

# REVISTA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE NOVA ESPERANÇA

FACENE  
FAMENE

Faculdades de  
Enfermagem e  
Medicina Nova  
Esperança



ISSN 1679-1983



9 771679 198008



Volume 3  
Número 1  
2005  
Revista  
Semestral



## **A REVISTA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE NOVA ESPERANÇA**

Criada em 07 de março de 2003, segundo Resolução nº 07 aprovado pelo Conselho Técnico-Administrativo, com periodicidade semestral e organizada pelos docentes desta IES e objetiva divulgar os trabalhos desenvolvidos pelos profissionais e estudantes da área da Saúde. Está inscrita no Centro Brasileiro do ISSN nº 1679-1983.

### **Faculdades Nova Esperança:**

**Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE)**

**Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE)**

### **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**

**Volume 3, nº 1, junho de 2005.**

#### **ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR**

**Diretora-presidente da Entidade Mantenedora** Dr<sup>a</sup>

Kátia Maria Santiago Silveira

**Diretor Vice-presidente**

João Fernando Pessoa Silveira (Eng. Civil)

**Diretor da FACENE**

Dr. Eitel Santiago Silveira (Administrador)

#### **ADMINISTRAÇÃO BÁSICA**

**Coordenadora do Curso de Enfermagem-FACENE**

Prof<sup>a</sup> Ms. Nereide de Andrade Virgínio

**Coordenadora do Curso de Medicina-FAMENE**

Prof<sup>a</sup> Ms. Gladys M. Cordeiro da Fonseca

**Coordenador Acadêmico**

Prof. Dr. José Augusto Peres

#### **ÓRGÃO DE APOIO ADMINISTRATIVO**

**Secretário Geral**

Adm. Alexandre Henrique Santiago Silveira

**Secretária Adjunta**

Carolina Santiago Silveira Polaro Araújo (Técnica em Enfermagem)

**Tesouraria**

Maria da Conceição Santiago Silveira (Administradora)

**Centro de Processamento de Dados**

Frederico Augusto Polaro Araújo (Administrador)

Antônio Santiago Silveira

Fernando Matos Carvalho

**Relações Públicas**

João Fernando Pessoa Silveira Filho

Ana Karla de L. C. Santiago Silveira

#### **Bibliotecárias**

Liliane Braga R. H. de Souza (Coordenadora)

Janaina Nascimento de Araujo

#### **EDITOR**

Prof. Ms. Eduardo Jorge Lopes da Silva

#### **CONSELHO EDITORIAL**

Gladys M. Cordeiro da Fonseca (Médica)

Eduardo Jorge Lopes da Silva (Pedagogo)

Veruska Pedrosa Barreto (Nutricionista)

#### **CONSELHO CONSULTIVO**

Francisco José Santiago de Brito Pereira (Clínica Dom Rodrigo)

Gerson da Silva Ribeiro (UFPB)

Iolanda Bezerra da Costa Santos (UFPB)

João Gonçalves de Medeiros Filho (UFPB)

José Augusto Peres (Universidade Potiguar)

Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares (UFPB)

Marta Mirian Lopes Costa (UFPB)

Nereide de Andrade Virgínio (UFPB/FACENE)

Solidônio Arruda Sobreira (FACENE)

Liana Clébia Soares Lima de Moraes (FACENE)

Marlene Ramalho Rosas (FAMENE/FACENE)

#### **CAPA**

Luiz de Oliveira

**Monitora do NUPEA/FACENE/FAMENE**

Sheyla Evoíze Ferreira Fernandes

*FICHA CATALOGRÁFICA*

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança. v. 3 n. 1. João Pessoa:  
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, 2005 –

v.: il.;

Semestral  
ISSN 1679-1983

1. Enfermagem – Periódicos 2. Ciências da Saúde - Periódicos

CDU – 616-083(081) (05)

## SUMÁRIO

### EDITORIAL

---

### ARTIGOS

#### **INTEGRANDO A TEORIA À PRÁTICA: UMA EXPERIÊNCIA VIVENCIADA À LUZ DA METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA**

Déa Sílvia Moura da Cruz e Maria Sônia Oliveira de Araújo.

#### **PERFIL ENTEROPARASITOLÓGICO DE CRIANÇAS E IDOSOS NO MUNICÍPIO DO CONDE-PB**

Francisca Inês de Sousa Freitas, Francisco Simão de Figueiredo Júnior, Caliandra, Maria Bezerra Luna Lima, Jussara Torres de Araújo Lacerda.

#### **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFESSORES(AS) DE ENSINO FUNDAMENTAL SOBRE EDUCAÇÃO SEXUAL**

Maria da Piedade Lins Pedrosa

#### **O IMPACTO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

Cassandra G. R. Martins Ponce de Leon, Gigliola Marcos Bernardo de Lima, Jordana Silva de Souza, Vera Lúcia de Almeida Bezerra Perez.

#### **PERFIL DOS DOADORES DE SANGUE DO HEMOCENTRO DA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB**

Andréa Almeida Ribeiro e Rosa Rita da Conceição Marques.

#### **EXATIDÃO DA DOSE DE INSULINA MEDIDA POR PACIENTES DIABÉTICOS EM SETE TIPOS DE SERINGAS**

Maria de Fátima Moreira

#### **CARACTERÍSTICAS MOLECULARES ASSOCIADAS AO CÂNCER DE ESTÔMAGO**

Henrique Douglas Melo Coutinho

---

### PESQUISA

#### **EFEITO DA IDADE E DO SEXO DE PARAIBANOS SOBRE A BIOQUÍMICA DO SANGUE: II – NÍVEIS DE COLESTEROL TOTAL, LDL-C HDL-C E TRIGLICERIDES**

Carolina Uchoa Guerra Barbosa, Homero Perazzo Barbosa, Margareth de Fátima Formiga Melo Diniz.

---

### PRODUÇÃO DISCENTE

#### **OFIDISMO: CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO ESTADO DA PARAIBA, PERÍODO DE 2003 A 2004.**

Catarina Figueiredo Pordeus, Martha Pereira dos Anjos Galvão, Andréa de Alcântara Correia, Márcia Regina de Albuquerque, Uthânia de Mello França.

#### **TRABALHO ADOLESCENTE DESENVOLVIDO NUMA INSTITUIÇÃO NÃO-GOVERNAMENTAL DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB**

Waléria Bastos de Andrade, José de Anchieta Fernandes Neto, Marcos Antonio Alves de Oliveira, Marta Miriam Lopes Costa.

#### **PÉS DIABÉTICOS: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS PREVENTIVAS NOS PACIENTES DE UNIDADES HOSPITALARES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO**

---

---

**DE JOÃO PESSOA**

Brígida Karla Fonseca Anízio, Giullianna de Souza Rodrigues, Marta Miriam Lopes Costa, Mikaela Dantas Dias Madruga.

---

**ENSAIO****HUMANIZAÇÃO: INTERPRETAÇÃO DO VER, OUVIR E TOCAR.**

Cláudia Maria de Lima Carvalho, Joely Calvacanti de A. Medeiros, Gisetti Corina Gomes Brandão.

**UM OLHAR SOBRE A HUMANIZAÇÃO**

Ester Ozana Almeida Lima e Eduardo Jorge Lopes da Silva.

---

**RELATO DE EXPERIÊNCIA****A IMPORTANCIA DA SOCIOTERAPIA NO PROCESSO TERAPÊUTICO DO DOENTE MENTAL EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JOÃO PESSOA-PB: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Caroline Coura Dias, Denise Nunes Lima, Michaella Giordana do Nascimento Nunes, Gigliola Marcos Bernardo de Lima.

