

UNINGÁ – UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR INGÁ LTDA.

Revista UNINGÁ

ISSN 1807-5053

Rev. UNINGÁ	Maringá	Nº 34	p. 1-198	out./dez. 2012
-------------	---------	-------	----------	----------------

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação(CIP)

Revista UNINGÁ, (Unidade de Ensino Superior Ingá)

n.1 (jan./jun.2004) – Maringá: Uningá, 2004.

il.;

Trimestral

ISSN 1807-5053

1. Saúde. 2. Ciências da saúde -Periódico.I. UNINGÁ

CDD 21.ed. 613

FICHA TÉCNICA

Título:	REVISTA UNINGÁ
Periodicidade:	TRIMESTRAL
Diretor Geral:	RICARDO BENEDITO DE OLIVEIRA
Diretor de Ensino:	NEY STIVAL
Diretor Acadêmico:	GERVÁSIO CARDOSO DOS SANTOS
Diretora de Comunicação:	MAGALI ROCO
Diretora de Legislação e Normas:	GISELE COLOMBARI GOMES
Diretor de Pós-Graduação:	MARIO DOS ANJOS NETO FILHO
Editora-Chefe:	KARINA MARIA SALVATORE DE FREITAS
Conselho Editorial:	ADILSON LOPES CARDOSO (UNINGÁ-SP) AGENOR OSORIO (UNINGA-PR) AISSAR NASSIF (UNINGÁ-PR) ANA LÚCIA DE JESUS ALMEIDA (UNESP-SP) ANDRÉ LUIS SCAPIN (UNINGÁ-SC) ANGELA MARIA RUFFO (UNINGÁ-PR) ANTONIO GERALDO DE OLIVEIRA (UNINGÁ-MG) ANTONIO MACHADO FELISBERTO (UNINGÁ-PR) CAMILA LOPES CARDOSO (FOB-USP-SP) CÉLIA REGINA M. PINZAN-VERCELINO (UNICEUMA-MA) CONCEIÇÃO VIEIRA DA SILVA (UNIFESP-SP) DAIANE PEREIRA CAMACHO (UNINGÁ-PR) DARWIN VAZ DE LIMA (UNIC-MT) ELIANE FERRARI CHAGAS (UNESP-SP) EMÍLIA BARBOSA CARVALHO KEMPINSKI (UNINGÁ-PR) EMÍLIO CARLOS SPONCHIADO JÚNIOR (UFAM-AM) ESTEPHAN JOSE MOANA FILHO (Univ. Minnesota, USA) FABIANA ALEXANDRINO (UNICAMP-SP) FÁBIO BRANCHES XAVIER (UNINGÁ-PR) FÁBIO CHIGRES KUSCHNIR (PSE-SEDEC-RJ) FABRÍCIO PINELLI VALARELLI (FOB-USP-SP) FERNANDA ANGELIERI (UNIMEP-SP) FLÁVIA XAVIER DE CARVALHO (UNINGÁ-PR) FREDERICO TADEU DELOROSO (UNIARARAS-SP) GISELE BENITES FLOR (FECLPP-MS) HELDER DIAS CASOLA (UNINGÁ-PR) IRENE QUEIROZ MARCHESAN (CEFAC-SP) JOÃO EDUARDO GOMES FILHO (FOA-UNESP-SP) LÚCIA COELHO GARCIA PEREIRA (Unievangélica-GO) LUCIANA FRACALOSSO VIEIRA (UNINGA-PR) LUIZ FILIPHE GONÇALVES CANUTO (UFPE-PE) MARCOS MAESTRI (UNINGÁ-PR) MARCOS ROBERTO DE FREITAS (FOB-USP-SP) MARCUS VINICIUS CREPALDI (UNINGÁ-TO) MARIA CONCEIÇÃO ANDRADE DE FREITAS (UESB-BA) MARIA DO ROSÁRIO MARTINS (UNINGÁ e UEM-PR) MILZA CELI FEDATTO ABELHA (UEMS-MS) NEY STIVAL (UNINGÁ-PR) PEDRO RODRIGO M. NEGREIROS DE ALMEIDA(UCB-DF) REGINA STELLA SPAGNUOLO (PITÁGORAS-PR) REJANE TARGINO SOARES BELTRÃO (UFPB-PB) RICARDO XAVIER VIDAL (AXV-RJ) RINALDO HENRIQUE AGUILAR DA SILVA (FAMEMA-SP) ROBERTO BARBOSA BAZOTTE (UEM-PR) RODRIGO HERMONT CANÇADO (UFVJM-MG) ROGÉRIO TIYO (UNINGÁ-PR) ROGÉRIO ZAIM DE MELO (FECLPP-MS) RUI CURI (ICB-USP-SP) SILVIA MARIA RAMOS (UCG-GO) TANIA CRISTINA PITHON CURI (UNICSUL-SP) THAÍS MARCHINI DE OLIVEIRA (FOB-USP-SP) VAGNER MARQUES DE MOURA (UNINGÁ-PR) DEISE APARECIDA DE OLIVEIRA
Editoração Eletrônica / Produção Gráfica:	UNINGÁ
Distribuição:	UNINGÁ

A **REVISTA UNINGÁ** (ISSN 1807-5053) é uma publicação trimestral (quatro edições por ano) da UNINGÁ – Unidade de Ensino Superior Ingá Ltda – Av. Colombo, 9727, Km 130, CEP 87070-810 – Maringá – Paraná – Brasil.

Todos os artigos publicados são de exclusiva responsabilidade de seus autores.

As opiniões emitidas nos trabalhos aqui apresentados não correspondem, necessariamente, às opiniões da Revista e de seu Conselho Editorial.

Para remessa de originais e aquisição de números avulsos, dirigir-se à:

REVISTA UNINGÁ
A/C Dra. Karina Maria Salvatore de Freitas
e-mail: artigos@uninga.br
marioneto@uninga.br
marioneto.uninga@hotmail.com
Av. Colombo, 9727 – Km 130
Cep 87070-810 - Maringá - PR
Fone: (44) 3033-5009

INDEXAÇÃO:

A **Revista UNINGÁ** (1807-5053) é indexada por:
IBICT-CCN

Base de dados:
LATINDEX - 2007

EDITORIAL

Finalizando o ano de 2012, publicamos a Revista UNINGÁ número 34, com muito orgulho e satisfação.

Nesse número de nossa Revista, encontramos publicações de diversas áreas da Saúde, artigos originais e revisões de literatura, enriquecendo a literatura regional e nacional.

A cada ano que passa, procuramos melhorar ainda mais a qualidade de nossas publicações, contanto sempre com nossos consultores, revisores, autores e leitores, sempre contribuindo e colaborando para o crescimento da Revista Uningá.

Uma excelente leitura a todos!

Karina Maria Salvatore de Freitas
Editora-Chefe

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

Prevalência do diabetes na cidade de Maracaju-MS do período de 2002 a 2011

Prevalence of diabetes in the city of Maracaju-MS in the period of 2002 to 2011

Aline Amarilio Gomes CORRÊA; Darque Ratier BITENCOURT.....13

Autopercepção da imagem corporal e prevalência de comportamentos sugestivos de anorexia nervosa em universitários

Self-perception of bodily image and prevalence of suggestive behaviors of nervous anorexia in college

Suzamara de SOUZA; Elizabeth Cristina VERRENGIA.....23

Correlação de exames laboratoriais com a clínica dos pacientes internados com lesão isquêmica do miocárdio em Unidade de Terapia Intensiva

Correlation of laboratory tests with the clinic of patients with myocardial ischemic injury in the Intensive Care Unit

Laurindo Pereira de SOUZA; Edgar Souza da SILVA; Miguel Ângelo de MARCHI; Marcia Guerino de LIMA.....33

Insuficiência renal aguda em hospital ensino

Acute renal failure in teaching hospital

Afonso Carlos Furlaneto PACHECO; Cátia Millene DELL AGNOLO; Adriana Cristina MAGNANI; Jaqueline Volpato HUNGARE.....45

Avaliação dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares de trabalhadores de uma indústria moveleira de um município do interior do RS

Assessment of risk factors for the development of cardiovascular diseases of furniture industry workers in a city in the interior of RS

Cristiane Inês FELL; Simara Rufatto CONDE.....53

Emergências obstétricas: conhecimento do profissional enfermeiro de terapia intensiva

Obstetric emergencies: knowledge of professional nursing intensive

Vilani Rodrigues BASSO; Cátia Millene DELL AGNOLO.....65

Hipertensão arterial: entre o real e o ideal

Arterial hypertension: between the real and ideal

Josiane Medeiros de MELLO; Raquel Tessaro CARRARA; Danielle das Neves BESPALHOK; Marcia Miranda TORREJAIS.....77

Reabilitação com próteses totais mucossuportadas

Rehab with mucossuported total prosthesis

Bárbara Aluá Pereira da SILVA; Carlos Roberto Teixeira RODRIGUES; Orlando ISOLANI NETO; Sergio Henrique Dias de CASTRO.....97

Anodontia parcial e suas possibilidades ortodônticas

Partial anodontia and its orthodontic possibilities

Alessandra Carla Zolin BONFIM; Vitória Aguirre BARION; Karina Maria Salvatore de FREITAS; Darwin Vaz de LIMA; Tadao YAMANOI.....109

REVISÕES DE LITERATURA

Educação em saúde: adesão a lavagem das mãos entre os profissionais da área da saúde

Health education: adhesion to handwashing among health care professionals

Carolina Magro BARREIROS; Luis Gustavo Ginardi FIGUEIREDO.....131

Identificação humana utilizando como bioindicador Dactiloscopia ou Rugoscopia Palatina: vantagens e desvantagens

Human identification using as bioindicador Fingerprinting or Rugoscopia Palate: advantages and disadvantages

Ismar Eduardo MARTINS FILHO; Tarcila Santana MATOS; Mariana LOPES; Silvia Helena de Carvalho Sales PERES; Arsenio Sales PERES; Edgard MICHEL-CROSATO.....143

Câncer de Mama Masculino: uma revisão sistemática

Male Breast Cancer: a systematic review

Dayanne Lacerda MARQUES; Idalina Cristina Ferrari JÚLIO.....155

A busca da desinstitucionalização, reinserção e social

The pursuit of deinstitutionalization, and social reintegration

Ana Paula Lopes MACIEL; Adilson Lopes CARDOSO.....163

Relação entre a substância metilfenidato e o déficit de atenção no processo de aprendizagem

Relationship between the methylphenidate substance and the attention deficit in the learning process

Luciane Aparecida Roque Dominichelli HIRATA; Glenda Maris de Barros TARTAGLIA.....181

NORMAS DE PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS – REVISTA UNINGÁ.....191

Artigos Originais

**Prevalência do diabetes na cidade de Maracaju-MS do
período de 2002 a 2011**
**Prevalence of diabetes in the city of Maracaju-MS in the
period of 2002 to 2011**

ALINE AMARILIO GOMES CORRÊA¹
DARQUE RATIER BITENCOURT²

RESUMO: O diabetes *mellitus* é considerado uma das principais doenças crônicas que afetam o homem contemporâneo, é caracterizado por uma alteração no metabolismo da pessoa que caracteriza uma hiperglicemia, possivelmente causada devido a uma deficiência na produção de insulina. O presente estudo tem como objetivo analisar a prevalência de casos confirmados de diabetes *mellitus* na cidade de Maracaju-MS no período de 2003 a 2011. As informações foram retiradas de sites como DATASUS, Scielo e Google. Durante o ano de 2003 a 2011 ocorreu o maior número de diabetes tipo 2, 77 casos (mulheres), 71 casos (homens), para diabetes tipo 1 em ambos casos houve 8 casos (homens e mulheres). Conclui-se que há maior número de casos em mulheres na cidade de Maracaju-MS o que sugere a necessidade de maiores investimentos em saúde preventiva, pois acredita-se que campanhas voltada a atenção de saúde a mulher em relação ao diabetes diminuiria o percentual de doença, já que verificou-se que homens não participam deste tipo de programas de saúde.

Palavras-chave: Diabetes, Mellitus, DATASUS, Mato Grosso do Sul.

ABSTRACT: Diabetes mellitus is considered one of the major chronic diseases that affect modern man is characterized by an alteration in the metabolism of a person characterized hyperglycemia, possibly caused due to a deficiency in insulin production. The present study aims to analyze the prevalence of confirmed cases of diabetes mellitus in the town of Marazion-MS in the period 2003 to 2011. The information was taken from sites like DATASUS Scielo and Google. During the years

¹Bacharel em Biomedicina. Discente do Programa de Pós-Graduação em Análises Clínicas com Ênfase em Toxicologia e Forense da UNINGÁ/MAXPÓS/Dourados-MS, Telefone: 9999-5527, Rua das Oliveiras, 681.

²Graduação em Ciências Biológicas. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, UFMS, Mestrado em Entomologia e Conservação da Biodiversidade. Universidade Federal da Grande Dourados, UFGD, Brasil.

2003 to 2011 was the largest number of type 2 diabetes, 77 cases (women), 71 cases (men), for type 1 diabetes in both cases there were 8 cases (men and women). We conclude that there are more cases in women in the town of Marazion-MS suggesting the need for greater investment in preventive health, because it is believed that campaigns aimed at health care to women in relation to diabetes would decrease the percentage of disease, since it was found that people do not participate in this type of health programs.

Key-words: Diabetes, Mellitus, DATASUS, Mato Grosso do Sul.

INTRODUÇÃO

O diabetes *mellitus* tem sido considerada uma das principais causas de doenças crônicas e vem acometendo grande parte da população nos últimos anos independente da idade ou condição social (BELFORT; OLIVEIRA, 2001). O Diabetes *Mellitus* é caracterizado por uma alteração no metabolismo conhecida como hiperglicemia e pode ser causada devido a uma deficiência na produção de insulina. Geralmente é dividida em diabetes tipo I e II, sendo o tipo II um dos mais conhecidos (SILVA et al., 2010). Este tipo de diabetes pode evoluir causando complicações oculares, renais, vasculares, neurológicas, dentre outras (LIMA et al., 2004). A hiperglicemia prolongada gera sérios problemas ao organismo no decorrer dos anos tais como: complicações aos teciduais, perda de função e falência de vários órgãos (SUMITA; ANDRIOLO, 2008).

O diabetes tipo I conhecido como insulino-dependente pode ocorrer por deficiência ou ausência da secreção de insulina pelas células pancreáticas, fatores hereditários, destruição das células beta por anticorpos (VANCINI; LIRA, 2004). É considerado um distúrbio endócrino-metabólico crônico, que costuma manifestar-se abaixo dos trinta anos, concentrando-se no período escolar e na adolescência, em ambos os sexos (SILVEIRA et al., 2001).

O diabetes tipo II (insulino-independente) é uma resistência a ação da insulina e principalmente a fatores externos como a obesidade (VANCINI; LIRA, 2004). É hoje uma das doenças que mais atinge as pessoas no mundo independente de idade ou classe social, é uma doença grave que leva a elevados níveis de glicemia no sangue (hiperglicemia) que causa defeito na ação da insulina ou na sua secreção (SANTOS et al., 2008).

O diabetes também pode surgir através de cirurgias, estresse, alimentação rica em carboidratos concentrados como balas, menopausa e certos medicamentos. Os principais sintomas do diabético são: polidipsia, poliúria, polifagia e emagrecimento (MARCELINO; CARVALHO, 2005).

Os testes laboratoriais utilizados para investigar suspeita de diabetes são: Glicemia de jejum, o Teste oral de tolerância à glicose (TTG) e a glicemia casual: tomada sem padronização do tempo desde a última refeição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). E se o paciente apresentar com glicemia > 200 mg/dl, após exame de TTG com 75g de glicose, e à glicemia de jejum acima de 126 mg/dl paciente é diagnosticado como Diabético (LIMA et al., 2004).

De acordo com pesquisa de Rudge et al. (2011), a associação entre o diabetes tipo II e incontinência urinária em mulheres, é um grande problema para o sistema de saúde público e privado, pois tratar a hiperglicemia gera custo muito elevado, que poderia ser investido com campanhas preventivas orientando mudanças na alimentação e estilo de vida das pessoas. O controle do diabetes *mellitus* tipo 1 evita episódios agudos de hiperglicemia ou hipoglicemia, como também para impedir ou retardar o desenvolvimento de doenças como neuropatias, nefropatias, obesidade, dislipidemia e doenças cardiovasculares (MARQUES et al., 2011).

Atualmente, a mudança do estilo de vida da população tem provocado a queda da qualidade de vida e elevação nos níveis de mortalidade da população. Devido a estes fatores viu-se a importância de estar estudando a prevalência de diabetes *mellitus* na população da cidade de Maracaju –MS.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma análise documental e descritiva de casos confirmados de Diabetes *Mellitus* na cidade de Maracaju no período de 2003 a 2011. A pesquisa documental é um método de investigar fontes primárias, que podem ser formadas por informações que ainda não foram codificados, organizados e elaborados para os estudos científicos (MATOS et al., 2003). O trabalho não precisou passar pelo comitê de ética da Faculdade Ingá, foram analisados dados do site DATASUS através do o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e pesquisados artigos em bancos de dados como Scielo e Biremi sobre Diabetes *Mellitus*.

RESULTADOS

De acordo com os dados obtidos através do SINAN, durante os anos de 2003 a 2011 houve maior número de casos confirmados de diabetes tipo 2, 77 casos (mulheres), 71 casos (homens), para diabetes tipo 1 houve 8 casos confirmados tanto para homens e mulheres, conforme demonstrado no tabela 1.

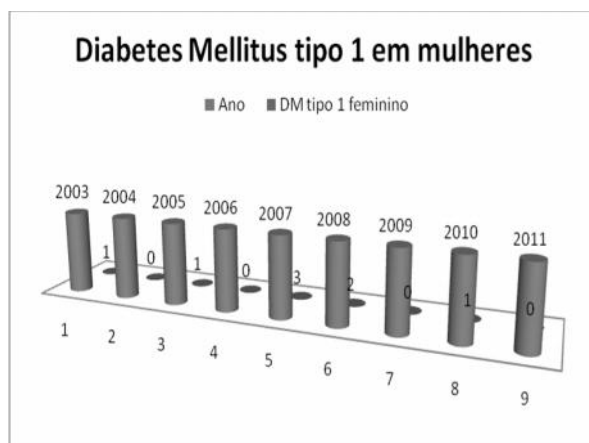
Tabela 1. Número de Casos de Diabetes *Mellitus* na cidade de Maracaju – MS no período de 2003 a 2011.

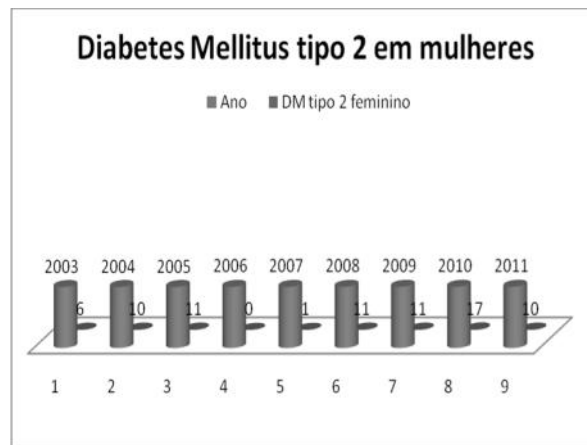
Ano	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	total
DM tipo 1										
feminino	1	0	1	0	3	2	0	1	0	8
DM tipo 2										
feminino	6	10	11	0	1	11	11	17	10	77
DM tipo 1										
masculino	3	2	0	0	0	2	1	0	0	8
DM tipo 2										
masculino	16	11	5	0	4	11	9	9	6	71

DISCUSSÃO

Observou-se um aumento de diabetes *mellitus* tipo 2 em mulheres da cidade de Maracaju, durante ano de 2003 a 2011 com 77 casos confirmados, já em relação a diabetes *mellitus* tipo 1 em mulheres durante este período houve 8 casos confirmados, figura 1.

Figura 1: Diabetes *Mellitus* em mulheres na cidade de Maracaju MS no período de 2003 a 2011.



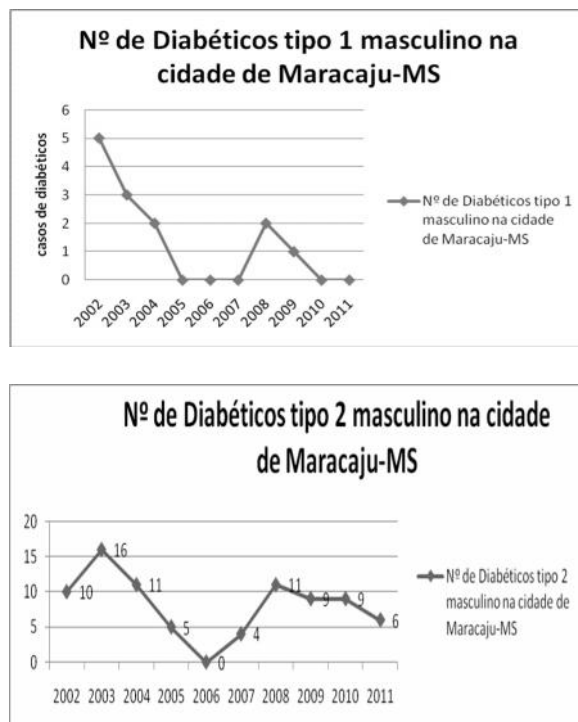


Segundo Rudge et al. (2011) O diabetes *mellitus* tipo 2 tem afetado principalmente as mulheres sedentárias e com estilo alimentar inadequado, causando sérios problemas de saúde. E se tratando de mulheres gestantes o cuidado tem ser aumentado para não prejudicar a mãe e nem o bebê.

De acordo com pesquisa realizada na EERP-USP por Ortiz e Zanetti (2001) com uma amostra de 142 pessoas das quais 66 eram docentes e 76 exerciam outras funções, obteve-se resultados relevantes, pois em relação ao gênero, a maioria (79,8%) era feminina e 20,2% masculino, porém a incidência de diabetes tipo 2 é 1,4 a 1,8 vez mais freqüente nas mulheres do que nos homens. E segundo Fidelis et al. (2009) na cidade de Teixeira-MG verificou-se que a população masculina, a prevalência de diabetes *mellitus* foi de 3,41%, e apenas a população feminina, encontrou-se uma prevalência de 8,04%. Segundo Coeli et al. (2002) As taxas de mortalidade específica por diabetes no sexo feminino superaram as do sexo masculino, em seu estudo no rio de janeiro verificando o motivo do óbito de pessoas idosas, relatando que dos 291 óbitos estudados, 138 (47,4%) ocorreram em homens, e 153, em mulheres (52,6%).

Em relação a população sexo masculino de acordo com dados houve no durante período de 2003 a 2011 em relação a número de diabéticos tipo 1 (8 casos) confirmados de diabetes. E para diabetes tipo 2 para população masculina (71 casos) confirmados de diabetes. Conforme figura 2.

Figura 2: Diabetes *Mellitus* em homens na cidade de Maracaju MS no período de 2003 a 2011.



Nos estudos de Souza et al. (2003) a prevalência do diabetes *mellitus* em homens e mulheres não apresentou diferença estatística, sendo 6,3% e 5,7%, dados de uma amostra de 1039 pessoas sobre forma de questionários a respeito diabetes *mellitus*.

Os serviços de saúde relatam que os homens só procuram atendimento em casos extremos de dor por exemplo, e que isso vem da própria cultura masculina e lembrando que os programas preventivos de saúde dirigidos aos homens são atualmente é muito pouco (FREITAS; TEIXEIRA). Os homens apresentam mais condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais cedo do que elas, apesar de as taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observam-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres (GOMES et al., 2007).

O diagnóstico do diabetes é avaliado de acordo com alterações da glicemia plasmática de jejum ou após uma sobrecarga de glicose por via oral. E o exame hemoglobina glicada não deve ser utilizado como diagnóstico de diabetes (GROSS et al., 2002). A dosagem de

hemoglobina glicada (HbA1c) é teste usado para o acompanhamento do tratamento do diabetes *mellitus*, pois verifica a quantidade de glicose ligada à hemoglobina, que pode fornecer uma avaliação do controle glicêmico médio no período de 60 a 90 dias que antecedem a coleta de sangue para o exame (SUMITA; ANDRIOLO, 2008). A hemoglobina glicosilada (HbA1c) é, provavelmente, o melhor marcador do controle glicêmico do diabético, tanto período de jejum como pós-prandial (ALMEIDA; GAMALHÃES, 2006).

Pacientes com intolerância à glicose (glicemia de jejum entre 110 e 125 mg/dl e/ou glicemia de 2 horas no teste de tolerância à glicose entre 140 e 199 mg/dl) seriam os indivíduos com maior potencial de benefício a adquirir diabetes tipo 2 e devem ser alertados por meio de campanhas de prevenção (LIMA et al., 2006).

O tratamento medicamentoso do diabetes tipo 2 só será indicado quando as recomendações nutricionais e de atividade física não forem eficazes para manter os níveis de HbA1c inferiores a 7,0 no sangue, os medicamentos de primeira escolha são as sulfanilurêias, metformina e acarbose, pois mostraram-se efetivas na redução das complicações vasculares ao longo do tempo (SGARBI; VILLAR, 2004).

Para o tratamento do diabetes *mellitus* tipo 1 atualmente usa-se a aplicação subcutâneo de insulina humana NPH e insulina humana regular prescritas pelos médicos durante as consultas de rotina (DIAS et al., 2010). A insulino terapia é muito indicada para gestantes portadoras de diabetes tipo 1, mas sempre em associação com dieta e exercício, para tratar diabetes gestacional preconiza-se o uso de insulina humana, sempre que houver falha do controle glicêmico materno com a associação de dieta e atividade física (BASSO et al., 2007).

O controle metabólico dos indivíduos com diabetes *mellitus*, pode ser dividido em cinco estádios. O 1º diminuir o número de internações hospitalares dos pacientes por hiperglicemia; 2º, eliminar sinais os sintomas e da hiperglicemia; 3º, manter níveis glicêmicos satisfatórios; 4º, atingir valores de glicohemoglobina adequados e 5º, prevenir as complicações crônicas da doença e manter uma qualidade de vida boa (DIB, 2000).

Relata Ortiz e Zanetti (2001) que metade da população brasileira é diabética e não sabe, e um quinto dos que a conhecem não realizam qualquer tipo de tratamento, para evitar isso os programas de controle de saúde devem conter ações individuais e de assistência e ações populacionais de abrangência coletiva, direcionadas à promoção à saúde, a fim de provocar impacto educacional e promover resolutividade.

Para se prevenir e controlar a incidência de diabetes *mellitus* de acordo com dados do Ministério da Saúde (2004) mudar estilo de vida, praticar mais atividade física regularmente, dieta controlada, reduz o descontrole dos níveis de glicemia e muitas vezes eliminam uso de medicamentos.

CONCLUSÃO

Conclui-se que ocorreram mais casos de mulheres diabéticas na cidade de Maracaju-MS, por conseguinte seria recomendável um maior investimento em saúde preventiva individualizada da mulher e do homem já que prontamente também verificou-se que homens não participam deste tipo de programas de saúde. O SUS (sistema único de saúde) vem se empenhando em programas para os profissionais da saúde estarem orientando portadores de diabéticos ou não a se prevenirem, irem ao médico e cuidando melhor da saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S.C.G.; GAMALHÃES, T. **Impacto da ingestão alimentar no controle glicêmico de diabéticos tipo 2 não-insulinotratados**. Faculdade de Ciências da nutrição e alimentação. 2006. Disponível em: <http://dited.bn.pt/31590/2577/3093.pdf> Acesso 04/04/12.

BASSO, N.A.S. et al. Insulinoterapia, controle glicêmico materno e prognóstico perinatal–diferença entre o diabetes gestacional e o clínico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 29, n, 5, p. 253-9, 2007.

BELFORT, R.; OLIVEIRA, J.E.P. Mortalidade por Diabetes Mellitus e Outras Causas no Município do Rio de Janeiro–Diferenças por Sexo e Idade. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia e Metabolismo**. v. 45, n. 5, out., 2001.

COELI, C.M. et al. Mortalidade em idosos por diabetes mellitus como causa básica e associada. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p.135-40, 2002.

DIAS, V.M. et al. Influência do índice glicêmico da dieta sobre parâmetros antropométricos e bioquímicos em pacientes com diabetes tipo 1. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica**, v. 54, n. 9, 2010.

DIB, S.A. Automonitoração da Glicemia no Diabetes Mellitus do Tipo 1: Um Investimento com Retorno Garantido. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica**. v. 44, n. 3, jun., 2000.

GROSS, J.L. et al. Diabetes Mellito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia e Metabolismo**. v. 46., n. 1, Fev, 2002.

FREITAS, D.C.P.; TEIXEIRA, L.S. **A influência das questões de gênero na busca de pacientes diabéticos tipo 2 pelos serviços de saúde.** Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Disponível em: <http://www.sbpcnet.org.br/livro/62ra/resumos/resumos/5952.htm> Acesso 04/04/12.

LIMA, J.G. et al. **Diabetes Mellitus: classificação e diagnóstico.** Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. 4 de Junho de 2004.

LIMA, J.G. et al. **Diabetes Mellitus: prevenção.** Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Projeto de Diretrizes, 2006.

MARCELINO, D.B.; CARVALHO, M.D.B. Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e sua Relação com o Emocional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n.1, p.72-7, 2005.

MARQUES, R.M.B. et al. Fatores socioeconômicos, demográficos, nutricionais e de atividade física no controle glicêmico de adolescentes portadores de diabetes melito tipo 1. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica**, v. 55, n.3, 2011.

MATTOS, M.G. et al. **Teoria e prática da metodologia da pesquisa em educação física: construindo sua monografia, artigo científico e projeto de ação.** São Paulo: Phorte, 2003. Disponível em:> <http://xoomer.virgilio.it/direitosp/metodo2.htm> Acesso 01/06/2011.

PEREIRA, G.A.B. et al. Avaliação do grau de conhecimento que pacientes com diabetes mellitus demonstram diante das alterações oculares decorrentes dessa doença. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia**. v. 72, n.4, p. 481-5, 2009.

RUDGE, M.V.C. et al. Diabetes gestacional e incontinência urinária: interação entre a Ginecologia e a Obstetrícia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**. v. 33, n. 5, p. 207-10, 2011.

SANTOS, I.C.R.V. et al. Complicações crônicas do diabetes tipo 2 atendidos nas Unidade de Saúde da Família, Recife Pernambuco Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**: Recife, v. 8, n. 4, p. 427-33, out./ dez., 2008.

SILVA, L.M.C. et al. Aposentados com diabetes tipo 2 na Saúde da Família em Ribeirão Preto, São Paulo–Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem–USP**. v. 44, n. 2, p. 462-8, 2010.

SILVEIRA, V.M.F. et al. Uma Amostra de Pacientes com Diabetes. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia e Metabolismo**. v. 45, n. 5, out., 2001.

SUMITA, N.M.; ANDRIOLO, A. Importância da hemoglobina glicada no controle do diabetes mellitus e na avaliação de risco das complicações crônicas. **Jornal Brasileiro de Patologia Medica Laboratorial**. v. 44, n. 3, p. 169-74, jun., 2008.

SGARBI, J.A.; VILLAR, H.C.C. **Diabetes Mellitus: Tratamento Medicamentoso.** Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Projeto de diretrizes, 2004.

SOUZA, L.J. et al. Prevalência de Diabetes Mellitus e Fatores de Risco em Campos dos Goytacazes, RJ. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica**. v. 47, n.1, fev., 2003.

VANCINI, R.L.; LIRA, C.A.B. **Aspectos gerais do diabetes mellitus e exercícios**. Centro de estudo de fisiologia do exercício, 2004 Disponível em: <http://www.centrodeestudos.org.br/pdfs/diabetes.pdf> Acesso 01/06/2011.

ORTIZ, M.C.A.; ZANETTI, M.L. Levantamento dos fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em uma instituição de ensino superior. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 9, n. 3, p. 58-63, 2001.

Enviado em: abril de 2012

Revisado e Aceito: maio de 2012

**Autopercepção da imagem corporal e prevalência de
comportamentos sugestivos de anorexia nervosa em
universitários**
**Self-perception of bodily image and prevalence of suggestive
behaviors of nervous anorexia in college**

SUZAMARA DE SOUZA¹
ELIZABETH CRISTINA VERRENGIA²

RESUMO: O presente estudo teve como objetivo verificar a prevalência de comportamentos sugestivos de anorexia nervosa entre estudantes de nutrição, bem como fazer uma associação entre a preocupação com a imagem corporal e o aparecimento de comportamentos sugestivos ao surgimento de anorexia nervosa. A pesquisa foi realizada com estudantes universitários do curso de Nutrição. Estudo transversal, no qual a seleção da amostra foi realizada por conveniência. Aplicou-se o questionário teste de atitudes alimentares (EAT- 26) e o teste de imagem corporal BSQ, para avaliar os sintomas de anorexia nervosa e a percepção corporal, respectivamente. Através do *Eating Attitudes Test* (EAT-26), Observou-se que das estudantes analisadas (n=126), 10 alunas (7,94%) apresentaram alto risco de desenvolver transtornos alimentares, entre eles a anorexia nervosa, 31 alunas (24,6%) apresentaram baixo risco, e a maioria, 85 alunas (67,46%) foram isentas de risco. A idade média geral das universitárias em estudo foi de 22.15±5.19 anos. Assim sendo, pode-se perceber que a minoria das estudantes apresentou preocupação com a forma corporal e comportamentos sugestivos a transtorno alimentar, fator este muito importante, já que amostra era composta de estudantes de nutrição, estas, quando formadas, estarão diretamente trabalhando com alimentação, e com a saúde da população.

Palavras-chave: Universitários, Anorexia, Comportamento alimentar.

ABSTRACT: This study has aimed to determine the prevalence of suggestive behaviors of nervous anorexia among nutrition students, and to make an association between concerns about bodily image and the

¹Acadêmica do curso de Nutrição da Faculdade Ingá.

²Ms Docente do Curso de Nutrição Faculdade Ingá

appearing of suggestive behaviors of the emergence of nervous anorexia. The survey was has been conducted with college students of the Nutrition course. Cross-sectional study, in which the sample selection was has been for convenience. The questionnaire Eating Attitudes Test (EAT-26) have applied and bodily image test BSQ too, to evaluate the symptoms of nervous anorexia and bodily awareness, respectively. Through the Eating Attitudes Test (EAT-26), observed that the students analyzed ($n = 126$), 10 students (7.94%) have had a high risk of developing eating disorders, including nervous anorexia, 31 students (24,6%) have shown low risk, and most, 85 students (67.46%) have been free of risk. The average age of general university study has been $22:15 \pm 5.19$ years. So, it can see that the minority of students have shown concern with bodily shape and suggestive behavior the eating disorder, this is a very important factor, because the sample has been composed of students of nutrition, who, when formed, will be working directly with food , and the health of the population.

Key-words: University, Anorexia, Eating behavior.

INTRODUÇÃO

A percepção da imagem corporal tem sido alvo de interesse por parte de várias áreas do conhecimento. Para Schilder (1994), a Imagem Corporal é "a imagem subjetiva do próprio corpo formada na nossa mente, enquanto objeto único; não é apenas perceptiva, é construída de forma dinâmica a partir das interações sociais e segundo os padrões de uma cultura" (SCHILDER, 1994).

Por se tratar de uma construção complexa, a imagem corporal pode contribuir na determinação de estados patológicos. Uma fraca estruturação da imagem corporal pode desencadear doenças do comportamento alimentar. Portanto, tais doenças necessitam ser compreendidas numa perspectiva multidimensional, valorizando o contexto biopsicossocial (MAXIMIANO et al, s/d).

A população feminina tende a ser a mais afetada quando se abordada à relação entre distúrbios da imagem corporal e doenças do comportamento alimentar. De acordo com Oliveira et al. (2003), mulheres insatisfeitas com sua imagem corporal podem adotar comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso, como uso de diuréticos, laxantes, realização de atividade física extenuante, entre outros. Essas mulheres apresentam maior risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares quando comparadas àquelas

satisfeitas com sua imagem corporal. Mulheres jovens são mais propensas a desenvolverem anorexia nervosa (AN), pois são mais vulneráveis às pressões impostas pela sociedade, que impõe como padrão de beleza um corpo extremamente magro (OLIVEIRA et al., 2003; CORDÁS, 2004).

O descontentamento com a imagem corporal é um sintoma importante da AN. Neste transtorno alimentar, há uma supervalorização da forma corporal e uma superestimação do tamanho do corpo como um todo ou de suas partes na auto-avaliação. Assim, o paciente com AN apresenta recusa alimentar medo intenso de ganhar peso e desejo persistente de emagrecer (APOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

Para Bruch (1962), os distúrbios de imagem corporal são um importante fator causal para AN. O autor também coloca que a melhora dos sintomas da anorexia poderia ser temporária se não houvesse uma mudança corretiva na imagem corporal, pois o fator patológico na AN não é a desnutrição em si, mas a distorção da imagem corporal associada a ela (BRUCH, 1962).

Tendo em vista a importante relação entre a imagem corporal e a AN em mulheres, esta pesquisa objetivou identificar comportamentos sugestivos para este transtorno alimentar em estudantes do curso de Nutrição, bem como identificar relação entre a preocupação com a forma corporal e comportamentos que levam ao surgimento de AN.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada em uma instituição de ensino superior particular localizada em região urbana, no município de Maringá, PR, no período de Março a Julho de 2010. Foram requisitadas a participarem da pesquisa todas as estudantes do curso de nutrição. Os critérios de inclusão da pesquisa foram: ser estudante do curso de nutrição, sexo feminino, concordar em participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos da amostra os participantes que preencheram de forma incorreta o questionário e que estiveram ausentes no momento da aplicação do mesmo. Desse modo, a população de estudo ficou constituída por 126 jovens do sexo feminino com idades de 18 a 28 anos.

Os instrumentos para coleta de dados foram compostos por dois questionários auto-resposta. Para identificar os indivíduos com sintomas de AN foi aplicado o questionário validado por Garner et al. (1982) em anoréxicas: o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26). Neste

instrumento, considera-se comportamento sugestivo de anorexia aqueles com escore maior ou igual a 20. Neste estudo foi utilizada a versão em português de Nunes et al. (1994).

Para as informações sobre a imagem corporal foi utilizado o *Body Shape Questionnaire*-Questionário de Imagem Corporal (BSQ - 34), versão traduzida para o português por Cordás e Castilho (1994). A soma de 111 pontos ou mais no BSQ-34 caracteriza insatisfação com a imagem corporal (COOPER et al., 1987; CORDÁS, 1994). Sendo assim, o resultado do BSQ- 34 foi categorizado em: BSQ positivo (BSQ+) para insatisfação com a imagem corporal; e BSQ negativo (BSQ-) para satisfação.

A coleta de dados foi realizada nas salas de aulas em horário normal das atividades acadêmicas. Foram distribuídos os questionários de auto-resposta aos alunos presentes. A pesquisadora leu com os alunos os questionários para esclarecer o preenchimento e permaneceu no local com o intuito de esclarecer possíveis dúvidas.

A análise dos dados foi realizada pelos Softwares R version 2.7.0. Para a tabulação dos dados utilizou-se o Microsoft Office Excel 2007. Foram aplicadas técnicas de análise descritiva e métodos não paramétricos onde a ferramenta utilizada foi o teste *Qui-Quadrado* e teste *Exato de Fisher*. Os testes foram utilizados para verificar associação significativa entre a presença de padrões alimentares anormais e a satisfação quanto a imagem corporal a um nível de significância de 1%.

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética no dia 07/05/2010, parecer N°. 0000/00198/2006.

RESULTADOS

Através do *Eating Attitudes Test* (EAT-26), Observou-se que dentre as estudantes analisadas (n=126), 7,94% apresentaram alto risco de desenvolver transtornos alimentares, entre eles a anorexia nervosa e a maioria, 67,46% foram isentas de risco (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos resultados do Teste EAT – 26 de estudantes universitárias do curso de Nutrição de uma faculdade particular de Maringá-PR

EAT - 26		
	n	%
Alto Risco	10	7,94%
Baixo risco	31	24,60%
Isentos de Risco	85	67,46%
Total geral	126	100,00%

Observou-se que a idade média entre as universitárias que possuem um alto risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa é de 21.6 ± 2.67 anos com idade mínima de 18 anos e máxima de 28 anos. A idade média geral das universitárias em estudo é de 22.15 ± 5.19 anos.

Levando em consideração o *Body Shape Questionnaire*-Questionário de Imagem Corporal (BSQ-34), das 126 estudantes analisadas, 85,71% apresentaram BSQ negativo (BSQ-), e as demais, 14,29% apresentaram BSQ positivo (BSQ+), sendo estas últimas, grupo com risco de desenvolver o AN.

Observou-se que a idade média entre as universitárias que obtiveram BSQ+, ou seja, foram classificadas como insatisfeitas com a imagem corporal é de 21.39 ± 4.22 anos. (Tabela 2)

Tabela 2 – Distribuição dos resultados do Teste BSQ versus a idade das estudantes universitárias do curso de Nutrição de uma faculdade particular de Maringá-PR

Idade (anos)	Resultados BSQ		Total geral
	BSQ+	BSQ-	
Mínima	18,00	17,00	17,00
Média	21,39	22,29	22,15
Máxima	35,00	47,00	47,00
Desvio Padrão	4,22	5,34	5,19
Total	18,00	105,00	123,00

OBS: 3 dados referente a variável idade não foram observados.

Utilizou-se inicialmente o teste Qui-Quadrado de Associação para testar a hipótese de que não há associação entre a presença de padrões alimentares anormais que indicam comportamentos sugestivos de anorexia nervosa e a satisfação quanto à imagem corporal, o teste resultou no valor. $p = 0.00009$ que resulta na rejeição da hipótese. Porém a aproximação do teste qui-quadrado pode estar incorreta, pois há mais de 30% dos valores esperados menores que 5 o que nos leva a utilizar o teste Exato de Fisher, que resultou no valor. $p = 0.0011$, que também leva a rejeição da hipótese a um nível de 1% de significância, ou seja há evidências amostrais suficientes para afirmar que há associação entre a presença de padrões alimentares anormais e a satisfação quanto a imagem corporal (tabela 3)

Tabela 3 – Distribuição dos resultados do Teste BSQ versus a idade das estudantes universitárias do curso de Nutrição de uma faculdade particular de Maringá-PR

EAT - 26	BSQ		Total geral	p-valor
	BSQ+	BSQ-		
Alto Risco	6	4	10	0,0011
Baixo risco	3	28	31	
Isentos de Risco	9	76	85	
Total geral	18	108	126	-

Associação significativa para $p\text{-valor} \leq 0.01$

DISCUSSÃO

A prevalência de sintomas sugestivos para AN neste estudo está abaixo do que refere a literatura sobre as acadêmicas do curso de Nutrição. Pesquisa realizada com 193 estudantes do curso de Nutrição do município do Rio de Janeiro detectou-se EAT+ em 14% das mesmas (BOSSI et al., 2006). Passarini e Kemmelmeier (2006) detectaram EAT+ para 76,3% das acadêmicas de nutrição, sugerindo assim, que a maioria das mesmas tem comportamentos sugestivos ao surgimento de AN. Santos et al. (2008), identificaram prevalência de 23,8% de EAT+ nas estudantes de Nutrição. Fiates e Salles (2001), que compararam o comportamento alimentar de estudantes de Nutrição com o de estudantes de outros cursos, desvinculados da área da saúde, chegaram a um percentual de formulários EAT+ de 25,43% e 18,69%, respectivamente.

