere à prática médica intervencionista, a sociedade e os profissionais de saúde vão conseguir realizar desejos e necessidades como todos os outros, para que estes tenham liberdade e conhecimento suficiente para se relacionarem podendo expressar de forma segura suas necessidades. Visto que a população de gestantes vem aumentando a cada dia, é preciso atuar das mais variadas formas para garantir um acompanhamento saudável, sendo imprescindível a educação em saúde para o período gravídico.

Espera-se que os resultados deste estudo sirvam de fonte para o conhecimento e incentivo para mais estudos sobre a temática ainda pouco explorada em nosso meio, pois poderão contribuir para uma intervenção melhor, no sentido de disseminação de informações tanto para puérpera, família, como para os profissionais da área da saúde e sociedade.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Machado NXS, Praça NS. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Rev. esc. enferm. USP* 2006; 40(2):274-9.
2. Rocha IMS, Oliveira SMJV, Schneck CA, Riesco MLG, Costa ASC. O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. *Rev. esc. enferm. USP* 2009, 43(4): 880-888.
3. Machado CMD. As emoções e os sentimentos vivenciados pela mulher na gestação, parto e puerpério. In: Costenaro RGS, organizadora. *Cuidado em enfermagem: pesquisas e reflexões*. Santa Maria (RS): Centro Universitário Franciscano; 2001. p. 191- 96.
4. Gayeski ME, Brüggemann, OM. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *TextoContexto Enferm.* 2010; 19(4):774-82.
5. Carraro TL, Knobel R, Frello AT, Gregório VRP, Grudtner DI, Radunz V et al. O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puerpéras. *TextoContexto Enferm.* 2008; 17(3):502-9.
6. Colacioppo PM, Koiffman MD, Gonzalez Riesco ML, Schneck CA, Osava RH. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. *Revista de Enfermagem Referência* 2010; 2(3):81-90.
7. Ramos JLA, Biarelli JG. Assistência. In: Leone CR, Tronchin DMR. *Assistência integrada ao recém-nascido*. São Paulo (SP): Atheneu; 1996.
8. MacDonald M, Starrs A. La atención calificada durante el parto: un cuaderno informativo para salvar la vida de las mujeres y mejorar la salud de los recién nacidos. New York (USA): Family Care Internacional; 2003.

9. Torcata A, Gualda DMR. Práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas durante o trabalho de parto e parto, que estão sendo realizadas por enfermeiras obstétricas: revisão da literatura. *Rev Tec-cientif Enf.* 2010; 25(8):152-59.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 571, de 1º de junho de 2000. Institui o Componente II do PHPN – Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 08 de junho de 2000, seção 1:8.
11. Schirmer J. Formação da enfermeira obstetra: contribuição para o resgate da atuação na assistência ao parto e nascimento. [Tese de doutorado] Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem/USP; 2001.
12. Silva VA, Pilger C, Marcon SS. Music in human terminality: the family members' conceptions. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(1):134-40.
13. Shorten A, Shorten B, Keogh J, West S, Morris J. Making choices for childbirth: a randomized controlled trial of a decision-aid for informed birth after cesarean. *Birth.* 2005; 32(4):252-61.
14. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Review* 2011. Disponível em: <http://childbirthconnection.org/pdfs/CochraneDatabaseSystRev.pdf>. Acessado em: 10 jan. 2014.
15. Wei CY. Ações humanizadoras na assistência ao parto: experiência e percepção de [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
16. Hoga LAK, Pinto CMS. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: experiências de profissionais. *Invest. educ. enferm et al*¹³. Mouta RJO, Progianti JM. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. *Texto&Contexto Enferm.* 2009; 18(4):731-40.
17. Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rastedad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 2004; 31(1):17.
18. Carraro TE, Knobel R, Radünz V, Meincke SMK, Fiewski MFC, Frello AT et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. *Texto & Contexto Enferm.* 2006; 15(Esp):97-104.