---

**RESUMO****MENSTRUÇÃO: SANGRIA INÚTIL?**

Verônica Barbosa Sarmento, Manuella Rodrigues Valões Feitosa, Gerson da Silva Ribeiro.

---

## **EDITORIAL**

As Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança comprometida, dentre outros objetivos, com a excelência do ensino na área da saúde; com a socialização dos trabalhos acadêmicos de seus professores, alunos e demais profissionais de outras Instituições de ensino e pesquisa, apresenta o primeiro número do terceiro volume da **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**.

Este novo volume apresenta modificações em sua capa para acompanhar a nova estrutura das Faculdades, através do seu campus universitário, inaugurado em fevereiro de 2005. Essa nova configuração da Revista traduz-se, também, pela busca do reconhecimento junto a Centro de Aperfeiçoamento de Profissional de Ensino Superior (CAPES). Isso, para que, a cada número, se adquira a confiança dessa comunidade e das demais que, através de seus profissionais, têm investido nesse periódico de circulação semestral.

Assim, no primeiro volume de 2005, a Revista apresenta sete artigos e uma pesquisa de profissionais da área. Na seção reservada aos discentes, têm-se mais sete trabalhos, sendo três artigos, dois ensaios, um relato de experiência e um resumo.

Os trabalhos contidos nesse número apresentam os mais variados temas: integração entre teoria e prática através da metodologia problematizadora; perfil enteroparasitológico de crianças e idosos; educação sexual; gravidez na adolescência; perfil de doadores de sangue; diabetes; câncer de estômago; ofidismo; trabalho e adolescência; humanização e saúde mental.

Espera-se que os caros leitores e estudiosos da área possam usufruir dessa Revista, como instrumento para a pesquisa, o estudo e o ensino. A cada autor-colaborador desse número, os agradecimentos do Editor e do Conselho Consultivo, pela confiança e o apoio depositado.

Eduardo Jorge Lopes da Silva,  
Editor

# ARTIGOS

# INTEGRANDO A TEORIA À PRÁTICA – UMA EXPERIÊNCIA VIVENCIADA À LUZ DA METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA<sup>1</sup>

Déa Silvia Moura da Cruz<sup>2</sup>  
Maria Sônia Oliveira de Araújo<sup>3</sup>

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência metodológica como instrutora durante estágio prático supervisionado da disciplina em Clínica Médica, do Curso de Profissionalização de Auxiliar de Enfermagem, do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE, vinculado ao Centro de Formação de Recursos Humanos – CEFOR-Rh / SES-PB. Essa experiência foi vivenciada com um grupo de cinco alunas, durante 60 h/aulas, no Posto 1 do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, na cidade de João Pessoa. Trata-se de uma estratégia de ensino adotada, objetivando promover a integração do conhecimento teórico à prática da enfermagem, utilizando como fio condutor a Metodologia Problematizadora.

**Palavras-Chave:** Enfermagem. Prática docência. Metodologia Problematizadora.

## 1 INICIANDO A CAMINHADA

Durante minha experiência como docente de cursos profissionalizantes para formação profissionalização de enfermagem, sempre me preocupei em resgatar o conhecimento teórico e as habilidades dos alunos nas atividades práticas em campo de estágio, por observar que havia uma dicotomia entre a teoria e a prática da enfermagem.

Como aluna do *Curso de Especialização Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem*, tive a oportunidade de conhecer várias correntes metodológicas, bem como, o papel do educador em cada uma delas. Como

---

<sup>1</sup> Monografia apresentada ao colegiado do Curso de Especialização Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem, como pré-requisito para conclusão do curso.

<sup>2</sup> Mestra em Enfermagem pelo Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), aluna do Curso de Especialização Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem, Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE).

<sup>3</sup> Mestra em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem em Médico-Cirúrgica- DEMCA/ Universidade Federal da Paraíba-UFPB e Tutora do Curso de Especialização Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem.



pré-requisito para conclusão do curso, fora solicitada a realização de um trabalho na área da docência, dando-me a oportunidade de trabalhar uma questão que até então me inquietava: *Como integrar o conhecimento teórico da enfermagem à prática assistencial?*

Resgatando o conhecimento adquirido ao longo do referido curso, resolvi desenvolver um projeto que viesse integrar o conhecimento científico à prática da enfermagem junto aos alunos do Curso Profissionalização de Auxiliares de Enfermagem do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFABE, vinculados ao Centro de Formação de Recursos Humanos – CEFOR-RH/SES-PB, que estavam em estágio supervisionado da disciplina Enfermagem em Clínica Médica.

Como nosso Curso de Especialização já trabalhava com a Metodologia Problematizadora, estimulando os docentes a essa prática, passei também a adotá-la neste estudo, pois reconheço, nesta metodologia, a oportunidade de crescimento crítico, tanto do aluno como do professor.

O objetivo deste estudo é, portanto, relatar a experiência metodológica vivenciada como instrutora durante estágio prático supervisionado da disciplina em Clínica Médica, de um Curso de Profissionalização de Auxiliar de Enfermagem, do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFABE, vinculado ao Centro de Formação de Recursos Humanos – CEFOR-Rh / SES-PB

## **2 O GRANDE DESAFIO**

Trabalhar com essa metodologia foi para mim um grande desafio, porque, enquanto educanda, fui formada dentro de uma perspectiva nomeada por Freire (1997) como “bancária”, ou seja, apenas receber informações sem, no entanto, questionar o fenômeno que as originaram. Por isso, defendo as mudanças necessárias à saúde e à educação, que devem ser transformadas a partir da nossa consciência e prática, para que tenhamos uma outra forma de educar e fazer saúde. Essa mudança se inicia quando passamos a conhecer o mundo do aluno e do usuário de saúde, partindo do contexto social em que eles estão inseridos, desenvolvendo neles e em nós uma consciência crítica da realidade de cada um, estimulando-os a buscarem meios de mudar suas realidades.

A problematização, enquanto ação educativa, parte do diálogo democrático e busca estimular, no aluno, o pensamento crítico da sua realidade, como também criatividade para promover as mudanças que ele achar necessárias (BONFIM, 2002b). Na

realidade, ela busca a libertação das pessoas envolvidas, através de reconhecimento por parte do professor em relação ao saber anterior do aluno, iniciando a partir dele a construção de um novo conhecimento.

Freire (1999) observa que a educação deve ser produzida a partir da sua dimensão política; não existindo, portanto, educação como transmissão de conhecimento, uma vez que, no diálogo democrático entre professor e aluno, ambos aprendem. A partir do reconhecimento do saber do aluno, o professor busca a construção de um novo conhecimento que seja significativo para a formação do aluno.

A avaliação nesse tipo de metodologia deve buscar não a exclusão do aluno, mas sim um instrumento que se proponha a identificar as necessidades dos alunos, bem como as melhores estratégias para trabalhá-las, a fim de atingir os objetivos propostos.

Diante disso, a avaliação deve ocorrer em todos os momentos do processo educativo. Inicialmente, ela tem função diagnóstica, chamada, portanto, de *avaliação diagnóstica*, tendo por objetivo “[...] identificar o nível de conhecimento em que se encontra o aluno, o que poderá indicar ausência de pré-requisitos para o curso ou permitir que ele avance no programa, caso já domine alguns conteúdos. “Já a *avaliação formativa* (de acompanhamento, de orientação e reorientação) tem por objetivo “a regulação do processo”, ou seja, “[...]os resultados da avaliação formativa fornecem subsídios que permitem compreender o percurso do aluno, descobrir suas potencialidades, apreciar o grau de dificuldade encontrado nos estudos. Com base nessas informações, orienta, redireciona e otimiza a execução do plano.” (PROVENZANO; MOULIN, 2002, p. 22-23).