Os resultados destas pesquisas sugerem uma maior probabilidade, das alunas de nutrição desenvolver distúrbios alimentares, pois estão em contato constante com o alimento e acham que a boa aparência pode ser uma importante medida de valor pessoal rumo a uma profissão de sucesso. Além disso, possuem conhecimentos quantitativos a respeito dos alimentos que podem usar para se manter de acordo com os rígidos padrões estéticos vigentes. Esses fatores sugerem que futuras nutricionistas se inserem em um ambiente favorável ao desenvolvimento de transtorno alimentar (SANTOS et al., 2008; KIRSTEN et al., 2009). Esta hipótese não se confirmou nesta pesquisa.

Transtornos alimentares como AN têm origem multifatorial, acometem mulheres jovens em idade reprodutiva, como se pode perceber na pesquisa realizada, pois a média de idade entre as que possuíam preocupação com a imagem corporal foi de 21.39 ± 4.22 anos, e das que possuíam alto risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa foi de

21.6 $\pm$ 2.67 anos. Segundo a American Psychiatric Association (2000), a prevalência de anorexia nervosa varia cerca de 0,3 a 3,7% na população jovem feminina.

Um estudo realizado por Rayón et al. (2009), comparando a insatisfação corporal em adolescentes, jovens e adultas, concluiu que mulheres adultas apresentaram maior insatisfação que as demais faixas etárias, bem como apresentaram também uma maior suscetibilidade às imposições da mídia quanto à forma idealizada de beleza, já neste estudo o resultado diferiu, pois a faixa etária mais suscetível ao desenvolvimento de AN foi na população jovem (idade média de 21 anos), fator este, que pode estar ligado às entrevistadas serem docentes de nutrição, tendo assim maior preocupação com a imagem corporal, já que como futuras profissionais da saúde espera-se que possuam uma forma corporal dentro dos padrões normais. Considerando o (BSQ-34), a prevalência de alunas que não apresentaram preocupação com a imagem corporal, isto é, que apresentaram BSQ negativo, foi de 85,71%, resultado este semelhante ao descrito por Censi (2009) quando utilizou o mesmo método, em sua pesquisa 80% das universitárias também do curso de nutrição apresentaram BSQ negativo.

Quando comparados os sintomas sugestivos para anorexia com a preocupação excessiva com a imagem corporal observou-se que das 41 estudantes que apresentaram o EAT +, 18 delas apresentaram também o BSQ+. Sendo assim pode-se observar que há associação entre a presença de padrões alimentares anormais e a insatisfação quanto à imagem corporal. Bosi et al. (2006), investigando a autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição, verificaram que a prevalência de universitárias com distorção grave da imagem corporal foi de 6,2%. Os autores colocam que o ideal de corpo magro imposto pela sociedade prevalece, pois mulheres com peso adequado apresentaram insatisfação com sua imagem corporal, desejando alterá-la para se adequar aos padrões sociais, com tal objetivo, acabam tendo comportamentos que podem levá-las a desenvolver AN.

Gonçalves et al. (2008), avaliando a percepção corporal e a prevalência de sintomas de anorexia nervosa em estudantes universitários, verificaram que os estudantes dos cursos de nutrição e educação física demonstraram elevados índices de insatisfação com a imagem corporal 78,2% e 75,8%, respectivamente. Para Bruch (1962), a autopercepção negativa da forma corporal é uma das principais causas para o surgimento da AN. Censi (2009), investigando a prevalência de comportamento bulímico e sua associação com imagem corporal e estada

nutricional em universitárias, percebeu que as universitárias que manifestaram insatisfação com a imagem corporal apresentaram 15,4 vezes mais chances de desenvolver distúrbios do comportamento alimentar.

A super valorização da imagem corporal, ou seja, ver-se com mais peso do que realmente tem, juntamente com a inapetência por medo extremo de engordar, trata-se de um importante fator para diagnóstico de AN (APOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000). Desta forma, ressalta-se a importância de associar a autopercepção corporal com o a mudança no comportamento alimentar.

CONCLUSÃO

Tendo em vista os dados coletados pela pesquisa, verificou-se que dentre as 126 estudantes analisadas, observou-se que 85 alunas (67,46%), foram diagnosticadas como isentas do risco de desenvolver anorexia nervosa, quando o parâmetro utilizado foi o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26). Utilizando-se como método o *Body Shape Questionnaire*- Questionário de Imagem Corporal (BSQ - 34), verificou-se que 108 das mesmas (85,71%) apresentaram BSQ negativo, isto é, não apresentaram preocupação com a imagem corporal. Assim sendo, através da aplicação de ambos os questionários, constatou-se que a maioria das estudantes de nutrição não apresenta riscos para desenvolver anorexia nervosa, fato este muito importante, já que a amostra trata-se de futuras nutricionistas, profissão esta, que tem como papel fundamental auxiliar no diagnóstico, bem como no tratamento de distúrbios do comportamento alimentar. Concomitante a isto se pode também observar que o estudo realizado apontou relação entre a percepção corporal das mesmas, com o surgimento de comportamentos sugestivos ao desenvolvimento de anorexia nervosa, sendo possível perceber que a imposição de beleza imposta pela mídia, reflete em mulheres cada vez mais insatisfeitas com seus corpos, fazendo com que as mesmas sejam mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos alimentares.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Practice guideline treatment for psychiatric disorders**: compendium 2000. Washington (DC): The Association, 2000.

APOLINÁRIO, J.C.; CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 2, 2000.

- BOSI, M.L.M. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição no Rio de Janeiro. **Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva**. 2006.
- BRUCH, H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. **Obstetrical & Gynecological Survey**. n 5, 1962.
- CENSI, M.; PERES, K.G.; VASCONSELOS, F.A.G. Prevalência de comportamento bulímico e fatores associados em universitários. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 36 n. 3, 2009.
- CHILDER, P. **A imagem do corpo**: as energias construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- COOPER, P.J. et al. The development and validation of the body shape questionnaire. **Int J Eat Disord**, 1987.
- CORDÁS, T.A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.31, n.4, 2004.
- CORDÁS, T.A.; CASTILHO, S. Imagem corporal nos transtornos alimentares. Instrumento de avaliação: body shape questionnaire. **Revista Psiquiátrica Biológica**. v. 2, n 1, 1994.
- GARNER, D.M. et al. **The eating attitudes test**: psychometric features and clinical correlates. *Physiological Medicine*. 1982.
- GONÇALVES, D.T. et al. **Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários**. Departamento de Psiquiatria da Universidade de Taubaté. 2008.
- KIRSTEN, R.V. et al. Transtornos alimentares em alunas de nutrição do Rio Grande do Sul. **Revista de Nutrição**. v. 22, n. 2, 2009.
- MAXIMIANO, J. et al. Imagem corporal e doenças do comportamento alimentar. **Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca**. v.1, n. 2, s/d.
- NUNES, M.A. et al. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o teste de atitudes alimentares (EAT). **Rev ABP-APAL**. 1994.
- OLIVEIRA, F.P. et al. Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v. 9, n. 6, 2003.
- PASSARINI, R.G.; KEEMMELMEIER, S.U. **Transtornos alimentares**: prevalência de acadêmicos do curso de nutrição, 2008.
- RAYÓN, A.G. et al. Imagen Corporal y Transtornos de la conducta alimentaria. **Revista Salud Publica**. v. 11, 2009.
- SOUZA, M.G.F. et al. Anorexia e bulimia nervosa em alunas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará-UFC. **Revista Psiquiatria Clínica**. v 29, n. 4, 2002.

Enviado em: abril de 2011.

Revisado e Aceito: março de 2012.

**Correlação de exames laboratoriais com a clínica dos
pacientes internados com lesão isquêmica do miocárdio em
Unidade de Terapia Intensiva**
**Correlation of laboratory tests with the clinic of patients
with myocardial ischemic injury in the Intensive Care Unit**

LAURINDO PEREIRA DE SOUZA¹
EDGAR SOUZA DA SILVA²
MIGUEL ÂNGELO DE MARCHI³
MARCIA GUERINO DE LIMA⁴

RESUMO: O presente estudo objetivou correlacionar a clínica, com os dados laboratoriais, da lesão muscular cardíaca, em pacientes internados com síndrome de angina do peito, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da Santa Casa de Misericórdia de Tupã/SP. Metodologia: Foi um estudo de natureza qualitativa quantitativa onde foram avaliados 25 pacientes de ambos os sexos, com idade entre 41 a 80 anos. Foram avaliados as enzimas cardíacas, creatinofosfoquinase, CPK, e sua fração CK-MB, colesterol total e suas frações e transaminases e realizada a correlação com a clínica desses pacientes com lesão isquêmica miocárdica aguda. Resultados/Discussão: A hipertensão arterial foi o maior fator de risco, seguida pela hereditariedade, sedentarismo e, o tabagismo. Doze (48%) dos pacientes evoluíram para infarto agudo do miocárdio, e 4 (16%) pacientes apresentaram precordialgia de forte intensidade com alterações das suas enzimas cardíacas e sintomas clínicos com mais de 6 horas de evolução até sua internação na Unidade de terapia, Nove (36%) dos pacientes já tinham apresentado sintomas de angina instável, anterior a este estudo. Considerações finais: Foi observado que há correlação entre a clínica e os exames laboratoriais de pacientes internados com síndrome

¹Docente do Departamento de Enfermagem na Faculdade de Cacoal- FACIMED e Pós Graduação em UTI, Coordenador da Unidade de Terapia Intensiva Adulto - HRC/Cacoal-RO, Especialista UTI Adulto e Pediátrica-UNINGÁ; Mestrando em Ciências da Saúde - IAMSPE-SP. Email: laurindosorrisox@hotmail.com Rua Pedro Kemper Nº 3660, CEP-78975-000 Parque Alvorada, Cacoal –RO , Brasil).

²Enfermeiro Assistencial UTI Santa Casa de Tupã/SP.

³Docente e Doutorando FAP/FAMEMA(Orientador).

⁴Docente do Departamento de Enfermagem- FACIMED, Especialista em Enfermagem Obstétrica e Obstetrícia Social (Co-Orientadora)

anginosa cardíaca na unidade de terapia intensiva da Santa Casa de Tupã/SP. O fator de risco mais comum foi hipertensão arterial e decorrente do número de pacientes com queixas anteriores a sua admissão nesta unidade de terapia intensiva é fundamental investir na prevenção e conscientização da população em relação aos seus hábitos e estilo de vida, e atividade física. Sendo fundamental assistência de enfermagem no atendimento e no aspecto preventivo desta grave lesão isquêmica cardíaca.

Palavras-chave: Isquemia miocárdica, Exames Laboratoriais, UTI.

ABSTRACT: The present study aimed correlate the clinic with laboratory dates of heart muscle injury in internal patients with breast angina syndrome in the Intense Therapy Unity (UTI) of Santa Casa de Misericórdia de Tupã/SP. Methodology: It was a quality and a quantity study, where 25 patients of both sex were evaluated , with ages from 41 to 80 years old. The and cardiac enzymes, creatine kinase, CPK and its fraction CK-MB, total cholesterol and its fraction, transaminases were evaluated and were done the correlation with the clinic of this patients with the acute myocardical ischemia injury. Results/Discussion: The hypertension was the great risk factor, followed by heredity, sedentary life and smoking. Twelve of patients (48%) evolve to the acute myocardical infarction and 4 patients (16%) present precordialgie of strong intensity with changes of its heart enzymes and clinic symptoms with more than 6 hours of evolution up to the admissions in the Therapy Unity. Nine of the patients (36%) had already presented symptoms of unstable angina before of this search. Final Considerations: It was observed that there is correlation between clinic and laboratory exams of internal patients with angina heart syndrome in the Intensive Therapy Unity of Santa Casa de Tupã/SP. The most common risk factor was hypertension due the number of patients with complaints before the admission in this Intensive Therapy Unity, it is essential to invest in prevention and awareness of the population in relation about its habits and life style, and physics activities. Nursery assistance is essential to the attendance and to the preventative aspect of this serious disease.

Key-words: Myocardical Ischemia, Laboratory Exams, UTI.

INTRODUÇÃO

Isquemia miocárdica é um desequilíbrio entre o suprimento, e a demanda de sangue oxigenado do coração. Em 90% dos casos, a isquemia do miocárdio, consiste na redução do fluxo sanguíneo

coronariano, devido a obstruções arteriais coronarianas ateroscleróticas (ROBBINS 2000). Caracterizada pela insuficiência de oxigênio e também por uma redução de substratos e nutrientes, com remoção inadequada de metabólicos.

Uma pequena área isquêmica no coração pode provocar uma angina, que é uma dor torácica, que ocorre quando o coração não recebe um aporte adequado de oxigênio. Essa dor é causada quando o suprimento de sangue levado a uma parte do coração é insuficiente, com isso, o coração não recebe a quantidade de oxigênio e nutrientes necessários (PIEGAS, 2005).

A dor é o principal sintoma para o diagnóstico da angina pectoris possuindo assim algumas características bem determinadas quanto à localização da dor tendo prognóstico bem grave se tiver ocorrência de elevado número de eventos coronários, quanto à irradiação, duração, fator desencadeante e fator de alívio que pode se ao repouso, ou com o uso de vasodilatadores sublinguais (HERRMANN, 2001).

A duração da dor é importante para avaliação e diagnóstico diferencial, a clínica da dor de angina no peito tem duração curta em geral de dois a três minutos, raramente ultrapassando dez minutos, traduzindo uma alteração isquêmica menos severa. Enquanto que, a angina instável é dor mais prolongada chegando a durar vinte minutos, apresentando importantes alterações na célula muscular cardíaca. O infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma consequência de alterações necróticas, nas células miocárdicas, apresentando dor por mais de vinte minutos podendo chegar a algumas horas, tendo a sua intensidade de acordo com o grau da isquemia e com o tipo de atividade que o indivíduo esteja realizando no momento da dor (PORTO, 2001).

No Brasil as doenças cardiovasculares têm se tornado um grave problema de saúde pública, sendo as principais causas de morte. No ano de 2000 mais de 30% do total de morte ocorrido foram devido às doenças cardíacas, dentre as quais a doença arterial coronária (DAC) totalizou 30% dos óbitos (FIGUEREDO, 2007).

Já o município de São Paulo mostra dados epidemiológicos mais representativos do que em outras grandes cidades brasileiras. A doença isquêmica do coração foi a primeira causa isolada de óbitos correspondendo a 13% de óbitos no total (FILHO, 2006).

Os principais fatores de risco que influenciam a incidência da isquemia miocárdica são a predisposição genética, hábitos de fumar hipercolesterolemia, hiperlipidemia, hipertensão arterial e diabetes

melitos bem como determinados estilos de vida entre eles o sedentarismo (FILHO, 2006).

A doença isquêmica do coração atinge principalmente homens a partir da meia idade, com pico de mortalidade na oitava década. A diferença entre os sexos diminui progressivamente com o avanço da idade, de modo que a partir da sexta década sua prevalência é aproximadamente a mesma nos dois sexos. No entanto o IAM tem, nas mulheres, das grandes capitais brasileiras, incidência maior do que em outras regiões do mundo e quando ocorre tende a ser mais grave e letal no primeiro episódio durante a fase aguda (PIEGAS, 2005).

Os sintomas clínicos onde o paciente pode estar tendo um IAM é dor ou forte opressão no peito, dor no peito refletindo para os ombros, braço esquerdo, pescoço e maxilar dor abdominal, suor, palidez, falta de ar perda temporária da consciência, sensação de morte iminente, náuseas e vômitos (ROBBINS, 2000).

Portanto, este estudo objetivou correlacionar os exames laboratoriais com a clínica dos pacientes internados com lesão isquêmica do miocárdio na unidade de terapia intensiva (UTI) da Santa Casa de Misericórdia de Tupã-SP.

METODOLOGIA

Este estudo é de natureza qualitativa e quantitativa, na qual foi realizada anotação dos resultados de exames laboratoriais de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da Santa Casa de Misericórdia de Tupã, com suspeita de lesão miocárdica. Realizado exame físico dos mesmos e aplicado um questionário com 25 perguntas abertas e avaliação dos respectivos prontuários médicos.

Foram selecionados pacientes admitidos na UTI na Santa Casa de Misericórdia de Tupã no período de abril a junho de 2008 num total de 17 pacientes do sexo masculino e 08 pacientes eram do sexo feminino. Foi assinado pelo paciente ou acompanhante um termo de consentimento livre esclarecido, detalhando a atual pesquisa.

Elaborado um protocolo utilizado para avaliar os pacientes, onde consta neste protocolo anamnese, exame físico na internação junto a UTI, evolução e exame físico nos dias 1º, 2º, 3º e 4º após a sua internação, foram anotados exames de rotinas solicitado nos dias 1º, 2º, 3º e 4º. dia, sendo transaminase glutaminica-piruvica(TGP), transaminase glutaminica-oxalacética (TGO) colesterol total e frações de alta densidade e

baixa densidade (HDL e LDL), fração MB da creatinofosfoquinase (CPK) total e eletrocardiograma (ECG).

O estudo ocorreu na Unidade de Terapia Intensiva da Santa Casa de Misericórdia de Tupã/SP. A UTI da Santa Casa de Misericórdia tem capacidade para 8 leitos adultos de ambos os sexos, tendo como equipe multidisciplinar uma enfermeira, dois técnicos em enfermagem e, treze auxiliares em enfermagem e um médico a cada seis horas diurno e um médico doze horas noturno.

Este estudo foi submetido a chefia médica e Enfermeira responsável pela UTI da Santa Casa e a direção clínica deste hospital. Foi submetido ao Conselho de Ética da Faculdade de Medicina de Marília-FAMEMA, sob protocolo nº 443/08, mediante os aspectos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que contempla as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (DINIZ, 2002).

Caracterização do Campo de Estudo

O local designado para a pesquisa foi a Santa Casa Misericórdia de Tupã/SP localizada na Rua Manoel Ferreira Damião nº. 426. Tupã localiza-se no interior de São Paulo sua área é de 629 km² com uma população estimada pelo censo de IBGE, 2007 de 62.256 hab.

A Santa Casa de Misericórdia é uma unidade filantrópica onde atende sistema único de saúde SUS, particular e demais convênios composta por uma equipe de enfermagem médica, farmacêutica, biomédicos, fisioterapeutas, psicólogos, assistente social, e atendentes de demais setores da instituição. A unidade de tratamento intensivo (UTI), é constituída de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinada ao atendimento de pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis, que exijam assistência médica ininterrupta, com apoio de equipe de saúde multiprofissional, e demais recursos humanos especializados, além de equipamentos.

Crítérios de Exclusão de Pacientes

Foram excluídos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio anterior e pacientes revascularizados anteriormente.

Análise Estatística

Os dados coletados foram inseridos em uma planilha do Excel 2003, e após realizado a estatística simples onde foram calculados os resultados.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Correlação do ECG com a isquemia miocárdica

Segundo Moffa (2005) a interpretação do ECG deve obrigatoriamente considerar a idade, sexo e, contexto clínico na sua análise. Quando não há intervenção terapêutica nos minutos iniciais do IAM, podemos registrar ondas T amplas positivas, simétricas e pontiagudas, que evoluem rapidamente para o supradesnivelamento do segmento ST, onde nessa ocasião há lesão grave. A onda T é negativa, os desníveis do segmento ST diminuem após alguns dias, aumentando a negatividade da onda T. A normalização do segmento ST ocorre normalmente num período de 4 a 6 semanas após a fase aguda, tendo sua polaridade reversa em um período de 6 meses.

Algumas limitações do ECG são apontadas principalmente quando utilizado isoladamente para o diagnóstico da isquemia miocárdica aguda. O eletrocardiograma expressa um momento isolado da síndrome isquêmica aguda, portanto pode estar normal em um período em que não ocorre distúrbio de equilíbrio oferta/consumo de oxigênio (O₂). O traçado do ECG de 12 derivações pode não expressar área do coração como a região do ventrículo direito (VD), e parede latero dorsal do ventrículo esquerdo (VE).

Stefanini (2001) afirmou que na suspeita de algumas dessas paredes do coração lesadas o médico cardiologista ou intensivista ali de plantão solicita a realização do V7 e V8 que visualiza através do traçado eletrocardiográfico a parede dorsal do VE, já o V3R e o V4R visualiza a parede do VD, confirmando assim a área isquêmica cardíaca lesada. Uma significativa porcentagem de pacientes com quadro isquêmico agudo (20% com IAM e 37% com angina), tinham ECG normal.

Dos 25 pacientes submetidos ao estudo, 48% apresentaram alterações eletrocardiográficas do segmento ST nas primeiras horas de internação na UTI, sendo que os mesmos já vinham encaminhados de outro setor ali dentro da instituição como o pronto socorro (PS), da clínica médica, e até mesmo de outras instituições externas, já com alterações do ECG com onda T negativa. Referindo precordialgia de forte intensidade, e outro já com supra e infra do segmento ST, embora todos foram submetidos a um novo ECG de 12 derivações pela sua facilidade de realização, segurança e baixo custo, é um exame subsidiário já incorporado na anamnese e exame físico.

Enquanto que no estudo feito 48% apresentaram supradesnivelamento do segmento ST, confirmando assim o IAM, e 16% chegaram referindo precordialgia de forte intensidade, porém com ECG

normal. Mas como o ECG não é perfeito em termos de sensibilidade e especificidade foram coletados as enzimas CPK e sua fração MB, confirmando assim o IAM não Q pelo medico cardiologista de plantão.

Os demais pacientes que participaram do estudo (36%) chegaram com precordialgia, realizado ECG de 12 derivações, porém normal, colhido amostra para realizar as enzimas que também deram resultados normais, sendo assim confirmado algum tipo de evento isquêmico do miocárdio, onde foram encaminhados para investigação mais complexa através de cateterismo e angioplastia em outro município com suporte adequado para essa natureza de exames.

Correlação das enzimas com a isquemia miocárdica

Cavalcante (1998) afirmou que a aplicação deste exame sensível e com especificidade próxima a 100% na detecção do IAM tem grande valor especialmente quando não ocorre supra do segmento ST no momento da admissão do paciente, pois o reconhecimento dessa enfermidade é fundamental para a tomada de decisão acerca do manuseio do paciente a curto e a longo prazo.

O estudo realizado, mostrou que 16% dos pacientes com ECG normal tiveram alterações das enzimas CPK e sua fração MB em vários momentos em que foram realizados os exames. Embora a literatura mostra que estas enzimas se alteram a partir da 4ª hora do início dos sintomas. Foi observado que aqueles pacientes admitidos na UTI com mais de 4 horas do início da sintomatologia tiveram severas alterações dessas enzimas supondo lesões musculares miocárdicas muito severas inclusive, com um óbito nas 48 horas de admissão porem esse paciente já vinha encaminhado de uma outra cidade já com enzimas alteradissimas, e ECG com supradesnivelamento do segmento ST, onde veio a fazer uma taquicardia ventricular (TV),sendo feito cardioversao pelo medico ali de plantão, entubação orotraquel (TOT),massagem cardíaca por 30 minutos e, drogas ali foram associadas não resistindo vindo a óbito nas 48 horas após a sua admissão nesta unidade. Os 48% que tiveram ECG alterado no momento da admissão, revelaram CPK e sua fração MB também alterados. Enquanto que 36% dos pacientes submetidos ao estudo o equivalente a apresentaram ECG e enzimas normais.

Correlação do colesterol total e frações de colesterol, transaminases com a isquemia miocárdica

Rabelo (2001) e Izar (2005) relatam que a dosagem de colesterol e suas frações são fundamentais para prevenir possível evento isquêmico a

curto e longo prazo. Níveis de colesterol total e frações nesses pacientes com DAC estabelecidas aumentam significativamente a morbidade e mortalidade associada com a doença arterial coronária. O aumento do HDL acompanhou-se de menores eventos cardiovasculares na prevenção secundária da DAC, enquanto que os níveis de HDL reduzidos estão mais associados ao IAM principalmente em idosos. A prevenção de alterações nos níveis de colesterol deve ser realizada o quanto antes na presença de placas ateroscleróticas prematura, em homens antes dos 55 anos e em mulheres antes dos 65 anos, e em parentes de primeiro grau quando existe fatores de risco cardiovasculares (Diabetes melitus (DM), hipertensão arterial (HA), tabagismo e obesidade).

No entanto 25 pacientes estudados, somente 16 destes foram coletadas amostra para este exame. Enquanto que o TGO somente três pacientes foram submetidos ao exame, para descartar assim possíveis patologias hepáticas e por se apresentar em baixa concentração nível de miocárdio, e não é rotineiramente utilizada para o diagnóstico do IAM.

Correlação entre os hábitos e doenças de base com a isquemia miocárdica

Para Bertolani (2001) a doença cardiovascular é a principal responsável pela morbi/mortalidade em nosso país, destacando assim pela sua alta prevalência e gravidade. Existem estudos de intervenção sobre os fatores de risco, mostraram que é perfeitamente factível a prevenção primária e secundária da doença arterial coronária (DAC).

O mesmo autor cita ainda que o tabagismo foi considerado o principal fator de risco possível de intervenção, dados de estudos randomizados mostraram que a interrupção do fumo traz benefício rápido tanto na prevenção primária quanto na prevenção secundária da DAC.

No estudo realizado o tabagismo ocupa o 4º lugar entre os fatores de risco para a isquemia miocárdica, onde foram considerados tabagistas aqueles que fumavam mais de 5 cigarros por dia, enquanto alguns fumaram até mais de 10 a 15 cigarros por dia devido à solidão, estresse ou até mesmo por distração, desilusão amorosas segundo a anamnese feita nestes pacientes.

Avezum (2005) afirmou em seu estudo realizado na região metropolitana do Estado de São Paulo, e no Brasil foi identificado como tabagista aqueles que fumavam de ≥ 5 cigarros/dia. Considera-se que o IAM é a principal causa de morte aqui no Estado de São Paulo, dados sobre o tabagismo e mortalidade completaram a compreensão do elo entre tabagismo e IAM e óbito decorrente da DAC. Parar de fumar é uma

das mais eficaz e menos dispendiosas medidas na prevenção da progressão da aterosclerose. O autor relata ainda que o diabetes melitus (DM) é um dos fatores de risco mais importantes para a DAC devido à alta incidência de mortalidade decorrente entre o IAM e o DM. Estudos revelaram que o DM tipo II, confere risco para DAC duas vezes a mais em homens e três vezes maior em mulheres. Enquanto que o IAM, angina e a morte súbita foram duas vezes mais freqüentes no DM quando comparados com o não DM, sendo assim o DM é considerado como outro grande fator de risco nas doenças isquêmicas ,portanto é importante prevenir o DM para reduzir o numero de IAM Apesar da maioria dos pacientes com DM serem assintomáticos na presença do IAM.

Na presente pesquisa o DM ocupa o 5º lugar entre os fatores de risco de doenças isquêmicas miocárdicas , sendo que todos estavam já fazendo tratamento com glibenclamida e outro eram insulino dependentes.

Stefanini (2001) demonstrou que o combate ao sedentarismo com atividades físicas regulares reduz o risco de eventos coronários. Os riscos relativos para a morte por coronarianopatia é de 1,9entre as pessoas que se mantêm sedentários no trabalho em relação aos que tem algum ocupação que as levam a alguma atividade física. Os mecanismos pelos quais a pratica de exercício físicos reduz o risco para o evento coronariano estão relacionados ao controle de outro fatores de risco para doença aterosclerótica.

O exercício contribui para a melhora da função cardiocirculatoria na medida e que aumenta o debito cardíaco máximo e a quantidade de extração do O₂ pelos tecidos, por isso para se realizar a atividade física tem que ser de acordo com a orientação medica e após exames de teste de esforço para ver a resistência e deve se começar com poucos minutos e ir aumentado gradativamente de acordo com o evento isquêmico, visando assim a prevenção de doenças cardíacas. No estudo realizado o sedentarismo ocupa o 3º lugar para o risco dos eventos isquêmicos miocárdicos.

O consumo excessivo de álcool pode causar danos irreversível incluindo HA e o acidente vascular encefálico (AVE) (AVEZUM, 2005,). O estudo realizado revelou que o alcoolismo ocupa o penúltimo lugar entre os fatores de risco ali encontrados.

A hipertensão arterial (HA) é um dos mais importantes fatores de mortalidade por doenças cardiovasculares (DCV). A cada 10mmHg que aumentam a pressão arterial sistolica (PAS) ocorre significativo aumento dos riscos de eventos cardiovasculares/idade, ou seja, aumento de 20%

nos indivíduos na faixa de 35 a 64 anos é de 13% entre aqueles com idade acima de 65 anos. Aumento corresponde na pressão arterial diastólica (PAD) e de 13% a 19% nas respectivas faixas etárias.

Os portadores de HA tem risco duas vezes a quatro vezes maior para DCV, quando comparados aos normotensos. A pressão sistólica é responsável pelo comprometimento dos órgãos alvos como o coração o rim e o cérebro, ao passo que a pressão diastólica esta relacionada à arteriopatia periférica. Estudos confirmaram os efeitos benéficos do tratamento da HA leve e moderada e da HA em idosos em relação ao risco cardiovascular (STEFANINI, 2001).

Finalmente, os fatores hereditários e familiares são importantes para o estudo porque foi relacionado como 2º lugar entre os pacientes, onde esses pacientes relataram que os pais ou avós e ate mesmo irmãos mais velhos já teriam tido um IAM ou ate mesmo um acidente vascular encefálico (AVE).

O estudo realizado na unidade de terapia intensiva (UTI), com 25 pacientes a HA esta em primeiro lugar entre todos os fatores de risco para os eventos cardiovasculares, sendo assim importante estar conscientizando a população de Tupã/SP, mas precisamente na área de saúde publica, estar mostrando a presença de alto índice aqui presente fazendo com que a prevenção possa diminuir esse índice, modificando assim o estilo de vida e orientando se o tratamento dietético deve ser iniciado antes ou em associação com a terapêutica medicamentosa, a obtenção e manutenção do peso corporal ideal são particularmente importante em pacientes com risco cardiovasculares.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo conclui que:

O maior número de pacientes com lesão isquêmica miocárdica submetidos ao estudo foi do sexo masculino;

Houve predomínio da faixa etária entre 41 a 50 anos (28%), 24% da faixa etária entre 51 aos 80 anos de idade. Demonstrando que a partir da 4ª a 5ª década de vida há maior risco de lesões isquêmicas miocárdicas, trazendo assim serias complicações a curto e a longo prazo, se não for feito nenhum tipo de intervenção.

Neste estudo o fator de risco mais freqüente foi a HA seguido respectivamente pela hereditariedade, sedentarismo e tabagismo.

Foi através do ECG e das enzimas cardíacas, onde podemos correlacionar a clinica dos pacientes com possível evento cardíaco isquêmico, confirmando assim os resultados obtidos no estudo,

afirmando que esses exames são extremamente importante sua realização nas primeiras horas de início as sintomatologia.

Este estudo confirmou os dados de literatura quanto à etiologia, epidemiologia e avaliação dos exames laboratoriais em pacientes internados em UTI.

SUGESTÕES

1- A partir deste estudo são sugeridas medidas preventivas mais rigorosas, para que esse índice possa diminuir. Principalmente medidas preventivas na HA, objetivando conscientizarão da população, mudanças de hábitos de vida, atividade físicas na tentativa de minimizar os maiores fatores de risco.

2- São necessários estudos específicos nessa área das DAC e síndrome anginosa correlacionando assim os exames laboratoriais, fatores de riscos ali presentes com lesões isquêmicas miocárdicas, para que possa assim prevenir, reduzir e evitar serias complicações futuras na população, pois se ter uma ótima prevenção pode se assim reduzir esse alto índice de eventos cardíacos.

3- São fundamentais campanhas de prevenção à população quanto aos fatores de risco e aos sinais e sintomas da doença da síndrome anginosa, pois como foi relatado o tempo de aparecimento da dor anginosa e as lesões musculares miocárdicas podem diminuir as severas conseqüências cardiovasculares e sistêmicas decorrentes da isquemia.

REFERÊNCIAS

AVEZUM, A. et al. Fatores de Risco Associado com o Infarto Agudo do Miocárdio na Região Metropolitana do Estado de São Paulo. In: NOBRE, F. et al. **Tratado de cardiologia, Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP)** 1.ed. Barueri: Manole, 2005. Cap. 3, p. 22-32

BERTOLANI, D.R.M. **Prevenção primária e secundária.** Curso de Cardiologia para o não Especialista. Centro de Medicina Diagnostica - FLEURY. p. 27-29, 2001.

CAVALCANTI. A.B. et al. Diagnóstico do infarto agudo do miocárdico. valor da dosagem de moglobina sérica comparada com a creatinifosfoquinase e sua fração MB. **Arq Bras Cardiol** v. 70, n. 2, p. 75-80, 1998.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é bioética.** Brasiliense, 2002. p. 69

FIGUEIREDO, J.C. **Avaliação do índice de massa corpórea e risco cardiovasculares em escolares de uma escola particular de uma escola da Cidade de Marília São Paulo.** Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação em Fisioterapia. Faculdade de Filosofia e Ciências, Unesp, Marília. Folhas-60,2007.

- FILHO, G.B. **Patologia Bogliolo** 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 425-432.
- FISCHBACK, F. Exames laboratoriais e diagnósticos. **Manual de Enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 218-22
- HERRMANN, J.L.V. et al. Angina estável. In: PRADO.F.C.DR et al. **Atualização Terapêutica** 20. ed. São Paulo, 2001. p. 63-5
- IZAR, M.C.O. et al. Dislipidemias: diagnostico e tratamento. In: NOBRE, F. et al. **Tratado de cardiologia, sociedade de cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP)** 1.ed. Barueri: Manole, 2005. cap.6, pág.354-67
- MOFFA, P.J. et al Eletrocardiografia. In: NOBRE, F. et al. **Tratado de cardiologia, sociedade de cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP)** 1.ed. Barueri: Manole, 2005. Cap. 3, pág. 127-36
- PIEGAS, L.S. et al. Síndromes Coronarianas Agudas Sem Supradesnívelamento do Segmento ST: Diagnostico e Estratificação de Risco. In: NOBRE, F. et al. **Tratado de cardiologia, sociedade de cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP)** 1.ed. Barueri: Manole, 2005.
- PORTO, C.S. Semiologia medica. In: ROSSI, S.; SILVA, E.P. **Sistema cardiovascular**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. pág. 432-33
- RABELO, R.D.R. **Fatores de risco para doenças cardiovasculares**. Curso de Cardiologia para o não Especialista. Centro de Medicina Diagnóstica – FLEURY, 2001. pág 7-12
- ROBBINS. **Patologia estrutural e funcional**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. cap.13, pág.486-539
- STEFANINI, E.D.R. **Diagnostico diferencial da dor torácica**. Curso de Cardiologia para o não Especialista. Centro de Medicina Diagnostica – FLEURY, 2001. pag 30-35.
- STEFANINI. E. et al. Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST: Avaliação Clínica e Laboral. In: NOBRE, F. et al. **Tratado de cardiologia, sociedade de cardiologia do Estado de São Paulo(SOCESP)** 1.ed. Barueri: Manole, 2005. Cap.10, pág 650-59.

Enviado em: outubro de 2012.

Revisado e Aceito: novembro de 2012.

Insuficiência renal aguda em hospital ensino Acute renal failure in teaching hospital

AFONSO CARLOS FURLANETO PACHECO¹
CÁTIA MILLENE DELL AGNOLO²
ADRIANA CRISTINA MAGNANI³
JAQUELINE VOLPATO HUNGARE⁴

RESUMO: Introdução: A incidência de insuficiência renal aguda (IRA) em terapia intensiva vem se elevando ao longo dos anos, associada a altos índices de mortalidade, em detrimento dos avanços no seu tratamento e melhora nos atendimentos nestes setores. Objetivo: Caracterizar os pacientes com insuficiência renal aguda em terapia intensiva adulto de um hospital ensino do Noroeste do Paraná, submetidos a hemodiálise e sua evolução. Métodos: Estudo exploratório, descritivo, realizado em uma unidade de terapia intensiva (UTI) adulto de um hospital ensino, sendo incluídos todos os indivíduos submetidos à hemodiálise no ano de 2008, totalizando 35 pacientes. Resultados: Dos 35 pacientes estudados, 23 (66%) eram homens e 12 (34%), mulheres. A faixa etária mais prevalente foi acima dos 60 anos (40%); mortalidade elevada (68%) e alto índice de pacientes portadores de insuficiência renal aguda em tratamento dialítico. Conclusão: A incidência de IRA com necessidade de tratamento dialítico na UTI em estudo é bastante alta, composta principalmente por indivíduos do sexo masculino, de idade avançada e com índices de mortalidade elevados. Sugere-se a realização de novos estudos que avaliem as causas do desfecho negativo destes doentes, em detrimento dos avanços na terapia renal substitutiva e atendimento nas UTI.

¹Serviço de Diálise do Hospital Santa Casa de Maringá. Aluno de Especialização em Auditoria para Enfermagem da Faculdade Ingá/UNINGÁ. Afonso Carlos Furlaneto Pacheco - Rua Regente Feijó, n. 31 – casa B - Bairro: Zona 03 - Maringá, Paraná, Brasil CEP 87050-230 enfermagem.afonso@santacasamaringa.com.br

²Serviço de Nefrologia Intensiva do Hospital Universitário de Maringá. Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá.

³Serviço de Nefrologia Intensiva do Hospital Universitário de Maringá. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Ingá/UNINGÁ.

⁴Sócia-proprietária da Empresa de Consultoria H.F. Consultoria Ltda.. Administradora de Empresa pela UEM, Especialista em Finanças pela UFPR e em Administração Hospitalar e Serviços em Saúde pela FECEA. Docente do curso de Especialização em Auditoria para Enfermagem da Faculdade Ingá/UNINGÁ.

Palavras-chave: unidades de terapia intensiva aguda, insuficiência renal aguda, epidemiologia.

ABSTRACT: Introduction: The incidence of acute renal failure (ARF) in intensive care has been increasing over the years, associated with high mortality rates at the expense of advances in treatment and improvement in attendance in these sectors. Objective: Characterize patients with acute renal failure in intensive care in a teaching hospital in Northwest Paraná, who did hemodialysis and its evolution. Methods: This exploratory, descriptive study in an adult intensive care unit (ICU) of a teaching hospital and included all patients undergoing hemodialysis in 2008, totaling 35 patients. Results: Of the 35 patients studied, 23 (66%) were men and 12 (34%) women. The most prevalent age group was above 60 years (40%), high mortality (68%) and high rate of patients with acute renal failure on dialysis. Conclusion: The incidence of ARF requiring dialysis in the ICU under study is quite high, composed mainly of males of advanced age and high mortality rates. It is suggested to carry out further studies to evaluate the causes of the negative outcome of these patients, instead of advances in renal replacement therapy and care in the ICU.

Key-words: intensive care units, kidney failure acute, epidemiology.

INTRODUÇÃO

Vários estudos indicam um crescimento de pacientes acometidos por insuficiência renal aguda (IRA) dentro da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Apesar do avanço técnico-científico voltado para o suporte aos doentes na UTI, as taxas de mortalidade dos pacientes com IRA permanecem altas, e a chance de sobrevida muito variável (RIBEIRO et al., 2008).

A IRA é uma síndrome com etiologia das mais variadas causas, estando associada a uma mortalidade de 35 a 65% (MITCH, 2005). Caracteriza-se pela perda abrupta e reversível da função renal, que se mantém por períodos variáveis, resultando na impossibilidade dos rins exercerem suas funções; tendo como fatores de risco: a hipovolemia, choque séptico, gravidade das doenças e a idade dos pacientes. Observa-se uma maior incidência de IRA na população com idade mais avançada (RIELLA, 2010).

A Sociedade Brasileira de Nefrologia registrou em 2007, 78605 pacientes em tratamento dialítico no Brasil. Destes, 89.4% realizavam

tratamento de hemodiálise. Houve um aumento significativo nos últimos anos, de 42.695 pacientes em janeiro de 2000 para 73.605 em janeiro de 2007 (BRASIL, 2008).

Entre os pacientes internados em uma UTI, 17% a 35% podem evoluir para IRA. Destes, 49% a 70% são submetidos à hemodiálise e 50 a 90% evoluem a óbito (MEHTA; CHERTOW, 2003; SOARES et al., 2006).

Esta pesquisa objetivou caracterizar os pacientes com insuficiência renal aguda em terapia intensiva adulto de um hospital ensino do Noroeste do Paraná, submetidos a terapia de substituição renal através de hemodiálise e sua evolução.

MÉTODOS

Estudo exploratório, descritivo, desenvolvido na UTI adulto de um hospital ensino do Noroeste do Paraná, com pacientes portadores de insuficiência renal aguda submetidos à terapia renal substitutiva (tratamento hemodialítico), no ano de 2008, sendo identificados e estudados 35 pacientes que preenchiam os critérios de inclusão.

Os dados foram coletados de planilhas de registro de hemodiálise do setor de UTI do hospital estudado, através do preenchimento de um instrumento de coleta de dados, composto por informações referentes a sexo, idade, mortalidade e evolução dos pacientes; prevalência de hemodiálise no setor e mortalidade dos pacientes submetidos à hemodiálise comparada com pacientes internados na terapia intensiva.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade Ingá-Maringá, Paraná, sob o parecer nº 468/09.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 35 pacientes estudados, submetidos à hemodiálise na UTI estudada, 23 (66%) eram homens e 12 (34%), mulheres.

Muitos estudos sobre IRA, e/ou sobre pacientes em tratamento de hemodiálise apontam índice mais elevado entre pacientes do sexo masculino. Segundo o Censo de 2008 da Sociedade Brasileira de Nefrologia, 57% dos pacientes em diálise eram do sexo masculino (BRASIL, 2008). Entretanto, não existe justificativa para o fato de a população masculina ser mais afetada pela IRA com maior necessidade de tratamento renal substitutivo. Deve ser considerada a incidência de

internação de pessoas deste sexo na UTI avaliada, dado não pesquisado neste estudo.

Em relação à faixa etária, a maior parte dos pacientes submetidos à hemodiálise possuía acima de 60 anos (n=14; 40%); seguidos da faixa etária dos 40 aos 49 anos (n=8; 21%); menores do que 30 anos (n=6; 17%). Quatro pacientes (11%) possuíam entre 30 a 39 anos e 50 a 59 anos. A idade média foi de $52.9 \pm 21,5$ anos, variando de 14 a 88 anos.

Os pacientes em diálise no Brasil segundo faixa etária, em 2008, encontravam-se na sua maior parte entre os 40 a 59 anos (43.7%) e acima de 60 anos (36.3%) (BRASIL, 2008).