Assim, o importante nessa avaliação não é mensurar o grau de conhecimento do aluno, mas acompanhar o processo educativo em si, devendo ser utilizada com frequência durante o processo ensino-aprendizagem, visando à mudança de estratégias a serem adotadas.

Por fim, temos a *avaliação somativa*, que deve ter por objetivo identificar “os caminhos que deverão ser percorridos pelos alunos que visem à melhoria da aprendizagem, com qualidade formal e política, porque se assim não for, observa o autor, não tem o que avaliar.” (DEMO, 1996 *apud* PROVENZANO; MOULIN, 2002, p.24).

É, portanto, o objetivo desse estudo promover a integração do conhecimento teórico à prática da enfermagem, utilizando como fio condutor a metodologia problematizadora.

### 3 O CAMINHO METODOLÓGICO

O presente estudo compreende um relato de experiência metodológica, com abordagem *qualitativa*, fundamentada na *Metodologia Problematizadora* de Paulo Freire.

O cenário do estudo foi o Posto 1 do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, situado às margens da BR 101. Por ser um hospital de referência, atende pacientes das mais diversas localidades, vítimas de acidentes que venham caracterizar situações de emergência ou de trauma. O referido posto é uma clínica médico-cirúrgica, destinada ao atendimento de pacientes com comprometimento neurológico e/ou ortopédico em pré ou pós-operatório de cirurgia nessas áreas, dispondo para isto de 48 leitos. Para o atendimento desses pacientes, a clínica dispõe de uma equipe multiprofissional composta de enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, médicos, nutricionistas, assistentes sociais e fisioterapeutas.

Os participantes do estudo foram cinco alunas integrantes do Centro Formador de Recursos Humanos - CEFOR-RH, na cidade de João pessoa, inseridas no Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), que estavam em estágio supervisionado da disciplina Enfermagem em Clínica Médica, totalizando 60h de estágio prático.

Buscando articular a aprendizagem teórica à prática, procurou-se, a princípio, conhecer o Projeto Político Pedagógico do CEFOR, bem como o plano de curso daquela disciplina e as devidas competências e habilidades a serem desenvolvidas pelas alunas durante aquele estágio prático. Somente depois desse prévio conhecimento, procedeu-se ao planejamento de como seriam desenvolvidas as atividades.

Inicialmente, foi elaborado um instrumento que retratava casos fictícios de pacientes que estariam sob os cuidados daquelas alunas, visando avaliar o nível de conhecimento de cada uma delas (*Avaliação diagnóstica*). Além disso, foi importante conhecer previamente o campo de estágio em que se iria atuar, no sentido de facilitar nossa integração naquele espaço.

Já inseridas no campo, passamos a vivenciar o processo educativo não apenas durante as atividades assistenciais, mas também em vários momentos (13 momentos) denominados por mim de “encontros”, que tiveram por objetivo resgatar as experiências vivenciadas pelas alunas dia-a-dia, no intuito de integrar o conhecimento

teórico à prática através de discussões em grupo, favorecendo, assim, a construção de um novo conhecimento, partindo de um pré-existente. A seguir, veremos descritos cada um desses “encontros”.

Objetivando vivenciar o processo educativo, busquei a integração com o grupo nos seguintes encontros, que se deram 15 minutos antes de adentrarmos no campo de estágio e 15 minutos depois. Quando não era possível realizar os dois encontros, fazia-se apenas um antes, com o objetivo de trabalhar as experiências vividas no dia anterior.

Entenda-se, nessa experiência que esses encontros são momentos de interação do grupo e de construção de um novo conhecimento partindo de um pré-existente.

## **4 VIVENCIANDO NOSSA EXPERIÊNCIA**

### **4.1 Primeiro encontro**

O primeiro encontro deu-se no primeiro dia do estágio supervisionado, numa sala cedida pela Coordenação de Enfermagem. A princípio, apresentei-me ao grupo, enquanto pessoa e profissional. Falei da minha família, do meu trabalho, das minhas experiências na área da enfermagem, dos meus temores e das minhas aspirações, bem como da experiência que pretendia desenvolver durante aquele estágio. Em seguida, sugeri que se seguissem as apresentações através de uma dinâmica, que buscava visualizar o quanto cada integrante do grupo conhecia do outro e quanto ainda havia por conhecer. Assim, cada uma apresentava a colega e em seguida a própria colega acrescentava as informações que não eram conhecidas pela outra. Ao se apresentar, a aluna falava de si, da sua família, das suas experiências de vida, e também sobre o campo da enfermagem, seus temores, aspirações e expectativas com relação ao estágio.

Freire (1991, *apud* BONFIM, 2002, p. 42) ressalta a importância desse conhecimento prévio das experiências de cada aluno e propõe que o trabalho pedagógico se realize

[...] à partir do conhecimento que o aluno traz, que é a expressão da classe social à qual os educandos pertencem, haja uma superação do mesmo, não no sentido de anular esse conhecimento ou de sobrepor um conhecimento ao outro. O que se propõe é que o conhecimento com o qual se trabalha na escola seja relativamente para a formação do educando. Isto não deve e não pode ser feito através do depositar informações para o aluno[...]

Após a apresentação de todo o grupo, falei das competências e habilidades a serem desenvolvidas por elas durante o estágio, buscando não apenas formar técnicos, mas cidadãos conscientes da importância do seu papel junto aos pacientes, à equipe de saúde, enfim, conscientes do seu próprio meio e atuação. As competências e habilidades a serem desenvolvidas são as do plano de curso da disciplina Enfermagem em Clínica Médica constantes no Projeto político Pedagógico (PARAÍBA, 2002, p.34) daquela escola, a saber:

#### Competências:

- ⇒ Identificar sinais e sintomas que indiquem distúrbios clínicos e psicológicos e suas complicações no organismo, avaliando a sua gravidade;
- ⇒ Identificar procedimentos e cuidados de enfermagem indicados no atendimento das necessidades básicas do cliente/paciente;
- ⇒ Conhecer e utilizar o plano de cuidados de enfermagem;
- ⇒ Identificar os cuidados de enfermagem observando os princípios científicos;
- ⇒ Reconhecer a humanização como elemento fundamental do cuidado de enfermagem;
- ⇒ Interpretar normas relativas à prevenção e controle de infecção hospitalar na unidade;
- ⇒ Interpretar normas de segurança relativas a tratamentos com antineoplásicos;
- ⇒ Conhecer as características gerais do ser humano sadio, tendo como referência uma visão holística;
- ⇒ Caracterizar a prevenção, tratamento e reabilitação das infecções clínicas que mais comumente afetam adultos e idosos;
- ⇒ Interpretar as normas técnicas sobre o funcionamento dos materiais e equipamentos específicos;
- ⇒ Identificar os anti-sépticos mais comuns utilizados na realização de curativos;
- ⇒ Caracterizar os tipos de curativos;
- ⇒ Conhecer a organização, a estrutura e o funcionamento de uma Unidade Clínica.