Em relação à idade, deve-se considerar ainda que o envelhecimento da população mundial é um fenômeno que vem ocorrendo em grande escala nas últimas décadas, ocasionando o aparecimento de doenças características da idade, aumentando o consumo de medicamentos e da necessidade de internamento, predispondo esta população a um alto índice de IRA.

O processo do envelhecimento renal, a maior frequência de estados patológicos nesta idade, o uso de medicamentos e a realização freqüente de procedimentos intervencionistas e cirúrgicos neste grupo específico de doentes, tem sido responsável por uma incidência cada vez mais elevada de IRA na população com idade avançada (ROMÃO JÚNIOR et al., 2000).

A mortalidade da IRA em UTI mantém-se elevada. No gráfico 1 pode-se observar a distribuição dos pacientes que realizaram hemodiálise no hospital estudado em 2008, em relação ao número total de óbitos na UTI adulto.

Tabela 1 - Número de óbitos de pacientes submetidos à hemodiálise em relação ao número total de óbitos da UTI adulto de um hospital ensino, Maringá-PR, 2008.

Mês	Pacientes unidade de terapia intensiva (UTI) nº	Óbitos totais UTI nº	Óbitos de pacientes em hemodiálise %
Janeiro	12	3	67
Fevereiro	22	6	17
Março	18	10	10
Abril	26	12	25
Maio	15	5	80
Junho	21	7	43
Julho	24	9	33
Agosto	20	8	-
Setembro	13	2	50
Outubro	21	12	8
Novembro	20	8	37
Dezembro	14	6	33
Total	226	88	

Observa-se na Tabela 1 que, 4 (80%) dos óbitos dentro da UTI adulto no mês de maio foi de pacientes com IRA submetidos à hemodiálise. No mês de janeiro também se pode notar um índice significativamente elevado (67% dos óbitos totais da UTI adulto).

O número de óbitos anual de pacientes em diálise, registrados pela Sociedade Brasileira de Nefrologia em 2008 foi de 15.2%. Porém, quando se refere a faixa etária acima dos 60 anos esta porcentagem é elevada para 59% (BRASIL, 2008). Deve-se considerar ainda que o presente estudo avaliou pacientes internados em UTI, de maior gravidade.

Apesar da existência de técnicas dialíticas eficientes e complexas e da marcante melhoria e eficiência dos cuidados intensivos nas UTI, a mortalidade da IRA mantém-se elevada nos dias atuais. O aumento na frequência da sepse em portadores de IRA nestes setores e/ou associação com disfunção de múltiplos órgãos pode explicar a baixa sobrevida nestes pacientes (ROMÃO JÚNIOR et al., 2000).

A mortalidade de um episódio isolado de IRA fica entre 10 a 15%, mas quando associada à disfunção de múltiplos órgãos pode chegar a taxas que variam de 40 a 90% (LAGE, 2005).

A mortalidade dos pacientes portadores de IRA submetidos à hemodiálise na UTI estudada foi de 68% (24 pacientes). Cerca de 9 pacientes (26%) foram transferidos para outro setor de internamento neste mesmo hospital e outros 2 (6%) foram encaminhados a outros serviços do município.

A mortalidade elevada pode estar associada ao número de pacientes idosos atendidos no setor em estudo. No entanto, outros fatores como causa base de internação, etiologia e comorbidades associadas podem influenciar estes índices, dados não avaliados nesta pesquisa.

A mortalidade de pacientes que realizam diálise em comparação a pacientes em tratamento conservador, é de 63,8% (LAGE, 2005). Outro autor aponta para uma variação entre 35 a 65% na mortalidade destes pacientes, atribuindo a existência de outras doenças associadas e suas complicações, as quais influenciariam a taxa de mortalidade por IRA (MITCH, 2005).

A distribuição dos pacientes submetidos à hemodiálise na UTI adulto do hospital estudado em relação aos pacientes internados neste setor, no ano de 2008, pode ser observada na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes submetidos à hemodiálise em relação aos pacientes internados na UTI adulto de um hospital ensino, Maringá-PR, 2008.

Mês	Paciente UTI nº	Paciente hemodiálise (HD) nº	Pacientes HD setor %
Janeiro	12	6	50
Fevereiro	22	3	14
Março	18	2	11
Abril	26	3	11
Maio	15	6	40
Junho	21	6	28
Julho	24	7	29
Agosto	20	2	10
Setembro	13	2	15
Outubro	21	2	9
Novembro	20	3	15
Dezembro	14	5	36
Total	226	47	

A incidência de IRA em pacientes hospitalizados é de 5%. Porém, nas UTI esta incidência se eleva, variando de 17 a 35%. Destes pacientes com diagnóstico de IRA, cerca de 49 a 70% necessitam de tratamento dialítico. O tempo de internação prolongado, o uso de tecnologias sofisticadas o tipo de UTI e as características da população estudada influenciam diretamente na mortalidade destes pacientes. A taxa de mortalidade de IRA em UTI pode variar de 50 a 90% (MEHTA; CHERTOW, 2003; SOARES et al., 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incidência de IRA com necessidade de tratamento dialítico na UTI em estudo é bastante alta, composta principalmente por indivíduos do sexo masculino, de idade avançada e com índices de mortalidade elevados.

Estes achados ressaltam para a importância de se estudar IRA em UTI, bem como necessidade de tratamento dialítico, procurando uma melhor caracterização desta população, etiologia da doença renal, comorbidades associadas e tipo de tratamento hemodialítico, sendo uma das limitações do presente estudo.

Sugere-se a realização de novos estudos que avaliem as causas do desfecho negativo destes doentes, em detrimento dos avanços na terapia renal substitutiva e atendimento nas UTI.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Sociedade Brasileira de Nefrologia**. Censo 2008 [Internet]. São Paulo: SBN; [citado 2011 Jan 13]. Disponível em: http://www.sbn.org.br/censos/censos_anteriores/censo_2008.pdf Acesso em: jun 2009.
- LAGE, S.G. Prevenção da insuficiência renal aguda em pacientes críticos. **Prática hospitalar** v. 7, 2005.
- MEHTA, R.L.; CHERTOW, G.M. Acute renal failure definitions and classification: time for change? **J Am Soc Nephrol**. v. 14, n. 8, p. 2178-87, 2003.
- MITCH, W.E. Insuficiência Renal Aguda. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. (Orgs.). **Tratado de Medicina Interna**. Tradução de Ana Kemper et al. 22. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. p. 812-827.
- RIBEIRO, R.C.H.M. et al. Patient victim of polytrauma with acute renal failure in the intensive care unit. **Acta Paul Enferm**. v. 21, p. 216-20, 2008.
- RIELLA, M.C. **Principios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- ROMÃO JÚNIOR, J.E. et al. Causas e prognósticos da insuficiência renal aguda hospitalar em pacientes idosos. **Rev Ass Méd Brasil**. v. 46, p. 212-17, 2000.
- SOARES, M. et al. Prognosis of critically ill patients with cancer and acute renal dysfunction. **J Clin Oncol**. v. 24, n.24, 2003-10, 2006.

Enviado em: maio de 2011.

Revisado e Aceito: setembro de 2011.

Avaliação dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares de trabalhadores de uma indústria moveleira de um município do interior do RS
Assessment of risk factors for the development of cardiovascular diseases of furniture industry workers in a city in the interior of RS

CRISTIANE INÊS FELL¹
SIMARA RUFATTO CONDE²

RESUMO: As doenças crônicas não transmissíveis são as principais causas de morte, perda de qualidade de vida com alto grau de restrição nas atividades. Em determinados estados brasileiros, como Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, as doenças do coração ocupam o primeiro lugar na mortalidade. O presente estudo decorre de uma pesquisa transversal exploratória com finalidade de avaliar os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares em adultos de uma indústria moveleira no interior do RS. A coleta de dados foi realizada no período de abril a maio de 2012 através de um questionário estruturado, bem como a verificação do peso, altura, circunferência abdominal e índice de massa corporal (IMC). Para análise estatística foi utilizado o software SPSS versão 13.0. Foi aplicado o teste Teste Exato de Fisher, o nível de significância máximo assumido foi de 5% ($p \leq 0,05$). Apesar da baixa média de idade, foram encontrados fatores de risco para DCV como: sedentarismo em 40,4% (21), etilismo em 42,3% (22) e circunferência da cintura aumentada em 44,2% (23). Constatou-se no presente estudo que, embora a maioria dos funcionários sejam eutróficos, apresentaram alguns fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares sendo estes fatores de risco modificáveis.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares, fatores de risco, qualidade de vida.

¹Aluna do curso de graduação em Nutrição do Centro Universitário UNIVATES - Rua Ermino Lohmann, 278, Pinheiros, Estrela, RS, Brasil. CEP 95889.000. cristianefell@universo.univates.br

²Mestre em Bioquímica (UFRGS), docente do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Universitário UNIVATES

ABSTRACT: The non-transmissible chronic diseases are the main death cause, loss of live quality with high level of restrictions in the activities. In some Brazilian states, like Rio de Janeiro and Rio Grande do Sul, the hearth diseases rank first place in mortality. This study is originated from a transversal exploratory research that aims at reviewing the risk factors for the development of cardiovascular diseases in adults of a furniture industry in the interior of RS. The data collect was performed from April to May 2012, through a structured questionnaire, as well as the verification of weight, height, waist circumference and body mass index (BMI). For statistical analysis there was used the software SPSS version 13.0. There was applied the Fisher Exact Test, the highest level of significance assumed was 5% ($p \leq 0,05$). Despite of the low average age, there were found risk factors to CVD such as: sedentary in 40,4% (21), alcoholism in 42,3% (22) and increased waist circumference in 44,2% (23). There was verified in this study that, although most employees are eutrophic, they showed some risk factors for the development of cardiovascular diseases and these risk factors are modifiable.

Key-words: Cardiovascular diseases, risk factors, life quality

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morte, perda de qualidade de vida com alto grau de restrição nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral (MALTA et al., 2011).

A doença cardiovascular se adquire após longo tempo de exposição aos fatores de risco sem apresentar sintomas aparentes no indivíduo com a doença ainda não diagnosticada (LESSA, 2004).

As doenças cardiovasculares (DCV) colaboram para a alta morbimortalidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento. O avanço da incidência requer intervenções que sejam rápidas, por isso, tem sido alvo de vários estudos, além de representar elevados custos sociais e econômicos (OLIVA et al., 2011).

Conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte em todo o mundo. A previsão para 2015 é de que 20 milhões de pessoas falecerão a cada ano por doença cardiovascular. Em torno de 80% dessas mortes estão ocorrendo em países de renda média e baixa, e as principais causas são o tabagismo, a inatividade física e a dieta inadequada (CIMADON et al., 2010).

Em determinados estados brasileiros, como São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, as doenças do coração já superaram as cerebrovasculares, ocupando o primeiro lugar na mortalidade (MULLER et al., 2012).

As modificações sociais e econômicas dos últimos anos e suas consequentes alterações nos estilos de vida como mudanças dos hábitos alimentares, aumento do sedentarismo e do estresse colaboram para o aumento da incidência das doenças crônicas como a DCV, que hoje constitui um sério problema de saúde pública. No Brasil, nas últimas décadas, as DCNT tornaram-se as principais causas de óbito (VERAS, 2011).

De acordo com as projeções para 2020, a Doença Arterial Coronariana (DAC) será a principal causa de morbi-mortalidade no mundo. Nesta situação, a reabilitação cardiovascular surge como uma opção no tratamento, melhorando sua qualidade de vida (BARBOSA et al., 2011).

Os principais fatores de risco para doença arterial coronariana podem ser divididos em duas classes. Estes se dividem em modificáveis e não modificáveis. Os não modificáveis incluem a idade, o sexo e a história familiar positiva para DAC precoce. Entre os modificáveis estão a dislipidemia, o diabetes, o tabagismo, o sedentarismo, a hipertensão arterial e a obesidade que geralmente são adquiridos com o passar do tempo e estão relacionados aos hábitos de vida. A prevenção tem sido baseada no conhecimento dos fatores de riscos modificáveis.

O aumento da pressão arterial é um fator de risco importante para DAC, pois danifica o revestimento das artérias e acelera o desenvolvimento da placa de gordura. As mulheres são relativamente protegidas de doenças cardiovasculares e de hipertensão arterial, em particular, durante a fase reprodutiva. No entanto após a menopausa, a incidência de infarto agudo do miocárdio aumenta, e hipertensão arterial torna-se progressivamente mais frequente e mais intensa em mulheres que em homens (CANTOS et al., 2004).

As DCVs quase sempre refletem nas atividades produtivas do homem, podendo ser caracterizadas como doenças ocupacionais ou relacionadas ao trabalho, e acabam acarretando implicações em termos econômicos e sociais (HAYASHIDA et al., 2006).

Conforme Matos et al. (2004), o ambiente de trabalho é o local ideal para o desenvolvimento de estudos diagnósticos e de intervenção para doenças cardiovasculares, pois a pessoa passa cerca de 65% da sua vida nesse ambiente.

Vários fatores estão relacionados ao alto risco cardiovascular, sendo assim, quanto maior o número de fatores presente, maior será a possibilidade de apresentar um episódio cardiovascular. Da mesma forma, quanto melhor o controle dos hábitos de vida, com redução dos fatores modificáveis associados, maior é a redução deste risco (CORREIA; CAVALCANTE; SANTOS, 2010).

Todos esses fatores de risco estão de alguma forma relacionados, e é de fundamental importância criar modelos de atenção à saúde que liguem estratégias diversas de prevenção e controle desses fatores, individuais e em grupos, a fim de contribuir para a redução da morbimortalidade (CARVALHO et al., 2009).

O presente estudo teve como objetivo avaliar fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares em adultos de uma indústria moveleira no interior do Rio Grande do Sul.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal exploratório, caracterizado como quantitativo.

Foram avaliados fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares em adultos, de ambos os gêneros, de uma indústria moveleira no interior do Rio Grande do Sul.

Dos 65 funcionários da empresa, apenas 52 se encaixaram nos critérios de inclusão, 13 não participaram da pesquisa por não terem idade entre 20 e 59 anos e por apresentarem diagnóstico da doença cardiovascular. A coleta de dados foi realizada durante o período de abril a maio de 2012. Verificou-se o peso, altura, a circunferência da cintura e aplicou-se um questionário padronizado com perguntas fechadas que incluíram questões referentes a idade e os fatores de risco para doenças cardiovasculares como: tabagismo, etilismo, diagnóstico de diabetes mellitus. O peso foi aferido com uma balança mecânica da marca Welmy com capacidade de 150 kg, o participante permaneceu com os pés descalços em posição ereta com o mínimo de roupas. Para aferição da estatura foi utilizado o estadiômetro acoplado à balança estando o indivíduo com os pés descalços e permanecendo em posição ereta (SISVAN, 2004). Para a avaliação do estado nutricional foi utilizado o índice de massa corporal (IMC) calculado pela divisão entre o peso em quilogramas (Kg) e o quadrado da altura em metros (m) e classificado de acordo com os pontos de corte da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998).

A aferição da circunferência da cintura foi realizada com o indivíduo em pé, em posição ereta, utilizando-se uma fita métrica flexível e inextensível de 150 cm de comprimento com o abdômen relaxado, braços ao lado do corpo e os pés juntos. A medida foi obtida na menor circunferência entre o rebordo da última costela e a crista ilíaca. Os pontos de corte utilizados para classificação foram da OMS (2000).

Para análise estatística foi utilizado o software SPSS versão 13.0. Foi aplicado o teste Teste Exato de Fisher, o nível de significância máximo assumido foi de 5% ($p \leq 0,05$).

O presente estudo e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) do Centro Universitário UNIVATES sob protocolo número 27184/10.

RESULTADOS

Do total de 52 funcionários, 42,3% (22) pertenciam ao gênero feminino e 57,7% (30) pertenciam ao gênero masculino. Quanto à idade, 51,9% (27) apresentavam idade entre 20 a 30 anos, 17,3% (9) entre 31 a 40 anos, 17,3 (9) entre 41 a 50 anos e apenas 13,5% (7) idade entre 51 a 59 anos.

Apesar da baixa média de idade da amostra, foram encontrados vários fatores de risco para DCV, tais como: sedentarismo em 40,4% (21), etilismo em 42,3% (22) e circunferência da cintura aumentada em 44,2% (23).

Pode-se observar na tabela 1 que a maioria dos participantes 55,8% (29) estavam em eutrofia, 38,5% (20) estavam pré-obesos. Observou-se também que 15,4% (8) afirmaram serem tabagistas, 42,3% (22) consumiam algum tipo de bebida alcoólica. Quanto à atividade física 59,6% (31) praticavam alguma atividade. Não houve prevalência de hipertensão e diabetes entre os participantes da pesquisa e quanto à classificação da circunferência da cintura 44,2% (23) apresentaram risco aumentado para doenças cardiovasculares.

Tabela 1. Descrição da amostra investigada em relação às variáveis relacionadas à saúde e Hábitos

Variável	Categoria	Nº casos	%
Classificação IMC	Desnutrição Grau 1	1	1,9
	Eutrófico	29	55,8
	Pré-obeso	20	38,5
	Obesidade Grau 1	1	1,9
	Obesidade Grau 2	1	1,9
Classificação CC	Baixo Risco	29	55,8
	Risco aument. p/ doenças cardiovasc.	23	44,2
Tabagista	Sim	8	15,4
	Não	44	84,6
Etilista	Sim	22	42,3
	Não	30	57,7
Freq. que ingere beb. alcoólica (n=22)	1 vez na semana	19	86,4
	2 a 3 vezes na semana	3	13,6
Atividade Física	Sim	31	59,6
	Não	21	40,4
Freq. da Atividade Física (n=31)	1 vez na semana	10	32,3
	2 a 3 vezes na semana	10	32,3
	4 a 5 vezes na semana	7	22,6
	Todos os dias	4	12,9

Quando questionados sobre o uso de tabaco, 84,6% (44) alegaram não fazer uso de tabaco e 15,4% (8) faziam uso. Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, verificou-se que 57,7% (30) dos entrevistados disseram não fazer uso de nenhum tipo de bebidas alcoólicas, apenas 42,3% (22) afirmaram ingerir.

Tabela 2. Estatísticas Descritivas para as variáveis quantitativas (n=52)

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Peso	51,40	107,00	71,32	11,40
Altura	1,50	1,90	1,71	0,10
IMC	17,43	37,70	24,37	3,68
Circunferência da Cintura	57,00	111,00	85,21	10,97

A Tabela 3 mostra a comparação das variáveis com o estado nutricional dos funcionários. Através dos resultados do Teste Exato de

Fisher verificou-se que indivíduos com 20 a 30 anos de idade estão significativamente associados à classificação eutrófico; enquanto que sujeitos de 41 a 50 anos de idade à classificação peso acima do normal ($p=0,019$).

Já a circunferência da cintura mostrou que indivíduos com baixo risco estão significativamente associados à classificação eutrófico; enquanto que sujeitos com risco aumentado para doenças cardiovasculares à classificação peso acima do normal ($p=0,000$).

Etilistas estão significativamente associados à classificação eutrófico; enquanto que sujeitos que não são etilistas à classificação peso acima do normal ($p=0,025$).

Tabela 3. Comparação das variáveis com o Estado Nutricional

Variável	Categoria	Classificação IMC				p
		Eutrófico		Peso acima do Normal		
		n	%	n	%	
Gênero	Masculino	20	69,0	9	40,9	0,053 ns
	Feminino	9	31,0	13	59,1	
Idade	20 a 30 anos	20	69,0	6	27,3	0,019*
	31 a 40 anos	4	13,8	5	22,7	
	41 a 50 anos	2	6,9	7	31,8	
	51 a 60 anos	3	10,3	4	18,2	
Atividade Física	Sim	18	62,1	13	59,1	1,000 ns
	Não	11	37,9	9	40,9	
Frequência da Atividade Física	1 vez na semana	6	33,3	4	30,8	0,701 ns
	2 a 3 vezes na semana	7	38,9	3	23,1	
	4 a 5 vezes na semana	3	16,7	4	30,8	
	Todos os dias	2	11,1	2	15,4	
Classif.CC	Baixo Risco	25	86,2	3	13,6	0,000**
	Risco aum. p/ doenças card.	4	13,8	19	86,4	
Tabagista	Sim	4	13,8	4	18,2	0,713 ns
	Não	25	86,2	18	81,8	
Etilista	Sim	16	55,2	5	22,7	0,025*
	Não	13	44,8	17	77,3	
Freq. que ing bebida alcoólica	1 vez na semana	14	87,5	4	80,0	1,000 ns
	2 a 3 vezes na semana	2	12,5	1	20,0	

DISCUSSÃO

No presente estudo foram encontrados alguns fatores de risco modificáveis para DCV assim como no estudo de Correia, Cavalcante e Santos (2009) onde foram entrevistadas 90 pessoas de ambos os gêneros com idade média de 26 anos, e foram encontrados vários fatores de risco para a DCV tais como sedentarismo, sobrepeso e antecedentes familiares. Já no estudo de Barbosa (2011) todos os participantes da pesquisa apresentaram fatores de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

No estudo realizado por Nascente et al. (2010), em 52 países, avaliando o efeito de fatores de risco para o infarto do miocárdio, verificou-se que o tabagismo; a hipertensão; o diabetes; a obesidade abdominal; o uso de álcool; e a falta de atividade física regular foram os mais importantes fatores de risco em todos os países, em ambos os gêneros e em todas as idades, semelhante ao estudo realizado por Malta, Neto e Junior (2011) que entre os determinantes das DCNT, foram apontadas os fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física, corroborando com os achados do presente estudo.

Os resultados do presente estudo apresentaram um elevado número de indivíduos com sobrepeso e circunferência da cintura aumentada, assim como no estudo realizado por Mariath (2007) com 1.252 colaboradores de uma fábrica com média de idade 30 anos encontrou 33% da população com circunferência da cintura elevada. Segundo Rezende et al. (2006) elevadas prevalências de obesidade têm sido observadas em diversos estados e cidades do país: 18% em São Paulo, 37,5% em Cotia; 18,6% no Rio Grande do Sul, 21% em Pelotas; 12% no Rio de Janeiro.

No presente estudo, verificou-se que o tabagismo foi significativamente baixo, semelhante ao estudo de Gama, Biasi e Ruas (2012) no qual avaliaram 100 pacientes, de ambos os gêneros com idade acima de 20 anos no qual 74 % da população estudada não fazia uso do tabaco. Também no estudo de Matos et al. (2004) e de Oliva, Paz e Souza (2011) observaram baixa incidência de tabagismo.

Estudo realizado por Cantaruti et al. (2010) constataram que no Brasil houve alta incidência de sedentarismo entre os adultos, assim como no estudo de Mattos et al. (2004) onde encontraram 67,4% dos indivíduos sedentários e apenas 32,6% ativos, já no estudo de Muniz et al. (2012) 75,6% relataram não praticar atividade física diferindo dos resultados do presente estudo onde a maioria praticava alguma atividade

física. Semelhante aos nossos resultados foi encontrado por Rezende et al. (2006) no qual 64% dos indivíduos praticavam alguma atividade física.

No estudo de Viebig et al. (2006), a maioria dos indivíduos relataram que não consumiam bebidas alcoólicas assim como Gama, Biasi e Ruas (2012) que em seu estudo verificaram que 68% dos entrevistados não faziam uso de nenhum tipo de bebida alcoólica, dados semelhante ao presente estudo.

Em estudo realizado por Conceição et al. (2006) revelaram valores elevados de pressão arterial correspondente a 37,9% dos indivíduos avaliados. Já Souza et al. (2007) verificaram que houve uma prevalência de hipertensão arterial de 41,4% na população estudada diferindo dos resultados do presente estudo, onde não houve prevalência de pressão arterial elevada.

CONCLUSÃO

Constatou-se no presente estudo que, embora a maioria dos funcionários sejam eutróficos, apresentaram alguns fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, tais como: circunferência da cintura aumentada, etilismo e tabagismo sendo estes fatores de risco modificáveis.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, J.J. et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos a um programa de reabilitação cardiovascular semisupervisionado fase II. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.4, n.3, p.363-72, set./dez., 2011.

CANTARUTI, L.O.A. et al. Atividade física x fatores de risco cardiovascular. **Revista Digital**. Buenos Aires, Ano 15, n.146, jul., 2010.

CANTOS, G.A. et al. Prevalência de fatores de risco de doença arterial coronária em funcionários de hospital universitário e sua correlação com estresse psicológico. **J Bras Patol Med Lab** v.40, n.4, p.240-47, ago., 2004.

CARVALHO, B.G. et al. Doenças cardiovasculares antes e após o programa saúde da família, Londrina, Paraná. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v.93, n.6, p.645-50, dez., 2009.

CIMADON, H.M.S.; GEREMIA, R.; PELLANDA, L.C. Hábitos alimentares e fatores de risco para aterosclerose em estudantes de Bento Gonçalves (RS). **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v.95, n.2, p.166-72, ago., 2010.

CONCEICAO, T.V. et al. Valores de pressão arterial e suas associações com fatores de risco cardiovasculares em servidores da Universidade de Brasília. **Arq Bras Cardiol** São Paulo, v.86, n.1, p.26-31, jan. 2006.

CORREIA, B.R.; CAVALCANTE, E.; SANTOS, E. A prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes universitários. **Rev Bras Clin Med.** São Paulo, v.8, n.1 p.25-29, 2010.

GAMA, L.C.; BIASI, L.S.; RUAS, A. Prevalência dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares em pacientes da rede SUS da UBS Progresso da cidade de Erechim. **Perspectiva**, Erechim, v.36, n.133, p.63-72, mar., 2012.

HAYASHIDA, M.; FONTES, M.C.F.; MENDES, I.A.C. Análise das anotações do enfermeiro em uma unidade de terapia intensiva. **Rev RENE**, Fortaleza, v.7, n.3, p.70-7, set./dez., 2006.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa de vigilância. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.931-43, 2004.

MALTA, D.C.; NETO, O.L.M.; JUNIOR, J.B.S. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v.20, n.4, p. 425-38, out./dez., 2011.

MARIATH, A.B. et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.897-905, abr., 2007.

MATOS, M.F.D. et al. Prevalência dos Fatores de Risco para Doença Cardiovascular em Funcionários do Centro de Pesquisas da Petrobras. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v.82, n.1, p.1-4, jan., 2004.

MULLER, E.V. et al. Distribuição espacial da mortalidade por doenças cardiovasculares no Estado do Paraná, Brasil: 1989-1991 e 2006-2008. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.6, p.1067-77, jun., 2012.

MUNIZ, L.Z. et al. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Rev Saúde Pública** v. 46, n. 3, p. 534-42, 2012.

NASCENTE, F.M.N. et al. Hipertensão Arterial e sua Correlação com alguns Fatores de Risco em Cidade Brasileira de Pequeno Porte. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 95, n. 4, p.502-09, out., 2010.

OLIVA, S.B.; PAZ, A.A.; SOUSA, E.N. Conhecimento dos trabalhadores da indústria metal-mecânica sobre fatores de risco para doença arterial coronariana. **REUFMS**, Santa Maria, v.1, n.2, p.214-24, mai/ago., 2011.

REZENDE, F.A.C. et al. Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal: Associação com Fatores de Risco Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v.87, n.6, p.728-34, 2006.

SOUZA, A.R.A. et al. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v.88, n.4, p.441-46, abr., 2007.

VERAS, R.P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.779-86, 2011.

VIEBIG, R.F. et al. Perfil de Saúde Cardiovascular de uma População Adulta da Região Metropolitana de São Paulo. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 86, n. 5, p. 353-60, mai., 2006.

Enviado em: novembro de 2012.

Revisado e Aceito: dezembro de 2012.

**Emergências obstétricas: conhecimento do profissional
enfermeiro de terapia intensiva**
**Obstetric emergencies: knowledge of professional nursing
intensive**

VILANI RODRIGUES BASSO¹
CÁTIA MILLENE DELL AGNOLO²

RESUMO: O objetivo deste trabalho foi verificar o conhecimento dos Enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto de um Hospital Ensino de um município do Noroeste do Paraná sobre Emergências Obstétricas. Estudo descritivo, quantitativo, exploratório, realizado com enfermeiros assistenciais de uma UTI de um hospital Ensino de um Município do Noroeste do Paraná, através da aplicação de um instrumento pré-estruturado com questões objetivas relacionadas a internações obstétricas em UTI e Emergências obstétricas, além de caracterização sócio demográfica e profissional dos entrevistados. Dos 10 pesquisados, 7 deles realizaram sua formação profissional de graduação em universidades estaduais ou federais. Conforme pesquisa, somente uma enfermeira possui especialização em obstetrícia, e uma em andamento, a qual obteve maior número de acertos, totalizando 9 acertos das 10 questões aplicadas, caracterizando relevante importância da especialização. Recomenda-se a capacitação dos enfermeiros intensivistas, para o manuseio adequado no atendimento a gestante/puérpera em situações de emergência.

Palavras-chave: Unidades de terapia intensiva, obstetrícia, cuidados de enfermagem, conhecimento, emergências.

ABSTRACT: The aim of the study was to assess the knowledge of Nurses in an Intensive Care Unit (ICU) Adult Education in a hospital in a city of northwest Paraná on Obstetric Emergencies. A descriptive, quantitative, exploratory, conducted with nurses in an ICU of a teaching

¹Aluna do curso de Graduação de Enfermagem da UNINGÁ. Rua Francisco Glicério, nº 1492, Ap. 702, Zona Sete, CEP 87-030-050, Maringá - PR - Brasil. vilani2@hotmail.com

²Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá.

hospital in a city of northwest Paraná, by applying a pre-structured instrument with objective questions related to obstetric admissions to the ICU and Emergency Obstetric in addition to sociodemographic and professional respondents. Of the 10 surveyed, seven of them held their undergraduate training at state universities or federal. According to research, only one nurse has specialized in obstetrics, and one in progress, which obtained the greatest number of hits, totaling nine hits of the 10 questions applied, characterizing the importance of relevant expertise. It is recommended the training of nurses, for proper handling in caring for pregnant / postpartum in emergency situations.

Key-words: Intensive care units, obstetrics, nursing care, knowledge, emergencies.

INTRODUÇÃO

Anualmente, estima-se que 600.000 mulheres morrem no mundo durante o ciclo gravídico-puerperal, sendo que 99% dessas mortes ocorrem nos países em desenvolvimento, responsáveis por 86% dos nascimentos. Em sua quase totalidade, as mortes maternas são evitáveis por uma boa assistência pré-natal, perinatal e puerpério (COSTA et al., 2002).

Em países como Finlândia, Suécia, Holanda, Canadá, Noruega e outros, a mortalidade materna encontra-se em torno de 4 para 100.000 nascidos vivos, admitindo-se mesmo que se possa alcançar situação em que não mais ocorram mortes maternas (COSTA et., 2002).

O atendimento às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos é um problema central em sistemas de saúde em todo o mundo. No Brasil, no ano de 2002, ocorreram 2.343.760 partos, com uma taxa de 25,06 mortes por cada 1.000 nascidos vivos, e uma razão de mortalidade materna de 73,05 mortes por cada 100.000 nascidos vivos (MARINHO; CARDOSO, 2007).

As necessidades de redução dos índices de mortalidade materna, de humanização dos partos e as perspectivas de saúde dos nascituros dependem, entre outros fatores, fundamentalmente, da qualidade e da rapidez do atendimento nos serviços de saúde (MARINHO; CARDOSO, 2007).

Promover e exercer ações preventivas são partes dos aspectos que caracterizam o ser enfermeiro como cuidador de indivíduos, famílias e comunidades, na saúde e na doença. Esse seu cuidar envolve funções

básicas como educativa, administrativa, assistencial, de pesquisa entre outras (BARBASTEFANO; VARGENS, 2009).

Em casos de complicações durante o ciclo gravídico puerperal, há a necessidade de internação em setores destinados aos atendimentos de emergência a pacientes de maior gravidade e com risco de vida, como as Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

As UTI surgiram a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, em estado crítico, mas tidos ainda como recuperáveis, e da necessidade de observação constante, assistência médica e de enfermagem contínua, centralizando os pacientes em um núcleo especializado (VILA; ROSSI, 2002).

O progresso científico e tecnológico que contribuiu para os avanços crescentes no emprego de recursos na manutenção da vida. Essas tecnologias e a sua disponibilidade em muitos países mostraram novas formas de tratamento e esperança para o enfrentamento de muitos problemas tornando possível estender os limites da vida (CHAVES; MASSAROLLO, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde UTI são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica (CHAVES; MASSAROLLO, 2009).

Em 1990, Mabie e Sibai descreveram os resultados da implementação de uma UTI obstétrica na Universidade do Tennessee, em Memphis, constatando os seguintes benefícios: reconhecimento e tratamento precoce das complicações, em decorrência da observação intensiva, gradual aquisição de habilidade e experiência com a monitorização intensiva pela equipe médica, garantindo o tratamento imediato, racional e adequado das pacientes hemodinamicamente estáveis, melhora da continuidade da assistência, tanto antes como depois do parto, importante treinamento e aprendizagem tanto dos residentes como dos médicos, assim como no tratamento de complicações médicas raras associadas à gravidez (AMORIM et al., 2006).

As gestantes com condição clínica grave podem ser acompanhadas com sucesso em uma UTI obstétrica, desde que os profissionais da Terapia Intensiva estejam engajados no programa de treinamento e formação de especialistas (AMORIM et al., 2006).

A possibilidade de uma mulher, durante o ciclo grávido-puerperal, ser admitida em uma UTI é bem maior do que a de uma mulher jovem, não-grávida. Estima-se que 0,1 % a 0,9% das gestantes desenvolvem complicações, requerendo o internamento em Unidade de Terapia Intensiva, sendo as principais causas hipertensão, hemorragia, insuficiência respiratória e sepse. Destaca-se, também, que o prognóstico dessas pacientes em geral é bom, requerendo geralmente intervenção mínima, com baixas taxas de mortalidade, em geral inferior a 3% (AMORIM et al., 2006).

Estudo revelou que as causas que mais foram responsáveis por internação em uma UTI obstétrica de uma maternidade brasileira foram a hipertensão (87%), hemorragia (4,9%) e infecção no ciclo grávido-puerperal (2,1%) (AMORIM et al., 2006).

Em Recife, as causas mais comuns de admissão na UTI foram síndromes hipertensivas (78,4%), hemorragia (25,4%) e infecção (16,5%). Sendo que a maioria das pacientes foi admitida no puerpério (80,4%) (AMORIM et al., 2008).

Nos países do Primeiro Mundo a necessidade de unidades obstétricas de cuidados intensivos está relacionada, principalmente com o desenvolvimento tecnológico e melhor conhecimento das patologias nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas, há 25-30 anos, que permitiram a sobrevida qualidade de vida, de crianças com patologias crônicas. Estas crianças principalmente do sexo feminino, estão agora em idade reprodutiva (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2003).

Antigamente estas pacientes eram orientadas a não engravidar, mas com o progresso na área médica, passaram a procurar serviços especializados, para acompanhamento de gestação de risco, necessitando de retaguarda para tratamento de possíveis complicações e foram criadas, as unidades obstétricas de cuidados intensivos (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2003).

A necessidade de qualificação dos profissionais médicos e não-médicos para manejar gestação, parto e pós-parto é uma das estratégias que comprovadamente produz redução da morbi-mortalidade materna e perinatal (NARCHI, 2009).

Diante deste contexto, percebe-se a necessidade da qualificação de toda a equipe de terapia intensiva em relação às emergências obstétricas que necessitam de internação neste setor, principalmente da enfermagem que atua ininterruptamente no atendimento aos pacientes ali internados.

O profissional enfermeiro como coordenador e supervisor de toda a equipe deve ser o detentor do conhecimento teórico necessário e

multiplicador entre todos os outros níveis da profissão. Portanto, este trabalho aborda o conhecimento deste profissional em relação aos temas relacionados às emergências obstétricas em UTI, tendo como objetivo verificar o conhecimento dos Enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto de um Hospital Ensino de um município do Noroeste do Paraná sobre Emergências Obstétricas.

Estudo descritivo, quantitativo, exploratório, realizado com enfermeiros assistenciais de uma UTI de um hospital Ensino de um Município do Noroeste do Paraná. O hospital possui 8 leitos de UTI Adulto, 6 leitos de UTI Pediátrica e 6 leitos de UTI Neonatal e realiza mensalmente cerca de 8 mil atendimentos nas especialidades de clínica médica, pediátrica, cirurgia, ginecologia e obstetrícia.

Durante o período de coleta de dados a UTI em estudo contava com 13 enfermeiros lotados no setor. Houve exclusão de um deles por ser Chefia da Divisão de Internamento e não atuar diretamente na assistência e outro por ser orientador desta pesquisa. Uma enfermeira encontrava-se afastada por problemas médicos. No total somaram 10 enfermeiros, sendo que todos concordaram em participar da pesquisa.

Os dados foram compilados no programa Excel e trabalhados estatisticamente através do programa *Statistic 7,0*, e apresentados por meio de tabelas contendo frequência e porcentagem (análise univariada), para variáveis categóricas e cálculo de médias e desvio-padrão para variáveis quantitativas.

A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade Ingá – UNINGÁ, sob parecer número 0057/2010.

Após esclarecimentos, foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido a todos os enfermeiros que concordaram em participar da pesquisa. Foi aplicado um instrumento pré-estruturado com questões objetivas relacionadas a internações obstétricas em UTI e Emergências obstétricas, além de caracterização sócio demográfica e profissional dos entrevistados. O instrumento foi avaliado e validado por duas profissionais enfermeiras docentes da disciplina de Enfermagem em Obstetrícia, com experiência na área.

Este trabalho faz parte de um Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A totalidade dos enfermeiros pesquisados era do sexo feminino, com média de idade de 32.8 anos (24-44+- 6.6), mediana de 30 anos.

Tabela 1 – Distribuição do número e porcentagem de questões corretas respondidas por enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva, sobre emergências obstétricas, Maringá-Paraná, 2010.

Número de questões corretas	Enfermeiros Número	%
4	1	10
7	3	30
8	4	40
9	2	20
TOTAL	10	100

Tabela 2 – Distribuição Sociodemográfica e profissional dos enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Maringá-Paraná, 2010.

Variáveis	Número	%
Sexo		
Feminino	10	100
Tempo de profissão		
3 a 5 anos	02	20
6 a 10 anos	05	50
Acima de 10 anos	03	30
Tempo de atuação em UTI		
Menos 6 meses	02	20
2 a 4 anos	02	20
5 a 9 anos	04	40
10 anos ou mais	02	20
Especialização		
UTI*	04	40
Urgência e Emergência	01	10
Obstetrícia	01	10
Outras áreas	03	30
Sem especialização	01	10
Mestrado		
Sim	02	20
Não	08	80

**três concluídas e uma em andamento.*

Dos 10 enfermeiros pesquisados, 7 (70%) deles realizaram sua formação profissional de graduação em universidades estaduais ou federais.

A média de anos trabalhados (tempo de serviço) foi de 10.6 anos, variando de 3 a 24 anos, com desvio padrão de 6.43.

O tempo de atuação em UTI variou de 2 meses a 18 anos (+-64.10 meses), com média de 76.4 meses.

Conforme pesquisa, somente uma enfermeira possui especialização em obstetrícia, a qual obteve maior número de acertos, totalizando 9 acertos das 10 questões aplicadas, caracterizando relevante importância da especialização.

Segundo a pesquisa, o tempo de atuação em UTI é um diferencial, sendo que a enfermeira com menor índice de acertos das 10 questões aplicadas foram 4 acertos, proveniente de uma enfermeira com o menor tempo de atuação em UTI, no caso, 2 meses de atuação.

Tabela 3 – Distribuição das questões sobre emergências obstétricas respondidas pelos enfermeiros de uma UTI, Maringá-Paraná, 2010.

Questões	Entrevistados									
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Questão 1	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C
Questão 2	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C
Questão 3	C	C	C	I	I	I	C	C	I	C
Questão 4	C	C	I	I	C	C	I	I	C	C
Questão 5	I	C	C	C	C	C	I	I	I	C
Questão 6	C	I	C	C	I	C	I	I	I	C
Questão 7	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C
Questão 8	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C
Questão 9	C	I	C	C	C	C	C	C	C	I
Questão 10	I	C	C	C	C	C	C	C	C	I

E: entrevistado; C: resposta correta; I: resposta incorreta.

Por se tratar de questões elaboradas pela pesquisadora, não foi possível correlação com outros estudos, apenas a discussão das respostas, representando uma limitação do presente estudo.

A questão 1 relacionava-se as funções das contrações uterinas, obtendo, dos 10 entrevistados, 9 acertos.

As contrações uterinas agem nos vasos sanguíneos da mulher, reduzindo o sangramento. O ciclo de involução uterina é de grande importância, pois a hemorragia pós parto é considerada uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil (OLIVEIRA et al., 2009).

A questão 2 abordava sobre a Doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), a qual se constitui no distúrbio mais comum na gestação.

A DHEG é caracterizada pela tríade sintomática: hipertensão, proteinúria e edema. A manifestação mais característica da DHEG é uma

vasoconstrição arteriolar acentuada, que acarreta um aumento da resistência vascular periférica e tem como consequência imediata o aparecimento da hipertensão (DUSSE; VIEIRA; CARVALHO, 2001).

A questão 3 questionava sobre as principais complicações da gestante com DHEG. Entre as formas hipertensivas, a eclâmpsia é a principal causa de morte materna, com índice de até 14% do total dos casos.

É definida pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas e/ou coma, em gestantes com pré-eclâmpsia, não portadoras de doença neurológicas que possam justificar as convulsões. Pode ocorrer durante a gestação, durante o trabalho de parto e no puerpério imediato (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

A questão 4 abordava sobre os cuidados de enfermagem na presença de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia.

Na presença de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia é necessário o controle rigoroso da pressão arterial, avaliar diariamente proteinúria, prevenir e controlar convulsão com sulfato de magnésio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

A questão 5 revisa os cuidados na administração do Sulfato de Magnésio, que é a droga de escolha no tratamento da DHEG. A sua grande vantagem em relação aos outros anticonvulsivantes, é o fato de não produzir depressão no sistema nervoso central.

No caso de depressão respiratória com o seu uso, pode ser revertida pela administração de gluconato de cálcio (10 ml) a 10%, durante 3 minutos. Quando se optar por infusão endovenosa contínua, monitorar níveis de magnésio sérico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

A questão 6 complementava a anterior descrevendo as possíveis complicações na administração do Sulfato de Magnésio.

Os cuidados a serem tomados na administração de sulfato de magnésio são: controle de diurese (maior ou igual a 30 ml/hora), presença de reflexos patelar e observação da frequência respiratória (mínimo 16 rpm) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Em qualquer alteração observada seu uso deve ser descontinuado e comunicado o médico imediatamente.

A questão 7 abordava sobre as alterações laboratoriais na síndrome de HELLP (*Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count*), patologia que está associada a grande morbidade materna e perinatal.

A síndrome HELLP é definida pela presença de hemólise, elevação de enzimas hepáticas e trombocitopenia em gestante com

toxemia. A conduta das gestantes com síndrome HELLP deve levar em consideração a idade gestacional, a presença de complicações maternas, a vitalidade fetal e as condições do colo uterino. O tratamento ideal, assim como em qualquer caso de toxemia, é realizar o parto (NAKAMURA; MONTENEGRO; REZENDE, 2008).