#### Habilidades:

- ⇒ Estabelecer comunicações eficientes com o cliente/paciente com vistas à efetividade das ações realizadas;
- ⇒ Realizar procedimentos e cuidados de enfermagem de acordo com a prescrição multidisciplinar;
- ⇒ Executar e orientar a realização de exercícios de reabilitação e prevenção de seqüelas;
- ⇒ Manter a capacidade funcional do cliente/paciente ao máximo, auxiliando sua adaptação às limitações conseqüentes a doenças;
- ⇒ Ensinar ao cliente/paciente técnicas que promovam o auto-cuidado;
- ⇒ Administrar medicamentos pelas diversas vias;
- ⇒ Operar equipamentos e manusear materiais próprios do campo de atuação;

- ⇒ Utilizar adequadamente os EPI (Equipamentos de Proteção Individual), no atendimento de pacientes em situações clínicas;
- ⇒ Aplicar normas de segurança para si e para o cliente/paciente ao lidar com tratamentos antineoplásicos;
- ⇒ Utilizar terminologia específica da área;
- ⇒ Realizar curativos;
- ⇒ Encaminhar os clientes/pacientes portadoras de seqüelas de doenças deformadoras aos grupos de apoio específicos.

As anteriores competências e habilidades estão em consonância com a *Norma para Certificação de Competências Profissionais do Auxiliar de Enfermagem do PROFAE* (COELHO, 2002, p. 89-92), que são as seguintes:

1. Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, visando à melhoria da qualidade de vida da população [...];
2. Realizar ações de observação, coleta de dados e registro das informações pertinentes aos cuidados de enfermagem, interagindo com a equipe, com o usuário e com os seus familiares [...];
3. Realizar procedimentos e técnicas de enfermagem e relacioná-los as suas finalidades, seus efeitos e riscos [...];
4. Reconhecer situações de urgência e emergência e realizar, prontamente, ações que busquem a preservação da vida [...];
5. Organizar o próprio trabalho, considerando a natureza, as finalidades, os resultados e os riscos das ações [...];
6. Atuar, em equipe, no desenvolvimento das atividades de planejamento e avaliação das unidades de saúde [...].

Para tanto, enfatizou-se a necessidade das alunas conhecerem a realidade dos seus pacientes, ou seja, de visualizá-los num contexto maior do que o hospitalar, buscando, juntamente com eles, estratégias que viessem a auxiliá-los na resolução dos seus problemas. Discutiu-se, ainda, sobre a ética e a humanização, buscando associar os conhecimentos adquiridos nessa área ao trabalho que iriam executar junto aos pacientes, à equipe de saúde e às colegas.

Além disso, falou-se do tipo de avaliação que seria utilizado, ou seja, uma avaliação contínua, não excludente, que teria como principal objetivo identificar as dificuldades dos alunos, bem como considerar o conhecimento já construído, buscando melhores meios de facilitar a aprendizagem. Seria aplicado um instrumento preliminar, com o objetivo de conhecer o nível de conhecimento das mesmas (Avaliação diagnóstica), e que durante todos os dias do estágio nos reuniríamos por 15 minutos e 15 minutos depois, com o objetivo de resgatar o conhecimento adquirido naquele dia, bem como trabalhar as dificuldades que houvessem surgido (Avaliação formativa). Ao final do estágio, a avaliação dar-se-ia em três momentos: no primeiro momento, seriam avaliadas as

competências desenvolvidas, porém não deixando de levar em consideração as características peculiares de cada uma e os entraves ocorridos durante o estágio; no segundo momento, as alunas realizariam uma auto-avaliação; e no terceiro momento, elas avaliariam o estágio, a instrutora e a metodologia utilizada. Ao final dessas avaliações, buscar-se-ia avaliar se os objetivos daquela disciplina foram alcançados e, se não foram, que caminhos deveriam ser percorridos a fim de alcançá-los.

Ao término desse primeiro contato, fomos conhecer o campo de estágio, sua área física, sua rotina, pacientes e funcionários.

Esse primeiro encontro foi vivenciado com muita alegria por todas.

## **4.2 Segundo encontro**

No segundo encontro, foi apresentado, às alunas, um instrumento que deveria ser respondido em casa, descrevendo o cuidado de enfermagem que prestariam a cada paciente, para posteriormente ser discutido em grupo as avaliações de cada uma. Esse instrumento constava de três casos fictícios, em que cada paciente portador de um determinado tipo de patologia e em situações diferentes necessitavam da assistência de enfermagem. Esta avaliação diagnóstica, como o próprio nome propõe, buscou conhecer o nível de conhecimento das alunas quanto à assistência de enfermagem, frente às situações diversas.

Luckesi (1995, p. 43) enfatiza este tipo de avaliação quando discorre que

para não ser autoritária e conservadora, a avaliação terá de ser diagnóstica, ou seja, deverá ser o instrumento dialético do avanço, terá de ser o instrumento da identificação de novos rumos. Enfim, terá de ser o instrumento do reconhecimento dos caminhos percorridos e da identificação dos caminhos a serem percorridos.

## **4.3 Terceiro encontro**

O terceiro encontro foi caracterizado por 10 momentos, em que nos reuníamos por 15 minutos antes e 15 minutos após as atividades de campo, com o objetivo de resgatar o conhecimento construído até aquele momento, identificando as dificuldades e as oportunidades surgidas, ou adotando novos caminhos a serem seguidos. Quando não era possível nos reunirmos nos dois momentos, reuníamos apenas nos 15 minutos anteriores às atividades. Esses momentos eram preciosos, pois as alunas exteriorizavam suas

experiências, seus conflitos, seus medos, suas angústias frente àquela realidade vivenciada por elas no campo de estágio. Expressavam com alegria os problemas identificados e solucionados, a partir do conhecimento que passavam a ter da realidade dos seus clientes, as atividades desenvolvidas por elas, bem como, a criatividade diante da escassez dos recursos materiais. Discutíamos, também, como estava sendo aplicado, na prática, o conhecimento teórico adquirido por elas em sala de aula, e buscávamos incorporar outros conhecimentos construídos a partir da experiência vivenciada.

A construção do conhecimento dava-se de forma gradativa e cumulativa, a partir de um raciocínio lógico, em que as alunas declaravam suas dúvidas, que eram trabalhadas em grupo, e geraram um novo conhecimento.

Esses momentos deram também oportunidade às alunas de desenvolverem uma visão crítica da realidade dos pacientes que estavam sob seus cuidados, tanto no âmbito hospitalar quanto no social, levando-as a refletirem quanto às possíveis mudanças que propiciariam melhores condições de vida para eles. Essas reflexões eram compartilhadas com cada paciente em particular, resultando assim num sentimento de satisfação por parte delas e daqueles que recebiam o cuidado. Esse cuidado pode ser visualizado como a ação do cuidar, que é descrito por Leonardo Boff (1999, p. 33), “cuidar é mais que um *ato*; é uma *atitude*. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma *atitude* de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

Esse tipo de avaliação (formativa) utilizada nesses dez momentos deve ocorrer com frequência durante o processo ensino/aprendizagem, não devendo, portanto ter a finalidade de “ [...] produzir nota ou conceito, mas acompanhar o processo educativo, ajudar professor e aluno a localizar aqueles aspectos da aprendizagem que ainda não se efetivaram, e a procurar uma forma de progredir [...],” e tem por vantagens:

[...] revelar o que o aluno já sabe, os caminhos que percorreu para alcançar o conhecimento demonstrado, seu processo de construção de conhecimentos, o que o aluno não sabe, o que pode vir a saber, o que é potencialmente revelado em seu processo, suas possibilidades de avanço e suas necessidades para a superação, sempre transitória, do não saber, possa ocorrer. (PROVENZANO; MOULIN, 2002, p. 23)

No último dos dez momentos, foi proposto ao grupo que cada uma escolhesse um paciente, e a partir da realidade vivenciada por ele, construísse um estudo de



caso e descrevesse a assistência que elas haviam prestado àquele paciente. Essa assistência seria discutida no último encontro e comparada à descrita na avaliação diagnóstica.

#### **4.4 Quarto encontro**

O quarto encontro ocorreu no último dia de estágio, em um local agradável, longe do campo de estágio, o que nos permitiu refletir melhor acerca de tudo o que havíamos vivenciado. Resgatamos as experiências vivenciadas naquele campo, questionamos as condições da assistência à saúde oferecida àquela população, comparando-a a de outros centros já conhecidos pelas alunas, identificando as dificuldades e as possibilidades de melhoria. Discutimos o papel delas diante daquela realidade e ainda resgatamos os estudos de caso construídos por elas, comparando a assistência de enfermagem prestada anteriormente na avaliação diagnóstica com a assistência prestada ao final do estágio no estudo de caso. Isso nos permitiu identificar as competências desenvolvidas no decorrer do estágio, bem como as habilidades demonstradas por cada uma delas.

Em seguida, foram realizadas as avaliações individuais pelo instrutor, utilizando um tipo de formulário de avaliação de uso do próprio CEFOR, que considera critérios como: assiduidade, pontualidade, apresentação pessoal, organização no trabalho, relacionamento ético do aluno com a equipe de trabalho, com os colegas com a instrutora e com o paciente, conhecimento teórico e habilidade técnica, sendo conferido a cada critério um valor, perfazendo no total 10 pontos. Esses mesmos critérios foram utilizados na auto-avaliação, em que cada aluno conferia a si um determinado valor por critério avaliado. Além disso, foi solicitado que cada aluno fizesse uma avaliação do professor, do campo de estágio, da metodologia utilizada, observando também se os objetivos (expectativas) traçados por elas no primeiro dia de estágio foram alcançados e se as competências e habilidades determinadas foram desenvolvidas, permitindo assim a construção de uma avaliação somativa.

### **5 AVALIAÇÃO DA VIVÊNCIA DAS ALUNAS**

Analisando cada uma das avaliações realizadas pelas alunas ao final do estágio, encontramos os seguintes resultados:

#### **❖ Oportunidades oferecidas pelo estágio**

Podemos perceber, através dos depoimentos, que as alunas consideraram o estágio proveitoso, uma vez que lhes deu oportunidade de desenvolverem competências inerentes à sua função, adquirirem conhecimentos na área, colocando em prática o que foi aprendido em sala de aula. Além dos depoimentos, podemos observar a expressão de satisfação no rosto de cada uma com relação ao estágio.

[...] neste estágio posso dizer que tive boas oportunidades para desenvolver minhas habilidades [...].

Para mim, o estágio foi uma maravilha [...], grande oportunidade de adquirir conhecimentos [...]. Olha, falar do aproveitamento do estágio, não tenho palavras, pois hoje me sinto capaz de assumir qualquer trabalho em hospital ou posto de saúde, que os conhecimentos adquiridos já me capacitaram para isso.

Para mim foi muito proveitoso, pois tive todas as oportunidades de aprender, ou seja, de colocar em prática aquilo que nos foi ensinado na sala de aula [...], desenvolver habilidades e técnicas tão importantes no decorrer da profissão.

No caso da educação profissional na área de saúde, podemos avaliar a aprendizagem dos alunos pelo domínio da competência:

Que tomam por base a competência humana para o cuidar em saúde-enfermagem, compreendida como a capacidade que deve ter o profissional da área de assumir a responsabilidade do cuidado partindo da concepção de saúde como qualidade de vida, interagindo com o cliente suas necessidades e escolhas, valorizando sua autonomia para assumir sua própria saúde, e de agir mobilizando conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações (previstas ou não), na promoção/produção eficiente e eficaz do cuidado (MS/FIOCRUZ, 2001, *apud* PROVENZANO, MOULIN, 2002, p.71).

#### ❖ **Avaliação do professor**

A maior parte dos alunos preferiu realizar a avaliação do professor verbalmente, porém, todas informaram que se sentiram muito à vontade para expressar suas dúvidas, ansiedades e temores surgidos durante o estágio, e que a instrutora colocou-se à disposição para ajudá-las, resgatando sempre o conhecimento já construído por cada uma delas e estimulando-as a buscarem outros novos. Além disso, sempre esteve aberta a sugestões que viessem enriquecer o processo ensino/aprendizagem. Concordando com as demais, uma delas avaliou a instrutora textualmente:

[...] podemos contar com uma ótima instrutora, pessoa bem experiente, de fácil entendimento [...]

Paulo Freire (1999, p.54) visualiza o papel de um educador progressista, que deve,

[...] testemunhar a seus alunos, constantemente, sua competência, amorosidade, sua clareza política, a coerência entre o que diz e o que faz, sua tolerância, isto é, sua capacidade de conviver com os diferentes para lutar contra os antagônicos. É estimular a dúvida, a crítica, a curiosidade, a pergunta, o gosto do risco

### ❖ **Aprendizagem relacionando a integração da teoria à prática**

Os depoimentos das alunas demonstraram que houve um bom aproveitamento do estágio, possibilitando associar a teoria à prática, e que mesmo a falta de recursos do hospital não interferiu na aprendizagem, mas, ao contrário, estimulou a criatividade (pelo improviso), sendo assim consideradas muito mais as necessidades do cliente do que a técnica em si. Assim, a preocupação com uma assistência humanizada, visualizando o cliente de forma holística, estimulando-o a superar suas dificuldades, e, ao mesmo tempo, orientando-o ao auto-cuidado, sempre foram uma constante no decorrer de todo estágio:

As principais coisas que aprendi foi servir com amor deliberadamente, fazer sempre o melhor para o cliente, procurar conhecer um pouco da sua rotina, para saber da possibilidade de uma melhor qualidade de vida. Respeitar a privacidade do mesmo, entender seus limites, não ser nunca egoísta, pois por maior que seja seu (do auxiliar) aborrecimento naquele dia, você não está dependendo dele e sim ele de você [...] respeitar os limites impostos por nossas coordenadoras, também procurar aprender mais.

Esse estágio aperfeiçoou o meu aprendizado em relação a fundamentos de enfermagem. Aproveitei todas as oportunidades [...] Tivemos dificuldades pela falta de material necessário para procedimentos de higienização do paciente, mas aprendemos na sala de aula que podemos improvisar [...] fazendo o possível para deixar o paciente confortável.

[...] ela (instrutora) não saiu da pauta de ensino da sala de aula [...] Tudo esteve fundamentado dentro do que vimos em sala de aula, de acordo com o PROFAC-CEFOP.

Paulo Freire (1999, p. 106) enfatiza a importância de associar a teoria à prática,

Em si mesma, imersa na recusa à reflexão teórica, a prática, apesar de sua importância, não é suficiente (...). A prática não é a teoria em si mesma. Mas, sem ela, a teoria corre o risco de perder “tempo” de aferir sua própria validade, como também a possibilidade de refazer-se. No fundo, a teoria e prática, em suas relações, se precisam e se completam. Neste sentido, há sempre, embutida na prática uma certa teoria escondida.

## ❖ **Avaliando a Metodologia Utilizada**

A metodologia utilizada foi bem aceita por parte das alunas, uma vez que lhes permitiu uma maior interação enquanto equipe, possibilitando a construção de um novo conhecimento a cada dia de estágio, que se construiu a partir das trocas de experiências vivenciadas na assistência prestada a cada cliente e em cada momento junto às equipes de trabalho do hospital.

A metodologia é eficaz para o nosso dia-a-dia, dá a idéia que você pode ser útil a várias pessoas, nos dá encorajamento pensar assim.