Na questão 8 foram questionadas as manifestações clínicas em caso de Síndrome Anafilática da Gestação ou Embolia por Líquido Amniótico (ILA), uma complicação obstétrica rara, porém de alta letalidade.

A embolia pulmonar por líquido amniótico, de fisiologia ainda não totalmente elucidada, é pouco conhecida pelo intensivista e obstetra. A síndrome é caracterizada por quadro súbito de desconforto ventilatório, hipotensão arterial, sintomatologia neurológica e coagulopatia (ALMEIDA et al., 2007).

As principais causas da hemorragia pós parto (HPP) foram avaliadas na questão 9.

A atonia uterina ou inércia uterina é a causa mais comum de hemorragia pós parto. Existem diversos métodos capazes de interromper a HPP decorrente da atonia uterina. O tratamento inicial consiste em massagem uterina e no uso de ocitócicos, como a ocitocina, ergometrina e prostaglandinas (NAGAHAMA et al., 2007).

Os fatores que predispõe a infecção puerperal foram verificados na décima questão. É normalmente causada por bactérias da microbiota vaginal e representa significativa causa de morte materna.

Os principais fatores de risco para infecção puerperal são: más condições de antisepsia, ruptura prematura das membranas ovulares, trabalho de parto prolongado, múltiplos exames vaginais, monitorização interna, anemia, doenças crônicas debilitantes. Porém, o grande fator de risco é a cesariana, que apresenta de 3 a 30 vezes o risco de infecção, comparada ao parto vaginal (ARAÚJO et al., 2009).

CONCLUSÕES

As UTI são setores especializados ao atendimento a pacientes graves, com risco iminente de vida, a todas as especialidades. Nos últimos anos estes setores vêm progredindo científica e tecnologicamente, com melhorias tanto no diagnóstico como no tratamento a estes pacientes. O alto grau de complexidade dos pacientes ali atendidos e das medidas de suporte para manutenção de suas vidas requer um constante aprimoramento das equipes que ali atuam, entre elas da equipe de enfermagem.

As mortes obstétricas representam a principal causa de morte materna nos países em desenvolvimento. Evitar estas mortes constitui o objetivo primordial dos profissionais enfermeiros na atenção à saúde da mulher.

Em muitos lugares do país, há a existência de UTI voltadas somente ao atendimento de complicações obstétricas, gerando o questionamento sobre a necessidade de termos setores similares a este para um melhor atendimento.

Nesta pesquisa realizada com o objetivo de verificar o conhecimento dos enfermeiros de uma UTI adulto geral sobre emergências obstétricas, pode-se concluir que vários fatores parecem interferir como tempo de atuação em UTI e a especialização na área, já que a maior pontuação de acertos foi de uma destas profissionais.

De modo geral, em assuntos relacionados a emergências obstétricas, 90% dos entrevistados acertaram de 70% ou mais das questões, demonstrando que detém um conhecimento razoável sobre as questões pesquisadas.

Porém, em situações emergenciais que representam risco de vida aos pacientes, o menor número de erros possível deve ser almejado, de forma a garantir a sobrevida e a melhor qualidade de vida destes pacientes.

Ainda há muito que aprender em relação aos cuidados pertinentes às pacientes no ciclo grávido-puerperal, em situações críticas, possibilitando a implementação de novas estratégias com o objetivo de redução da mortalidade materna.

Os enfermeiros de terapia intensiva em especial, devem buscar aprimoramento e atualização constantes neste assunto, visando uma melhor qualidade de atendimento às mulheres nesta fase da vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.P. et al. Embolia pulmonar por líquido amniótico. Relato de caso e revisão da literatura. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo, v. 19, n. 2, apr., 2007.

AMORIM, M.M.R. et al. Perfil das admissões em uma unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade brasileira **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 6, n. 1, maio, 2006.

AMORIM, R.M.M. et al. Morbidade materna grave em UTI obstétrica no Recife, região nordeste do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 54, n. 3., mai./jun., 2008.

ARAÚJO, S.A. et al. Choque séptico puerperal por Streptococcus B- hemolítico e síndrome de Waterhouse- Friderichsen. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Uberaba, v. 42, n. 1, jan./fev., 2009.

BARBASTEFANO, P.S.; VARGENS, O.M.C. Prevenção da mortalidade materna: desafio para o enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 62, n. 2, mar./abr., 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE Urgências e emergências maternas. Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2003.

CHAVES, A.A.B.; MASSAROLLO, M.C.K.B. Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em unidade de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 43, n. 1, Mar. 2009.

CINTRA, E.A.; NISHIDE, V.M.; NUNES, W. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. São Paulo: Atheneu, 2003.

COSTA, A.A.R. et al. Mortalidade Materna na cidade de Recife. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, ago., 2002.

DUSSE, L.M.S.; VIEIRA, L.M.; CARVALHO, M.G. Revisão sobre alterações hemostática na doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, 2001.

MARINHO, A.; CARDOSO, S.S. Um estudo multinível sobre as filas para internações relacionadas com a gravidez, o parto e o puerpério no SUS. **Economia Aplicada**. Ribeirão Preto, v.11, n.4, dez., 2007.

NAGAHAMA, G. et al. O controle da hemorragia pós-parto com a técnica de sutura de B-lynnch – série de casos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, mar. 2007.

NAKAMURA, M.P.; MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE, F.J. Síndrome HELLP: diagnóstico e conduta. **Femina**. v. 36, n. 2, p.111-6, fev., 2008.

NARCHI, N.Z. Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 62, n. 4, jul.ag. 2009.

OLIVEIRA, P.M.P. et al. Construção de uma tecnologia assistiva para validação entre cegos: enfoque na amamentação. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 61, n. 6, nov., 2009.

VILA, V.S.C.; ROSSI, L.A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto v. 10, n. 2, mar./abr. 2002.

Enviado em: setembro de 2011.

Revisado e Aceito: janeiro de 2012.

Hipertensão arterial: entre o real e o ideal Arterial hypertension: between the real and ideal

JOSIANE MEDEIROS DE MELLO¹
RAQUEL TESSARO CARRARA²
DANIELLE DAS NEVES BESPALHOK³
MARCIA MIRANDA TORREJAIS⁴

RESUMO: A hipertensão arterial é uma patologia popularmente conhecida por “pressão alta” e a mesma é caracterizada quando o sangue que circula no interior das artérias exerce pressão maior que a esperada. Esse trabalho teve como objetivos verificar os comportamentos ideal e real de um grupo de pacientes com hipertensão, e esclarecer as principais dúvidas sobre a doença e procurar alertar sobre a importância de manterem hábitos de vida saudáveis. Para a realização deste trabalho, foram entrevistadas pessoas hipertensas, sendo que 20 delas frequentam as reuniões do posto de saúde (PP), e outras 20 que não frequentam (PN) as reuniões. Os entrevistados responderam a um questionário sobre o que consideram ideal no controle da pressão e como eles agiam no dia-a-dia para tratamento da hipertensão. Os resultados mostraram que, mesmo conhecendo os fatores que são prejudiciais ao combate da hipertensão, muitos pacientes os negligenciam, ou seja, o ideal conhecido por eles, não condiz com a realidade. Espera-se que as ações realizadas pelo grupo tenham contribuído como método auxiliar no tratamento do dia a dia do hipertenso.

Palavras-chave: Hipertensão arterial, Fatores de risco e Causas da hipertensão arterial.

¹Professora Doutora do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá – Departamento de Ciências Morfológicas - Maringá-PR, Endereço: Avenida Colombo, CEP: 87020-900 - Maringá-PR- DCM, bloco H 79 ; tel: (044) 3011-4696; e-mail: jmello@uem.br;

²Especialista em Morfologia: métodos de ensino e pesquisa.

³Doutoranda do curso de Pós-graduação em Genética e Melhoramento - Universidade Estadual de Maringá.

⁴Professora Doutora do curso de Farmácia - Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas.

ABSTRACT: The arterial hypertension is a pathology known as “high blood pressure” and it refers to the blood that circulates in the interior of the arteries and is chronically more elevated than it is normally expected. The objective of this work is to verify the ideal and real behaviors of a hypertensive group to clarify the main doubts about the disease and to alert on the importance to keep an appropriate healthful lifestyle. Corpus consists of 40 questionnaires for hypertensive patients (20 of them do not receive any health orientation) on their ideal behavior to control their pressure and on their daily hypertension treatment. The analyses have concluded that although the majority of the patients know exactly the harmful causes of the disease, many of them neglect the recommended treatment, as the first steps in treating mild to moderate hypertension because of their lifestyle. The expectations are that the support group has contributed effectively to change their daily lifestyle.

Key-words: Hypertension arterial, Risk factor and Causes.

INTRODUÇÃO

Entende-se por pressão arterial a força que o sangue exerce contra as paredes dos vasos sanguíneos do corpo durante o ciclo cardíaco. A pressão é determinada pela quantidade de sangue que é expelida multiplicada pela resistência que o sangue encontra na circulação periférica. Aumentos na pressão arterial são normais e necessários, em determinados momentos, para o organismo reagir a situações de emergência. O problema ocorre, quando a pressão permanece elevada por períodos prolongados, o que se denomina de hipertensão. A pressão que existe nas artérias entre os batimentos do coração é chamada de pressão diastólica, enquanto que a pressão causada pela batida do coração é chamada de sistólica. A hipertensão arterial sistólica (HAS) é caracterizada por níveis de pressão arterial elevado e sustentada. Para Lipp e Rocha (1996), tal condição aumenta o risco de danos nos chamados órgãos-alvo com consequente aumento de risco cardiovascular.

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam grandes risco de vida sendo a principal causa de mortalidade, responsáveis por aproximadamente um terço das internações hospitalares e cerca de 85 mil óbitos por ano. Segundo Davison (2001), a taxa de mortalidade cumulativa por doença cardiovascular isquêmica para homens brasileiros com menos de 65 anos é de 42%. Dados estatísticos mostram que uma entre quatro pessoas morre em decorrência de problemas cardiovasculares. Sabarís (1976) enfatiza que são realizados muitos

estudos que se concentram na área de prevenção e tratamento de doenças que atingem o sistema cardiovascular humano.

Apesar das doenças cardiovasculares serem responsáveis por um alto índice de mortalidade, há várias décadas, nunca a propensão para o seu desenvolvimento esteve tão elevada quanto atualmente, o mundo globalizado do século XXI, o consumismo está em seu auge e o estresse do dia a dia aflige grande parte da população. Esse trabalho teve como objetivo verificar o comportamento ideal e real de um grupo de pacientes portadores da hipertensão, além de esclarecer a essa população suas principais dúvidas sobre a doença e procurar alertar sobre a importância de manterem hábitos de vida saudáveis.

PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho foi realizado com 40 pacientes hipertensos, que tiveram sua pressão aferida. Esses pacientes apresentaram idade variando entre 48 a 84 anos, de ambos os gêneros, residentes na cidade de Maringá-PR. Os sujeitos são moradores do Jardim São Silvestre, atendidos pelo posto de saúde municipal local que recebem os medicamentos para controle da hipertensão. Este bairro foi selecionado por conveniência e a facilidade do contato com os pacientes. Os pacientes foram recrutados a partir da lista de atendimentos de pacientes hipertensos atendidos pelo posto de saúde do bairro. Esse atendimento prestado pelo posto de saúde inclui consultas periódicas e reuniões de acompanhamento onde são ministradas palestras educativas, com realização da verificação da pressão arterial e entrega dos medicamentos aos pacientes hipertensos.

A coleta de dados realizada para esta pesquisa fundamentou-se na aplicação de questionários com questões de múltipla escolha. A aplicação dos questionários teve por finalidade avaliar o nível de conhecimento existente entre os pacientes, e quais os métodos adotados por eles para controle da pressão arterial. Foram aplicados 02 questionários, o primeiro constituído por questões relacionadas à maneira real que os pacientes realizam os cuidados diários referentes à hipertensão. O segundo contendo questões sobre as condições que os pacientes hipertensos consideram ideal para controle da hipertensão no dia a dia.

Os indivíduos dessa pesquisa foram visitados individualmente em seus domicílios e informados sobre a referente pesquisa. Após assinatura do termo de livre consentimento, realizou-se a coleta de dados e

verificação de peso, altura e pressão arterial, após foi calculado o índice de massa corpórea (IMC).

Os 40 pacientes hipertensos dessa pesquisa foram divididos em 02 grupos de 20 pessoas cada, aqueles que frequentam as reuniões de um grupo de hipertensos do posto de saúde (PP), e aqueles que não frequentam essas reuniões (PN). Cada grupo possui 10 pacientes do gênero masculino e 10 do gênero feminino.

Após a realização da coleta de dados foi entregue a cada paciente um informativo sobre hipertensão arterial, com ênfase aos principais riscos e dúvidas relacionadas ao controle da doença.

Em seguida são apresentadas as questões que foram aplicadas utilizando como instrumento de coleta de dados um questionário, denominado de real e ideal. Inicialmente fez-se a identificação geral do paciente conforme segue.

Identificação geral: idade, gênero, peso e altura, grau de escolaridade, assistência de plano privado de saúde, tempo da hipertensão.

Questionário real. Consomem outros medicamentos exceto aqueles utilizados para controle da hipertensão? Ser hipertenso mudou sua vida? Durante todo seu tratamento para hipertensão, já se esqueceu de tomar medicamento algum dia? Logo que soube da hipertensão, procurou auxílio médico imediatamente? Houve mudanças no consumo de sal durante o tratamento? Você fuma? Ingere algum tipo de bebida alcoólica mesmo que socialmente? Procura realizar algum tipo de atividade física? Verifica a pressão arterial constantemente, pelo menos uma vez por semana? Foi ao médico cardiologista ao menos uma vez este ano? Como soube que era hipertenso?

Questionário ideal. Considera importante o hipertenso ter acompanhamento médico? Acha necessária a utilização de medicamento no cotidiano para a hipertensão? Hipertenso pode fumar? Conhece que o excesso de sal faz mal ao hipertenso? Acha necessário fazer abstinência de bebidas alcoólicas para o controle da hipertensão? Conhece sobre a importância de fazer o controle frequente da pressão? É necessário e fundamental o hipertenso realizar atividades físicas? É importante para o hipertenso fazer o controle de peso? Em sua opinião o que poderia ajudar as pessoas a não se esquecerem de tomar os medicamentos da hipertensão?

Por último foi realizado um teste estatístico chamado de Qui-quadrado para a verificação do nível de significância dos resultados apresentados na figura 01.

RESULTADOS

Dos pacientes que frequentam as reuniões do posto de saúde (PP), 20% dos homens apresentaram-se obesos, enquanto as mulheres 35%. Para os pacientes que não frequentam as reuniões do posto de saúde (PN), índice semelhante foi encontrado para os homens, porém para as mulheres o índice de obesidade foi de 10%, esses dados foram baseados no cálculo do IMC dos mesmos.

Com relação ao grau de escolaridade, 20% dos pesquisados são analfabetos enquanto 30% apresentavam escolaridade que variava da conclusão da 1ª a 4ª séries. Dos pacientes (PP), 60% têm assistência de um plano privado de saúde, e dos PN 65% também têm essa assistência.

No grupo (PP) 04 pacientes afirmaram ser hipertensos a menos de 06 anos, já outros 15, são hipertensos a mais de 07 anos e 01 paciente tem hipertensão há 25 anos. No grupo (PN) 06 pessoas afirmam ser hipertenso com menos de 06 anos, já outros 12, são hipertensos a mais de 07 anos e 02 convivem com a doença há aproximadamente 25 anos.

Com relação ao questionário *real* (Quadro 01) para os pacientes do grupo PP, observou-se que 60% consomem além do medicamento para hipertensão, outro tipo de medicamento. Quanto ao estilo de vida 60% das pessoas afirmaram que a hipertensão os fez mudar de hábitos. Dos entrevistados 60% afirmam ter esquecido de tomar os medicamentos pelo menos uma vez. Ao tomar conhecimento da doença hipertensão, 90% dos pacientes afirmam ter procurado auxílio médico especializado com urgência. Sobre o consumo de sal 90% foram categóricos ao afirmar que diminuíram a ingestão do mesmo. Apenas 5% dos entrevistados afirmam ser fumante. Com relação à ingestão de bebidas alcoólicas, 30% afirmam fazer uso, mesmo que socialmente. Dos entrevistados 25% afirmam realizar algum tipo de atividade física. Sobre a verificação da pressão arterial constantemente, 85% das pessoas fazem o controle semanalmente. A frequência ao médico foi relatada por apenas metade dos entrevistados desse grupo. A hipertensão foi descoberta por acaso em 45% dos casos, outros 40% em uma consulta médica rotineira e 15% por apresentar mal estar súbito acompanhado de outra doença, como por exemplo, o derrame.

Quadro 01 - Resultados das questões (questionário real) aplicadas aos 20 pacientes que frequentam as reuniões do posto de saúde (PP) do Jardim São Silvestre.

Questões	Nº. de pessoas respostas SIM	Nº. de pessoas respostas NÃO
Utilização de outro medicamento além daquele para controle da PA	12	08
Mudanças de hábito após tomar conhecimento da hipertensão	12	08
Já se esqueceu de tomar medicamento para PA alguma vez	12	08
Procurou auxílio médico assim que tomou conhecimento da doença	18	02
Diminuiu a ingestão de sal após a hipertensão	18	02
É fumante	01	19
Ingere bebidas alcoólicas	06	14
Realizam atividade física	05	15
Controle da PA semanalmente	17	03
Frequenta o médico cardiologista anualmente	10	10
A descoberta da hipertensão ocorreu por acaso	09	11

O quadro 02 mostra o resultado do questionário *real*, para os pacientes do grupo PN, observa que 65% consomem outros medicamentos além daqueles para o controle da hipertensão, nota-se ainda que 01 paciente relata não tomar os medicamentos para a hipertensão, cuidando da mesma com simpatias e chás. Quanto ao estilo de vida 55% afirmam que a hipertensão mudou completamente a rotina de sua vida. Dos entrevistados 60% responderam ter se esquecido de tomar os medicamentos pelo menos uma vez. Ao saber do problema de hipertensão 80% dos pacientes dizem ter procurado auxílio médico especializado com urgência. Sobre o consumo de sal 80% dizem ter diminuído a ingestão do mesmo, 15% dos entrevistados diz ser fumante. Com relação á ingestão de bebidas alcoólicas, 40% ingerem algum tipo de bebida alcoólica, mesmo que socialmente. Dos entrevistados 40% das pessoas afirmam realizar algum tipo de atividade física. Sobre a verificação da pressão arterial, apenas 40% fazem o controle semanalmente, 65% afirmam ter ido ao médico cardiologista pelo menos uma vez ao ano. A hipertensão foi descoberta por acaso em 60% dos casos, 30% em uma consulta médica rotineira e 10% por apresentar mal estar súbito, como por exemplo, a doação de sangue.

Quadro 02 - Resultado das questões (questionário real) aplicadas aos 20 pacientes que não frequentam as reuniões do posto de saúde (PN) do Jardim São Silvestre.

Questões	Nº. de pessoas – respostas SIM	Nº. de pessoas – respostas NÃO
Utilização de outro medicamento além daquele para controle da PA	13	07
Mudanças de hábito após tomar conhecimento da hipertensão	11	09
Já se esqueceu de tomar medicamento para PA alguma vez	12	08
Procurou auxílio médico assim que tomou conhecimento da doença	16	04
Diminuiu a ingestão de sal após a hipertensão	16	04
É fumante	03	17
Ingere bebidas alcoólicas	08	12
Realizam atividade física	08	12
Controle da PA semanalmente	08	12
Frequenta o médico cardiologista anualmente	13	07
A descoberta da hipertensão ocorreu por acaso	12	08

Dos entrevistados, que frequentam o posto de saúde (PP), 95% afirmam que o hipertenso deve ter acompanhamento médico constante, índices semelhantes foram observados com relação ao uso cotidiano para o medicamento de controle para a hipertensão, controle do peso, e o uso de cigarro e bebidas alcoólicas pelo hipertenso. Todos afirmaram ser necessário diminuir o uso do sal na alimentação, bem como realizar acompanhamento constante da pressão arterial e fazer atividades físicas rotineiras. Quando questionados sobre o que poderia ser feito para ajudar as pessoas a não se esquecer de tomar os medicamentos da pressão, 60% sugerem colocar os dias da semana na cartela dos remédios, 10% acham melhor que os medicamentos fiquem próximos a locais rotineiros e 30% optam e acham que mais correto conciliar os horários dos remédios com o das refeições. Uma pessoa ainda sugeriu que os medicamentos apresentassem colorações, por exemplo, os de hipertensão azul, os de diabetes, amarela.

Quadro 03 - Resultado das questões (questionário ideal) aplicadas aos 20 pacientes que frequentam as reuniões do posto de saúde (PP) do Jardim São Silvestre.

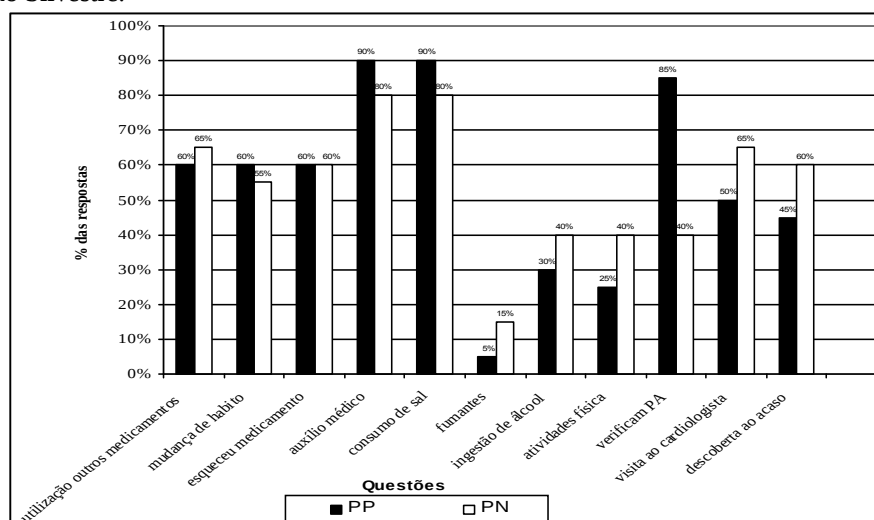
Questões	Nº. de pessoas - respostas SIM	Nº. de pessoas – respostas NÃO
O acompanhamento médico é realmente necessário?	19	01
Os medicamentos devem ser consumidos diariamente, conforme o receituário médico?	19	01
O cigarro é realmente prejudicial para o controle da PA?	19	01
O consumo excessivo de sal atrapalha o controle da PA?	20	00
A bebida alcoólica ingerida mesmo que socialmente pode prejudicar o tratamento da hipertensão?	19	01
Atividade física ajuda a melhorar a PA?	20	00
O controle de peso auxilia no controle da PA?	19	01

Os resultados demonstrados no quadro 04 evidenciam as respostas referentes ao questionamento realizado aos pacientes que não frequentam o posto de saúde (PN), com relação ao que eles consideram ideal para a convivência com a hipertensão. Todos afirmam que o hipertenso deve ter acompanhamento médico constante, que os medicamentos devem ser tomados rotineiramente, que o consumo de sal deve ser rigorosamente controlado, que atividades físicas são importantes, bem como o controle de peso. Dos entrevistados 90% conhecem que o cigarro atrapalha o controle da pressão arterial e 95% acreditam que deve ser feita a abstinência de bebidas alcoólicas pelo hipertenso. Para auxiliar as pessoas a não se esquecer de tomar os medicamentos de controle da pressão, 55% dos pacientes PN que responderam que acham conveniente serem colocados os dias da semana na cartela, 15% acham melhor que os medicamentos fiquem em locais próximos e 30% acham que é mais prudente conciliar os horários dos remédios com o das refeições. Somente 02 pessoas afirmam ser importante a mudança de cores dos medicamentos.

Quadro 04 - Resultado das questões (questionário ideal) aplicadas aos 20 pacientes que não frequentam as reuniões do posto de saúde (PN) do Jardim São Silvestre.

Questões	Nº. de pessoas respostas SIM	Nº. de pessoas respostas NÃO
O acompanhamento médico é realmente necessário?	20	00
Os medicamentos devem ser consumidos diariamente, conforme o receituário médico?	20	00
O cigarro é realmente prejudicial para o controle da PA?	18	02
O consumo excessivo de sal atrapalha o controle da PA?	20	00
A bebida alcoólica ingerida mesmo que socialmente pode prejudicar o tratamento da hipertensão?	19	01
Atividade física ajuda a melhorar a PA?	20	00
O controle de peso auxilia no controle da PA?	20	00

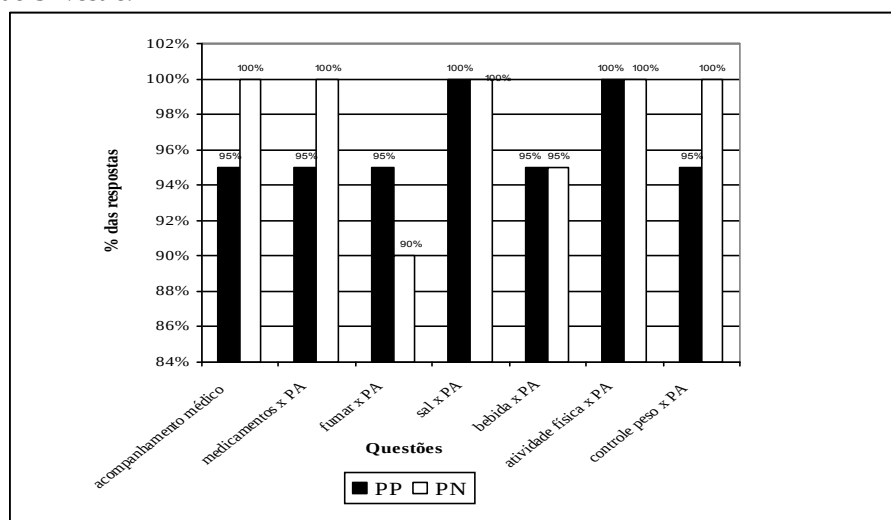
Figura 01- Resultados das questões (questionário real) aplicadas aos 40 pacientes que frequentam (PP) e que não frequentam (PN) as reuniões do posto de saúde do Jardim São Silvestre.



Analisando estatisticamente os resultados da figura 01, dos grupos PP e PN com relação à verificação da pressão arterial constantemente, foi possível concluir que verificar da pressão e frequentar o posto de saúde (PP), são fatores independentes, ou seja, como para o valor menor que 0,05, não se rejeitam o fato de frequentar as reuniões do posto de saúde

com o fato de verificar a pressão arterial constantemente, ao nível de 5% de significância pelo teste Qui quadrado.

Figura 02 - Resultados das questões (questionário ideal) aplicadas aos 40 pacientes que frequentam (PP) e que não frequentam (PN) as reuniões do posto de saúde do Jardim São Silvestre.



Quadro 05

- Resultados das questões (questionário real e ideal) aplicadas aos 40 pacientes do Jardim São Silvestre comparando percentagem e números das respostas.

QUESTÕES - QUESTIONÁRIO REAL	PP		PN	
	N.º	%	N.º	%
Utilização de outro medicamento além daquele para controle da PA	12	60	13	65
Mudanças de hábito após tomar conhecimento da hipertensão	12	60	11	55
Já se esqueceu de tomar medicamento para PA alguma vez	12	60	12	60
Procurou auxílio médico assim que tomou conhecimento da doença	18	90	16	80
Diminuiu a ingestão de sal após a hipertensão	18	90	16	80
É fumante	01	5	03	15
Ingere bebidas alcoólicas	06	30	08	40
Realizam atividade física	05	25	08	40
Controle da PA semanalmente	17	85	08	40
Frequenta o médico cardiologista anualmente	10	50	13	65
A descoberta da hipertensão ocorreu ao acaso	09	45	12	60

QUESTÕES - QUESTIONÁRIO IDEAL	PP		PN	
	N.º	%	N.º	%
O acompanhamento médico é realmente necessário?	19	95	20	100
Os medicamentos devem ser consumidos diariamente, conforme o receituário médico?	19	95	20	100
O cigarro é realmente prejudicial para o controle da PA?	19	95	18	90
O consumo excessivo de sal atrapalha o controle da PA?	20	100	20	100
A bebida alcoólica ingerida mesmo que socialmente pode prejudicar o tratamento da hipertensão?	19	95	19	95
Atividade física ajuda a melhorar a PA?	20	100	20	100
O controle do peso auxilia no controle da PA?	19	95	20	100

DISCUSSÃO

De acordo com Petroianu (2002), cerca de 15% da população adulta brasileira é constituída por indivíduos hipertensos, sendo que na população mundial esse valor situa-se entre 10 a 20%.

Para Almeida (1996), a maioria das pessoas não conhece os problemas ocasionados pela pressão alta, nem mesmo sabe quando a mesma está alta. Duas em cada dez pessoas com mais de dezoito anos convivem com a hipertensão. A pressão arterial considerada normal em indivíduos jovens, com menos de 18 anos, varia entre 90/70 e 120/80 mmHg, sendo que após os 18 anos, 140/90 são os limites considerados elevados, ou seja, fora da normalidade. Conforme Chung (1986), Purdy e Boucer (1988) e Braunwald (1999), quando a pressão arterial encontra-se, frequentemente, com valores acima dos normais o indivíduo é considerado hipertenso.

Cerca de 80% dos casos de hipertensão, tem histórico na família, ou seja, o fator genético é de suma importância. Assim como as chances da hipertensão aumentar com o avanço da idade, atingindo cerca de 50% da população acima dos sessenta anos de idade, devido à dificuldade de excretar sal e a maior resistência à ação da insulina. Almeida (1996), afirma que a população negra também está mais propensa a apresentar casos de hipertensão, cujas causas ainda são desconhecidas, porém

cientistas atribuem esta predominância a fatores genéticos, sociais, econômicos, culturais e alimentares.

Vogt et al. (2008) mostraram que a incidência da obesidade na população em geral vem crescendo nas últimas décadas e está associada, principalmente a má alimentação. Esse fato representa um fator de alerta, uma vez que a obesidade é fator de risco para várias doenças como a hipertensão. Para Colavitti (2002), dentre os vários sistemas afetados pela obesidade está o sistema cardiovascular que pode ser acometido por hipertensão. Nossos resultados apontam que 20% dos homens apresentaram-se obesos, enquanto que nas mulheres verificou-se um índice que variou de 10% a 35%.

Nos pacientes do grupo (PP) 04 afirmaram ser hipertensos a menos de 06 anos, já outros 15 são hipertensos a mais de 07 anos e 01 paciente tem hipertensão, a cerca de 25 anos. No grupo (PN) 06 pessoas responderam ser hipertensos com menos de 06 anos, já outros 12, são hipertensos a mais de 07 anos e 02 convivem com a doença á aproximadamente 25 anos. A descoberta da doença muitas vezes aconteceu ao acaso, quando foram ao médico por ocasião de um sintoma de infarto.

Com relação aos cuidados diários referentes á hipertensão, conforme demonstrado no gráfico 01, os pacientes PP (85%), fazem verificação constante da pressão arterial, pelo menos uma vez por semana, enquanto apenas 40% dos pacientes PN não realizam esse controle. Segundo Almeida (1996), faz-se necessário sempre que possível realizar as leituras da pressão arterial, mesmo naqueles indivíduos que possuem pressão arterial na média da população, pois a pressão alta não possui sintomas específicos, o que permite que uma pessoa saudável seja portadora sem seu conhecimento.

Vidal (2003) enfatizou que a falta de atividades físicas, o uso de bebidas alcoólicas e cigarros, a má alimentação rica em colesterol são fatores que aumentam o risco de desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Nosso trabalho mostra que os pacientes com hipertensão conhecem esses fatos, porém muitos tratam com negligência essa doença, talvez pelo fato da mesma ser assintomática.

Cuidados que devem ser tomados no dia a dia de um hipertenso, como mudanças de hábito para melhor conviver com a doença e a ingestão de sal, foram fatores considerados como importantes e conhecidos para os pacientes PP. Porém mesmo frequentando as reuniões do posto, e assumindo a necessidade de mudanças de hábitos, alguns pacientes (5%) ainda fumam e 30% ingerem bebidas alcoólicas. Isso nos

faz pensar que trabalhos de conscientização são de extrema importância e requerem mudanças de hábitos que muitas vezes envolvem outros aspectos como fatores financeiro, familiar, cultural, etc.

De acordo com Albuquerque e Stotz (2004), para se obter resultado positivo com relação à prevenção das doenças cardiovasculares, não basta que as pessoas sejam apenas informadas com conteúdos básicos ou científicos; pois existe a necessidade de reeducar os indivíduos para que esses aprendam e coloquem em prática os hábitos de vida que favorecem a prevenção das enfermidades.

Nos pacientes que não frequentam as reuniões do posto de saúde, foi observado uma maior taxa de indivíduos fumantes e outros que fazem uso da ingestão de álcool. Isso evidencia a necessidade de trabalhos de educação continuada com o paciente hipertenso, pois nos encontros do posto de saúde os pacientes recebem a medicação e são informados semanalmente sobre os cuidados diários no controle do índice de obesidade, associando uma boa alimentação, com hábitos de vida saudáveis como não fumar ou ingerir bebidas alcoólicas, além de serem avaliados periodicamente.

Para Cohen e Wood (2002), existem alguns fatores de risco cardiovascular que não podem ser modificados como idade, gênero, hereditariedade e constituição do corpo e aqueles mutáveis como o uso do tabaco, a falta de atividades físicas, o excesso de peso, a ingestão excessiva de gorduras saturadas na alimentação, a hipertensão, o diabetes e a gota. Apesar de alguns fatores de risco não serem passíveis de alterações, é importante que as pessoas sejam conscientizadas de que um conjunto de hábitos saudáveis de vida reduz significativamente a probabilidade de se desenvolver indisposições cardíacas.

Os medicamentos utilizados para hipertensão agem apenas sobre a pressão alta e não atingem suas causas como a obesidade, tabagismo, álcool, stress, sedentarismo e o excesso de sal. Como descrito por Lipp e Rocha (1996). As principais recomendações para combater a hipertensão arterial são atitudes do cotidiano como a redução no consumo de sal, diminuição do peso, prática regular de exercícios físicos, abandono do fumo e das bebidas alcoólicas, redução do stress e uso de medicamentos recomendados por um profissional da saúde, que devem ser ingeridos corretamente conforme prescrito pelo mesmo.

Mesmo tendo conhecimento que o uso cotidiano dos medicamentos para controle da hipertensão seja necessário para o paciente hipertenso, 60% dos entrevistados (ambos os grupos), relataram que é comum o esquecimento do mesmo. Talvez porque esses

medicamentos muitas vezes também são utilizados concomitantemente com aqueles destinados a outras finalidades. Por isso, muitos pacientes ao serem questionados sobre o que poderia ser feito, sugerem colocar os dias da semana na cartela dos remédios, outros sugerem que os medicamentos fiquem próximos a locais rotineiros, como por exemplo, a geladeira ou conciliar os horários dos remédios com o das refeições.

Os anti-hipertensivos são medicações necessárias, de uso contínuo que podem como toda medicação provocar reações adversas ao paciente. Segundo Miyata e Predebon (2008), as reações adversas mais citadas em um grupo de 35 hipertensos pesquisados foram: cefaléia e alterações do sono como insônia (44%), seguido de tontura e vertigem (34%), agitação e nervosismo (28%), tosse (18%), distúrbios gastrintestinais e sedação (6%). Assim faz-se necessário e imprescindível a orientação dos pacientes sobre o uso correto dos medicamentos, principalmente aqueles que usam concomitantemente outras medicações, às vezes sem prescrição médica, que podem causar possíveis interações e reações adversas.

Embora a realização da atividade física seja uma condição imprescindível para o controle da hipertensão, observa-se tanto no grupo PP quanto no PN que essa prática é pouco executada por esses pacientes. Jacques et al. (1992) relataram que há vários anos os pesquisadores têm demonstrado que praticar exercícios físicos é um forte aliado no combate a hipertensão arterial e consequentemente auxiliar na redução do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Nossos resultados também demonstraram que depois de diagnosticado a hipertensão, o acompanhamento médico, é pouco realizado mesmo considerando o fato que mais da metade deles (60 a 65%) usufruem de um plano privado de saúde além, dos mesmos reconhecerem que as visitas constantes ao médico são fundamentais para a pessoa portadora da hipertensão.

Santos (2003) em seus estudos, verificou muitos fatores que podem contribuir para um diagnóstico tardio da hipertensão no Brasil como, por exemplo, a falta de políticas públicas de saúde que alertem a população para a necessidade do diagnóstico precoce; o desconhecimento dos pacientes sobre sinais e sintomas; a falta de um modelo adequado de rastreamento da doença em suas fases iniciais, o alto custo financeiro dos exames diagnósticos e o baixo nível socioeconômico.

Nossos resultados mostram que devem ser considerado não apenas a falta de recursos na área da saúde pública para o retardo do diagnóstico da hipertensão, pois mesmos aqueles pacientes com assistência de planos privados de saúde, que poderiam ter um acesso mais

rápido aos métodos de diagnósticos disponíveis, ainda assim retardam esse diagnóstico ou não fazem o acompanhamento necessário dificultando um melhor prognóstico da hipertensão. Faltam trabalhos educativos de maior amplitude que atinjam essa população no combate as doenças decorrentes da hipertensão.

Conforme os estudos de Chung (1986); Eagle et al. (1993); Silva et al. (1995), muitas vezes a falta de cuidados, o descaso e o tratamento da hipertensão, têm sido igualmente negligenciados por pacientes e até profissionais da saúde, geralmente por ser uma doença geralmente assintomática e de tratamento contínuo por toda vida.

De maneira geral ao compararmos as respostas obtidas no questionário real, que se refere à maneira como os pacientes realizam os cuidados diários referentes á hipertensão, e o que eles consideram ideal para a manutenção da pressão arterial em índices considerados normais no dia a dia, observa-se que mesmo conhecendo os fatores que propiciam o surgimento de doenças cardiovascular, esses ainda não se preocupam com a prevenção. Para Albuquerque e Stotz (2004), somente um trabalho participativo efetivo com os hipertensos pode melhorar essa realidade, Schmitz (1983), ainda recomenda que além dos trabalhos desenvolvidos com as pessoas visando à prevenção de doenças, é imprescindível que estejam disponíveis em linguagem de fácil compreensão, bibliografias cujos conteúdos causem impacto nas pessoas e estimulem as mesmas a praticarem o que se recomenda teoricamente.

Para Lipp e Rocha (1996), o tratamento para a hipertensão arterial visa reduzir níveis de pressão arterial diastólica a 90 mm Hg, além de reduzir os fatores de risco cardiovasculares fazendo-se uma verdadeira profilaxia das complicações decorrentes dessa doença. Almeida (1996) enfatiza que a população deve aprender a se desfazer de hábitos nocivos e adotar uma atitude diferente em benefício de seu bem-estar.

CONCLUSÃO

Não é difícil aprender a controlar a pressão arterial, desde que se tenha um acompanhamento médico especializado e boa vontade. Espera-se que os pacientes entrevistados, sigam as orientações, para obtenção de uma melhor qualidade de vida, bem-estar e controle da pressão arterial, que já são reconhecidas como ideal na vida de um paciente hipertenso, porém muitas vezes não praticadas, conforme demonstrado em nossos resultados.

Espera-se também que nossas ações tenham contribuído como método auxiliar e na prática dia a dia do hipertenso, considerando a reeducação alimentar, aliado a prática de exercício físico e demais hábitos cotidianos como forte aliado na prevenção e tratamento da hipertensão, tornando esse paciente mais consciente de uma mudança de comportamento do que é considerado ideal no controle da pressão arterial como uma alavanca para o real.

Analizando estatisticamente os resultados da figura 01, dos grupos PP e PN com relação à verificação da pressão arterial constantemente, foi possível concluir que verificar a pressão e frequentar as reuniões do posto de saúde (PP), são independentes, ou seja, há um nível de significância comprovado pelo teste Qui quadrado.

Os resultados mostraram também que mesmo conhecendo os fatores que são prejudiciais ao combate da hipertensão, muitos pacientes os negligenciam, ou seja, o ideal conhecido por eles, não condiz com a realidade.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P.C.; STOTZ, E.N. Popular education in primary care: in search of comprehensive health care. **Interface-Comunic, Saúde, Educ.** v.8, n.15, p. 259-61, 2004.

ALMEIDA, F.A. **Hipertensão**. São Paulo: Cultura, 1996.

BRAUNWALD, E. **Tratado de medicina cardiovascular**. 5. ed. São Paulo: Roca, 1999. p. 859-66.

CHUNG, E.K. **Manual de clínica cardiovascular**. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1986.

COHEN, B.J.; WOOD, D.L. **O corpo humano na saúde e na doença**. 9. ed. São Paulo: Manole, 2002.

COLAVITTI, F. Arroz com feijão ameaçado. **Galileu**, v.12 n.133, p.64-71, 2002.

DAVISON, C. **Guia da saúde familiar: doenças do coração**. São Paulo: Três, n.6, 2001.

EAGLE, K.A. et al. **Cardiologia: The medical and surgical cardiac units at the Massachusetts General Hospital**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

JACQUES, H. et al. **Guia de medicina e saúde da família**. Rio de Janeiro: Bloch, 1992.

LIPP, M.N.; ROCHA, J.C. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida:** um guia de tratamento para o hipertenso. São Paulo: Papirus, 1996.

MIYATA, D.F.; PREDEBON, C.M.C. **Anti-hipertensivo:** incidência de efeitos adversos em pacientes atendidos em uma unidade básica de saúde. In: III CONGRESSO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS E III SIMPÓSIO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE ALIMENTOS DO MERCOSUL, 2008, Cascavel. Anais do Evento. Cascavel, 2008.

PETROIANU, A. **Urgências clínicas e cirúrgicas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PURDY, R.E.; BOUCER, R.J. **Manual de terapêutica em cardiologia.** Rio de Janeiro: Medsi, 1988. p. 134-40.

SABARÍS, F.S. **O coração e a saúde.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1976.

SANTOS J. Contribuição à campanha nacional de conscientização sobre o câncer do intestino grosso. Prevenção e diagnóstico precoce. **Rev Bras Coloprocto**, 2003; v.23 n.1 p.32-40.

SCHMITZ, E.F. **Didática moderna:** fundamentos. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1983.

SILVA, I. et al. **Noções sobre o organismo humano e utilização de plantas medicinais.** 2.ed. Paraná: Assoeste, 1995. p. 29-33.

VIDAL, E.L. **Saúde com sabor:** receitas para uma vida saudável. 5.ed. São Paulo: Casa Publicadora Brasileira, 2003.

VOGT, G.C. et al. **A obesidade e o risco da doença cardiovascular** In: III CONGRESSO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS E III SIMPÓSIO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE ALIMENTOS DO MERCOSUL, Cascavel. Anais do Evento. Cascavel, 2008.

Enviado em: abril de 2012.