[...] usou (a instrutora) uma ótima metodologia, nos ensinou a trabalhar em conjunto, sempre unidas, e sempre que possível ao final do expediente procurava esclarecer nossas dúvidas.

Acho importantíssima a metodologia de ensino adotada [...] as reuniões conosco antes de entrarmos nas ações de enfermagem, me deu melhor condição de aprendizagem, e também a confiança necessária para interagir entre colegas de curso e especialmente, adquirir confiança na capacidade profissional e humana da professora [...].

Gostei muito da metodologia aplicada pela professora, como: sentar para conversar o que aconteceu no estágio no dia anterior, trocamos idéias sobre o que fazer com o paciente para melhorar suas condições de vida, avaliar suas dores e sofrimentos psicológicos.

Freire (1997, p.25) refere que nesse tipo de metodologia, “não há docência ou discência, as duas se explicam e seus sujeitos apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem a condição de objeto, um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar, e quem aprende ensina ao aprender.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Buscando integrar o conhecimento teórico à prática assistencial durante o estágio prático com alunas do Curso para Profissionalização de Auxiliares de Enfermagem do PROFAE, durante a disciplina Enfermagem em Clínica Médica, desenvolvemos uma

estratégia metodológica baseada na Metodologia Problematizadora, reconhecendo nessa metodologia a possibilidade do crescimento crítico tanto do aluno como do professor.

A experiência foi vivenciada em treze momentos chamados de *encontros*, sendo o primeiro caracterizado pela apresentação do grupo, instrutora e alunas (apresentação pessoal, expectativas do grupo, objetivo do estágio, apresentação da metodologia a ser aplicada) e a inserção no campo de estágio; o segundo, pela avaliação diagnóstica; o terceiro (dez momentos), pela avaliação formativa; e o quarto pela avaliação somativa.

A avaliação somativa foi o resultado da avaliação individual (aluna), realizada pela instrutora, e da auto-avaliação (realizada por cada aluna). As alunas também tiveram oportunidade de avaliar a instrutora, o campo de estágio e a metodologia utilizada no processo ensino/aprendizagem. Nesse momento, buscou-se também resgatar aqueles objetivos traçados no primeiro momento do estágio, verificando o alcance dos mesmos.

Como resultado da avaliação somativa, pudemos observar que o tipo de metodologia utilizada conseguiu conduzir o grupo a atingir suas expectativas, bem como a construção das competências e habilidades determinadas pela própria disciplina e pelo PROFAE para o Curso de Profissionalização para Auxiliares de Enfermagem.

## ABSTRACT

The present study is a relate of experience as instrutute during practice ary period supervised of Medical Nursing Clinic discipline from a professionalization course, linked with the Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE, tro de Foprmação de Recursos Humanos – CEFOR-Rh/SES-PB. This experience was lived with a group composed by five students, during 60h/class at Post 1 of Ecy and Trauma Hospital Senador Humberto Lucena in João Pessoa. It'sa a teaching strategy adopted, that has as objective to promote the integration of teoric knowing referd to the nursing practice used as a wire conductor to the Metodologia Problematizadora.

**Key Words:** Nursing. Pratic teaching. Metodologia problematizadora.

## REFERÊNCIAS

BOFF, L. **Cuidado:** o ethos humano. Petrópolis: Vozes, 1999.

BONFIM, M. I. R. Proposta pedagógica: as bases da ação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. **Projeto de profissionalização**

**dos trabalhadores da área de enfermagem:** enfermagem: núcleo estrutural 6. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 91 p.

COELHO, C. A. G. Proposta pedagógica: o campo de ação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. **Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem: enfermagem. Núcleo Estrutural 5.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 103 p.

COSTA, S. F. G.; VALLE, E. R. M. **Ser ético na pesquisa em enfermagem.** João Pessoa: Idéia, 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia.** São Paulo: Paz e Terra, 1997.

\_\_\_\_\_. **A educação na cidade.** São Paulo: Cortez, 1999.

LUCKESI, C. Planejamento e avaliação na escola: articulação e necessária determinação ideológica. In: \_\_\_\_\_. **Avaliação da aprendizagem escolar:** estudos e preposições. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

PARAÍBA, GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Centro Formador de Recursos Humanos (CEFOR/RH). **Projeto Político-Pedagógico/**Secretaria de Estado da Saúde, Centro Formador de Recursos Humanos. João Pessoa, 2001.

PROVENZANO, M. E., MOULIN, N. M. Proposta pedagógica: avaliando a ação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. **Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem: enfermagem: núcleo estrutural 8.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 103 p.

# PERFIL ENTEROPARASITOLÓGICO DE CRIANÇAS E IDOSOS NO MUNICÍPIO DO CONDE-PB

Francisca Inês de Sousa Freitas<sup>4</sup>  
Francisco Simão de Figueiredo Júnior<sup>5</sup>  
Caliandra Maria Bezerra Luna Lima<sup>6</sup>  
Jussara Torres de Araújo Lacerda<sup>7</sup>

## RESUMO

As infecções parasitárias causadas por protozoários e helmintos afetam grande parte da população mundial. No Brasil, a frequência de parasitas intestinais apresenta ampla distribuição geográfica e está relacionada às condições de saneamento básico, nível sócio-econômico, grau de escolaridade, idade e hábitos de higiene. Com a finalidade de traçar o perfil das enteroparasitoses em grupos de crianças e idosos no município do Conde-PB, analisou-se uma amostra de 400 resultados de exames coproparasitológicos no período de janeiro/2001 a setembro de 2004. Desses, 200 foram de crianças de 0-12 anos e 200, de idosos com 60-80 anos para ambos os sexos. Os resultados mostram alto grau de parasitismo, com índices que chegam a 74% no grupo dos idosos e a 80% no grupo das crianças. Foi detectada maior frequência de protozoários no grupo dos idosos e uma maior incidência de helmintos no grupo das crianças. Os parasitas de maior importância clínica encontrados nos grupos analisados foram, entre os protozoários, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, e, entre os helmintos, *Ascaris lumbricoides* no grupo dos idosos, e *Ancylostomatidae*, no grupo das crianças.

**Palavras-Chaves:** Enteroparasitoses. Helmintos. Protozoários.

## INTRODUÇÃO

As infecções parasitárias causadas por protozoários e helmintos afetam aproximadamente 3,5 bilhões de pessoas em todo mundo (WHO, 1996).

Sabe-se que a frequência de parasitas intestinais apresenta ampla distribuição geográfica no Brasil e demais países em desenvolvimento, sofrendo variações de acordo com as condições de saneamento básico, nível sócio-econômico, grau de escolaridade, idade e hábitos de higiene, entre outras variáveis (MACHADO *et al.*, 1999; ROCHA *et al.*, 2000).

---

<sup>4</sup> Professora adjunta do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Doutora em Ciências Farmacêuticas.

<sup>5</sup> Farmacêutico-Bioquímico. Graduado na UFPB

<sup>6</sup> Professora de Parasitologia da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). Farmacêutica. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos.

<sup>7</sup> Farmacêutica Bioquímica. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Genética de Microrganismos.

De maneira geral, ocorreu queda na prevalência de infecção por enteroparasitoses no Brasil e, em particular, no estado de São Paulo nas últimas décadas. No município de São Paulo, uma avaliação revelou diminuição significativa na prevalência de enteroparasitoses como decorrência de melhoria das condições de vida e especialmente da elevação dos níveis de escolaridade da população. Todavia, em muitas áreas de nosso país ainda são observados altos índices de infecção por parasitas intestinais, quer em razão da persistência de condições de vida menos privilegiada em amplos segmentos da população, quer pela existência de condições particulares de ordem epidemiológica, justificando a colocação desses agravos entre os problemas de saúde pública que necessitariam de atenção especial na agenda das autoridades sanitárias (CHIEFFI *et al.*, 2001).