Revisado e Aceito: maio de 2012.

Relatos de Caso



Reabilitação com próteses totais mucossuportadas
Rehab with mucossuported total prosthesis

BÁRBARA ALUÁ PEREIRA DA SILVA¹
CARLOS ROBERTO TEIXEIRA RODRIGUES²
ORLANDO ISOLANI NETO³
SERGIO HENRIQUE DIAS DE CASTRO³

RESUMO: A reabilitação de um paciente edêntulo total com prótese não dá apenas a função novamente ao paciente, mas também pode trazer de volta a socialização do mesmo, pois melhora muito sua auto estima, até mesmo porque a maioria das pessoas não aceita mais a idéia de permanecerem sem dente. Este trabalho é um relato de caso clínico que tem por objetivo descrever os passos clínicos da confecção de uma prótese total onde, com isso, pode-se concluir que seguindo corretamente esses passos e tendo um bom planejamento da prótese obteve-se a satisfação do paciente quanto à estética e função de sua reabilitação.

Palavras-chave: Dentadura; Prótese total; Reabilitação bucal.

ABSTRACT: The rehabilitation of an edentulous patient with complete denture function not only gives back to the patient, but can also bring back the socialization of it, because it improves their self esteem too, even because most people no longer accept the idea of remaining without tooth. This paper is a case report that aims to describe the steps of making a clinical denture where with this, we can conclude that followed these steps correctly and with good planning the prosthesis was obtained patient satisfaction about the aesthetics and function of their rehabilitation.

Key-words: Denture; Total prosthesis; Oral Rehabilitation.

¹Graduanda em Odontologia pela Universidade Severino Sombra, Vassouras/RJ, Brasil.

²Professor do Centro de Ciência de Saúde do Curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra, Vassouras/RJ, Brasil.

³Professores do Centro de Ciência de Saúde do Curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra, Vassouras/RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

Apesar da evolução da odontologia ainda existem pacientes edêntulos que necessitam de uma reabilitação protética, pois não aceitam mais a ideia de permanecerem desdentados devido aos padrões de estética aceitos pela sociedade. A instalação de uma prótese total requer muita habilidade do profissional, porque esta trás novamente a função, estética e conforto ao paciente.

A reabilitação bucal com a prótese total não devolve apenas os dentes aos pacientes, mas também a dimensão vertical que influencia na fonética, na deglutição e no perfil do paciente., por esse motivo há algum tempo erros eram cometidos frequentemente por não realizarem uma anamnese adequada, pois pacientes que precisavam de reabilitação total não eram analisados profundamente, porque era visado apenas a função mastigatória (CORREIA, 2008).

Com o surgimento de novos materiais odontológicos tornou-se mais prático a realização dos passos clínicos de uma prótese, mas não se pode esquecer que uma boa anamnese e exame clínico são importantíssimos para iniciar o tratamento, mesmo sem a presença dos dentes, pois é onde o profissional compreende as dúvidas, os hábitos e as intenções dos pacientes (COSTA et al., 2012).

Para que o paciente possa manter a sua saúde bucal e a qualidade de sua prótese o profissional deve orientá-lo em relação à higienização da prótese e de seu meio bucal, evitando assim a aderência de bactérias e formação de cálculos (KAZUO et al., 2008).

As próteses devem ser muito bem adaptadas devido o fato de, se não estiverem, podem causar injúrias ao paciente, trazendo desconforto, hipertrofias fibrosas, lesões aos tecidos e problemas na ATM. Por isso o paciente deve retornar ao consultório do dentista para revisões.

A instalação de uma prótese requer paciência e a compreensão de ambas as partes, pois é um período de adaptação onde se encontrada dificuldade o paciente deve ser orientado para esclarecer qualquer duvida para que não haja desmotivação do mesmo.

Este trabalho visa relatar um caso clínico onde foi confeccionada uma prótese total, tendo assim por objetivo descrever as etapas clínicas da mesma.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino S. M. S. M. S. 53 anos procurou a Clínica Integrada do Curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra – Vassouras-RJ, com a intenção de melhorar sua estética. Esta paciente assinou o termo de livre consentimento esclarecido, autorizando a realização do tratamento e fotografias para a documentação do caso clínico.

Foi realizada uma anamnese e exame clínico onde se constatou que a paciente já utilizava uma prótese superior e era desdentada total inferior e não possuía prótese. Já estava nessa condição a mais ou menos três anos, mas não havia perdido sua dimensão vertical de oclusão. (Figura 1)



Figura 1 - Condição inicial da paciente

Então foi sugerido à paciente a confecção de nova prótese superior e uma inferior. Iniciou-se o procedimento com a seleção das moldeiras de estoque para desdentados e então realizada a moldagem anatômica com silicone de condensação (Speedex Light – Body). (Figuras 2, 3, 4 e 5)



Figura 2 - Moldagem com pasta pesada de silicone de condensação superior

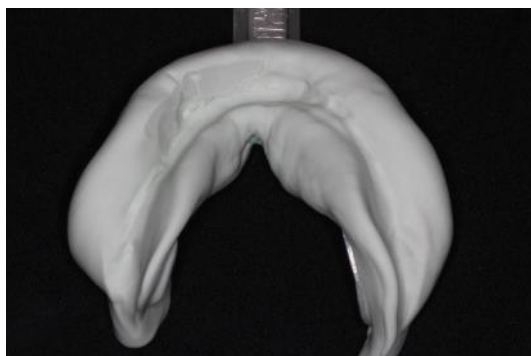


Figura 3 - Moldagem com pasta pesada de silicone de condensação inferior

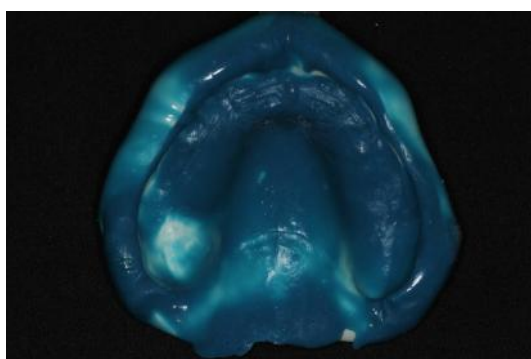


Figura 4 - Moldagem com pasta leve de silicone de condensação superior

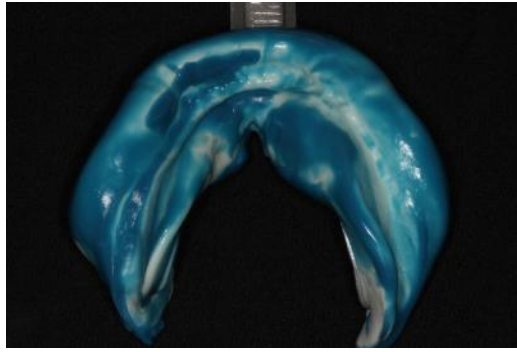


Figura 5 - Moldagem com pasta leve de silicone de condensação inferior

Com os modelos anatômicos obtidos, foram confeccionadas as moldeiras individuais em acrílico incolor e autopolimerizável. (Figuras 6, 7 e 8)

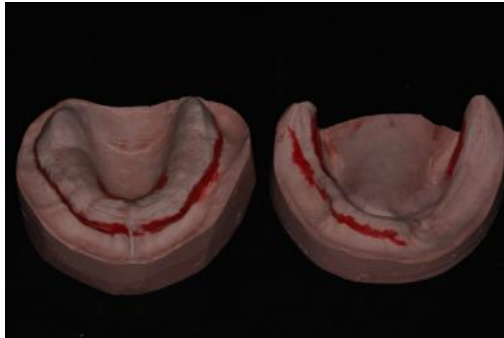


Figura 6 - Modelos anatômicos superior e inferior

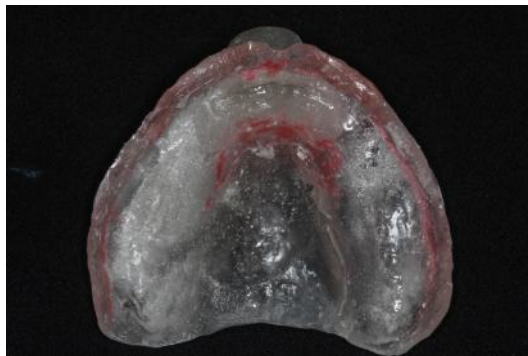


Figura 7 - Moldeira individual superior



Figura 8 - Moldeira individual inferior

Após as provas das moldeiras, realizou-se o selamento periférico com godiva de baixa fusão (Godiva Exata em Bastões – DFL) e depois executou-se a moldagem funcional com pasta zinco eugenólica (Pasta de Impressão LS – Vigodent) e silicona de adição (Adsil Putty Soft). A moldagem superior foi feita apenas com a silicone de adição devido a retenção que a paciente possuía por causa de uma tábua óssea espessa. (Figuras 9, 10, 11, 12 e 13)

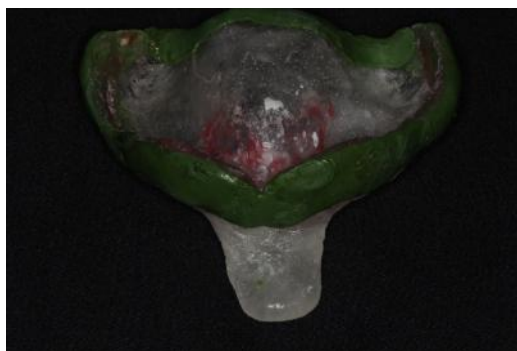


Figura 9 - Correção de bordo superior



Figura 10 - Correção de bordo inferior

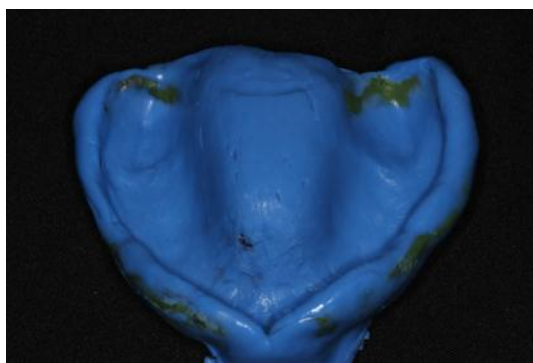


Figura 11 - Moldagem funcional com silicone de adição, superior



Figura 12 - Moldagem funcional com pasta zinco enólica, material elementar



Figura 13 - Moldagem funcional com silicone de adição, material complementar

Obteve-se os modelos funcionais e através deles as bases de prova de resina acrílica autopolimerizável e planos de orientação em cera sete (Newmax Technew). Delimitou-se então a dimensão vertical, linha média, linha de sorriso e distância entre os caninos. (Figuras 14 e 15)



Figura 14 - Plano de orientação em cera seta, superior



Figura 15 - Plano de orientação em cera seta, inferior

Executou-se a apreensão dos planos de orientação superior e inferior para que fossem montados no articulador semiajustável e enviados para o técnico em prótese dentária. (Figura 16)



Figura 16 - Apreensão dos modelos para montagem em articulador

Com os dentes montados em cera foi realizada uma prova para verificar as dimensões e delimitações das próteses e depois enviadas novamente ao protético para realizar a acrilização.

Na semana seguinte com as próteses acrilizadas foram feitos ajustes e então instaladas as próteses. Depois de um mês foi feita uma revisão onde foram removidas áreas que estavam incomodando e após quatro meses a paciente retornou a clínica para uma consulta de manutenção e verificou-se que as próteses estavam em perfeito estado e a paciente muito satisfeita. (Figura 17)



Figura 17 - Sorriso final após 4 meses

DISCUSSÃO

Lesões são causadas nos tecidos moles dos pacientes devido à má adaptação das próteses. Os autores concordam que as próteses neste estado tornam mais fáceis a aderência e ação dos microrganismos levando desconforto aos pacientes e provocando o surgimento de doenças nos mesmos Gomes (1999), Eduardo (2003), Falcão (2004). O presente trabalho concorda com isso devido o fato de a adaptação da prótese ser primordial para o bem estar do paciente.

Paes Junior (2004), Goyatá (2009) ambos os autores concordam que a anamnese e o exame clínico são passos importantes para a iniciação do tratamento reabilitador. Neste trabalho, também foram ressaltados esses passos clínicos como iniciantes e primordiais para o tratamento.

A manutenção da prótese não depende apenas de propriedades mecânicas, mas também da saúde biológica do paciente, então autores ressaltam que a orientação aos pacientes a respeito de higiene das próteses e do meio bucal é primordial para a manutenção das próteses e do mesmo Leles (1999), Castro Junior (2006), Almeida Junior (2006), Kazuo (2008), Neppelenbroek (2008), Jon (2011). Neste trabalho é

ênfatisada a orientação ao paciente para evitar o surgimento de lesões aos tecidos.

Uma boa moldagem é fundamental para a adaptação das próteses. Santos (2000) aplicou uma nova técnica que contradisse este trabalho, pois ele realizou a moldagem anatômica com alginato o que pode não adquirir uma cópia fiel da boca do paciente, já Magri (2000) realizou a moldagem anatômica e funcional da mesma maneira em que foram feitas no presente trabalho.

A estética é um dos motivos que é mais presente nas consultas odontológicas e a prótese total reabilita todos os dentes do paciente, além de devolver suas dimensões. Por isso, profissionais devem ter conhecimentos específicos para a confecção da prótese para que se tenha uma boa adaptação e estabilidade. Autores concordam que os passos clínicos e laboratoriais devem ser seguidos corretamente Magri (2000), Paes Junior (2004), Genari Filho (2005), Reis (2007), Barbosa (2008), Goyatá (2009), Jon (2011). Neste trabalho foram relatados os passos clínicos da confecção de próteses totais, demonstrando a importância de segui-los corretamente para o sucesso do tratamento.

CONCLUSÃO

Conclui-se que seguindo corretamente os passos clínicos para realização da reabilitação protética, pôde-se adquirir o sucesso da mesma, trazendo satisfação ao paciente a respeito de sua função mastigatória e sua estética.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA JUNIOR, A.A. et al. Avaliação de hábitos de higiene bucal em portadores de próteses removíveis da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe. **Rev Comum Ciênc Saúde** v. 17, n. 4, p. 283-9, 2006.

ANUSAVICE, K.J. **Phillips materiais dentários**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p.16 – 17, 1998.

ASSUNÇÃO, W.G. et al. Influência das Estruturas Anatômicas Orofaciais nas Próteses Totais. **Rev Pesq Bras Odontoped Clin Integr** v.8, n. 2, p.251-7, 2008.

BARBOSA, D.B. et al. Instalação de prótese total: uma revisão. **Rev de Odontologia da UNESP** v.35, n. 1, p.53-60, 2006.

CASTRO JUNIOR, O.V.; CARVALHO, M.M.; KOBAYASHI, A.S. Nível de conhecimento de pacientes portadores de próteses totais sobre os cuidados posteriores a

instalação. **Rev Ibero Americana de Prótese clínica & laboratorial** v.8, n.39, p. 37-42, 2006.

CASTRO JUNIOR, O.V. Padronização de modelos de prótese total. **Rev da APDESP** Edição 134, 2007.

CHACCUR, D. et al. Análise crítica das construções protéticas, fixas e removíveis, sobre implantes em pacientes edentados. **Rev de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v.22, n.3, p. 240-6, 2010.

COMPAGNONI, M.A. et al. Efeito do ciclo de polimerização sobre a rugosidade superficial de resina acrílica polimerizada por micro-ondas. **Rev Odontol UNESP**, v. 34, n.2, p. 101-6, 2005.

CORRÊA, G.A. **Prótese total passo a passo**. 8.ed. São Paulo: Santos. 2008. cap. 1, p. 1-15.

COSTA, S.C.; REBOLLAL, J.; BRAZ, D.B.U. **Descomplicando a prótese total: perguntas e respostas**. São Paulo: Napoleão, 2012. Cap. 1; p. 248-266

EDUARDO, J.V.P.; HAYPEK, P.; MACHADO, M.S.S. Cirurgia pré-protética utilizando laser de diodo associada à reembasamento com condicionador de tecidos: relato de caso clínico. **Rev Brasileira de Prótese Clínica & Laboratorial**, v.5, n.27, p.396-401, 2003.

FALCÃO, A.F.P.; SANTOS, L.B.; SAMPAIO, N.M. Candidíase associada a próteses dentárias. **Rev Sitientibus**, n.30, p.135-46, 2004.

GENARI FILHO, H. Requisitos Funcionais e Físicos em Próteses totais. **Rev .Odontológica de Araçatuba**, v.26, n.1, p. 36-43, 2005.

GOMES, T. et al. Técnica de reparo em prótese total fraturada. **Rev Odontol Univ Santo Amaro**, v. 4, n. 2, p. 59-61, 1999.

GOYATÁ, F.R. et al. Prótese total: função e estética: relato de caso clínico. **Rev Dental Science Clínica e Pesquisa Integrada**, v. 3, n. 10, p. 150-56, 2009.

KAZUO, S.D. et al. Higienização em Prótese Parcial Removível. **Rev Odontol Unidcid SP** v. 20, n. 2, p. 168-64, 2008.

LANDA, F.V. et al. Influência da aplicação do glaze na rugosidade superficial de três materiais reembasadores. **Rev Int J Dent** v. 8, n.3, p.124-127, 2009.

LELES, C.R. et al. Estudo retrospectivo dos fatores associados à longevidade de próteses totais. Parte II – Tempo de uso e estimativa de Durabilidade. **Rev Fac Odontol São José dos Campos** v. 2, n.2, p.1-8, 1999.

MAGRI, D.A.W.; GOMES, F.L.; GOMES, T. Prótese Total em Três Sessões Clínicas: Uma Alternativa Inovadora. **Rev Estética** v.1, n. 2, p.161-6, 2000.

NEPPELONBROEK, K.H. et al. Aderência de Microorganismo em materiais para base de prótese. **Rev Odontol Univcid SP**, v.21, n.2, p.126-36, 2008.

PAES JUNIOR, T.J.A. et al. Análise da Dimensão Vertical de Repouso em Indivíduos Usuários de Próteses Totais Mucossuportadas. **Rev Odontol de Araçatuba**, v.25, n.1, p. 22-7, 2004.

PERO, A.C. et al. Influência da polimerização por meio de energia de microondas sobre a porosidade interna de bases de resina acrílica de prótese total. **Rev Cienc Odontol Bras**, v. 9, n. 4, p. 76-83, 2006.

REIS, J.M.S.N. et al. Moldagem em prótese total: uma revisão da literatura. **Rev RFO**, v. 12, n. 1, p. 70-4, 2007.

SANTOS, O. et al. Prótese total imediata caracterizada. **Rev Fluminense de Odontologia**, v.6, n.13, p.33-6, 2000.

SANTOS, M.E.S.M.; COSTA, W.R.M.; SILVA NETO, J.C. Terapêutica cirúrgica da hiperplasia fibrosa inflamatória: relato de caso. **Rev Cirurgia Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v.4, n.4, p. 241-245, 2004.

SILVA, R.J. et al. Reembasamento direto para prótese total: uma alternativa simples e eficiente: relato de caso clínico. **Rev Int J Dent**, v. 7, n.3, p.190-4, 2008.

Enviado em: novembro de 2012.

Revisado e Aceito: novembro de 2012.

Anodontia parcial e suas possibilidades ortodônticas
Partial anodontia and its orthodontic possibilities

ALESSANDRA CARLA ZOLIN BONFIM¹
VITÓRIA AGUIRRE BARION²
KARINA MARIA SALVATORE DE FREITAS³
DARWIN VAZ DE LIMA⁴
TADAO YAMANOI⁵

RESUMO: Anodontia parcial ou agenesia dentária é um problema que acomete cerca de 3% da população. Isto se dá por razões ainda bastante discutidas na literatura que vão desde hereditariedade a fatores congênitos. Os diagnósticos deve ser realizado o mais precocemente possível, já que as alternativas de tratamento são ampliadas enquanto há a presença do elemento decíduo no arco. Dentre as possibilidades de tratamento estão a manutenção ou reabertura de espaço para posterior reabilitação protética, que tem como principal benefício a obtenção da oclusão de classe I, ou ainda o fechamento de espaço e reanatomização do canino, cuja maior vantagem está no reaproveitamento do elemento adjacente para o reestabelecimento da estética. Todas as alternativas deverão ter suas limitações e indicações devidamente avaliadas para escolha da melhor opção para cada caso.

Palavras-chave: Agenesia, incisivo lateral, tipos de tratamento.

ABSTRACT: Partial Anodontia or dental Agenesis is a problem that affects approximately 3% of the population. This happens for reasons still debated in the literature ranging from heredity factors to congenity factors. The diagnosis should be carried out as early as possible, since the alternatives of treatment are magnified as there is a deciduous element present in arch. Among the possibilities of treatment are maintaining or

¹Especialista em Ortodontia pelo Instituto Darwin de Odontologia, Cuiabá-MT

²Professora do Curso de Especialização em Ortodontia do Instituto Darwin de Odontologia, Cuiabá-MT - Rua Esmeralda, 674, Bosque da Saúde, Cep 78050-050, Cuiabá-MT e-mail: vitoriabarion@gmail.com

³Professora do Curso de Especialização em Ortodontia do Instituto Darwin de Odontologia, Cuiabá-MT

⁴Coordenador do Curso de Especialização em Ortodontia do Instituto Darwin de Odontologia, Cuiabá-MT

⁵Professor do Curso de Especialização em Ortodontia do Instituto Darwin de Odontologia, Cuiabá-MT

reopening dental slot for prosthetic rehabilitation afterwards , whose main benefit is in the establishment of class I occlusion, or even closing space and re- anatomization of canine, whose greatest advantage lies in the reuse of adjacent element for the re-establishment of aesthetics. Every alternative should have its limitations and guidelines evaluated for choosing the best option for each case.

Key-words: Dental agenesis, lateral incisor, treatment options

INTRODUÇÃO

Atualmente um dos principais objetivos do tratamento ortodôntico além da obtenção de uma oclusão e função adequada é, segundo Suguino, 2003, a melhora da estética facial. Entre as diversas especialidades da Odontologia, a Ortodontia desempenha papel de fundamental importância na reabilitação da estética do sorriso em conjunto com outras especialidades. A expectativa do paciente exerce uma forte influência no planejamento e tratamento ortodôntico, principalmente no que se refere à ausência congênita de dentes permanentes, em especial a agenesia de incisivos lateral superiores (ACKERMAN, 1978; VANARSDALL; MUSICH, 1996; MARGOLIS, 1997).

Entende-se por agenesia o decréscimo em número dentário de um ou mais elementos (DERMAUT et al., 1986). Consiste, segundo Nobre 2005, na ausência de dentes seja na dentição decídua ou permanente. Já, segundo Freitas et al. (1998), a agenesia dentária é uma anomalia congênita que consiste na ausência de um ou mais dentes e apresenta-se como uma alteração de desenvolvimento dentário bastante comum na população em geral.

São sinônimos deste termo anodontia parcial, oligodontia e hipodontia Vastardis, (2000), Panella et al. (1982) e a ausência desses dentes resulta em discrepância entre arcos dentários resultando em comprometimento da estética e a função do sistema estomatognático (MACEDO, 2008).

O acometimento das anodontias são mais usuais em ordem decrescente nos incisivos laterais superiores, segundos pré molares inferiores e segundo pré molares superiores, o que denota a suscetibilidade a variação numérica do dente mais distal de cada grupo (SANTOS-PINTO et al., 2002).

Na rotina clínica o mais comum é encontrarmos ausência do incisivo lateral superior, e esta é de grande importância, pois ocasiona o desequilíbrio da oclusão alterando assim a função mastigatória e como

queixa principal do paciente um significativo desconforto estético (ESTÁCIA; SOUZA, 2000).

Nortear o leitor com relação a época e meios de intervenção mediante a anodontia parcial dos incisivos laterais superiores será o objeto de nosso estudo que , através de dois casos clínicos de agenesia parcial , abordará possibilidades de tratamento avaliadas de acordo com a idade do paciente, forma e posição dos caninos superiores e inferiores e o espaço presente no arco dentário superior.

REVISÃO DE LITERATURA

Em Montagu (1940) verificaram que 2,5% da população americana (leucoderma) apresentava agenesias dos incisivos laterais superiores permanentes e que 5% mostrava alguma alteração na forma (conóide) destes dentes.

Em termos práticos Garn e Lewis (1962) ressaltaram que quando se diagnostica uma anomalia dentária, fique atento e procure por outras tais como ectopias.

Meskin e Gorlin (1963), verificaram a ausência destes dentes em 0,95% e dentes conóides em 0,88% dos 8.289 casos examinados.

Autores relataram ainda, que as agenesias estão relacionadas a uma tendência evolucionária conduzindo a uma redução no número de dentes (BREKHUS et al., 1944; HOROWITZ, 1966; WOODWORTH, s.d.)

Horowitz (1966), avaliando o tipo de má oclusão, nos 65 casos com aplasia, encontrou uma relação esquelética de Classe I em 53.85%, Classe II esquelética em 18.46% e 27.7% dos casos não foram classificados.

De acordo com os trabalhos de Garn e Lewis (1970), as agenesias frequentemente associam-se com outros tipos de anomalias dentárias, incluindo microdontias e apresentam uma redução generalizada e significativa no tamanho dentário, e essa redução não se mostra uniforme, pois os dentes anteriores (incisivos e caninos) aparecem mais reduzidos do que os dentes posteriores (pré-molares e molares). Estas informações apresentam implicações clínicas importantes. Raramente o ortodontista observará apinhamento em casos com agenesias, enquanto a discrepância dente-osso positiva ou o espaçamento representa um achado comum nesses pacientes.

Nos relatos de hipodontia associada a síndromes e hipodontia grave, a sua expressividade pode ocasionar várias alterações físicas,

como má oclusão, diminuição da capacidade mastigatória, distúrbios psicológicos e aparência facial protusiva (GALEONE, 1972; HOBKIRK; BROOK, 1980). Apesar de não ter sido constatada nenhuma síndrome relacionada com hipodontia no presente estudo, foi verificada apenas a má oclusão como alteração clínica.

Hobkirk e Brook (1980) revelaram que a hipodontia pode causar aparência facial protusiva e diminuição na habilidade mastigatória, podendo assim levar a um distúrbio psicológico.

Rolling (1980) discorreu sobre a agenesia e seus meios de diagnóstico, e revelou que os dados de prevalência e variabilidade de expressão verificadas com a presença de hipodontia apontam para a necessidade de um diagnóstico precoce, por meio de exame radiográfico realizado na fase de idade escolar, entre 9 e 10 anos de idade, para verificar a presença do germe dentário e conferir um plano de tratamento em caráter multidisciplinar.

Woodworth, Sinclair e Alexander (1985) relataram que a agenesia dos incisivos laterais superiores pode ser uni ou bilateral e, quando se apresenta unilateral, está associada ao incisivo lateral conóide do outro lado.

Consideraram ainda que a agenesia de incisivos laterais superiores pode ser uma das manifestações de uma anomalia craniofacial complexa e multifatorial. Os autores sugerem também que talvez seja uma expressão de uma tendência evolutiva levando a uma simplificação da dentição humana através da redução do número de dentes ou ocorre a partir de um distúrbio na fusão dos processos faciais embrionários. Um outro aspecto relevante é a possível relação entre as más oclusões e as anomalias dentárias congênitas.

Para Hagman (1988), pacientes com incisivos laterais e caninos decíduos fusionados têm cerca de 75% de chance do incisivo lateral sucessor estar ausente e pacientes com os incisivos decíduos fusionados têm aproximadamente 20% de chance de ter aplasia do incisivo permanente sucessor.

Oliveira, Consolaro e Henriques (1991) observaram também que a agenesia de incisivos laterais superiores exerce uma influência na redução simétrica do tamanho mesiodistal da coroa dos dentes remanescentes, principalmente do incisivo lateral superior do outro lado.

Segundo estudo de Peck, Peck e Kataja (1997) há uma relação biológica entre os caninos deslocados por palatino e as reduções no número e tamanho dos dentes; e é consistente a hipótese de que a agenesia dentária, a redução no tamanho dentário e os caninos deslocados

por palatino sejam três co-variantes em um complexo de distúrbios dentários controlados geneticamente, que ocorrem geralmente combinados. Eles também estabeleceram, no mesmo trabalho, uma correlação entre a prevalência das agenesias com padrões de crescimento esquelético vertical e ântero-posterior.

As anomalias dentárias, conforme demonstrado no trabalho de Silva et al. (2004), resultam de desvios do processo normal de crescimento, desenvolvimento e diferenciação celular. Ocorrem devido a fatores ambientais, genéticos ou como manifestações de distúrbios sistêmicos.

Pinho et al. (2005) confirmaram esta associação ao observar que 59,5% dos casos de agenesia dentária apresentavam microdontia do incisivo lateral superior do lado oposto.

Garib, Peck e Gomes (2009) afirmaram em seu trabalho de 2009. A agenesia dentária constitui a anomalia de desenvolvimento mais comum da dentição humana, ocorrendo em aproximadamente 25% da população.

Outro autor, no mesmo ano, observou que pacientes que apresentaram ausência de dentes de forma congênita, geralmente, apresentam uma forma mais retrognática e reto perfil, uma dimensão relativamente reduzida vertical, e incisivos verticais (JANSON, 2009)

ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

Duas principais alternativas são sugeridas: o fechamento de espaço ortodôntico e a abertura ou manutenção dos espaços para futura reabilitação protética ou implantes. Autores como Thilander, Ödman e Lekholm (1991); Bergendal et al. (1996); Iseri e Solow (1996), relatam que com o advento das técnicas de condicionamento ácido e a evolução dos materiais restauradores, o tratamento com fechamento de espaço apresenta grandes vantagens, especialmente pela utilização de técnicas não invasivas, de caráter reversível, proporcionando bons resultados estéticos e funcionais. A indicação do uso de implantes requer um diagnóstico cuidadoso no que se refere à idade do paciente e o estágio de crescimento em que o mesmo se encontra, considerando-se que a irrupção leve contínua pode ocorrer até mesmo após a finalização do crescimento craniofacial, principalmente na região de incisivos laterais superiores. Portanto, a indicação da melhor terapia dependerá além do senso crítico com relação à estética e função, um amplo entendimento

sobre a influência do crescimento na estabilidade e longevidade dos implantes na área dos incisivos laterais.

Manutenção ou reabertura de espaço para reabilitação

Proffit (1986) relatou que quando a opção de tratamento for a abertura de espaços, soluções como implantes intra-ósseos podem substituir o incisivo lateral ausente. O autor, contudo, enfatiza que a indicação dos implantes é possível somente quando houver cessado o crescimento facial, pois caso contrário, os implantes ficarão em infraoclusão prejudicando a estética.

Para tal, a reabertura ou manutenção dos espaços geralmente é preferível em pacientes:

- 1) sem má oclusão e intercuspidação normal dos dentes posteriores;
- 2) espaços pronunciados no arco superior;
- 3) má oclusão Classe III e perfil retrognata;
- 4) uma grande diferença de tamanho entre os caninos e os primeiros pré-molares.

Desvantagens da abertura de espaço

Utilizando o tratamento de abertura de espaço as de técnicas de implantes osseointegrados tem contribuído no tratamento de pacientes com agenesias dentárias, porém, os estudos experimentais realizados por Ödman et al. (1988) e Thilander et al. (1992), confirmam que tais implantes se comportam como dentes anquilosados, e desta maneira não acompanham a irrupção contínua dos dentes naturais adjacentes durante o crescimento Iseri e Solow (1996), podendo resultar em uma infra-oclusão e mau alinhamento progressivo das coroas suportadas por implantes (THILANDER; ÖDMAN; LEKHOLM, 2001).

Aliado a isso, a reabertura ou a manutenção do espaço para a colocação de um implante ou de uma coroa protética submete o paciente a uma restauração artificial vitalícia na área mais visível da boca. Nesta região, a tonalidade e a transparência dentária, bem como a cor, o contorno e o nível da gengiva são pontos críticos e difíceis de controlar, principalmente a longo prazo (ARAÚJO, 1982).

Manutenção de espaço na dentição mista

Ferreira (2002), afirmou que a fase da dentadura mista é o período ideal para o planejamento do tratamento de casos com ausência de

elementos permanentes. A decisão sobre o fechamento ou a manutenção dos espaços para futura prótese deveram ser tomadas nesta ocasião.

No entanto, de acordo com Fontes (2010), num paciente jovem, nem sempre é fácil saber qual a reabilitação definitiva que será selecionada no futuro. Quando se coloca a hipótese de manutenção/abertura dos espaços edêntulos, em idade precoces todas as hipóteses devem ser consideradas pelo profissional como possíveis incluindo os implantes dentários já que representam a opção reabilitadora de eleição.

Turpin (2004) relatou que o diagnóstico e o tratamento de crianças em crescimento com ausência de incisivos laterais superiores continua a ser um problema para muitos clínicos. Segundo o autor quando os dentes estão ausentes congenitamente, os caninos permanentes frequentemente erupcionam mesialmente em relação a suas posições normais.

Quando isto não ocorre, a necessidade de se manter o osso alveolar por muitos anos até cessar o crescimento é outro dilema.

A manutenção dos dentes decíduos até à colocação de futuros implantes, é primordial para a preservação do osso alveolar. Efectivamente, os dentes decíduos podem ser restaurados com resina composta de forma a mimetizar um dente definitivo, promovendo a manutenção do osso alveolar e do espaço e possibilitando, também, uma estética dentária razoável até à reabilitação.

O tratamento ortodôntico para distalização dos caninos não deve ser iniciado antes dos 13 anos de idade de forma a prevenir a recidiva e progressão da atrofia óssea. A idade de colocação dos implantes deve ser próxima do final do tratamento ortodôntico e somente quando o crescimento maxilar, mandibular e alveolar se encontrar completo.

Vantagens

Alguns autores Stuart e Strallard (apud Freitas et al., 1998) afirmavam que a abertura de espaço para instalação de uma prótese e manutenção dos caninos numa relação de classe I resulta em melhor oclusão e estabelece menor achatamento do perfil. Sugerem que a abertura de espaço para colocação de próteses convencionais ou sobre implantes, posicionando-se os caninos em relação Classe I de Angle resulta em melhor oclusão e produz menor achatamento no perfil facial. Mcneill e Joondeph (1973) citavam como fatores negativos para o fechamento dos espaços a impossibilidade de obter uma desoclusão pelo canino e de se conseguir bons resultados estéticos pela forma e cor dos caninos, favorecendo a terapia da abertura de espaço nestes casos.

Segundo Sabri (1999) a abertura de espaço no tratamento ortodôntico da agenesia de incisivo lateral superior é indicada quando houver espaço disponível no arco e contra-indicada nos casos severos de protrusão dento-alveolar. O autor considera que nos casos em que houver necessidade de inclinar os incisivos para vestibular para corrigir overjet o ortodontista pode optar por abrir os espaços se houver mínimo espaço ou se não existir. Sabri ainda considera como vantagens do tratamento com a abertura de espaços: a obtenção de um resultado funcional satisfatório, de intercuspidação ideal de canino a primeiro molar e necessidade de mínima reconstituição. O autor revela como a maior desvantagem a utilização de uma prótese numa área de difícil obtenção da tonalidade dos dentes e do contorno gengival além do custo adicional com próteses com ou sem implantes.

Alternativas para a Reabilitação protética

Quando a opção por reabilitar os espaços for a colocação de implantes, alguns cuidados devem ser tomados pelo profissional. Millar e Taylor (1995); Richardsson; Russel (2001); Kokich (2002); Beyer (2007) concordam que nos casos de reabilitação com implantes o espaço no sentido mesiodistal deverá ser no mínimo 6mm, pois como a média da largura do implante é de 3,75mm, deve ser criado um espaço que proporcione no mínimo uma distância de 1mm entre o implante e o dente adjacente; do contrário haverá possibilidade de comprometimento periodontal. Richardsson e Russel (2001) recomendam ainda uma profundidade óssea inciso-gengival de no mínimo 10mm e vestibulo-lingual de 6mm.

Além disso, as raízes do incisivo central e do canino devem estar paralelas ou levemente divergentes. Para isso, Dialogue (1998 apud Richardsson e Russel, 2001) afirmaram que pode ser colado o braquete do incisivo central direito no esquerdo e viceversa. Kokich (2002) ressaltou a importância de avaliar a altura óssea alveolar na área do incisivo lateral.

Proffit (1986); Millar e Taylor (1995); Suguino, Sábio e Furquim (1997); Chu, Cheung e Smales (1998) citam o auto-transplante de pré-molares como uma forma de substituição dos incisivos laterais ausentes após o tratamento ortodôntico de abertura de espaços.

Já em casos de pacientes adultos com a guia anterior estabelecida e satisfatória são geralmente, melhor tratados com prótese fixa convencional reproduzindo a morfologia oclusal existente. Adultos jovens com oclusão satisfatória podem ser tratados com próteses adesivas

Kinzer e Kokich (2007) de resina como restaurações iniciais, até que eles alcancem uma idade onde a prótese fixa convencional determine um alto índice de sucesso (MILLAR; TAYLOR, 1995). Atualmente, implantes tem sido a restauração de escolha quando a opção de tratamento é a abertura de espaço Sabri (1999); Kokich, (2002), por se tratar de opção biologicamente conservadora (SABRI, 1999).

Fechamento de espaços e cosmética dental

Do ponto de vista do planejamento e tratamento, o fechamento ortodôntico do espaço pode ser indicado ou contra indicado, dependendo da má oclusão original (ROSA; ZACHRISSON, 2001).

Fatores que favorecem o fechamento de espaços

Aspectos como o grau de apinhamento ou espaços, o tamanho e forma dos dentes e o estado da oclusão, são importantes para garantirem a viabilidade do tratamento, que inclui ainda:

- 1) uma tendência de apinhamento superior em um paciente com um perfil bem equilibrado e dentes anteriores com inclinações normais;
- 2) caninos e pré-molares de tamanhos similares;
- 3) protrusão dentoalveolar;
- 4) má oclusão de Classe II;
- 5) apinhamento ou protrusão inferior evidente.

Em casos de fechamento de espaço, para que resultados satisfatórios sejam obtidos, os caninos devem ser alterados em seu contorno por meio de desgaste e/ou restauração.

Limitações

As objeções mais comuns para o fechamento ortodôntico do espaço são as dificuldades na contenção, o provável comprometimento da oclusão funcional e do resultado final do tratamento, que pode não parecer “natural”(BALSHI, 1993; SABRI, 1999). Porém apesar da grande evolução dos implantes osseointegrados, o fechamento de espaço em casos de agenesias de incisivos laterais superiores tem se apresentado como uma excelente opção estética e funcional, principalmente pela sua vantagem sobre o tratamento com implantes dentários. Além disso, Segundo Beyer et al. (2007), a terapia ortodôntica para abertura de espaço não deve ser iniciado antes da idade de 13 anos de modo a evitar a recidiva e progressão da atrofia óssea e o momento do implante deve ser próximo do final de tratamento ortodôntico.

Mcneill e Joondeph (1973) já citavam como fatores negativos para o fechamento dos espaços a impossibilidade de obter uma desocclusão pelo canino e de se conseguir bons resultados estéticos pela forma e cor dos caninos.

Alguns clínicos podem temer ainda que a colocação do primeiro pré-molar na posição de canino, acarretará em uma sobrecarga funcional neste pré-molar. Estudos em longo prazo que avaliaram a condição periodontal e a função oclusal após dois a 25 anos de tratamento (média 9,7) não demonstraram tal efeito Nordquist e Mcneill (1975), indicando que uma adequada desocclusão em grupo pode ser obtida com a substituição dos caninos pelos primeiros pré-molares (McNEILL; JOONDEPH, 1973; SENTRY, 1976). Como uma hipótese de trabalho, acredita-se que mesmo nos casos com o fechamento dos espaços dos incisivos laterais, consegue-se obter a desocclusão pelos caninos. Isto pode ser obtido pela intrusão dos primeiros pré-molares e a reconstrução de sua coroa com resina composta ou facetas laminadas.

Vantagens

Dentre outras vantagens deste procedimento encontram-se os casos de discrepâncias no comprimento do arco, em que a colocação do canino na posição do incisivo lateral e a extração de dois dentes inferiores permitem uma relação interoclusal favorável, sem a necessidade de extração de dois pré-molares superiores. Outra importante vantagem trata da obtenção de um resultado permanente. Isto é importante porque a maioria dos pacientes com ausência dos incisivos laterais superiores são crianças ou adolescentes. Se os espaços forem reabertos, o jovem paciente só poderá instalar as próteses definitivas após o término da fase de crescimento craniofacial. Neste período, que pode durar vários anos, o paciente deverá usar uma placa contenção removível ou uma prótese colada com resina, extremamente frágil e propensa a fraturas.

Além disso, há ainda a eliminação da necessidade de reabilitações protéticas, assim como de subseqüentes manutenções das próteses; resultado estético; estabilidade da arquitetura gengival e alveolar, eliminando o aparecimento de áreas de perda óssea alveolar, obtenção de uma relação interoclusal favorável nos casos de discrepância na largura do arco inferior com necessidade de extrações de dois pré-molares (TUVERTSON, 1970). Para o autor a reabilitação protética dos incisivos laterais superiores oferece resultado menos estético do que a substituição destes dentes pelo canino, sendo o fechamento ortodôntico o tratamento

que traz melhores resultados, especialmente a longo prazo, tanto em termos de estética como em relação ao controle da doença periodontal.

Outra vantagem do fechamento do espaço é que ele produz são os contornos naturais da gengiva marginal e do espaço interdental são difíceis de obter com o implante ou com as facetas de porcelana. Há ainda a vantagem do custo, a estabilidade e a compatibilidade biológica.

Técnicas para a obtenção de uma papila interdental completa e estável e de uma topografia gengival normal ao redor dos implantes unitários, são assuntos de pesquisas clínicas atuais. A retração gengival, geralmente encontrada em adultos, pode resultar numa alteração de cor não estética da gengiva marginal ou até mesmo na revelação das margens do implante, após alguns anos (BENGAZI; WENNSTRÖM; LEKHÖHN, 1996; GRUNDER, 2000). Nos pacientes jovens e adolescentes, geralmente não se pode colocar o implante e a restauração final até que o crescimento e desenvolvimento craniofacial esteja completado e que a erupção dentária tenha cessado.

Os autores indicam o fechamento de espaços nos casos severos de má oclusão os quais requerem extração de dentes inferiores. Afirmam que durante o planejamento alguns critérios devem ser avaliados tais como: cor e posição dos caninos, comprimento do lábio superior e relação entre o tamanho dos dentes.

Desvantagens do fechamento de espaço

Estacia e Souza (2000) relataram a preferência na manutenção de espaço e uso de implantes ou próteses para reabilitação, pois observaram algumas desvantagens em fechar os espaços no tratamento das agenesias de incisivos laterais são:

- 1- não conseguir adequação estética e funcional nos casos em que os caninos possuem grande proeminência vestibular de raízes e coroas extremamente largas;
- 2- o possível alargamento na forma do arco pela colocação do pré-molar no lugar do canino;
- 3- risco de ocorrer recessão gengival na região do pré-molar quando posicionado muito vestibularmente.

Sabri (1999) ressaltou ainda que caninos muito largos e extremamente escuros podem não ser adequadamente transformados em incisivos laterais.

Assim como para Faure, Baron e Justumus (1994 apud Sabri, 1999), a maior desvantagem do fechamento de espaço é a tendência em

abrir o espaço entre os anteriores, havendo necessidade de contenção fixa nos incisivos centrais e caninos por longo tempo após o tratamento.

RELATO DE CASOS

Caso clínico 1—Proservação do decíduo, fechamento do espaço da agenesia e abertura de espaço para implante de um terceiro Pré-molar.

Paciente do gênero feminino, M. B., queixando-se de espaços interdentários resultantes da agenesia dos elementos 12 e 22. A mesma iniciou o tratamento, porém, já com cosmética prévia nos elementos 23 e 13. Este último, por sua vez, fez migração natural para a posição do elemento em falta.



Fotos iniciais intra-buciais da paciente, evidenciando a cosmética prévia dos elementos 13 e 23, já mesializados no lugar dos incisivos ausentes. Observe a presença do elemento decíduo no lado esquerdo.



Aspecto final do caso, com a manutenção e preservação do elemento decíduo 63, e o devido torque na coroa do elemento 13 (no lugar do 12) e 14 (no lugar do 13). Placa de Hawley com elemento provisório no lugar do futuro implante (entre primeiro e segundos pré-molares).



Fotos oclusais durante o tratamento e já com o elemento provisório fixado na placa de hawley.



Fotos de sorriso pré-tratamento, durante o tratamento, com a contenção móvel e 3 anos depois da remoção do aparelho.

Caso clínico 2 : Abertura de espaço da agenesia para implante e cosmética de conóide.

Paciente T. H. C., 16 anos de idade, queixou-se dos espaços remanescentes no arco, após a esfoliação dos elementos decíduos e a ausência do elemento 12, conforme demonstrado em imagens abaixo:



Fotos intra-bucais apresentando as condições iniciais da paciente. Apesar da mesialização do elemento 13, observe a oclusão estável em ambos lados.



Final do caso tratado apenas o arco superior, com abertura de espaço para implante do elemento 12 e cosmética terceirizada do elemento 22.



Foto oclusal superior evidenciando o provisório colado por palatina, enquanto a paciente aguarda maturação esquelética para procedimento de implante. Foto final do sorriso obtido, demonstrando a harmonia estética preservada na manutenção ou abertura do espaço para implante.

DISCUSSÃO

Nordquist e Mcneill (1975) realizaram um estudo com 33 pacientes com pelo menos um incisivo lateral ausente com o objetivo de avaliar a condição periodontal e a função oclusal dos casos tratados com abertura e com fechamento de espaço aproximadamente 10 anos após o tratamento. A amostra consistia de 66 quadrantes maxilares que foram divididos em 4 grupos: grupo tratado com fechamento de espaço (39), grupo tratado com abertura de espaço e colocação de prótese fixa (13), grupo tratado com abertura e colocação de prótese removível e grupo apresentando incisivos laterais naturais. A avaliação periodontal mostrou que os quadrantes tratados com abertura de espaço apresentaram maior comprometimento periodontal com maior acúmulo de placa nos reabilitados com prótese removível e maior aprofundamento de bolsa nos tratados com prótese fixa. A avaliação oclusal mostrou que em todos os quadrantes tratados com fechamento de espaço e em 89% daqueles tratados com abertura de espaço apresentaram desocclusão em grupo nos movimentos de lateralidade. Os autores afirmam que o tratamento com o fechamento de espaço é vantajoso se contribuir para a correção de uma maloclusão, seja por alteração na relação molar, seja por deficiência na largura do arco.

Consideram que o fechamento de espaços elimina a possibilidade de uma desocclusão pelo canino nos movimentos de lateralidade levando a uma função em grupo. Cor, forma, posição e inclinação dos caninos, assim como a relação entre o tamanho dos dentes são fatores citados pelos autores como critérios de avaliação quando a opção for o fechamento de espaço.

Proffit (1986) afirmou que a ausência congênita de incisivos laterais superiores leva algumas vezes ao desenvolvimento de um grande diastema entre os incisivos centrais. Nestes casos, quando a opção de tratamento for o fechamento dos espaços, o fechamento do diastema possibilitará movimento mesial dos caninos para que erupcionem próximo aos centrais. O autor recomenda a extração dos caninos decíduos para que os pré-molares possam migrar para a posição dos caninos permitindo também a movimentação mesial dos demais dentes posteriores.

Para o autor, quando a opção de tratamento for a abertura de espaços, autotransplantes e implantes intra-ósseos podem substituir o incisivo lateral ausente. O auto-transplante pode ser indicado nos casos em que há necessidade de extração em alguma região. O autor enfatiza

que a indicação dos implantes é possível somente quando houver cessado o crescimento facial, pois caso contrário, os implantes ficarão em infraoclusão prejudicando a estética.

Millar e Taylor (1995) visaram a importância do diagnóstico precoce de agenesia de incisivos laterais superiores para que possa realizar um tratamento interceptativo baseado em extrações de dentes decíduos, pois dessa forma há a possibilidade do fechamento natural do espaço o que resulta na diminuição da necessidade do uso de aparelhos, mas para isso deve-se considerar a presença e a severidade de maloclusões pré-existentes. Considerando que a extração dos incisivos e caninos decíduos possibilita a erupção mesial do canino permanente bem próximo ao incisivo central, conseguindo manter o canino no lugar do incisivo lateral. Afirmam que as extrações interceptativas são menos apropriadas nos casos de maloclusão de classe II pois o movimento mesial do segmento anterior pode levar futuramente à falta de espaço no arco e gerar complicações piores no tratamento.

Os autores fazem algumas recomendações quanto à reanatomização do canino, assim como os cuidados que o profissional deve ter durante a realização dos desgastes. Segundo os autores os desgastes nas faces mesiais e distais dos caninos devem ser realizados antes do fechamento total dos espaços, a ponta do canino deve ser removida e resina deve ser acrescentada na borda incisal para formar ângulos arredondados, principalmente o ângulo distal, a face vestibular do canino deve ser removida com cuidado para que não fique aparente a cor escura da dentina e os desgastes na face palatina devem ser realizados para evitar contatos prematuros.

Furquim, Suguino e Sábio (1997) relataram um caso de agenesia bilateral de incisivos laterais superiores e dos elementos dentários 35 e 25 tratados através do fechamento dos espaços e dentística restauradora. A paciente apresentava 15 anos e 11 meses, relação molar de classe I, perfil côncavo, lábio superior retraído, diastemas no arco superior e classe III esquelética, devido a uma deficiência da maxila. Foi realizada disjunção palatina associada à tração reversa da maxila antes do fechamento dos espaços. O caso foi finalizado com uma melhora no perfil facial e relação molar de classe II. Os autores afirmam que o fechamento ortodôntico dos espaços combinado com procedimentos restauradores, frequentemente proporcionam um bom resultado estético e com menos problemas relacionados com a colocação de próteses.

Armbruster et al. (2005) realizaram um estudo com o objetivo de determinar o melhor resultado estético entre o tratamento de abertura e

fechamento de espaço. Da mesma forma, Millar; Taylor (1995); Ascher et al. (1986) apud Freitas et al. (1998) relatam que a estética é melhor alcançada pela reabilitação protética do incisivo lateral superior. Em 1957, Stuart e Strallard (apud Freitas et al., 1998) afirmavam que a abertura de espaço para instalação de uma prótese e manutenção dos caninos numa relação de classe I resulta em melhor oclusão e estabelece menor achatamento do perfil.

Foram avaliadas 12 fotografias que compreendiam 3 casos de abertura de espaço e colocação de implantes, 3 de abertura de espaço e colocação de prótese fixa, 3 de fechamento de espaço e 3 casos de dentição normal. A avaliação foi realizada por 140 clínicos gerais, 43 ortodontistas, 29 especialistas e 40 pessoas leigas e em todos os grupos, as fotografias dos casos de dentição normal e dos casos de fechamento de espaço com mesialização e reanatomização do canino foram classificadas como oferecendo melhor estética.

Lombardi mencionou que julgamentos estéticos detalhados só podem ser feitos pela visualização do paciente na vista frontal, na conversação, pela expressão facial e no sorriso. Esta avaliação frontal do paciente permite ao profissional obter informações adequadas como:

- 1) o comprimento das coroas dos incisivos superiores e inferiores;
- 2) contorno da borda incisal (antes e após o remodelamento por desgaste);
- 3) inclinações axiais de todos os incisivos superiores e inferiores;
- 4) linha mediana (superior, inferior, labial e facial);
- 5) torque da coroa (caninos, pré-molares, e molares de ambos os lados);
- 6) linha do sorriso (em repouso e no sorriso amplo);
- 7) simetria esquerda e direita das formas e tamanhos das coroas e nível da margem gengival.

Nordquist e McNeill relatam que Carlson, Strang, Thompson e Tuverson defendiam o fechamento de espaço nos casos de agenesias de incisivos laterais sempre que possível, de maneira a evitar a necessidade de próteses e sua substituição periódica. A deficiência na estética e na qualidade funcional das próteses colocadas em pacientes com agenesias de incisivos laterais superiores foram as principais razões para a escolha pelo tratamento com fechamento de espaço. O melhor resultado estético do fechamento de espaço se baseava não apenas no aspecto da cor do dente quando comparado aos dentes artificiais, mas também pelo estabelecimento de uma arquitetura alveolar e gengival normal.

CONCLUSÃO

É notório que ausência dos incisivos laterais superiores cria um problema estético e funcional para o paciente. Este fato resulta tanto em ansiosa procura pelo reestabelecimento da normalidade por parte do paciente, quanto um desafiador exercício da ortodontia, até para profissionais mais experientes. Porém, conforme o exposto, nem só de competência depende o sucesso do tratamento para com pacientes portadores de agenesia de incisivo lateral. Um diagnóstico bem elaborado e quanto mais cedo evidenciado, aliado a um bom plano de tratamento são os primeiros passos para o sucesso deste que problema que acomete cerca de 3% da população. Para tal, os sinais da agenesia, tanto clínicos quanto radiográficos devem ser observados precocemente. Após o diagnóstico correto, a escolha da melhor mecanoterapia dependerá especialmente de:

- 1- grau de hipodontia;
- 2- a condição do dente adjacente;
- 3- condição da relação interoclusal;
- 4- idade do paciente;
- 5- perfil facial.

Dada a devida relevância à estes itens, as opções de tratamento deverão ter seus prós e contras expostos e bem avaliados, assim:

1- O fechamento de espaços utiliza-se de estrutura dental sadia, livre da artificialidade ou terapias invasivas de reabilitação. Porém, acarreta remodelação do canino e mesialização dos dentes posteriores, resultando em um tratamento moroso que pode ainda comprometer o perfil facial do paciente.

2 - A abertura de espaços, por sua vez, além de constituir um tratamento geralmente mais rápido, estabelece uma relação oclusal de classe I. No entanto, envolve substituições protéticas que nem sempre satisfazem os requisitos estéticos do paciente, podendo ser desde próteses fixas convencionais a implantes osseointegrados.

Conclui-se, portanto, que não há uma súmula pré-determinada, na qual o paciente possa ser enquadrado e gabaritado quando se trata de agenesia de incisivo lateral. O profissional deve sim fazer considerações ponderadas acerca de aspectos que vão desde condições financeiras a disponibilidade de tempo de tratamento por parte do paciente, passando por vantagens e desvantagens, indicações e limitações de cada opção de tratamento. Individualizando devidamente cada caso, as expectativas do

paciente bem como os objetivos do tratamento serão plenamente alcançadas.

REFERÊNCIAS

AL-ANEZI, S.A. Orthodontic treatment for a patient with hypodontia involving the maxillary lateral incisors. **Am J Orthod Dentofacial Orthop** v. 139, n. 5, p. 690-7, 2011.

BABA-KAWANO, S. et al. Relationship between congenitally missing lower third molars and late formation of tooth germs. **Angle Orthod** v. 72, n. 2, p. 112-7, Apr., 2002.

BACCETTI, T. A controlled study of associated dental anomalies. **Angle Orthod** v. 68, n.3, p.267-74, june, 1998.

BALSHI, T.J. Osseointegration and orthodontics: Modern treatment for congenitally missing teeth. **Int J Periodont Restor Dent** Lombard, v. 13, p. 499-505, 1993.

BERGENDAL, B. et al. A multidisciplinary approach to oral rehabilitation with osseointegrated implants in children and adolescents with múltiple aplasia. **Eur J Orthod** London, v. 18, p. 119–29, 1996.

BJERKLIN, K.; KUROL, J.; VALENTIN, J. Ectopic eruption of maxillary first permanent molars and association with other tooth and developmental disturbances. **Eur J Orthod** v. 14, n. 5, p. 369-75, oct., 1992.

BJERKLIN, K.; KUROL, J. Prevalence of ectopic eruption of the maxillary first permanent molar. **Swed Dent J** v. 5, n. 1, p. 29-34, 1981.

RIEDI, C.R.M. Integração ortodontia e dentística na recuperação da harmonia estética do sorriso. **American Journal of Orthodontics** v. 58, n. 2, Aug., 1970.

COZZANI, M.; LOMBARDO, L.; GRACCO, A. Class III malocclusion with missing maxillary lateral incisors. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**. v.139, n. 3, p. 388-96, 2011.

CRUZ, J.P. Prevalência de oligodontia numa amostra ortodôntica privada. **Rev Port Es Cir Maxilofac** S.1, v.30, n.1, p.71-4, jan./mar., 1989.

FRANCO, F.C.M. Má oclusão Classe I de Angle com agenesia de incisivos laterais. **Dental Press J Orthod**. v. 16, n. 4, p. 137-47, July/Aug. 2011.

GARIB, D.G.; PECK, S.; GOMES, S.C. Increased occurrence of dental anomalies in patients with second premolar agenesis. **Angle Orthod**. v. 79, n. 3, p. 436-41, may, 2009.

GARIB, D.G.; ZANELLA, N.L.M.; PECK, S. Associated dental anomalies: case report. **J Appl Oral Sci.** v. 13, n. 4, p. 431-6, 2005.

GARN, S.M.; LEWIS, A.B. The gradient and the pattern of crowns size reduction in simple hypodontia. **Angle Orthod.** v. 40, n. 1, p. 51-8, jan., 1970.

GARN, S.M.; LEWIS, A.B. The relationship between third molar agenesis and reduction in tooth number. **Angle Orthod** v. 32, n. 1, p. 14-8, 1962.

GRABER, L.W. Congenital absence of teeth: a review with emphasis on inheritance patterns. **J Am Dent Assoc** Chicago v.96, n.2, p.266-75, feb., 1978.

ISERI, H.; SOLOW, B. Continued eruption of maxillary incisors and first molars in girls from 9 to 25 years, studied by the implant method. **Eur J Orthod**, London, v. 18, no. 3, p. 245-56, June, 1996.

MACLEY, R.J. An evaluation of smiles before and after orthodontic treatment. **Angle Orthod** Appleton, n. 3, p. 180-90, 1993.

MOSSEY, P.A. The heritability of malocclusion: part 2. The influence of genetics in malocclusion. **Br J Orthod.** v. 26, n. 3, p. 195-203, sep., 1999.

PECK, S.; PECK, L.; KATAJA, M. Concomitant occurrence of canine malposition and tooth agenesis: evidence of orofacial genetic fields. **Am J Orthod Dentofacial Orthop.** v. 122, n. 6, p. 657-60, Dec., 2002.

PECK, S.; PECK, L.; KATAJA, M. Mandibular lateral incisor-canine transposition, concomitant dental anomalies, and genetic control. **Angle Orthod.** v. 68, n. 5, p. 455-66, Oct., 1998.

PECK, S.; PECK, L.; KATAJA M. The palatally displaced canine as a dental anomaly of genetic origin. **Angle Orthod** v. 64, n. 4, p. 249-56. 1994.

SABRI, R. Management of missing maxillary lateral incisors. **J Am Dent Assoc** Chicago, v. 130, p. 80-84, 1999.

THILANDER, B.; ODMAN, J.; LEKHOLM U. Orthodontic aspects of the use of oral implants in adolescents: a 10-year follow-up study. **Eur J Orthod** v. 23, n. 6, p. 715-31, 2001.

THILANDER, B.; ÖDMAN, J.; LEKHOLM, U. Orthodontic aspects of the use of oral implants in adolescents: a 10 year follow-up study. **Eur J Orthod** London, v. 23, n. 6, p. 715-31, Dec. 2001.

Enviado em: abril de 2012.

Revisado e Aceito: julho de 2012.

Revisões de Literatura

**Educação em saúde: adesão a lavagem das mãos entre os
profissionais da área da saúde**
**Health education: adhesion to handwashing among health
care professionals**

CAROLINA MAGRO BARREIROS¹
LUIS GUSTAVO GINARDI FIGUEIREDO²

RESUMO: O presente trabalho tem por objetivo verificar a adesão da higienização das mãos pelos profissionais da área da saúde para a prevenção das Infecções Hospitalares, que é um dos maiores problemas de saúde pública e verificar também quais as técnicas de educação em saúde aplicada para esses profissionais. As Infecções Hospitalares são todas as infecções adquiridas após 72h da admissão do paciente, inclusive as que ocorrerem antes desse tempo, depois de realizado qualquer procedimento invasivo. Hoje, as Infecções Hospitalares são conhecidas como Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde ou Infecções Associadas aos Cuidados em Saúde (IACS), pois as infecções podem ocorrer em qualquer tipo de serviço e assistência e não apenas no âmbito hospitalar. O médico Húngaro, Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865), foi quem descobriu como prevenir as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, no ano de 1847, ao reportar evidências científicas sobre a importância da higienização das mãos antes de qualquer procedimento. Desde então essa prática tem sido recomendada como medida primária no controle da disseminação de agentes infecciosos e é considerada ação prioritária da prevenção e controle das infecções. Porém, nota-se que a maioria dos profissionais da área da saúde ainda não aderiu à recomendação de Semmelweis, que, hoje, se fez norma, pela precária educação em saúde, levando a desmotivação e falta de conscientização sobre a importância dessa técnica tão simples para o combate e controle dos agentes causadores de infecções.

¹Enfermeira graduada na Faculdade Marechal Rondon (FMR)

²Doutor em Zootecnia pela Faculdade de Zootecnia e Engenharia de Alimentos da Universidade de São Paulo (USP) - Enfermeira graduada na Faculdade Marechal Rondon (FMR) - Luis Gustavo Ginardi Figueiredo. Rua João Palma Travassos, nº 803 – Subsetor Leste 2, CEP: 14091-180, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. figueiredolg@gmail.com.

Palavras-chave: Infecções Hospitalares; Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde; Educação em Saúde; Higienização das mãos.

ABSTRACT: This paper aims to verify the adherence to the practice of hand hygiene by health professionals to control Nosocomial Infections, which is one of the biggest concerns in Public Health, and also to verify which Health Care techniques applied to these professionals. Nosocomial Infections are all kinds of infections acquired within 72 hours of the patient's admission, including those which occurred before this time, after any invasive procedure is undertaken. It's described nowadays as Infections Related to Health Care, as infections may occur in any services and assistance, not exclusively in the hospital care scenario. The Hungarian physician, Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865), was the responsible for discovering how to prevent the so called Infections Related to Health Care, in 1847, by reporting scientific evidences about the importance of hand washing before any procedures are performed. Since then, this practice has been recommended as primary measurement in the control of infectious diseases dissemination and it's seen as a priority in terms of prevention and control of infections. However, it is noteworthy that the majority of health professionals have not yet adhered to Semmelweis' recommendation, which is considered mandatory due to bad health education, leading to both lack of motivation and awareness of the importance of this simple technique in the prevention of disease agents.

Key-words: Nosocomial Infections; Infections Related to Health Care; Health Education; Hand Hygiene

INTRODUÇÃO

Para a elaboração do presente trabalho foi efetuado uma revisão bibliográfica de caráter retrospectivo de artigos nacionais e internacionais com recorte temporal nos dez últimos anos, porém alguns trabalhos mais antigos foram mantidos pela importância dos dados mencionados. As indexações eletrônicas de bases de dados utilizados foram Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), nos meses de Julho a Outubro de 2011, utilizando-se as palavras-chave Infecções Hospitalares, Infecções Relacionadas à Assistência, Educação em Saúde e Higienização das Mãos.

As Infecções Hospitalares (IH) são todas as infecções adquiridas após o diagnóstico clínico e laboratorial da admissão do paciente num período de 72h, inclusive as que ocorrerem antes desse tempo, depois de realizado qualquer procedimento invasivo, conforme descrito e estabelecido no Anexo II da Portaria nº 2.616/98 (BRASIL, 1998; IDEC, 2006).

As IH surgiram no século XIX, devido ao grande número de doenças epidêmicas que acometiam a população pobre e, também por conta das precárias condições de higiene e de saneamento em que vivia a sociedade da época (STARLING, 1993; MARTINS, 2001).

Em 1843, Oliver Wendel Homes, mencionou que os médicos da época eram os maiores causadores de complicações infecciosas nas parturientes e recém-nascidos, decorrente do contato direto com as mãos não higienizadas. A implantação da higienização das mãos (HM) teve início através do médico Húngaro, Ignaz Philipp Semmelweis, que em 1847 reportou a primeira evidência científica sobre a redução de mortes maternas pela febre puerperal após a implantação dessa prática com solução clorada (JUMAA, 2005). Com essa técnica, Semmelweis conseguiu diminuir de 18,27 para 3,07% o número de infecções em 2 meses (MARTINS, 2001).

Martins (2001) relatou que em 1958, Florence Nightingale também se destacou na diminuição das infecções através dos cuidados de enfermagem, higienização e limpeza do ambiente hospitalar.

As IH são hoje definidas como Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) ou Infecções Associadas aos Cuidados em Saúde (IACS), pois podem ocorrer em qualquer tipo de assistência à saúde, onde as mãos, que são as estruturas corporais mais utilizadas, são consideradas os principais veículos de transmissão de microorganismos, e assim, representam uma preocupação não apenas de ordem social, mas inclusive de ordem pública e até mesmo global (SOUZA et al., 2008; MARTINI; DALL' AGNOL, 2005; SIEGEL et al., 2007). A Organização Mundial da Saúde (2009) relata que as IRAS podem acometer, além dos pacientes, todos que mantiverem contato direto ou indireto com o doente, e que o impacto das infecções implica em tempo prolongado de internação hospitalar, aumento da resistência microbiana, alta taxa de mortalidade e gastos excessivos para o SUS, pacientes e familiares.

As IRAS são consideradas um grande problema de Saúde Pública que necessita de intervenções do Governo, para instituir medidas de prevenção e combate (SANTOS et al., 2008). Para isso foi criado medidas de controle que se baseia na Educação em Saúde, que é um dos

campos da Saúde Pública, onde orienta a construção de conhecimentos das práticas relacionadas à saúde. Dentre as disciplinas de atuação no campo da Educação em Saúde, podemos destacar duas linhas que influenciam na educação: a abordagem preventiva e a promoção da saúde. A primeira valoriza a aprendizagem sobre as doenças, seus riscos e suas formas de controle; a segunda considera os fatores sociais, as condições de vida e do ambiente como relevantes para manter a saúde das populações (SCHALL; STRUCHINER, 1999; ROCCHA; SCHALL; LEMOS, 2010).

A criação de Comissões de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) e políticas de ações educativas, com treinamentos e cursos específicos são formadas com o intuito de instruir os profissionais da saúde e criam medidas habituais de prevenção e controle de infecções (SANTOS et al., 2008).

Os Programas de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) realizam avaliações dos resultados, identificando a prevalência e a incidência de casos de IRAS, e estabelecem fatores de risco segundo classificação de topografia, especialidade, local etc. No entanto, são insuficientes para determinar a qualidade das práticas assistenciais e atuar de forma preventiva (SILVA; LACERDA, 2011).

Mcglynn e Steve (1998) e Mckibben et al. (2005) relatam que há uma crescente e grande demanda pela utilização de sistemas de avaliação da qualidade de serviços e práticas assistenciais na área de Controle de Infecção Hospitalar (CIH).

A OMS, através da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, tem dedicado esforços na elaboração de diretrizes e estratégias de implantação de medidas visando a adesão à HM (WHO, 2006).

Essas normas reforçam o papel da HM como ação prioritária da prevenção e controle das IRAS. Porém, apesar das evidências científicas e das disposições legais sobre a importância da HM, nota-se que a maioria dos PAS ainda não seguem essa recomendação (TRAMPUZ; WIDMER, 2004; HUGONNET; PITTET, 2002).

REPERCUSSÃO E ADESÃO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PELOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

As mãos contêm em sua flora natural duas populações principais de microorganismo, a microbiota residente e microbiota transitória (ROTTER, 1999). A primeira é formada por microorganismos de baixa virulência onde são pouco associados às infecções veiculadas pelas mãos; por colonizarem as camadas mais internas da pele, são dificilmente

removidas pela higienização das mãos com água e sabão. Já a segunda coloniza a superfície da pele, e sua remoção é feita através da HM, e é mais facilmente eliminada quando utilizado solução anti-séptica (BRASIL, 2007; SCHMIDTS-WINKLER, 1998).

O uso de sabão na HM remove de maneira mecânica a microbiota transitória da pele e quando associado a anti-séptico tem ação química letal aos microorganismos. O álcool a 70% é um importante agente na redução da carga microbiana transitória e residente, pela ação química e letal aos microorganismos (BOYCE; PITTET, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (2007), 30% dos casos de IRAS são preveníveis, através de medidas básicas como a HM com água e sabão ou álcool a 70%, sendo essa a medida mais simples, efetiva e de baixo custo; porém, concorda que colocar em prática a HM consiste numa tarefa árdua, embora seja o meio mais importante e reconhecido há muitos anos para o controle e prevenção das infecções nos serviços de saúde.

Nogueras et al. (2001) relataram que a adesão à HM entre os PAS tanto em países desenvolvidos como nos subdesenvolvidos é inferior a 50%.

Estratégias de educação são os meios mais eficazes na mudança de comportamento dos PAS (SANTOS et al., 2008; KRETZER; LARZON, 1998). E uma forma de motivar os PAS é através de Programas Educacionais Continuados, como campanhas periódicas de incentivo à HM, para redução eficaz dos índices médios de IRAS. Porém, a manutenção da adesão se mostra um desafio, pois após algum período, os índices retornam aos patamares anteriores (SANTOS; SANTOS, 1998).

Novoa et al. (2007) concordaram que a melhor maneira de prevenir as IRAS é através de programas de prevenção contra as IRAS e informativos sobre a correta HM antes e após a manipulação dos pacientes.

Lam, Lee e Lau (2004) aplicaram um programa educacional para a HM num hospital e com isso conseguiram aumentar de 40 a 53% a adesão entre médicos e enfermeiros, antes do contato com o paciente e de 39 para 59% após o contato.

Won et al. (2004) conseguiram aumentar a adesão dos PAS para 80% fazendo com que a taxa de infecções nosocomiais diminuíssem de 15,1 mil pacientes/dia para 10,4 e 11,9 por mil pacientes/dia durante o primeiro e o segundo ano da campanha de prevenção a infecções por meio da HM.

Neves et al. (2006) em seu estudo sobre o impacto das estratégias de incentivo à adesão à HM utilizou 3 estratégias como ferramenta de incentivo: paródia musical, cartazes e frases sobre a temática HM e observou que mesmo com todo o incentivo diferenciado, aproximadamente 38% dos procedimentos clínicos/diagnósticos, não ocorreu a adesão à HM. Concluiu-se que houve pequeno impacto no aumento da adesão à HM durante a implementação do projeto e que após cessada as estratégias de incentivo houve, ainda, redução nos índices de adesão.

Para a adesão à lavagem das mãos, Bezerra (2003), relatou que a educação quanto a HM deve ser relevante para o sujeito, necessitando de seu envolvimento emocional, sentimental, idéias e cultura, a fim de que ela se torne uma prática social, pois quanto mais significativa, maior será o envolvimento e o impacto, e isso se tornará uma ferramenta para a transformação diária na prática do indivíduo.

Erdmann e Lentz (2004) relataram que a mudança só ocorrerá quando houver insatisfação com a situação em que está vivendo, percepção de alternativas e reconhecimento no âmbito individual e/ou institucional, da habilidade e do potencial para mudança.

Para a educação da HM contra as IRAS ocorrer de forma permanente é necessário educação em saúde para melhor conscientização dos PAS, inclusive constante aperfeiçoamento da técnica para que o crescimento da ação educativa seja integral e dinâmico, desta forma os indivíduos terão como ordenar seus pensamentos ficando cada vez mais motivados (BRASIL, 2007; PACHECO, 1999).

Frente a esse grande desafio no meio hospitalar pelos PAS, observa-se que enquanto os profissionais envolvidos com a prevenção e o controle das infecções interagirem-se entre si, através de socialização, haverá um aumento da adesão. Porém, sabe-se que a adesão depende não apenas dos fatores externos, mas principalmente dos fatores internos ligados a individualidade de cada trabalhador (NEVES et al., 2009).

No entanto, a educação como a principal fonte de divulgação e disseminação de conhecimento não tem conseguido modificar os comportamentos e condutas específicas. É nítido que as medidas de prevenção e controle de infecções adotadas não repercutem na mudança dos índices das IH. O que se espera desde o século XIX é que as ações educativas estimulem a reflexão sobre a atuação individual de cada ser, para assim propiciar a aprendizagem e modificação das práticas instituídas para a prevenção desse mal que nos cerca à décadas (SANTOS et al., 2008).

Porém, apesar de todos os esforços no controle das IRAS que vários segmentos como laboratórios, instituições hospitalares, empresas/indústrias de tecnologias, profissionais de saúde e órgãos governamentais apresentam, observa-se ainda altos índices persistentes de IRAS e atualmente o surgimento de novos problemas, tais como: multirresistência de microorganismos, seleção de flora hospitalar, antibióticos seletivos, entre outros. Todo esse conjunto de problemas constitui novos desafios no controle das IRAS, tendo como causa principal dentre todos os citados o uso indiscriminado de antibióticos (SANTOS et al., 2008). Segundo Muto, Sistrom e Farr (2000) as IRAS geralmente ocorrem por conta da alta resistência dos microorganismos aos antimicrobianos.

A prática de HM é baseada na capacidade que as mãos abrigam microorganismos que são transferidos de uma superfície a outra. A ruptura deste círculo vicioso de transmissão exige a adoção de normas básicas e conscientização dos profissionais da área da saúde (PAS), e inclusive entre os demais sujeitos que tiver contato com o paciente, e segundo Martini e Dall'Agnol (2005) a técnica de maior importância é a adesão à HM.

Apesar de admitida mundialmente e cientificamente que de fato ocorre transmissão de infecções pelo contato das mãos, o cumprimento das normas para a prevenção da IRAS é insatisfatória; vários estudos apontam a baixa adesão à prática da HM. A negligência dos PAS à técnica da HM são um dos motivos que indica o não cumprimento das normas a prevenção de IRAS. Muitas vezes essa negligência é por conta de vários motivos, como: ausência de pias próximas ao cliente, dermatite nas mãos por conta dos produtos utilizados na HM, falta de motivação, tempo, recursos humanos adequados, ausência de preparo e consciência sobre a importância das mãos na transmissão de microorganismos (ROCHA; BORGES; FILHO, 2007; MARTINI; DALL'AGNOL, 2005).

Hoje, com todas as várias medidas profiláticas e conhecimento associado com a tecnologia disponível universalmente, permanece ainda para nós, o desafio de Semmelweis, que é a de tornar a HM ação rotineira para a prevenção e controle das infecções hospitalares e para isso é primordial entender porque as medidas de prevenção e controle adotadas não repercutem na mudança dos índices de IH (SANTOS et al., 2008).

TÉCNICAS DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Who (2006) orientou que quem deve higienizar as mãos são todos que trabalham de maneira direta ou indireta com paciente em serviços de

saúde, pessoas que atuam na manipulação de medicamentos, alimentos, e materiais estéreis ou contaminados.

O termo “lavagem das mãos” foi banido, atualmente o termo usado é “higienização das mãos”, devido à maior abrangência deste procedimento. O termo engloba a higienização simples, a higienização anti-séptica, a fricção anti-séptica e a anti-sepsia cirúrgica das mãos (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002).

Embora a HM seja um ato simples, em serviços de saúde agrega produtos e técnicas que visam ampliar sua eficácia. É recomendada cotidianamente antes e após o contato com o cliente e é reconhecida como um ato fundamental para a segurança do mesmo (BRASIL, 2007).

Há recomendações quanto a produtos, técnica, frequência, dentre outros aspectos da higienização de mãos, normatizado por diversos órgãos, para serem seguidos pelos PAS, baseados em evidências da relação entre a adesão a esta prática e a diminuição dos índices endêmicos de infecção. Entretanto, observa-se que a adesão à HM continua baixa (TIPPLE et al., 2007), mostrando que as informações de prevenção das IRAS através da HM não estão atingindo o objetivo de mudança de comportamento.

Produtos utilizados na higienização das mãos, segundo (BRASIL, 2007):

Água e Sabão:

- Usar quando as mãos estiverem visivelmente sujas;
- Ao iniciar o turno de trabalho;
- Antes e depois de qualquer procedimento assistencial ao paciente;
- Após ir ao banheiro;
- Antes e depois das refeições;
- Antes de preparo de alimentos;
- Antes de preparo e manipulação de medicamentos;
- Nas situações descritas a seguir para preparação alcoólica.

Solução Alcoólica:

- Indicado quando as mãos não estiverem visivelmente sujas;
- Antes e após contato com paciente;
- Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos;
- Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico;
- Após risco de exposição a fluidos corporais;
- Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente;
- Após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente;
- Antes e após remoção de luvas (sem talco).

Anti-sépticos:

- Usa-se em casos de precaução de contato;
- Em caso de surto.

Degermação das mãos:

- No pré-operatório, antes de qualquer procedimento cirúrgico (indicado para toda equipe cirúrgica);
- Antes da realização de procedimentos invasivos. Exemplos: inserção de cateter intravascular central, punções, drenagens de cavidades, instalação de diálise, pequenas suturas, endoscopias e outros.

REFLEXÕES

O presente trabalho reafirma a importância e a necessidade de programas de educação continuada aos PAS visando estabelecer métodos e técnicas para a adesão à HM e inclusive campanhas para perpetuar o

que o estudo demonstrou, pois pode-se concluir que a HM é importante para a redução das IRAS e que há uma baixa adesão entre os PAS por falta de motivação e principalmente conscientização.

REFERÊNCIAS

BOYCE, J.M.; PITTET, D. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. **MMWR MORb Mortal Wkly Rep.** v. 51, p. 1-45, 2002.

BEZERRA, A.L.Q. **O contexto da educação continuada em enfermagem.** São Paulo: Martinari e Lemar, 2003.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2007. 52 pag.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.616, de 12 de maio de 1998. **Estabelecem diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares.** Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 maio. 1998.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. **MMWR** v. 51, p.1-45, 2002.

ERDMANN, A.L.; LENTZ, R.A. Conhecimentos e práticas de cuidados mais livres de riscos de infecções hospitalares e o processo de aprendizagem contínua no trabalho em saúde. **Texto Contexto-Enferm** v. 13, (n. esp), p. 34-49, 2004.

HUGONNET, S.; PITTET, D. Hand hygiene: beliefs or Science? **Clinical Microbiology and Infection**, v.6, p.348-54, 2000.

INSTITUTO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (IDEC). **O controle de infecção hospitalar no Brasil e os consumidores.** São Paulo. 2006. 24p.

JUMAA, P.A. Hand hygiene: simple and complex. International Journal of Infectious Diseases. **United Arab Emirates**, v.9, p.3-14, 2005.

KRETZER, E.K.; LARSON, E. Behavioral Interventions to Improve Infection Control Practices. **Am J Infect Control** v. 26, n. 3, p. 254-63, 1998.

LAM, B.C.; LEE, J.; LAU, Y.L. Hand hygiene practices in a neonatal intensive care unit: a multimodal intervention and impact on nosocomial infection. **Pediatrics**, v. 114, p. 565-71, 2004.

MARTINI, A.C.; DALL' AGNOL, C.M. Por que lavar ou não as mãos? Motivos de um grupo de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm** v. 26, n. 1, p. 88-101, 2005.

MARTINS, M.A. **Manual de infecção hospitalar**. epidemiologia, prevenção e controle. 2 ed. Belo Horizonte: MEDSI, 2001.1116p.

MCGLYNN, E.A.; STEVEN, M.A. Developing a clinical performance measure. **Am J Prev Med** v. 14, n. 3, p. 14-21, 1998.

MCKIBBEN, L. et al. Guidance on public reporting of healthcare-associated infections: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. **Am J Infect Control** v. 33, n. 4, p. 217-26, 2005.

MUTO, C. A.; SISTROM, M. G.; FARR, B. M. Hand hygiene rates unaffected by installation of dispensers of a rapidly acting hand antiseptic. **American Journal of Infection Control** v. 28, n. 3, p. 273-76, 2000.

NEVES, et al. Relato de experiência: utilização de cartazes estilizados como medida de incentivo à higienização das mãos. **Rev Eletr Enf** v. 11, n. 3, p. 738-45, 2009.

NEVES, et al. Higienização das mãos: o impacto de estratégias de incentivo à adesão entre profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Latino-am Enfermagem** v. 14, n.4, jul./ag., 2006.

NOGUERAS, M. et al. Importance of hand germ contamination in health-care workers as possible carriers of nosocomial infections. **Rev Inst Med Trop**, São Paulo v. 43, p. 149-52, 2001.

NOVOA, A.M. et al. Evaluation of hand hygiene adherence in a tertiary hospital. **Am J Infect Control**. v. 35, p. 676-83, 2007.

PACHECO, H.A. **Educación permanente para el sector salud**. Colômbia, Postergraph, 1999. p. 7-139.

ROCHA, L.A.; BORGES, L.F.A.; FILHO, P.P.G. Falta de adesão à lavagem de mãos, ação irritante do uso de sabão e luvas e sua influência na microbiota qualitativa e quantitativa das mãos de enfermeiros. **NewsLab** v. 82, p. 114-22, 2007.

ROCHA, V.; SCHALL, V.T.; LEMOS, E.S. The contribution of a science museum towards formation of healthcare concepts among young visitors. **Interface Comunic Saúde Educ** v.14, n.32, p.183-96, jan./mar. 2010.

ROTTER, M.L. Hand Washing and hand disinfection. In: MAYALL, C.G. **Hospital Epidemiology and Infection Control**. Philadelphia: Lippincott, 1999, p. 1339-55.

SANTOS, A.M.R. et al. As representações sociais da infecção hospitalar elaboradas por profissionais de enfermagem. **Rev Bras Enferm** Brasília v. 61, n. 4, p. 441-6, jul./ago., 2008.

SANTOS, I.B.C.; SANTOS, F.L. Lavagem de mãos: responsabilidade do primeiro no controle e prevenção de infecção hospitalar. **CCS**. v.10, n. 3/4, p. 253-6, 1998.

SCHALL, V.T.; STRUCHINER, M. Health education: new perspectives. **Cad Saude Publica** v.15, supl.2, 1999.

SCHMIDTS-WINKLER. **Hand infection in health care**. Hamburg: Bode Chemie GmbH, 1998.

SIEGEL, J.D. et al. **The healthcare infection control practices advisory committee. guideline for isolation precautions:** preventing transmission of infectious agents in healthcare settings. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2007.

SILVA, C.P.R.; RUBIA, A.P.; LACERDA, R.A. Validação de propostas de avaliação de programas de controle de infecção hospitalar. **Rev Saúde Pública** v. 45, n. 1, p. 121-8, 2011.

SOUZA, C.M.M. et al. Os direitos dos usuários da saúde em casos de infecção hospitalar. **Rev Bras Enferm** v. 61, n. 4, p. 411-7, 2008.

STARLING, C.E.F. **Vigilância epidemiológica das infecções hospitalares na prática diária**. Belo Horizonte: Cuatiara, 1993. 488 pag.

TIPPLE, A.F.V. et al. Higienização das mãos: o ensino e a prática entre graduandos na área da saúde. **Acta Scientiarum Health Science** v. 29, n. 2, p. 107-14, 2007.

TRAMPUZ, A.; WIDMER, F.A. Hand Hygiene: A Frequently Missed Lifesaving Opportunity During Patient Care. **Mayo Clinic proceedings**. v.79, p.109-16, 2004.

WON, S.P. et al. Handwash-ing program for the prevention of nosocomial infections in a neonatal intensive care unit. **Infect Control Hosp Epidemiol** v. 25, p. 742-6, 2004.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Hand Hygiene: Why, How and When. Summary Brochure on Hand Hygiene. **World Alliance for Patient Safety**, p. 1-4, 2006.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Safer Health Care. WHO Guidelines on hand hygiene in health care. **First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care**. Geneva: WHO Press, 2009.

Enviado em: dezembro de 2011.

Revisado e Aceito: janeiro de 2012.

**Identificação humana utilizando como bioindicador
Dactiloscopia ou Rugoscopia Palatina: vantagens e
desvantagens
Human identification using as bioindicator Fingerprinting
or Rugoscopia Palate: advantages and disadvantages**

ISMAR EDUARDO MARTINS FILHO¹
TARCILA SANTANA MATOS²
MARIANA LOPES³
SILVIA HELENA DE CARVALHO SALES PERES⁴
ARSENIO SALES PERES⁴
EDGARD MICHEL-CROSATO⁵

RESUMO: Objetivo: comparar os dois métodos de identificação humana, datiloscopia e rugoscopia palatina, e verificar por meio da literatura existente as vantagens e desvantagens de cada um deles nas mais diversas condições de identificação. Metodologia: Foi feita uma revisão de literatura incluindo artigos, periódicos, revistas e dissertações que abordaram o tema. Revisão de literatura: A identificação dos indivíduos é imprescindível nas relações humanas, seja socialmente ou como bem jurídico. Variadas técnicas são usadas para identificação humana, dentre elas a análise da rugosidade palatina. O método mais fidedigno de identificação é através das impressões digitais, preenchendo, com integralidade os requisitos de natureza técnica e biológica, Porém a datiloscopia encontra limitações quando há destruição da pele (casos de carbonização ou estágio de decomposição avançados). Nestes casos há análise das rugosidades palatinas ganham papel de importância na identificação humana, visto que as rugosidades continuam protegidas dos agentes exógenos e podem ser analisadas até cinco dias após morte. Conclusão: A rugosidade palatina apresenta requisitos fundamentais de identificação, devido a sua maior resistência aos agentes exógenos e

¹Professor de Odontologia Legal da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB/JEQUIÉ

²Acadêmica de Odontologia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB/JEQUIÉ

³Cirurgiã-dentista formada pela FOU SP

⁴Professores Associados do Departamento de Ortodontia, Odontopediatria e Saúde Coletiva da FOB/USP

⁵Professor Associado do Departamento de Odontologia Social da FOU SP

praticidade no emprego de sua metodologia se configurando, em certas circunstâncias, como um método seguro de identificação humana.

Palavras-chave: Identificação humana, rugoscopia palatina, dactiloscopia.