Infecções parasitárias não causam necessariamente doenças sérias no hospedeiro humano, mas interferem no estado nutricional e finalmente o deixam mais suscetível a outras doenças (CARNEIRO *et al.*, 1994). A sintomatologia é bastante variável. Os quadros graves são mais comuns em pacientes desnutridos, imunodeprimidos, com neoplasias, portadores de doenças do colágeno, anemia falciforme, tuberculose, esplenectomia prévia; ou naqueles em uso prolongado de corticóides (CHIEFFI *et al.*, 2001).

Um dos principais agravos causados pelas parasitoses, principalmente em crianças, são os quadros de diarreia e anemias que favorecem a desidratação e a desnutrição, sendo esses parâmetros de relevante importância na causa morte por parasitoses na infância. Os principais mecanismos que levam ao quadro de desnutrição são: (1) lesão de mucosa (giárdia, necator, estrombilídeos, coccídios); (2) alteração do metabolismo dos sais biliares (giárdia); (3) competição alimentar (áscaris); (4) exsudação de proliferação bacteriana (ameba); (6) sangramento (necator, tricocéfalos) (MOTA, 2004).

A alta prevalência das parasitoses em determinadas regiões refletem o baixo nível de desenvolvimento humano, sendo necessárias políticas de saúde pública mais eficientes que possam controlar e monitorar as taxas de parasitoses em determinadas comunidades consideradas endêmicas.

Assim, este trabalho objetiva traçar o perfil parasitológico dos grupos etários selecionados na pesquisa, atendidos pelo laboratório do Posto de Saúde Central do município do Conde-PB entre os anos 2001 e 2004. E, ainda, analisar comparativamente os grupos etários em relação à prevalência dos tipos parasitários detectados.



## MATERIAIS E MÉTODOS

O município do Conde está localizado na porção oriental do nordeste brasileiro e possui uma área de 144 km, fazendo parte do Estado da Paraíba. A população atual do município é estimada em cerca de 18.000 habitantes. A maioria da população vive na zona rural e tem como base econômica a atividade agropecuária. O município apresenta um Posto de Saúde Central onde está localizado o laboratório de análises clínicas, que atende toda a sua população. A região apresenta várias localidades de assentados pela pastoral da terra e é nessas comunidades onde está localizada a maioria dos pacientes selecionados em nosso estudo.

**Amostragem:** Foi analisada uma amostra de 400 resultados de exames coproparasitológicos, realizados no laboratório central de análises clínicas do município do Conde-PB, no período de janeiro/2001 a setembro/2004. Destes, 200 foram de crianças de 0-12 anos, e 200 de idosos de 60-80 anos para ambos os sexos.

A escolha dos grupos etários para esta pesquisa foi feita através de uma análise de vários trabalhos descritos na literatura que os enfocam como os que mais sofrem com os danos causados pelas parasitoses.

**Exames coproparasitológicos:** O laboratório de análises clínicas do município do Conde realiza os exames de fezes através da utilização do método parasitológico de sedimentação espontânea (Hoffman, Pons & Janer, 1934). As amostras são recebidas pela manhã e processadas logo em seguida, sendo analisadas duas lâminas por paciente.

## RESULTADOS

A seguir, serão apresentados os resultados obtidos, considerando os 400 exames coproparasitológicos realizados em dois grupos etários, sendo um constituído por crianças (10-12 anos), e outro por idosos (60-80 anos). Foram analisados para cada ano em estudo 50 exames referentes ao grupo de crianças e 50 provenientes do grupo dos idosos, perfazendo um total de 200 pacientes para cada grupo. Assim sendo, os resultados expostos nos gráficos 1 e 2 demonstram uma alta porcentagem de indivíduos parasitados, tanto no grupo das crianças, com 80% de positividade, quanto no dos idosos, com 74%.

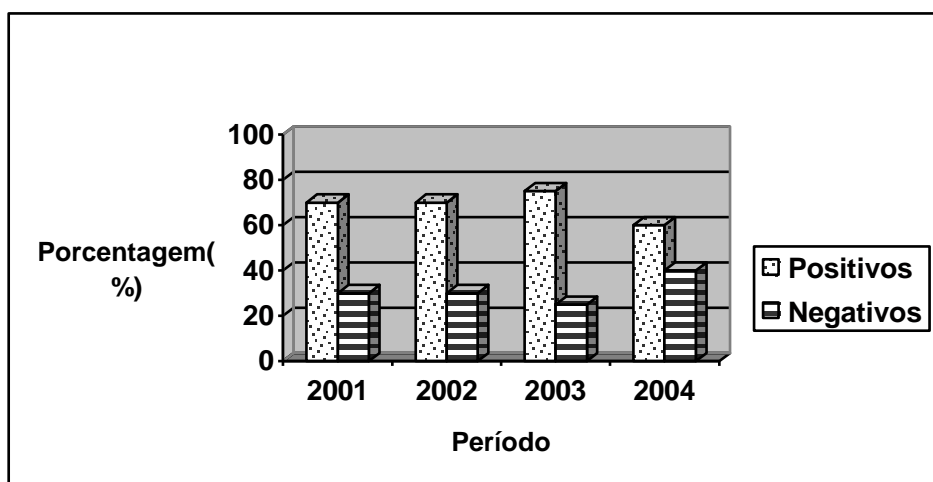


Gráfico 1: Resultados gerais dos exames coproparasitológicos no grupo etário dos idosos de 60-80 anos.

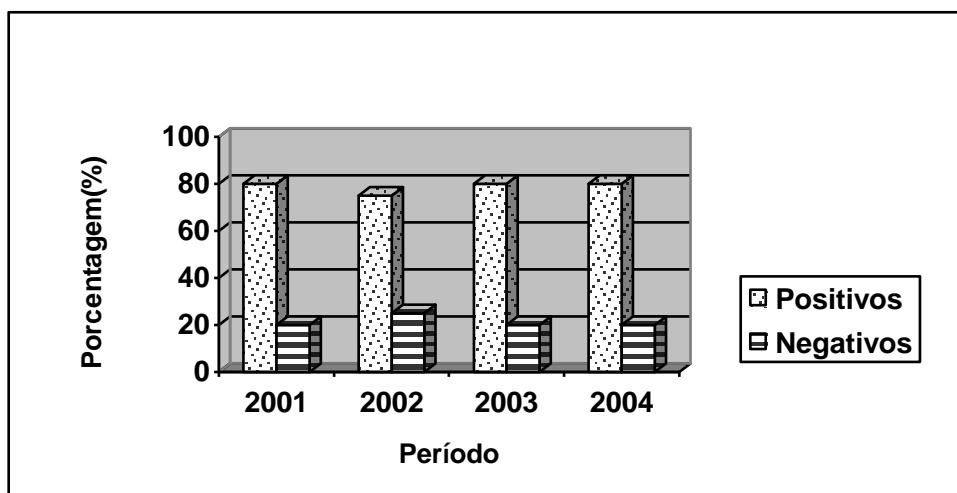


Gráfico 2: Resultados gerais dos exames coproparasitológicos no grupo etário das crianças de 0-12 anos.