ABSTRACT: Objective: Comparating the two methods of human identification, fingerprinting and palatal rugoscopy, and verify which is the most effective in various situations of identification. Methodology: A literature review was performed including articles, periodicals, journals and dissertations that focused on. Literature review: The identification of individuals is essential in human relationships both, in the social as well as the legal level. Various techniques are used for human identification, among them the analysis of palatal rugae. The most reliable method of identification is through fingerprints, besides that it is easily accessible and it is more affordable than other processes. But fingerprinting finds its limitations when there is destruction of the skin (cases carbonization or advanced stage of decomposition for example). In these cases the analysis of the palatal rugae gains an important role in human identification, since the rugae remains protected of exogenous agents and can be tested within five days after death. Conclusion: The roughness palate presents basic identification requirements, due to its greater resistance to exogenous agents and practicality in using their methodology shaping up, in certain circumstances, such as a secure method of human identification.

Key-words: Human identification, palatal rugoscopy, fingerprinting.

INTRODUÇÃO

A atuação do cirurgião-dentista no âmbito forense é assegurada pela legislação federal competente, a Lei nº5.081, de 24 de Agosto de 1966, que regulamenta o exercício da odontologia no Brasil. A perícia realizada pelo odontologista não se restringe apenas ao exame dos vestígios dentários, estendendo-se a várias áreas, como antropologia, genética, bioquímica, balística forense, tanatologia e traumatologia forense, radiologia, computação, e mixagem de imagens; tudo respaldado por legislação federal competente. A contribuição da Odontologia Legal nos processos de identificação humana post-mortem está presente desde os procedimentos iniciais (identificação geral): estimativas de sexo e idade; nas determinações de grupo étnico, cor da pele, fenótipo e estatura; no diagnóstico de manchas ou líquidos provenientes da cavidade

bucal, ou nela contidos; ou mesmo na definição da causa e do tempo de morte até a irrefutável possibilidade de identificação individual (OLIVEIRA, 1998).

O processo de identificação estabelece requisitos seja aplicável, é necessário que preencha cinco requisitos técnicos elementares:

- Unicidade, individualidade: é a condição de não se observar a característica em outro indivíduo, isto é, apenas um único indivíduo pode tê-los. Não existem duas impressões iguais, nem mesmo nos diversos dedos de uma mesma pessoa.

- Imutabilidade: condição de inalterabilidade dos caracteres por toda a existência; ou seja, são caracteres que não mudam com o passar do tempo. Os desenhos, com todas as suas particularidades, permanecem sempre iguais, não são modificados em hipótese alguma, a única possibilidade é a “perturbação” de um desenho por cicatriz.

- Perenidade (Persistência): é a capacidade de certos elementos de resistir á ação do tempo. As cristas papilares e, conseqüentemente os desenhos, aparecem antes do indivíduo nascer (sexto mês de vida intra-uterina) e só desaparece com a decomposição cadavérica. As rugosidades palatinas, que aparecem por volta do terceiro mês de vida intra-uterina, são perenes, propiciando a análise pericial em qualquer momento da vida do indivíduo.

- Praticabilidade: Trata-se de um requisito de natureza técnica tornando o processo aplicável na rotina pericial. É a qualidade que permite sua viabilização na rotina pericial como: custo acessível, facilidade de obtenção, facilidade de registro etc. A tomada das impressões digitais de um indivíduo é simples, rápida e exige um mínimo de instrumentos. No caso das rugosidades palatinas, a utilização é facilitada pelo baixo custo e pela facilidade de coleta.

- Classificabilidade: é a condição que torna possível armazenar e localizar a informação possibilitando o arquivamento e a rapidez de localização em arquivos. A obtenção da informação de uma maneira tecnicamente fácil, soma-se a possibilidade de ser classificada e utilizada universalmente.

De acordo com Arbenz (1988) o único método que preenche todas essas condições atualmente é o dactiloscópico, porém fica a ressalva quanto ao fator perenidade, pois não se faz presente quando da esqueletização.

Contudo, a identificação cadavérica não se resume à realizada através dos dentes, pois existem outras formas de identificar um cadáver. Foram relacionadas para a identificação o reconhecimento visual feito

pelos familiares, a datiloscopia, o DNA, a identificação pelos dentes, seios frontais e rugoscopia palatina.

Este estudo teve por objetivo evidenciar cientificamente a identificação humana comparando a rugoscopia palatina e a datiloscopia, identificando vantagens e desvantagens entre os métodos.

REVISÃO DE LITERATURA

Métodos de identificação

O reconhecimento inicial é feito pelos familiares da vítima através do contato visual. Caracteriza-se pela subjetividade e ausência de rigor científico, sendo muito suscetível a falhas. Não sendo possível essa forma de reconhecer o corpo, seja pelo estado emocional dos familiares, seja pelo estado do cadáver, é observado a aplicação de técnicas datiloscópicas.

Datiloscopia

Esse sistema de classificação mais conhecido e usado é chamado de Sistema Vucetich, nome esse dado em homenagem ao criador, Juan Vucetich. É usado na maior parte dos países do mundo, justamente por ser rápido, simples e prático.

A impressão digital apresenta três sistemas de linhas: o sistema Basilar (na base da última falange), o sistema Marginal (nas bordas e extremidades da falange) e o sistema central (núcleo). O ponto de encontro dos três sistemas constitui o chamado delta.

De acordo com Vucetich, há 4 tipos de figuras:

a) verticilo: quando as linhas do núcleo formam um turbilhão; são dispostas em espiral. Como sequência dessa disposição existe dois deltas, um à direita e outro à esquerda;

b) presilha externa: quando as linhas se dirigem da direita para o centro, e daí volta para a direita, dando origem a um delta à esquerda (a leitura da impressão é feita sempre no suporte e nunca no dedo);

c) presilha interna: quando as linhas se dirigem da esquerda para o centro, e daí para a esquerda novamente; nesta figura o delta está situado à direita;

d) arco: quando as linhas se dirigem de um lado para o outro, como a continuação do sistema marginal; não há propriamente sistema central, e assim não há formação de deltas.

A datiloscopia estuda as impressões digitais, as quais são vestígios e marcas deixadas pelas polpas dos dedos graças à substância gordurosa secretada pelas glândulas sebáceas em quase todos os locais de

crime e em objetos, os mais variados, como a superfície lisa de vidros, espelhos, copos, móveis, louças, armas, facas, frutas, folhas de plantas, luvas (CROCE; CROCE JR., 1996).

Esse método traz solução adequada para o problema policial da verificação da reincidência e, ao mesmo tempo, oferece, através de processo expedito e fácil, a mais segura base para a identificação em geral (ALMEIDA JR.; COSTA JR., 1998).

Juan Vucetich definiu datiloscopia como “a ciência que se propõe identificar as pessoas, fisicamente consideradas, por meio das impressões ou reproduções físicas dos desenhos formados pelas cristas papilares das extremidades digitais” (FRANÇA, 2001).

Rugoscopia Palatina

A rugoscopia palatina serve como meio auxiliar de identificação, pois tem uma posição privilegiada, no interior da cavidade oral, onde é protegida por mais tempo das variações de temperatura, mutilações, entre outros fatores. Pode ser utilizada para identificação quando por quaisquer motivos, a datiloscopia ou exame dos dentes não podem ser utilizados. Existem várias formas de classificação das rugosidades palatinas e, por isso a mesma ganha grande importância no reconhecimento de vítimas de desastres e também outras modalidades de identificação.

Rugoscopia Palatina

1. Descrição anatômica do Palato

O palato funciona, ao mesmo tempo, como teto da cavidade da boca e soalho da cavidade do nariz. Consiste de duas porções: o palato duro, cujo esqueleto é o palato ósseo e o palato mole ou véu palatino. A mucosa que reveste o palato duro tem a particularidade de ser espessa e unida ao periósteo que cobre o palato ósseo, formando uma lâmina única (mucoperiósteo) (MADEIRA, 1995).

A rafe mediana aparece no mucoperiósteo do palato, sendo um vestígio da união embriológica das maxilas, que termina adiante numa saliência lisa, oval, a papila incisiva. A papila incisiva leva esse nome por estar atrás dos incisivos centrais e por cobrir o forame incisivo (MADEIRA, 1995).

2. Rugas palatinas

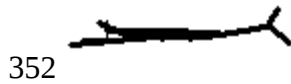
Análise proposta por Luiz Silva

Baseado no sistema Lópes de Léon, acrescentando, porém à lista das papilas simples o ponto que, segundo o autor, constitui a “linha mais simples” e recebeu o número 6, caracterizada pelo ponto. Admite ainda

várias papilas desdobradas nas 6 simples por ele consideradas. Assim sendo, as linhas simples serão anotadas pelo algarismo correspondente:

	1 - reta
)	2- curva
V	3 -ângulo
O	4- Círculo
S	5- Sinuosa
P	6- Ponto

As linhas compostas serão anotadas por um número formado pelos algarismos correspondentes às linhas simples de sua formação. Tanto para as linhas simples como para as compostas, as anotações serão feitas por simples algarismos, para as primeiras, ou números para as segundas, havendo, entretanto, para ambas, certas particularidades que modificam a ordem de numeração. Por exemplo, nesse desenho, as anotações seriam 352, significando rugas simples classificadas como angulares, sinuosa e curvas.



No caso, por exemplo, de ser formada por linhas simples, uma sinuosa tendo em cada extremidade uma reta dirigida para baixo: 5/ 1-1. As particularidades têm sua solução num único critério, ou seja, a anotação é feita pela linha mais alta, que mais se aproxima da região méso-anterior da arcada alvéolo-dentária, devendo ficar entre parênteses a linha ou as linhas que estiverem dentro de outra linha.

A rafe será marcada de acordo com o tamanho apresentado, simples, média, longa, por uma simples letra:

- S- uma papila simples, quase ponto
- C- papila curta
- M- papila média
- L- papila longa

Acontece, porém, às vezes, aparecer uma dupla prolongação da papila palatina mediana, que poderá ser independente, isto é, não se ligar à verdadeira papila mediana ou constituir-se prolongamento de uma das papilas palatinas laterais. Nesses casos, além da marcação normal, deverá ser acrescentada a particularidade verificada:

- Com dupla prolongação.....d
- Com prolongação independente à direita.....id
- Com prolongação independente à esquerda.....ie
- Com prolongação unida à direita.....ud
- Com prolongação unida à esquerda.....ue

Para as duas últimas, prolongação unida, quando for interpretada a papila atingida, colocar-se-à, além do algarismo ou do número, a letra u, significando, assim, que dela parte a pseudo-prolongação da papila mediana.

As papilas serão sempre interpretadas da direita para a esquerda, não implicando essa direção da leitura na associação dos dois lados do rugograma. Primeiramente, será interpretado o lado direito e, a seguir, o lado esquerdo. O arquivamento terá por base o número formado pela soma do número obtido na classificação do lado direito com o obtido no lado esquerdo.

Análise proposta por Martins Filho

Foi uma simplificação do método de identificação humana por meio da rugosidade palatina (rugos palatinas, rafe mediana e papila incisiva) aliada a forma do arco e presença ou ausência de dentes, como critérios complementares.

Ruga Palatina

Avaliada segundo sua espessura:

- pronunciada (fácil visualização)
- sutil (visualização prejudicada)

Papila Incisiva

Foi avaliada quanto as suas características:

- ovalada: forma oval, mais larga do que comprida
- triangular: formato de triângulo com o vértice voltado para os incisivos
- delgada: formato fino e estreito.

A **rafe** foi classificada, na ficha, de acordo com o tamanho apresentado:

- rafe curta.....C
- rafe média.....M
- rafe longa.....L

Forma de análise da rafe:

- prolongamento curto: o prolongamento atinge, no máximo, uma linha virtual considerada como tocando as faces distais dos caninos direito e esquerdo;
- prolongamento médio: o prolongamento ultrapassando a linha virtual distal dos caninos atinge no máximo a linha virtual considerada como tocando faces distais dos segundos pré-molares direito e esquerdo;

-prolongamento longo: ultrapassa a linha virtual distal do segundo pré-molar, ou seja, atingindo o primeiro molar.



1º Grupo: Divisão Canino á Canino

Figura 1



2º Grupo: Divisão Pré-molar á Pré-molar

Figura 2



3º Grupo: Divisão Molar á Molar

Figura 3

Em relação à forma do arco pode ser avaliada por quatro aspectos distintos, segundo TESTUT (1944):

- Hiperbólico: quando os segmentos dos arcos são divergentes em todo o seu perímetro.

- Parabólico: quando, sendo também divergentes, porém um pouco menos pronunciados e prolongando-se sua direção, acabariam por encontrar-se.

- Ipsilon: quando são paralelos entre si.

- Elíptico: os segmentos apresentam convergência.

Presença ou ausência de dentes

Foi avaliada a presença de dentes decíduos e permanentes ou ainda a ausência de qualquer elemento dentário.

DISCUSSÃO

A idéia de identificação e identidade é tão antiga quanto o homem. Desde o homem primitivo encontram-se em suas armas e

utensílios, marcas e caracteres que serviam para identificá-los, para não serem confundidos com os de seus companheiros. Mais tarde os indivíduos passaram a ser identificados por um nome único, que não era transmitido aos seus descendentes; pode-se ver isso entre os antigos hebreus, russos, romanos, etc. e depois por nomes de família (ALVES, 1956).

Por muito tempo foi usado a bertillonagem que se caracterizava por um assinalamento dos caracteres físicos do indivíduo, como: altura, peso, mas tudo isso era relativo, porque as expressões usadas não eram universais e havia assim variação de termos de pessoa para pessoa. Passou a se usar também a fotografia, que muito auxílio prestou á identificação, pois os caracteres do indivíduo ficavam gravados numa chapa fotográfica. Porém, aí surgiu um inconveniente, pois uma simples modificação no cabelo e também a idade, modificavam a fisionomia.

Métodos de identificação existem há tempos, porém, métodos aperfeiçoados só vieram a aparecer por volta de 1879, com Alphonse Bertillon, que anotava as características externas do indivíduo, como cor dos olhos, cor de cabelo, cor da pele, comprimento de úmero, comprimento do fêmur, entre outras medidas até chegar ao método mais utilizado e mais conhecido hoje, que é a impressão digital.

Morlang (1982) afirmou que as impressões digitais têm sido usadas como padrão nos processos de identificação, mas nessa forma de identificação não é possível sem registros anteriores à morte, e são inviáveis, especialmente em casos envolvendo decomposição e traumas. Nesses casos, deve-se dispor de métodos auxiliares de identificação.

De fácil manipulação e compreensão, este método se tornou conhecido no mundo todo, justamente por ser barato, de rápida aplicação e também por ser de fácil armazenamento. Porém, este método apresenta algumas desvantagens, tais como:

- necessita de pessoal treinado para realizar a identificação;
- equipamentos como lupa, aparelho de microfilmagem, e um banco de dados, apesar de baratos, não existem em todos os IMLs tais equipamentos;
- em casos de desastre em massa, como acidentes de avião, trem, entre outros, onde existe a segmentação do corpo em várias partes, fica praticamente inviável descobrir a identidade de um cidadão sem as mãos;
- os fenômenos cadavéricos putrefativos inviabilizam a identificação após alguns dias, como por exemplo, um cadáver encontrado alguns dias após a morte, se tornaria impossível a identificação.

- a Dactiloscopia utiliza 13 pontos de coincidência, e o método proposto por Martins Filho utiliza somente 5 pontos e de não-coincidência;

De acordo com Souza Lima (1964), em condições normais, as rugosidades palatinas não se apresentam tão preservadas da putrefação que se sobreponham em vantagens às papilas digitais, quanto à conservação. As rugosidades são mais bem “defendidas” em determinadas circunstâncias, devido à proteção dada pelo arcabouço ósseo, arcos dentários e mesmo por partes moles, o que não acontece com as papilas digitais. Cujas situações as coloca entre as primeiras regiões a serem destruídas, tal o caso de certos acidentes ou mesmo destruição pela imensa fauna necrófaga.

A rugoscopia palatina apresenta 5 métodos já conhecidos de identificação, porém, a maioria deles por apresentar códigos, números e letras, torna-se de difícil aplicação, portanto, de segunda escolha em identificação humana.

Apresenta como vantagens:

- estar protegido, pelos próprios dentes, pelo músculo masseter, e pela maxila;
- a boca como cavidade, permanece úmida e protegida de fatores exógenos, o que aumentaria o tempo para coleta das rugosidades palatinas;
- as rugosidades palatinas podem ser analisadas até 5 dias após a morte do indivíduo, após este período que inicia a degeneração da mucosa;
- em casos de desastre em massa, se tornaria um método essencial para a identificação de corpos segmentados.
- podem ser comparados a modelos de gesso, colhidos anteriormente pelo cirurgião-dentista da vítima;
- os modelos podem ser digitalizados e analisados por processos digitais de fácil aplicação;
- a sobreposição das imagens dos modelos torna um método prático e rápido, não necessitando de pessoal especializado para tal fim;
- os indivíduos podem ser facilmente identificados por meio de 5 critérios (rugas, rafe, papila, arco e dentes), utilizando pontos não-coincidentes de análise.

Desvantagens

- os próprios fenômenos putrefativos ocorridos no cadáver;
- difícil coleta das rugosidades, por conta da rigidez cadavérica;

REFLEXÃO FINAL

Nas diversas circunstancias que são encontrados cadáveres, podemos lançar mão de diferentes métodos de identificação. Quando a identificação por meio da Dactiloscopia for difícil ou impossível de ser realizada pode-se ainda utilizar outros meios. Qual seria o mais vantajoso? Pelo método proposto por Martins Filho, este seria o de primeira eleição, pois a dactiloscopia utiliza 13 pontos para se realizar a identificação enquanto pela rugoscopia palatina, são utilizados somente 5 critérios de identificação. Particularmente, em casos de segmentação de corpos onde a cabeça se encontra separada do tronco, ou um corpo sem as mãos, o de primeira escolha seria o método pela rugoscopia palatina. Portanto dependendo da situação encontrada em local de crime, o método de identificação pela rugoscopia palatina apresenta mais vantagens em relação ao método dactiloscópico.

CONCLUSÕES

As evidências científicas permitem concluir que:

- 1) A rugosidade palatina apresenta as características básicas de identificação, devido a sua maior resistência aos agentes exógenos.
- 2) A identificação humana por meio da rugosidade palatina, aliada a forma do arco e a presença ou ausência de dentes, pode ser utilizada como um método simplificado de identificação.
- 3) Simplificação na identificação por meio da rugosidade palatina, usando uma análise comparativa de pontos não coincidentes pode ser utilizada como um método de identificação humana.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA JÚNIOR, A.; COSTA JÚNIOR, J.B.Q. **Lições de medicina legal**. 14. ed. São Paulo: Nacional, 1977.
- ALVES, I.C. Processos de Identificação. **Rev Bras Odontol**. Rio de Janeiro, v.14, n.82, p.191-93, 1956.
- ARBENZ, G.O. **Medicina legal e antropologia Forense**. São Paulo: Atheneu, 1988.
- CROCE, D.; CROCE JÚNIOR, D. **Manual de medicina legal**. 4.ed. São Paulo,: Saraiva,1998.

ENGLISH, W.R. et al. Individuality of human palatal rugae. **J Forensic Sci.** v.65, p.43-48, 1988.

FRANÇA, G.V. **Medicina legal.** 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

HAUSER, G.; DAPONTE, A.; ROBERTS, M.J. Palatal Rugae. **J Anat** v.165, p. 237-49, 1989.

LIMSOM, K.S. Computerized recording of the palatal rugae pattern and evaluation of its application in forensic identification. **J Forensic Odontostomatol.** v.22, n.1, p.1-4, 2004.

MADEIRA, M.C. Bases anátomo-funcionais para a prática odontológica. In: MADEIRA, M.C. **Anatomia da face.** 1. ed. São Paulo: Sarvier, 1995. p.103-5.

MARTINS FILHO, I.E. **Simplificação de método para identificação humana por meio da rugoscopia palatina.** Dissertação (Mestrado em Ortodontia e Odontologia em Saúde Coletiva). Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

OLIVEIRA, R.N. et al. Contribuição da odonto-legal para a identificação post-mortem. **Rev Bras Odontol.** v.55, n.22, p.117-22, 1998.

SILVA, M. **Compêndio de odontologia legal.** 4. ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1997.

SOUZA, J.L. **Considerações sobre o estudo das rugosidades palatinas.** [Monografia]. Minas Gerais: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais; 1964.

TESTUT, L. **Tratado de anatomia humana.** Tomo IV. Barcelona: Salvat, 1944.

VANRELL, J.P. **Odontologia legal e antropologia forense.** 1.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Enviado em: outubro de 2012.

Revisado e Aceito: novembro de 2012.

Câncer de Mama Masculino: uma revisão sistemática
Male Breast Cancer: a systematic review

DAYANNE LACERDA MARQUES¹
IDALINA CRISTINA FERRARI JÚLIO²

RESUMO: A pesquisa literária realizada trata-se de o câncer de mama masculino, tendo como problema a falta de conhecimento dos homens tornando-os mais suscetíveis a essa neoplasia rara. O objetivo foi compreender as principais alterações que podem ocorrer nos diferentes organismos, realizada por meio de revisão bibliográfica. O referencial teórico teve como foco, as alterações no organismo, a luta contra o preconceito das próprias vítimas masculinas e também pela sociedade (SILVA, 2001). Os resultados mostram que o fato dos homens evitarem a manifestação quanto a doença, e o preconceito fazem com que os mesmos se tornem mais vulneráveis e em algumas situações vítimas fatais. Os limites encontrados referem-se à falta de estudos científicos ainda não produzidos nessa área. A pesquisa evidenciou que se faz necessário maior conscientização do público masculino quanto a doenças buscando dessa forma que os mesmos realizem exames a fim de evitar que esses caiam nas estatísticas das vítimas fatais ou do diagnóstico tardio.

Palavras-chave: Câncer de mama. Masculino. Revisão bibliográfica.

ABSTRACT: The literature search carried out it is the male breast cancer, with the problem to lack of knowledge among men by making them more susceptible to this rare neoplasm. The objective was to understand the major changes that may occur in different organisms, accomplished through a literature review. The theoretical focused on the changes in the body, the fight against prejudice of male victims

¹Pós-graduanda pela Faculdade UNINGÁ, do curso de Especialização Assistência em Oncologia. Graduada em Biomedicina, pela UNIGRAN Centro Universitário da Grande Dourados. Rua Isidoro Pedroso, 678, Jardim Marabá, CEP: 79830-200, Dourados- MS, Brasil, e-mail: day_manzalli@hotmail.com.

²Orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso *Latu Sensu* de Assistência em Oncologia da Faculdade - UNINGÁ. Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul e docente do Curso de Enfermagem, Especialista pela FIOCRUZ em Formação pedagógica para enfermagem e Especialista em Assistência em Oncologia pela Faculdade Anhanguera.

themselves and also by society (SILVA, 2001). The results show that the fact that men avoid the manifestation as disease, cause and prejudice that they become more vulnerable and in some cases fatalities. The limits refer to found a lack of scientific studies have not yet produced in this area. The research found that greater awareness is needed of the public seeking male and diseases so that they perform tests in order to prevent them from falling into the statistics of deaths or late diagnosis

Key-words: Breast cancer. Male. literature review.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma doença freqüente na população feminina mundial e ocupa, atualmente, o primeiro lugar em incidência, dentre as neoplasias que acometem a mulher, mas o câncer de mama no homem, entretanto, é ocorrência rara e, por este motivo, pouco estudada.

Estima-se que, para cada 100 novos casos de câncer mamário feminino, apenas um caso, ou menos, de câncer masculino será encontrado, correspondendo a 0,8% até 1,0% do total dos casos de câncer mamário. A taxa de mortalidade para os casos de câncer mamário é de aproximadamente 400 casos por ano (PHILOPTTS, 2003).

De acordo com o Ministério da Saúde o câncer de mama atinge cerca 140 mil pessoas, e essas acabam indo a óbito vítimas da doença, mesmo com tantas campanhas informativas, o diagnóstico é tardio reduzindo assim as formas de tratamento e consequentemente seu controle.

O câncer de mama em homens é uma rara neoplasia, representando menos de 1% de todos os tumores de mama e cerca de 0,17% de todos os carcinomas no sexo masculino, a cada 150 casos de câncer de mama, espera-se que apenas um deles ocorra em homens, observa-se que incidência aumentada em negros e pacientes com ocorrência de níveis estrogênicos aumentado, importante ressaltar que esses tumores habitualmente são diagnosticados em idade e estágios mais avançados quando em comparação com o sexo feminino, o atraso no diagnóstico ocorre principalmente por baixa suspeita clínica, tanto dos pacientes quanto de seus médicos (FENTIMAN et al., 2006).

O câncer de mama masculino apresenta prognóstico semelhante a feminina quando em comparação com os mesmos estágios, porém, como acomete pacientes mais idosos, geralmente é associada a outras comorbidades, o que leva habitualmente a menor sobrevida (HILL et al., 2005). Na determinação do prognóstico são considerados os mesmos

fatores usados para a doença em mulheres: tamanho do tumor, grau histológico e acometimento de linfonodos axilares (GENNARI et al., 2004).

Já de acordo com o diagnóstico e tratamento, são utilizadas as mesmas recomendações aplicadas ao câncer feminino, ocorrendo basicamente pela carência de estudos envolvendo aspectos anatomopatológicos dessa neoplasia, sendo que grande parte limita-se a relatos ou pequenas séries de casos, o conhecimento, tanto diagnóstico quanto terapêutico, e frequentemente extrapolado no sexo feminino (MUIR, 2002).

A maioria dos cânceres de mama do sexo masculino é classificada como carcinomas do tipo ductal, sendo rara a apresentação lobular, e cerca de 10% dos casos apresentam doença *in situ*, sendo a grande maioria do tipo invasor (GIORDANO, 2005). Em relação aos receptores hormonais, os tumores em homens apresentam maior percentual de positividade para receptores de estrogênio do que os tumores de mama femininos (FENTIMAN et al., 2006; GIORDANO, 2004).

Os sintomas do câncer de mama palpável são o nódulo ou tumor no seio, acompanhado ou não de dor mamária, podendo surgir alterações na pele que recobre a mama, como abaulamentos ou retrações ou um aspecto semelhante a casca de uma laranja, surgimento de nódulos palpáveis na axila, mas um dos principais problemas que faz com que agrava a situação do homem portador de câncer de mama, é o preconceito que o mesmo possui, pois a falta de conscientização e preconceito por parte dos homens, da importância da realização dos exames para detecção do câncer de mama, tem sido considerada uma das principais causas da ocorrência de óbitos por esta neoplasia, a busca do diagnóstico do câncer de mama em fases iniciais juntamente à incorporação e adoção de condutas terapêuticas sempre atualizadas, poderá acelerar o passo no Brasil no sentido de aumentar e melhorar a sobrevivência dos homens com câncer de mama (SILVA, 2001).

Na maioria dos cânceres que ocorrem os fatores de risco a etiologia é desconhecida, porém são conhecidos fatores associados a maior risco para o câncer de mama masculino. Há fatores de risco similares e distintos aos das mulheres.

Os fatores genéticos possuem grande interferência de história familiar positiva em parentes de primeiro grau, pois 20% dos homens com câncer de mama, e a predisposição genética esta associada ao câncer de mama, o que pode aumentar até 2,5 vezes o risco de desenvolver a doença. Os tumores associados a essas mutações tendem a acometer

pacientes mais jovens e está associado ao prognóstico desfavorável (CARMALT et al., 1998, GIORDANO, 2005).

Algumas pesquisas descrevem uma maior frequência de câncer de mama masculino associado à exposição ocupacional, são exemplos disso homens com exposição profissional crônica a altas temperaturas e trabalhadores em indústrias químicas, de sabão e perfumes, existem ainda evidências em relação à exposição profissional a gasolina e também em homens que trabalham em empresas de fumo existem relatos de que, em consequência da exposição a campos eletromagnéticos, ocorre à formação de tumores mamários em animais por causa da inibição da glândula pineal, com diminuição da melatonina, já em homens, há um estudo mostrando aumento de risco nessa situação e outro de caso controle que também verificou aumento de risco relativo, porém não definiu claramente tempo de exposição em relação ao risco, já a radiação ionizante está bem definida como fator de risco para desenvolvimento de câncer de mama em mulheres, principalmente se ocorrer precocemente na época do desenvolvimento mamário (FENTIMAN et al., 2006, GIORDANO, 2004).

É indiferente se a exposição ocorreu por fins diagnósticos ou terapêuticos, pois em homens, há também relato de aumento de casos de câncer de mama em sobreviventes a explosão das bombas atômicas, a associação entre ingestão alcoólica e câncer de mama é bem definida para mulheres, mas ainda é controversa em homens (GENNARI et al., 2004).

Relatos afirmam que o uso de estrogênio exógeno aumenta o risco de tumores em situações como, por exemplo, o tratamento hormonal do câncer de próstata e seu uso por transexuais, existem evidências até do desenvolvimento de cânceres de mama bilaterais nesta situação, outro fator importante é a obesidade e uma das causas mais frequentes de hiperestrogenismo em homens e têm sido implicadas como fator de risco para câncer de mama, pesquisas já realizadas mostraram que obesidade duplica o risco de carcinoma de mama em homens em comparação com controles (MUIR, 2003).

A associação entre a cirrose, que cursa com hiperestrogenismo, e o câncer de mama em homens ainda não foi demonstrada de forma inequívoca. Porém, existe um trabalho com uma amostra de 11 mil homens com cirrose mostrando que neste grupo a ocorrência de câncer de mama foi quatro vezes maior que na população em geral (MEGUERDITCHIAN et al., 2002).

Para a realização dos procedimentos de diagnósticos do câncer de mama masculino são similares aos realizados para o diagnóstico da

doença em mulheres e incluem história clínica, métodos de imagem e estudo anatomopatológico, pois estudos recomendam que ao surgirem aparecimento de massas mamárias, em homens acima de 40 anos, devem ser investigadas, pois o diagnóstico diferencial inclui doenças, tais como: ginecomastia, abscessos, hematomas, lipomas, necrose gordurosa, ectasia ductal, papiloma intraductal, sarcomas, cistos e doença metastática é a mamografia e um bom exame para homens acima de 50 anos com lesões mamarias, mostrando uma sensibilidade de 92% e uma especificidade de 90% (GIORDANO, 2005).

A ultrassonografia também pode ser usada como meio auxiliar, principalmente em relação ao comprometimento linfonodal, a biopsia por agulha grossa ou punção aspirativa por agulha fina podem ser indicadas para diagnóstico, mas existem preferência pelo uso da biopsia em relação a punção aspirativa por ser um procedimento diagnóstico mais definitivo, podendo-se caracterizar a presença ou não de invasão (GENNARI et al., 2004).

O estudo aborda um tema pouco falado e estudado por não ser muito pouco diagnosticado, sendo assim é importante saber as alterações que pode ocorrer nos diferentes organismos, também lutar contra um preconceito das próprias vítimas masculinas e da sociedade, que os torna mais vulneráveis e em algumas vezes vítimas fatais. Baseiam-se em um estudo bibliográfico do diagnóstico tardio e sua problemática.

PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa apresentou uma abordagem qualitativa, designada como revisão integrativa sistemática (RIS), pois segundo Linde et al., (2003), é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. As revisões sistemáticas são particularmente úteis para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinada terapêutica, que podem apresentar resultados conflitantes ou coincidentes, bem como identificar temas que necessitam de evidência, auxiliando na orientação para investigações futuras.

Por se tratar de revisão de literatura, e pelo tema abordado ser pouco conhecido nos dias atuais, a pesquisa foi realizada de acordo com base de dados em livros, revistas, publicações avulsas ou impressas e documentos eletrônicos dentro do período do ano de 2001 a 2011.

RESULTADOS

Mundialmente, o câncer de mama é a forma mais comum de cancro em mulheres. É a segunda maior causa fetal, depois do cancro de pulmão, e as estatísticas vem crescendo significativamente. Entretanto o câncer de mama em homens é uma rara neoplasia, representando menos de 1% de todos os tumores de mama e cerca de 0,17% de todos os carcinomas no sexo masculino, a cada 150 casos de câncer de mama, espera-se que apenas um deles ocorra em homens (FENTIMAN et al., 2006).

O câncer de mama masculino apresenta prognóstico semelhante à feminina quando em comparação com os mesmos estágios, porém, como acomete pacientes mais idosos, geralmente é associado a outras comorbidades, o que leva habitualmente a menor sobrevida (HILL et al., 2005).

A maioria dos cânceres de mama do sexo masculino é classificada como carcinomas do tipo ductal, sendo rara a apresentação lobular, e cerca de 10% dos casos apresentam doença *in situ*, sendo a grande maioria do tipo invasor (GIORDANO, 2005). Em relação aos receptores hormonais, os tumores em homens apresentam maior percentual de positividade para receptores de estrogênio do que os tumores de mama femininos (FENTIMAN et al., 2006, GIORDANO, 2005).

Já de acordo com o diagnóstico e tratamento, são utilizadas as mesmas recomendações aplicadas ao câncer feminino, ocorrendo basicamente pela carência de estudos envolvendo aspectos anatomopatológicos dessa neoplasia, sendo que grande parte limita-se a relatos ou pequenas séries de casos, o conhecimento, tanto diagnóstico quanto terapêutico, e freqüentemente extrapolado no sexo feminino (FENTIMAN et al., 2006, MUIR, 2002).

DISCUSSÃO

De acordo com o Ministério da Saúde o câncer de mama atinge cerca 140 mil pessoas, e essas acabam indo a óbito vítimas da doença, mesmo com campanhas informativas, o diagnóstico é tardio reduzindo assim as formas de tratamento e conseqüentemente seu controle em muitas mulheres. Em homens essa neoplasia rara, e que atinge uma porcentagem relativamente pequena é visto de uma forma preconceituosa, juntamente com a falta de informação sobre o acometimento a essas pessoas do sexo masculino (PHILOPTTS, 2003).

Hill et al. (2005) e Fentiman et al. (2006), afirmaram de que essa neoplasia em homens apresentam prognóstico semelhante a feminina quando em comparação com os mesmos estágios, porém, como acomete pacientes mais idosos, geralmente é associada a outras co-morbidades, o que leva habitualmente a menor sobrevida

CONCLUSÃO

A pesquisa realizada sobre câncer de mama em homens, nos mostrou que mesmo sendo uma neoplasia com diagnóstico e tratamento semelhante a causada em sexos femininos, tem uma taxa de casos fatais maior do que em relação a das mulheres, isso devido a falta de informação e conscientização da sociedade.

A população deve realizar exames rotineiros e levar uma vida saudável, o que pode impedir o acometimento ou diminuir o comprometimento dessa neoplasia assim como de várias outras enfermidades. A visão preconceituosa para essa neoplasia apenas a torna mais abrupta. Portanto a sociedade tem que passar a ser mais informada de certos tipos de cânceres que são raros, como o tratado nessa pesquisa.

Estudos sobre essa neoplasia devem ser feitos mais a fundo, pois mesmo atingindo uma pequena parcela da população, com todos os empecilhos como a falta de informação e o preconceito, as estatísticas tendem a aumentar, não tendo as vezes a chance de cura pela demora em seu diagnóstico levando a casos fatais.

REFERÊNCIAS

- BARUFFI, H. **Metodologia da pesquisa**: manual para a elaboração da monografia. 2. ed. Dourados: Hbedit, 2001.
- CARMALT, H.L. et al. Carcinoma of the male breast: a review and recommendations for management. **Aust and N Z J Surg**. v. 68, n. 10, p. 712-5, 1998.
- FENTIMAN, I.S.; FOURQUET, A.; HORTOBAYGI, G.N. Male breast cancer. **Lancet**, v. 367, n. 9510, p. 595-604, 2006.
- GENNARI, R. et al. Male breast cancer: a special therapeutic problem. Anything new? **Inter J Oncol**, v. 24, n. 3, p. 663-70, 2004.
- GIORDANO, S.H. A review of the diagnosis and management of male breast cancer. **Oncologist**, v. 7, n. 10, p. 471-9, 2005.

HILL, T.D. et al. Comparison of male and female breast cancer incidence trends, tumor characteristics, and survival. **Ann Epidemiol**, v. 15, n. 10, p. 773-80, 2005.

LINDE, K.; WILLICH S.N. How objective are systematic reviews? Differences between reviews on complementary medicine. **J R Soc Med**. v. 96, p.17-22, 2003.

PHILOPTTS, L.E.; SMITH, R.A. Screening for breast cancer. **Sem (in) Roentgenology**. v. 38, n. 1, p.19-33, 2003.

MEGUERDITCHIAN, A.N.; FALARDEAU, M.; MARTIM, G. Male breast carcinoma. **Can J Surg**. v. 45, n. 4, p. 296-302, 2002.

MUIR, D.; KANTHAN, S.C. Male *versus* female breast cancers. A population-based comparative immunohistochemical analysis. **Arch Pathol Lab Med**, v. 127, n. 1, p. 36-41, 2002.

SILVA, A.S. et al. Ocorrência de Câncer de Mama no Brasil e no Estado de Santa Catarina. **NewsLab** São Paulo v. 46, p. 160-72, 2001.

Enviado em: janeiro de 2012.

Revisado e Aceito: fevereiro de 2012.

**A busca da desinstitucionalização, reinserção e social
The pursuit of deinstitutionalization, and social
reintegration**

ANA PAULA LOPES MACIEL¹
ADILSON LOPES CARDOSO²

RESUMO: Este presente estudo, trata de uma descrição histórica sobre a desinstitucionalização. Visa descrever o fenômeno loucura desde os primórdios da humanidade, envolvendo todas as civilizações e várias camadas da sociedade moderna, adquirindo vários significados e interpretações ao longo dos tempos. Relata sobre algumas conquistas, alguns projetos falhos, e a constante busca por melhoria para esta classe, pois o que podemos observar claramente, é que a medida que os serviços vão construindo respostas e buscando saídas a esses impasses, novos se desdobram e colocam em pauta outras questões relacionadas a reinserção social. Este trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica, nos quais foram utilizados artigos científicos dos anos de 2000 a 2008, considerando as datas anteriores para fatores históricos, com base de dados LILACS, de livros do Ministério da Saúde e legislação. O objetivo deste trabalho é fazer uma revisão bibliográfica sobre a evolução da reforma psiquiátrica durante a evolução humana e também situação no Brasil.

Palavras-chave: Desinstitucionalização, reinserção social, reforma psiquiátrica.

ABSTRACT: This present study deals with a historical overview on deinstitutionalization. Aims to describe the phenomenon insanity since the dawn of humanity, involving all civilizations and multiple layers of modern society, acquiring multiple meanings and interpretations throughout the ages. We report on some achievements, some projects failed, and the constant search for improvement for this class since we can clearly see, is that as the services are building exits and seeking answers to these dilemmas, new unfold and put on the agenda other issues related to social reintegration. This work is a literature review,

¹Aluna do curso de Pós Graduação em Especialização em Saúde Mental Sorocaba/SP - Rua General Carneiro, 1427, Vila Lucy, CEP-18043-004. Sorocaba- SP- Brasil. aniversitaria@hotmail.com

²Professor, Orientador, Mestre em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia.

which were used in the papers of the years-2000 to 2008, considering the dates prior to historical factors, with LILACS database of books and the Ministry of Health legislation. The aim of this paper is to review existing literature on the evolution of psychiatric reform during human evolution and also the situation in Brazil.

Key-words: Deinstitutionalization, social rehabilitation, psychiatric reform.

INTRODUÇÃO

O fenômeno loucura remonta a própria civilização como a conhecemos, desde os primórdios da humanidade, envolvendo todas as civilizações e varias camadas da sociedade moderna, adquirindo vários significados e interpretações ao longo dos tempos. Até a Idade Média, a loucura possuía uma áurea de misticismo, carregada de conteúdo no qual a ciência não compreendia e, muitas vezes fora de qualquer padrão de comportamento conhecido, portanto, em alguns casos, tratada através de sacrifício ou do exorcismo (GONDIM, 2001).

Aproximadamente em meados do século XVII, foram criadas varias casas de “internamento” que abrigavam todos os tipos de pessoas que vagavam pelas ruas, não só os considerados insanos, mais os desempregados, mendigos, prostitutas, epiléticos, entre tantos pertencentes a população excluída. O objetivo era retirar da sociedade todos aqueles inaptos para o trabalho ou que não possuíam características que a sociedade da época classificava como normal e educada (FOUCAULT, 2000).

Tais casas eram na verdade instituições que desempenhavam um papel diferenciado de assistência, como o de exclusão e de conversão espiritual, onde ate aquele momento não havia, ainda, a intervenção da medicina moderna através de seus representantes, tais como médicos, farmacêuticos, enfermeiros (FOUCAULT, 2000).

Em 1656, foi criado o Hospital Geral de Paris, o qual foi o marco do fenômeno vivenciado neste século, denominado por Foucault como Grande Internação. Este marco não se refere somente ao enclausuramento ou internação da loucura, mas a exclusão dos problemas em geral, como afirma Desviat (2002).

O enclausuramento em asilos de mendigos, desempregados e pessoas sem teto, foi uma das respostas do século XVII à desorganização social e a crise econômica, então provocadas na Europa pelas mudanças estabelecidas no modo de produção (DESVIAT, 2002).

Todavia, aquela parcela da população de indivíduos excluídos, passa a ter importância neste novo nicho a ser explorado, um novo mercado de trabalho emergente com suas novas concepções de cidadania, liberdade e igualdade.

Com isso a internação não tinha nenhuma vocação médica. Tratava-se de uma medida assistencial para este grupo de indivíduos que crescia juntamente com as grandes cidades européias. O hospital que deveria cuidar da população que possuía enfermidades, acaba por dar assistência àqueles que a sociedade não julgava adequados, desenvolvendo uma outra função como medida de proteção social onde são desenvolvidas na Europa que tinham. Segundo Vianna (2002), o fim de proteger a sociedade do risco do não trabalho, da negação do assalariamento.

Independente de qualquer que fosse a abordagem dada, a miséria precisa ser banida de alguma forma. Para isso, precisa ser enfrentada, e o internamento é o caminho. Cabe ressaltar que a questão da pobreza passou a ser um problema a ser tratado pelo Estado, tornando-se uma questão pública.

Os loucos como os outros internos, foram enclausurados por não se adaptarem à nova forma de produzir que se instaurava na sociedade européia e, além disso, representavam uma “aberração” irracional diante do novo mundo, no qual a razão ocupava o lugar central.

Praticamente durante todo o século XVII e boa parte do século XVIII, os hospitais foram a única forma de assistência dos loucos. Neste período não havia nenhuma preocupação médica para com a loucura, e o hospital (ainda que, em alguns casos, houvesse doentes e médicos) não tinham função médica também. Apenas no final do século XVIII, esta situação será modificada e a loucura passará a ter status de doença mental. Surgirá uma área de conhecimento própria para tratá-la como tal, a psiquiatria, bem como um lugar específico para este fim, o manicômio (DALGA-LARRONDO,1995).

Em 1973, Philipe Pineal foi designado médico chefe do hospital de Bicêtre, que era uma instituição de assistência filantrópica e social, com uma grande variedade de pessoas internadas. Ao denunciar as condições desumanas dos asilos da época, Pineal libertou os loucos das correntes e separou-os daquela população excluída. Iniciou o que passou a ser denominado de tratamento moral, que compreendia a classificação do espaço institucional, a classificação dos pacientes, e o estabelecimento de uma relação específica de autoridade entre o médico e o doente (GONDIM, 2001).

Para Pessot (1996), Pineal realizou uma verdadeira revolução na teoria da loucura, em sua época, por duas questões:

- atribuir a origem passional ou moral para a alienação mental;
- redefinir totalmente as funções do manicômio, que passa a ser considerado um instrumento de cura.

Também Birman (1978) considerou que Pineal empreendeu a primeira revolução psiquiátrica. Para Amarante (2003), a grande contribuição de Pineal foi trazer a problemática da loucura para a medicina, ou atribuir à loucura o sentido de “doença”.

Portanto a loucura passa a ser um objeto observável, palpável, tratável, compreendida não mais como algo sobrenatural e fora das esferas da ciência, e sim como limitação da percepção humana. Desta forma, dependendo do isolamento do paciente, o mundo exterior seria necessário para a recuperação e socialização do doente, bem como o controle de determinados espaços e tempo como a única forma de torná-los sociáveis e capacitados para o trabalho. Neste contexto da revolução surge o alienismo, como possível solução para a condição dos alienados. Eles não poderiam gozar dos mesmos direitos dos demais cidadãos, mais também não poderiam ser simplesmente excluídos, pois tal atitude contradizia o lema de “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”. Além disso, o alienado teria a sua liberdade condicionada a educação e aos bons costumes da sociedade, deixando para trás suas paixões e desejos, que estariam lado a lado com a irresponsabilidade (AMARANTE, 1995).

Contudo ao final do século XIX, inicia-se um processo de enfraquecimento do alienismo conseqüente as denúncias sobre a ineficiência da prática do enclausuramento, e do hospital quanto espaço terapêutico. Na base desse enfraquecimento, o número excessivo de internações (DALGALARRONDO, 1995).

Nesse período, começam a surgir novas concepções sobre a doença mental, que passa a ser observado sobre uma nova ótica, entendida como de origem neurológica. Nesta perspectiva, o louco é visto como um organismo doente e que funciona mal. A loucura já não é mais passível de tratamento moral e deveria ser tratada dentro do modelo médico tradicional (SHORTER, 2001).

Assim na primeira metade do século XX, surgem novas modalidades de tratamento psiquiátrico, de caráter biológico (insulina e melarioterapia, cardiazol, eletroconvulsoterapia e lobotomia), o que representou um grande avanço terapêutico a psiquiatria (AMARANTE, 1995).

Segundo Amarante, começaram (1995) dentre as varias experiências de transformação no qual o hospital psiquiátrico passou, a ser desenvolvidas, sobretudo, a partir da década de 40, varias propostas. A literatura divide as experiências em três grandes grupos principais:

- a) Tinha como proposta abordar a psiquiatria a partir do próprio modelo do hospital psiquiátrico (Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional);
- b) Assumir a comunidade como ponto central para o desenvolvimento do tratamento (Psicoterapia do Setor e Psiquiatria Comunitária ou Preventiva);
- c) E o que dirigia os questionamentos à psiquiatria em si, aos seus saberes e praticas (Anti-psiquiatria e Psiquiatria Democrática Italiana).

Dos modelos de reforma citados anteriormente, todos esses, sem exceção, tem em comum, o fato de questionar durante o trabalho terapêutico do hospital psiquiátrico, pois todos estes modelos partem do pressuposto comum, no qual o hospital não recupera nem auxilia na recuperação dos internos (AMARANTE, 2003).

Entretanto, com exceção da anti-psiquiatria e das experiências italianas, estas reformas se limitam apenas as críticas ao hospital psiquiátrico, em si. Ou seja, limitaram-se a buscar um outro lugar para tratar os pacientes, sem, contudo, questionar ou criticar a própria concepção da doença mental, o saber psiquiátrico, a psiquiatria (AMARANTE, 2003).

Assim, o hospital psiquiátrico passa ser responsável pela deterioração dos pacientes, pela produção e manutenção da doença. Com isso, uma serie de experiências visando a transformar o espaço asilar e o tratamento dado à loucura passou a ser desenvolvida (AMARANTE, 2003).

Dentre os vários problemas enfrentados historicamente pela psiquiatria no que se refere ao tratamento dado aos seus pacientes, podemos citar a sua reinserção social pois, é necessário um processo de reforma psiquiátrica com condição de inserção deste paciente na sociedade, cujo o maior desafio é tornar-se uma conquista e não uma concessão aos direitos deste paciente, contribuindo assim para uma nova construção de avanços na atuação da assistência em saúde mental, seja no Brasil ou ao redor do mundo (AMARANTE, 1995).

METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica, nos quais foram utilizados artigos científicos dos anos de 2000 a 2008, considerando as datas anteriores para fatores históricos, com base de dados LILACS, de livros do ministério da saúde e legislação.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é fazer uma revisão bibliográfica sobre a evolução da reforma psiquiátrica durante a evolução humana e também situação desta no Brasil.

Avaliar os resultados obtidos e buscar novas maneiras de melhorá-las.

História da Psiquiatria no Brasil

O Brasil durante o período colonial, tratava seus pacientes “loucos” trancafiados em casa, ou os deixava perambulando pelas ruas, entregue a própria sorte e se misturando a grande massa de desempregados, mendigos, criminosos e escravos alforriados, sem dúvida não havia nenhum tipo de assistência ao alienado, salvo alguns casos de grande repercussão, nesses casos, os loucos eram então recolhidos nas cadeias (TENÓRIO, 2002).

Um pouco mais adiante, exatamente no século XVIII, esses pacientes, começaram a ser encaminhados aos anexos para loucos existentes nas Santas Casas de Misericórdia. Onde neste período histórico, foram inicialmente as primeiras instituições de saúde a assumir os cuidados de atenção aos alienados (TENÓRIO, 2002).

Outro marco histórico ocorreu com a inauguração do Hospital Pedro II na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 1852, é dado o início da assistência psiquiátrica brasileira, ainda desprovida de qualquer intervenção médica, durante esse período, o cenário tinha como característica no lugar do médico, a exclusão do poder administrativo no hospital, que ficava a cargo da Santa Casa. Durante o seu trabalho, os médicos eram assistidos pela presença das irmãs da caridade que faziam os serviços nas enfermarias (MAGRO FILHO, 1992).

Durante as décadas de 40 e 50 é que ocorre um fenômeno de crescimento dos hospitais psiquiátricos. Em 1941, o Brasil possuía 62 hospitais psiquiátricos, sendo 23 públicos e 39 privados. Estes últimos, embora em maior número, representavam cerca de 20% dos leitos psiquiátricos existentes, enquanto os públicos detinham o restante (PAULIN; TURATI, 2004).

Já no início da década de 60 é que começa é que começa uma inversão na proporção de leitos público e privados. Este período foi de extrema importância, pois ocorreu o aumento substancial de leitos privados, que passaram a ser responsáveis por mais de 70% dos leitos hospitalares disponíveis (PAULIN; TURATI, 2004). Além disso, as instituições políticas apresentavam superlotação com características de descaso para com os pacientes, pois o estado não possuía material e profissional suficientes que prestassem uma assistência digna, mostrando-se incapaz no tratamento para com os pacientes. O processo de privatização da psiquiatria apontava para existência de uma verdadeira indústria da loucura no país, tornado-se um negócio lucrativo (CERQUEIRA, 2001).

Durante este processo denominado “indústria da loucura” ocorria a compra de leitos em hospitais psiquiátricos privados pelo governo, estratégia para “desafogar” a superlotação dos hospitais públicos e garantir um maior acesso este tipo de atendimento. Resende (1994) demonstra esse aumento da rede privada, afirmando que, em 1965, existiam quatorze mil leitos nessa rede e que, em 1970, esse número havia saltado para trinta mil.

O autor comenta também, que não havia, nesse período controle sobre o tempo de internação, que chegava a média de três meses.

Com o aumento da demanda por mais leitos em hospitais, a internação em hospitais psiquiátricos passa a sofrer uma análise dura e mais crítica, pois nesse modelo ocorria a conseqüente exclusão do convívio social dos pacientes, o que acarreta em diversos questionamentos pelos profissionais da área da saúde mental e pelos familiares dos doentes (RESENDE, 1994).

Conseqüentemente, vários segmentos da sociedade, como a imprensa escrita e falada, os meios intelectuais e as universidades integram um movimento de reivindicação das reformas na assistência psiquiátrica brasileira. Nas duas décadas seguintes, esse movimento se amplia e ganha força, especialmente a partir dos princípios estabelecidos pela Constituição de 1998 e pela regulamentação do SUS (Sistema Único de Saúde) em 1990. A publicação das portarias ministeriais 189 e 224, em 1992, o financiamento, até então, inexistente de recursos assistenciais instalados na comunidade (como os Hospitais Dia, e os CAPS- Centro de Atenção Psicossocial), e estabeleceram os critérios para o funcionamento dos hospitais (BRASIL, 2004).

Com execução dessas e outras medidas, acabaram por promover a inversão do modelo centrado na internação e culminaram na redução

expressiva do número de leitos psiquiátricos existentes. Paralelamente a essa diminuição, foram criadas unidades psiquiátricas em hospitais gerais e multiplicou-se o número de CAPS no território nacional. No ano de 1991, no Brasil havia 86 mil leitos em 313 hospitais psiquiátricos. Dentre os quais muitos pacientes estavam internados há vários anos e grande parte já tinha perdido a totalidade de seus vínculos sociais e familiares (BRASIL, 2004).

Residências terapêuticas

Para promover melhoria e atender a reivindicação da reforma psiquiátrica, de uma maneira mais humana para a grande população de doentes crônicos, no contexto da reforma psiquiátrica, novos dispositivos foram criados. Nesse cenário destacam-se os Serviços Residenciais Terapêuticos (ou simplesmente, Residência Terapêutica), que tem por objetivo, promover a reinserção social de pacientes egressos de longas internações psiquiátricas (BRASIL, 2004).

Esta nova proposta no Brasil, ganha força excepcionalmente na década de 90.

A proposta das residências terapêuticas dá-se em resposta a indagação sobre o que fazer com as pessoas que poderiam sair dos hospitais psiquiátricos, mas que não contavam com suporte familiar ou de qualquer outra natureza. A resposta surgiu durante a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, onde se ressaltou a importância do laço familiar, estratégia importante da implantação dos chamados lares abrigados. No entanto, tardiamente, a sua regulamentação somente ocorre em 2000, com a publicação, pelo Ministério da Saúde, das portarias 106 e 1220 (FURTADO, 2006).

Constitui-se como Residências Terapêuticas, a modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, com a finalidade principal de facilitar a reabilitação dos pacientes. Durante os anos de hospitalização, a subjetividade dos pacientes, é constituída nos moldes estabelecidos pela instituição. Com a mudança para a residência terapêutica eles são confrontados com uma outra realidade e precisam reelaborar todo o seu universo de significados, assim como precisam reaprender as atividades cotidianas e sociais.

Para alcançar esses objetivos, é necessário instituir programas específicos que visam garantir a reinserção social dos pacientes. O propósito desses programas é o de desenvolver habilidades domésticas e sociais que resultem em maior grau de autonomia em diversas áreas de vida cotidiana, para que ocorra reinserção social satisfatória e

conseqüente melhora na qualidade de vida dos pacientes desospitalizados.

Diversos estudos avaliam que esses parâmetros são escassos no contexto brasileiro. Como existe uma tendência crescente de abertura de novas residências terapêuticas, torna-se necessário a realização de pesquisas para avaliar esses projetos, tanto em termos da satisfação do usuário e dos profissionais envolvidos, quanto do impacto dessas ações na comunidade, na utilização de instrumentos padronizados facilitando a avaliação das áreas deficitárias, das necessidades dos pacientes auxiliando o planejamento das intervenções.

Este tipo de trabalho favorece ainda o monitoramento dos efeitos desses programas na vida dos pacientes e permite acompanhar sua evolução na comunidade, promovendo sua melhor interação com a comunidade na qual ele faz parte (LIMA, 2003).

Mudanças Políticas de Saúde

No final do ano de 2001, ocorre a II Conferência Nacional de Saúde Mental. Foi precedida por etapas estaduais, municipais e regionais, as quais envolveram cerca de vinte e três mil pessoas. A etapa nacional contou com um mil, quatrocentos e oitenta delegados, representantes de todos os segmentos. Essa Conferência consolidou a Reforma Psiquiátrica como política de governo e conferiu aos CAPS, o papel estratégico para mudança do modelo de assistência (OMS, 2001).

De acordo com o Ministério da Saúde, os CAPS devem ser os articuladores as redes de saúde mental em seu território e articular os recursos existentes em variadas redes. O objetivo principal dos CAPS é o de oferecer atendimento a população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

A expansão da rede de CAPS tem sido uma das principais estratégias da atual Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde. No ano de 2004, inclusive, foi realizado o I Encontro Nacional de CAPS em São Paulo, o qual contou com a participação de duas mil pessoas e avaliou os desafios e avanços da mudança do modelo assistencial de saúde mental no País. Segundo dados do Ministério da Saúde, no final da década de 80, havia 10 CAPS no Brasil. Em 2001, ano da aprovação da lei da Reforma Psiquiátrica, já eram contabilizados 295, e em 2003, 500 CAPS (BRASIL, 2004).

Entretanto, se esses serviços têm o caráter substitutivo ao hospital, fundamental no paradigma da desinstitucionalização, é uma questão que ainda merece ponderações. Dentre as quais a primeira questão a ser ponderada, refere-se à distribuição espacial dos CAPS que, conforme o próprio Ministério da Saúde, reflete as desigualdades estruturais entre as regiões brasileiras. O MS (Ministério da Saúde) utiliza o indicador de CAPS/100.000 habitantes para desenhar o quadro geral da assistência.

Quadro de distribuição de CAPS por regiões brasileiras

Região	População	CAPS
Norte	1.5142.684	61
Centro Oeste	13.695.944	79
Nordeste	53.088.499	482
Sudeste	80.187.717	443
Sul	27.497.970	261
Brasil	189.612.814	1326

Fonte: BRASIL (2005)

O quadro apresenta um fato importante a ser destacado. A cobertura populacional por rede de CAPS é desigual no Brasil. Enquanto temos a região nordeste com maior cobertura, temos a região sudeste com maior população. Cabe ressaltar que, até 2004, o Amazonas, por exemplo, não tinha nenhum CAPS cadastrado, caso que foi destacado no I Congresso Nacional de CAPS.

A Assistência Psiquiátrica na atualidade

A filosofia da reforma psiquiátrica tem sido baseada nos princípios básicos dos cuidados na comunidade, os quais são:

- desinstitucionalização e diminuição dos leitos hospitalares,
- desenvolvimento de programas e serviços alternativos,
- integração com serviços comunitários e demais serviços de saúde e acesso à medicação (OMS, 2001; BECKER; VASQUEZ-BARQUEIRO, 2001).

Nos tratamentos de base comunitária, a autonomia e o desempenho geral dos pacientes podem ser melhorados, facilitando a integração social. Contrasta-se, em diversas pesquisas, que os pacientes desospitalizados se encontram mais satisfeitos quando residem na comunidade do que em hospitais. Em alguns estudos, a população também demonstrou atitudes positivas em relação à proposta da psiquiatria comunitária (LAUBER et al., 2006).

Depois da saída do hospital, os pacientes podem permanecer com sintomas psiquiátricos inalterados Barbato et al. (2004) ou apresentar melhora nos escores avaliados antes da desospitalização (RUY et al., 2006). Em melhor percentual, alguns pacientes apresentam exacerbação da sintomatologia e precisam ser rehospitalizados (HOBBS et al., 2000). De acordo com Leff e Trieman (2000), a presença de delírios e alucinações em alguns pacientes desospitalizados não prejudica a aquisição das habilidades necessárias para viver em comunidade. A saída dos pacientes do hospital, de forma a garantir uma reinserção social bem sucedida, está à existência de vários serviços na comunidade, com diversos estados de atenção e complexidade, profissionais qualificados, residências terapêuticas bem estruturadas (LIMA et al., 2003).

A falta de intensivo acompanhamento dos pacientes, os recursos insuficientes, a carência de serviços, a falta de integração entre os serviços, a interrupção de medicação, o déficit de habilidades sociais e cotidianas, a falta de centros ocupacionais adequados e a ausência de equipes capacitadas para intervenção em crise, são fatores que podem prejudicar o processo de reinserção dos pacientes (BANDEIRA et al., 1998).

Como possíveis conseqüências dessas deficiências apontam-se o abuso de substâncias, a mendicância, e o envolvimento em pequenos delitos e as hospitalizações freqüentes (MORGADO; LIMA, 1994). Além desses, alguns trabalhos mostram aumento nas taxas de suicídio, Munk-Jorgensen (1999), maior quantidade de leitos ocupados em hospitais gerais e aumento do número de leitos forenses (PRIEBE et al., 2005).

Intervenções e Programas de Reabilitação

Em linhas gerais, o termo refere-se ao conjunto de intervenções sociais, educacionais, ocupacionais, comportamentais e cognitivas, que são utilizadas para melhorar o desempenho dos pacientes e facilitar sua reinserção na sociedade (SARACENO, 1997). Essas intervenções têm demonstrado sucesso na redução dos sintomas psiquiátricos, no ajustamento social, na prevenção de recaídas, na aderência ao tratamento e na diminuição do número de hospitalizações (BARTON, 1999).

Um dos exemplos que podemos citar está sendo realizado no município de Barbacena onde dentro das casas, ocorrem reuniões semanais dos técnicos com os moradores, é quando se aproveitam a ocasião e o espaço para o treinamento da fala e da escuta e para a manifestação individual de desejos, dúvidas, angústias e curiosidades.

Nessas reuniões, os moradores aprendem a negociar e resolver os conflitos, a elaborar as dificuldades e os medos diante das novas situações vividas. As tarefas de cada um, dentro da casa, são definidas e os assuntos de interesse individual ou coletivo são discutidos (VIDAL et al., 2006).

O trabalho da equipe visa a elaboração de projetos terapêuticos coletivos e individuais, estabelecendo as intervenções que serão efetuadas de acordo com as necessidades e limitações de cada um (VIDAL et al., 2006).

O atendimento de eventuais alterações psiquiátricas é feito no CAPS e, havendo necessidade, o morador é hospitalizado por curto período. Neste sentido, cabe ressaltar que as intercorrências psiquiátricas são pouco freqüentes, de pequena gravidade, e resolvidos na própria casa. Em cinco anos, apenas um paciente teve que retornar ao hospital (VIDAL et al., 2006).

Em curso, existe um programa de capacitação permanente para os cuidadores. Nele, são discutidos temas relacionados ao desempenho das atividades, incluindo a abordagem de questões de natureza afetiva e emocional do grupo (VIDA et al., 2006).

Uma vez que o programa de capacitação se desenvolve, cada morador é acompanhado durante os dias da semana e os cuidadores lidam com a resolução de todas as situações que ocorrem no cotidiano das pessoas, desde sintomas clínicos e controle de medicação, até problemas de ordem prática que surgem em uma casa, tais como, falta de água, pequenos acidentes domésticos e conflitos entre moradores. Trata-se de trabalho realizado dentro de perspectivas diretivas e assertivas, procurando envolver e manter o paciente nas atividades terapêuticas. A abordagem assertiva significa que o tratamento deve ser levado ao paciente, em vez de esperar que ele procure pelo cuidado. Ele deve ser motivado a participar e (VIDAL et al., 2006).

Além disso, nesta abordagem, o q se busca, é a responsabilização do próprio morador por suas atitudes, dando-lhe condição de entender as regras sociais e de como elas funcionam, discutindo, com ele, alternativas e ajudando-o a estabelecer novas condutas.

Oficinas Terapêuticas

Ministério da Saúde define e apresenta os objetivos das oficinas terapêuticas como: atividades grupais de socialização, expressão e inserção social através da Portaria 189 de 19/11/1991, e as cooperativas sociais, Lei nº 9867 10/11/1999 dispõe sobre a criação e o funcionamento

de Cooperativas Sociais, visando a integração social dos cidadãos e constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado de trabalho econômico por meio do trabalho. São considerados em desvantagem para efeitos da lei, os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, egresso dos hospitais psiquiátricos, entre outros, enquanto dispositivos da atual Política Nacional de Saúde Mental objetivam se diferenciar em relação às suas práticas antecessoras, práticas decorrentes da idéia de estabelecer o trabalho como um recurso terapêutico, conhecido como “tratamento moral”.

A utilização das artes dentro das oficinas terapêuticas num processo de antes e depois da perspectiva da reinserção e reabilitação psicossocial sofreu significativas transformações que serão descritas no quadro abaixo.

Quadro de artes na Oficina Terapêutica

ANTES	HOJE
Técnica Livre. Acreditava-se que o fazer arte já propicia a “cura por si” por ser um veículo de acesso ao conhecimento do mundo interior.	Técnica com uma finalidade e um propósito definido. Ações inclusoras que proporcionam heterogeneidade e oportunidades de ações com base na desinstitucionalização.
Centra as estratégias terapêuticas no indivíduo extraído do contexto familiar e social.	Centra as estratégias terapêuticas no indivíduo inserido no seu contexto familiar e social.
Ênfase nos trabalhos individuais e grupais com usuários.	Ênfase nos trabalhos coletivos com usuários, familiares e comunidade. Visando a integração e a socialização dos mesmos.
Processo de ocupação aleatória do doente mental.	Processo que permite a expressão de sentimentos, emoções e vivências singulares aos doentes mentais.
Prioriza o poder hegemônico dominante (poder do médico e da verticalidade das relações intra-institucionais). Ênfase na segregação, no estigma, na exclusão, na violência, no preconceito, na alienação, na cronificação, nas desigualdades, na diferença, na discriminação e conseqüentemente “morte dos indivíduos”.	Prioriza a autonomia, o processo criativo e o imaginário do paciente e despsiquiatrização (retirada do médico a exclusividade das decisões e atitudes terapêuticas, passando a ser compartilhada com outros profissionais). Da ênfase na originalidade, na expressividade, nas possibilidades e na desmistificação.
Utiliza vários recursos expressivos como a pintura, o desenho, a modelagem e o artesanato.	Utiliza-se de múltiplos recursos expressivos, como dramatização, fotografia entre outros, além dos já citados anteriormente.

Ante as características citadas anteriormente, pensamos em alguns princípios básicos que deveriam nortear o referido processo. Entre eles podemos enumerar:

- Todos os indivíduos podem e devem projetar seus conflitos internos sob forma plástica, corporal, literária, musical, teatral, etc;
- Valorização do potencial criativo, expressivo e imaginativo do paciente;
- Fortalecimento da auto-estima e da autoconfiança;
- Visar à reinserção social dos usuários;
- Inter e transdisciplinariedade: uma “miscigenação de saberes e intervenções;
- Intersecção entre o mundo do conhecimento e o mundo da arte, pela expressão da subjetividade;
- Reconhecimento da adversidade.

DISCUSSÃO E REFLEXÃO

A assistência em saúde mental vem se transformando, praticamente desde sua origem, com o conhecido “gesto de Pinel” de desacorrentar os loucos do Bicêtre. Desde então muitos foram os movimentos reformistas, as propostas, as discussões que tentaram compreender a incompreensível loucura e se aprimorar do saber a respeito do louco.

A inversão do modelo centrado na internação e conseqüente transferência do tratamento hospitalar para o atendimento na comunidade, constitui hoje, o paradigma dominante na assistência psiquiátrica. As características diversas dos pacientes de outros serviços e localidades, e de diferentes metodologias utilizadas, os dados da literatura indicam que pacientes com longo período de internação podem viver em ambientes comunitários supervisionados, sendo beneficiados com mudanças do local de tratamento.

A proposta das RTs e dos programas de reabilitação, conforme salientado, é promover a reinserção social dos pacientes desospitalizados e proporcionar-lhes o desenvolvimento de autonomia. É um trabalho complexo e que requer abordagens diferenciadas para as diferentes necessidades dos pacientes. Requer também que esses programas sejam desenvolvidos de forma continuada e dinâmica, para manutenção dos ganhos e com ajustes freqüentes de acordo com o desenvolvimento alcançado pelos pacientes.

Como citado anteriormente às residências terapêuticas tem se constituído como modalidade apropriada de serviço comunitário para os pacientes egressos de longa hospitalização. Para melhor entendimento, podemos citar o caso da cidade de Barbacena, onde todos os pacientes participam dos programas de reabilitação proposto, que objetivam o desenvolvimento da autonomia, o treinamento de habilidades cotidianas e comportamento social.

Apesar das deficiências apresentadas por alguns pacientes, a transferência do local de tratamento, junto com as estratégias de reabilitação utilizadas, mostrou-se satisfatória para a maioria deles. Espera-se que as mudanças mais expressivas possam ser detectadas com o seguimento contínuo desses moradores.

Dessa forma podemos afirmar que a reforma psiquiátrica brasileira está em construção, envolvendo uma série de atores e interesses. Desde a origem das primeiras ações destinadas aos loucos no Brasil, até os dias atuais, muitas foram as disputas e estratégias no sentido de “destinar um lugar ao louco”.

Ao falarmos da inserção dos portadores de transtornos mentais crônicos, deve-se não apenas levar em consideração a sociedade que os exclui, mas a sua própria subjetividade, as limitações decorrentes de muitos anos de institucionalização, como a mortificação do eu, a perda de própria identidade, a abolição do desejo, a perda da subjetividade através da objetividade institucional. Esta outra via está voltada para as reais necessidades dos portadores de sofrimento psíquico, buscando romper com a cronificação e a travessia para os espaços da reabilitação e construção/reconstrução da autonomia para a vida cotidiana.

Conclui-se então que a busca pela implementação de políticas sociais que visem não o mero assistencialismo, mas o acesso da população brasileira em geral, das pessoas com transtorno mental em particular, à condição efetiva de cidadãos.

Cabe ressaltar que é preciso construir um referencial teórico embasado nas práticas que se efetivam nas residências terapêuticas, permitindo reflexões, construindo conceitos que darão margem a outros estudos que possam gerar subsídios para os trabalhadores de saúde mental e assim consolidar avanços nos novos dispositivos em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica e na reinserção do paciente psiquiátrico.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.491-94, 1995.
- AMARANTE, P. (Coord.) **Saúde Mental, políticas e instituições**: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIO TEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.
- BANDEIRA, M.; GELINAS, D.; LESAGE, A. Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** v.47, n.12, p. 627-40, 1998.
- BARBATO, A. et al. A study of long-stay patients resettled in the community after closure of psychiatric hospital in Italy. **Psychiatric Services**, Washington, v.55, n. 1, p. 67- 70, 2004.
- BARTON, R. Psychosocial rehabilitation services en community support systems: a review of outcomes and policy recommendations. **Psychiatric Services**, Washington, v.50, n. 4, p. 525- 532, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**: 1990-2004. 5.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CERQUEIRA, L. Psiquiatria social. Problemas brasileiros de saúde mental. Rio de Janeiro, Atheneu, 1984. In: RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUDIS, A.S.; COSTA, N.R. (org) **Cidadania e loucura**. Petrópolis: Vozes, 2001.
- DALGALARRONDO, P. **Civilização e loucura**: uma introdução à história da etnopsiquiatria. São Paulo: Lemos, 1995.
- DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2000 (Edição original em 1972).
- FURTADO, J.P. Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva** v, 11, n. 3, p. 785-95, 2006.
- GODIM, D. S. M. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos**: inovação ou reprodução do modelo assistencial? Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

- HOBBS, C. et al. Deinstitutionalisation for long-term mental illness: a 2-year clinical evaluation. **Australian and Zeland Journal of Psychiatry**. Melbourne, v.34, p.476-83, 2000.
- LAUBER, C. et al. Community psychiatry: results of a public opinion survey. **International Journal of Social Psychiatry**, London, v. 52, n. 3, p. 234-42, 2006.
- LEFF, J.; TRIEMAN, N. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 176, p. 217-23, 2000.
- LIMA, L.A.; BANDEIRA, M.; GONÇALVES, S. Validação transcultural do inventário de habilidades de vida independente para pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 52, n.2, p. 143-58, 2003.
- MAGRO FILHO, JB. **A tradição da loucura**. Belo Horizonte: Coopmed, 1992.
- MORGADO, A.; LIMA, L.A. Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro v. 43, n. 1. p. 19-28, 1994.
- MUNK-JORGENSEN, P. Has deinstitutionalization gone too far? **European Archives Psychiatry and Clinical Neurosciences**, Berlin v. 249, p. 136- 143, 1999.
- OKIN, R.L. et al. Long-term of state hospital patients discharged into structured community residential settings. **Psychiatric Services**, Washington, v. 46, p. 73-78, 1995.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva: OMS, 2001.
- PAULIN, LF.; TURATI, E.R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**. v. 11, n. 2, p. 241-58, maio/ago. 2004.
- PESSOTTI, I. **O século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996.
- PRIBES, S. et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European contries. **British Medical Journal**, London, v. 330, p. 123- 126, 2005.
- RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (orgs). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 4. ed. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1994. p. 15- 74
- RUY, Y. et al. Desinstitutionalization of long-stay patients with schizophrenia:the 2-year social and clinical outcome of a comprehensive intervention program in Japan. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Melbourne, v. 40, p.462-70, 2006.

SARACENO, B. Psychosocial rehabilitation as a public health strategy. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, v. 20, p.10- 15, 1997.

SHORTER, E. **Uma história da psiquiatria**: da Era do Manicômio à idade do Prozac. 1. ed. Lisboa: Climepsi, 2001.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde. Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

VIANNA, M.L.W. **Em torno do conceito de políticas sociais**: notas introdutórias. Rio de Janeiro, 2002.

VIDAL, C.E.L.; VIDAL, L.M.; FASSHERBERV. Residência terapêutica uma nova modalidade de cuidados em saúde mental. A experiência de Barbacena. **Cadernos IPUB**, v.12, n. 22, p. 155-61, 2006.

Enviado em: julho de 2012.

Revisado e Aceito: agosto de 2012.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS
REVISTA UNINGÁ

- 01) Os Trabalhos submetidos para publicação na Revista UNINGÁ devem ser originais ou divulgados previamente de forma restrita. Serão aceitos para publicação artigos originais, ensaios, relatos de pesquisas e investigações científicas, revisões de literatura, relatos de casos clínicos e descrições de técnicas, entre outros. O periódico é dividido em três sessões: Artigos Originais, Revisões de Literatura e Relatos de Caso. Desta forma, o(s) autor(es) deve indicar em qual sessão melhor se encaixa o artigo a ser publicado.
- 02) Apresentar o texto de, no máximo, 12 páginas, impresso em 1 via e também gravado em CD-ROM, digitado em Word 6.0, ou posterior, em papel tamanho A4, com espaçamento simples, sem espaços ociosos entre os parágrafos, fonte Times New Roman, tamanho 12. As margens devem ter 3 cm à esquerda e à direita e 2 cm acima e abaixo. O texto deverá estar justificado à página.
- 03) **TÍTULO** (em português e inglês) Deverá estar em negrito e centralizado no topo da primeira página.
- 04) **NOME DO(S) AUTOR(ES):** O(s) Autor(es) deverá(ão) se identificar logo abaixo do Título, em folha avulsa, com o nome digitado em CAIXA ALTA e justificado à direita da página. A seguir, deve constar a identificação do(s) autor(es), como titulação e instituição a que pertence/representa. Exemplos: JOÃO CARLOS DA SILVA. Aluno do curso de graduação em Biomedicina da UNINGÁ.
JOSIANE MEDEIROS DE MELLO. Professora Doutora do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM).
DANIELLE MOINHOS. Mestre em Odontopediatria pela FOB-USP, Professora do Curso de Odontologia da UNINGÁ.
Deverão constar, ainda, os dados de contato completos do autor responsável pela correspondência (endereço contendo: rua, bairro, cep, cidade, estado e país, e e-mail).
Além disso, os autores devem indicar as fontes de financiamento da pesquisa (agências de fomento, empresas, etc.), quando aplicável.
- 05) Logo abaixo do **TÍTULO**, no corpo do artigo, deverá ser digitada a palavra **RESUMO**, alinhado à esquerda, em negrito. Na linha seguinte, deverá ser apresentado um breve resumo do Artigo, com, no máximo, 200 palavras, seguido de 3 a 5 Palavras-chave ou Descritores. O resumo deve ressaltar as seguintes informações: objetivos, métodos, resultados e conclusões,

composto de uma seqüência de frases simplificadas (concisas), afirmativas, sem apresentação de itens enumerados com tópicos. Deverá ser escrito utilizando-se um parágrafo único. Devem ser evitados símbolos que não sejam comumente utilizados, fórmulas, equações, diagramas, etc. Deverá também constar o ABSTRACT e Key-words, com os mesmos critérios. Para seleção dos descritores de assunto (Palavras-chave e Key-words), o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) deverá ser consultado (<http://decs.bvs.br>).

- 06) Abaixo do Abstract, a palavra **INTRODUÇÃO**, centralizada e negrito, devendo ser abordados o Referencial Teórico pesquisado para a elaboração do artigo, seguido dos objetivos.
- 07) Em seguida, fazer constar: **PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS** (ou **MATERIAL E MÉTODOS**), centralizado e negrito, seguido dos seguintes itens, também centralizados e em negrito: **RESULTADOS**, **DISCUSSÃO**, **CONCLUSÃO** e **REFERÊNCIAS**. No caso de revisões de literatura e relatos de casos clínicos, alguns desses tópicos podem ser eliminados, com exceção dos tópicos **DISCUSSÃO**, **CONCLUSÃO** e **REFERÊNCIAS**.
- 08) As citações, referências, nomeação de tabelas, gráficos e figuras devem obedecer às normas da ABNT. As referências devem aparecer em ordem alfabética, contendo somente as obras citadas no texto e não devem ser numeradas, digitadas em letra Times New Roman, tamanho 10. Eis alguns exemplos já configurados de acordo com as Normas da ABNT:

Exemplos de citação direta no texto:

Um autor:

Prado (1999) afirmou que...

Dois autores:

Goodman e Gilman (2006) relataram que...

Três autores:

Gluskin, Brown e Buchanan (2001) estudaram...

Mais que três autores:

Hata et al. (2002) demonstraram que...

Exemplos do formato da citação indireta no texto:

Um autor:

(FERREIRA, 2000)

Dois autores:

(THOMPSON; DUMMER, 1997)

Três autores:

(GRIFFITHS; THOMPSON; DUMMER, 2000)

Mais que três autores:
(FREITAS et al., 2007)

Referência de Livro com um autor:
SOUZA, A.M.C. **Paralisia cerebral**: aspectos práticos. 2. ed. São Paulo: Mennon Edições Científicas, 1998.

Referência de Livro com até três autores:
MATHERSON, R.J.; PRIMOSCH, R.E. **Fundamentals of pediatric dentistry**. 3. ed. Chicago: Quintessence Books, 1995.

Referência de Livro com mais de três autores:
SAKAI, E. et al. **Nova visão em Ortodontia e Ortopedia Facial**. São Paulo: Ed. Santos, 2001.

Referência de Capítulo de Livro:
SOUZA, A.M.C. Prognóstico funcional da paralisia cerebral. In: FERRARETO, I.; SOUZA, A.M. **Paralisia cerebral**: aspectos práticos. 2. ed. São Paulo: Mennon Edições Científicas, 1998.

Referência de Artigo de Periódico (ou Revista Científica):
LIMA, A.A.S. et al. Tratamento das ulcerações traumáticas bucais causadas por aparelhos ortodônticos. **Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial**, v.10, n.5, p.30-6, 2005.

Referência de matéria extraída de Jornal:
BUENO, W. Uma história índia. **O Estado do Paraná**, Curitiba, p.2, 30 jul. 2000.

Referência de Artigo de Anais de Eventos (Congressos, Encontros, etc.):
CANONICE, B.C.F. **O texto dos formandos de Letras: um estudo sobre a coesão e a coerência**. In: CONGRESSO NACIONAL DE LINGÜÍSTICA E FILOLOGIA. Rio de Janeiro: UERJ, 2000, p. 78-94.

Referência de Dissertação de Mestrado, Teses de Doutorado e outros trabalhos acadêmicos:
GAZOLA, V.A.F.G. **Estudo comparativo dos efeitos da suplementação com L-carnitina e DL-carnitina na toxicidade a amônia e metabolismo hepático**: Estudos *in vivo*, em perfusão de fígado *in situ* e em hepatócitos isolados. Maringá, 1999. 66f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Maringá.

Referência de texto extraído da Internet:

PITTA, G.B.B. **Preservação da veia safena magna na cirurgia das varizes tronculares primárias.** Disponível em: <http://www.lava.med.br/lava/preservacao_safena_magna.htm>. Acesso em 9 de junho de 2004.

Referência de texto extraído de CD-ROM:

CARNEIRO, F.G. **Numerais em esfero-cristais.** In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA, p.49, Belo Horizonte, Ed. UFGM, 1997. 1 CD-ROM.

- 09) Se houver Gráficos, Diagramas e Figuras, recomenda-se que os mesmos sejam em preto e branco e escala de cinza (imagens coloridas serão analisadas em sua relevância para publicação). Se apresentar Tabelas, o título das mesmas deverá aparecer em cima, com numeração progressiva, indicando, logo abaixo, a fonte da pesquisa (se houver); se apresentar Figuras e Gráficos, o título deverá aparecer embaixo, com legendas (se houver) à direita, em tamanho 10. Em caso de imagens digitalizadas, as mesmas devem ser enviadas em CD-ROM, digitalizadas com um mínimo de 300 dpi, nos formatos .TIF ou .JPG e com alta resolução.

10) COMITÊ DE ÉTICA

- 10.1 Todos os trabalhos que envolvam estudos com seres humanos, incluindo-se órgão e/ou tecidos isoladamente, bem como prontuários clínicos ou resultados de exames clínicos, deverão estar de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementos, devendo ter o consentimento por escrito do paciente e terem sido aprovados por um Comitê de Ética em Pesquisa. Caso requisitado, o autor do artigo deverá enviar cópia da aprovação da pesquisa por este Comitê.

- 10.2 No material ilustrativo, o paciente não deve ser identificado e não devem aparecer nomes ou iniciais. Caso contrário, o autor do artigo deve enviar cópia da autorização do paciente/responsável para publicação.

Obs: Caso, por algum motivo, os itens 10.1 e 10.2 não possam ser cumpridos, o autor deve enviar carta ao Editor da Revista justificando o fato, sendo que será avaliado e ficará aos autores a total responsabilidade pelas implicações éticas.

- 11) Em casos de Ensaio Clínicos, exige-se o registro dos estudos de Ensaio Clínicos em base de dados conforme recomendação aos editores da LILACS e SCIELO disponível em: <http://espacio.bvsalud.org/boletim.php?articleId=05100440200730>. O nome da base de dados, sigla e/ou número do Ensaio Clínicos deverão ser colocados ao final do resumo do artigo.

- 12) Os Trabalhos apresentados serão submetidos à avaliação do Conselho Editorial e de consultores *ad hoc*, sendo a avaliação realizada pelos pares. Após o recebimento do texto, ele é avaliado pelo Editor do periódico e encaminhado a dois membros selecionados do Conselho Editorial. Esses consultores recebem os textos de forma a preservar os nomes dos autores e também dos responsáveis pelo processo de avaliação. Após o recebimento do parecer dos dois consultores, o Editor encaminhará o parecer final aos autores. Dois pareceres desfavoráveis à publicação do artigo dado pelos consultores implicam automaticamente na recusa do artigo pela Revista e devolução aos autores, com as devidas considerações fornecidas pelos consultores. Quando necessário, são solicitadas alterações e revisões aos autores. Ao Conselho Editorial reserva-se o direito de aceitar, sugerir alterações ou recusar os trabalhos encaminhados à publicação.
- 13) A REVISTA UNINGÁ, ao receber os artigos, não assume o compromisso de publicá-los.
- 14) Os conceitos emitidos nos textos serão de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Conselho Editorial.
- 15) Juntamente com o artigo, os autores deverão encaminhar um formulário de submissão de artigo, que se encontra disponível no site www.uninga.br, link 'Revista Científica', devidamente preenchido e assinado por todos os autores do artigo. No caso de conflito de interesse, os autores deverão especificá-lo.
- 16) Os textos para publicação deverão ser encaminhados preferencialmente por e-mail, para a coordenação da REVISTA UNINGÁ, ou pelo correio:

REVISTA UNINGÁ

e-mail: artigos@uninga.br
marioneto@uninga.br
marioneto.uninga@hotmail.com

UNINGÁ – Unidade de Ensino Superior Ingá Ltda.
Av. Colombo, 9727, Km 130
Cep: 87070-810 – Maringá-PR

REVISTA UNINGÁ - Formulário de Submissão de Artigo**Título do Artigo:** _____

Transferência de Direitos: Os autores transferem todos os direitos, título e interesse nos direitos autorais do artigo citado acima para a REVISTA UNINGÁ, em caso de publicação. Isto se aplica a todas as traduções do mesmo, e apresentações preliminares, sob quaisquer meios de divulgação, do trabalho aceito e ainda não publicado. Os autores garantem que o artigo é original, não infringe qualquer direito autoral ou de propriedade de terceiros, não está em consideração para publicação em nenhum outro periódico e não foi publicado previamente. Os autores assumem por a responsabilidade pelo conteúdo completo da versão final que foi submetida.

Procedimentos experimentais em animais e em seres humanos: Os autores estão cientes de que a REVISTA UNINGÁ exige que todas as pesquisas que envolvam animais e/ou seres humanos, consideradas para publicação, deverão estar de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementos, devendo ter o consentimento por escrito do paciente e terem sido aprovados por um Comitê de Ética em Pesquisa. Todos os experimentos com seres humanos e/ou animais devem vir acompanhados de descrição, no texto do artigo, que o estudo foi aprovado pelos respectivos órgãos que gerenciam a Ética em Pesquisa nas instituições de origem.

Conflito de interesse: Os autores declaram que todas as suas afiliações corporativas ou institucionais e todas as fontes de apoio financeiro ao trabalho estão devidamente reconhecidas, e certificam que não há nenhum interesse comercial ou associativo que represente conflito de interesse relacionado ao trabalho submetido. Caso haja interesse comercial na publicação do artigo, os autores concordam em inserir essa informação juntamente com o artigo a ser publicado.

Data:

Autor:

Assinatura: _____

Autor:

Assinatura: _____

Autor:

Assinatura: _____

Autor:

Assinatura: _____

196

Endereço do autor responsável pela correspondência:

Logradouro: _____
Cidade/Estado: _____ Cep: _____
Fone: _____ Fax: _____
e-mail: _____

Este documento deverá ser encaminhado juntamente com o artigo para:

REVISTA UNINGÁ

UNINGÁ – Unidade de Ensino Superior Ingá Ltda.
Av. Colombo, 9727, Km 130
Cep 87070-810 – Maringá-PR

Ou escaneado e enviado por e-mail para:

artigos@uninga.br
marioneto@uninga.br
marioneto.uninga@hotmail.com