De acordo com os dados dos gráficos 3 e 4, observa-se uma diferença quanto ao tipo de parasita de maior frequência entre os grupos etários estudados. No grupo de idosos, os parasitas mais frequentes são os protozoários. Enquanto que no grupo das crianças, a maior frequência foi a do grupo dos helmintos.

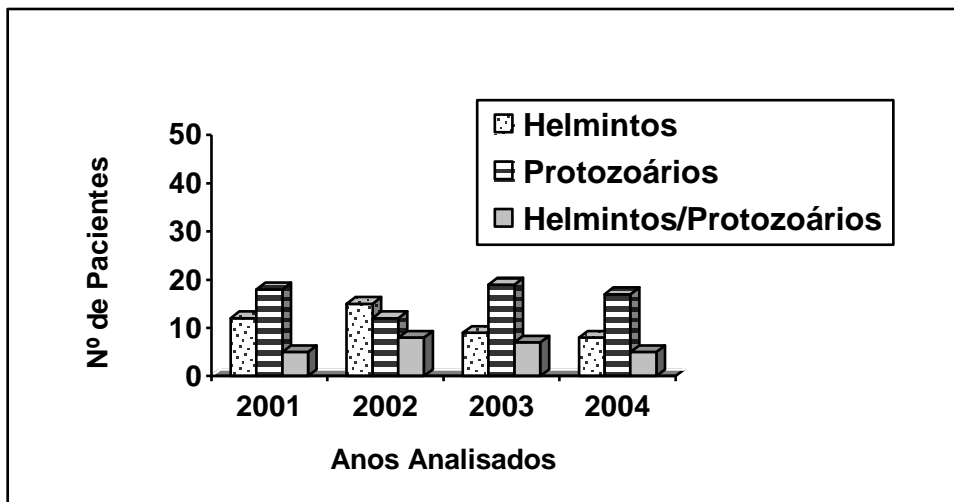


Gráfico 3: Prevalência global dos helmintos e protozoários no grupo etário dos idosos de 60-80 anos.

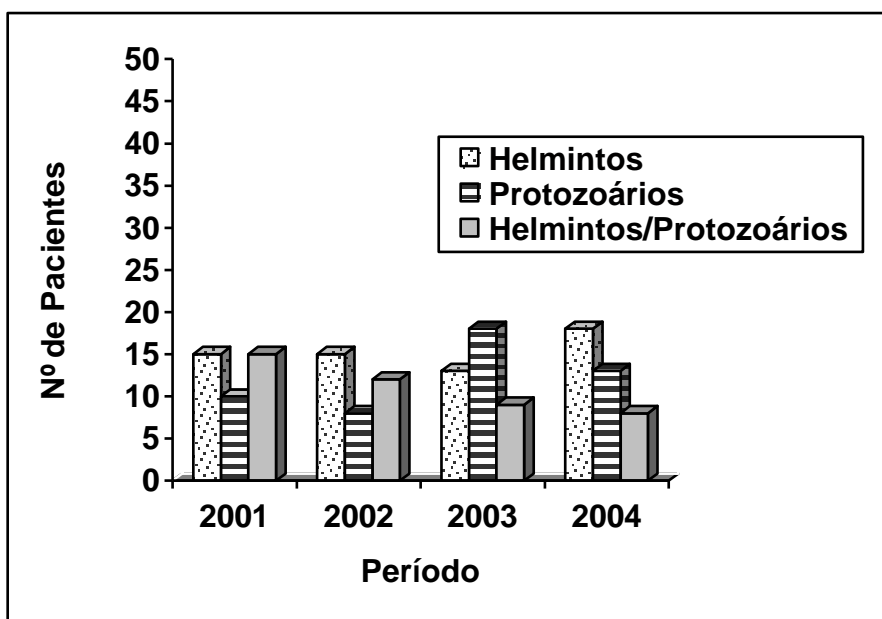


Gráfico 4: Prevalência global dos helmintos e protozoários no grupo etário das crianças de 0-12 anos.

Os resultados referentes aos tipos de helmintos detectados nos exames parasitológicos (tabela 1 e 2), o de maior frequência para o grupo de idosos foi *Ascaris lumbricoides*, que chegou a atingir índices de 24% no ano de 2001 e permanece até o ano de 2004, apresentando índices maiores que os observados para o grupo das crianças. Já no grupo das crianças, o helminto de maior incidência foi o *Ancylostomatidae*.

**Tabela 1: Freqüência de helmintos no grupo etário dos idosos**

RESULTADOS	2001		2002		2003		2004	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>A.lumbricoides</i>	12	24	13	26	08	16	08	16
<i>Ancylostomatidade</i>	04	08	12	24	09	18	08	16
<i>T.trichiura</i>	02	04	02	04	00	00	00	00
<i>S.mansoni</i>	02	04	03	06	01	02	02	04
<i>S.stercoralis</i>	03	06	03	06	01	02	00	00

**Tabela 2: Freqüência de helmintos no grupo etário das crianças.**

RESULTADOS	2001		2002		2003		2004	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>A.lumbricoides</i>	10	20	07	14	03	06	07	14
<i>Ancylostomatidade</i>	15	30	17	34	15	30	14	28
<i>T.trichiura</i>	01	02	03	06	00	00	00	00
<i>S.mansoni</i>	01	02	00	00	01	02	02	04
<i>S.stercoralis</i>	02	04	02	04	02	04	02	04

Os resultados apresentados nas tabelas 3 e 4 mostram a freqüência de protozoários nos grupos etários estudados. É possível verificar uma maior prevalência das amebas *E. nana*, *E. coli* e *E. histolytica* no grupo dos idosos com índices que chegam 36%, 34% e 20% respectivamente para o ano de 2003. Quanto ao grupo das crianças o protozoário mais prevalente foi a *G. lamblia*, atingindo 34% dos pacientes em 2003.

**Tabela 3: Freqüência de protozoários no grupo etário dos idosos**

RESULTADOS	2001		2002		2003		2004	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>E. coli</i>	11	22	09	18	17	34	11	22
<i>E. histolytica</i>	09	18	05	10	10	20	08	16
<i>G. lamblia</i>	04	08	01	02	02	4	01	02
<i>E. nana</i>	07	14	12	24	18	36	01	02
<i>I. butschlii</i>	02	04	02	04	03	06	10	20

**Tabela 4: Freqüência de protozoários no grupo etário das crianças**

RESULTADOS	2001		2002		2003		2004	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>E. coli</i>	06	12	07	14	10	20	09	18
<i>E. histolytica</i>	03	06	05	10	05	10	07	14
<i>G. lamblia</i>	13	26	07	14	17	34	09	18
<i>E. nana</i>	03	06	07	14	04	08	12	24
<i>I. butschlii</i>	00	00	00	00	01	02	02	04

## DISCUSSÃO

Os resultados mostram alto grau de parasitismo com índices que chegam a 74% no grupo dos idosos e a 80% no grupo das crianças. Estes estão relacionados aos problemas de infra-estrutura que envolve o município do Conde-PB e que afetam principalmente populações de baixo nível sócio-econômico e cultural, onde os padrões de vida, de higiene ambiental e de educação sanitária e de outras normas de saúde são inadequadas e deficientes (DE CARLI *et al.*, 1997).

No grupo dos idosos, é clara a maior prevalência de exames parasitológicos feitos pelo sexo feminino, o que reflete uma maior preocupação com a saúde do que o sexo masculino. Em relação à distribuição por sexo no grupo das crianças, ocorre uma alternância natural, já que a procura pelos exames depende do interesse dos pais.

Os resultados apresentados nos gráficos 3 e 4 mostram uma maior prevalência dos protozoários em relação aos helmintos no grupo dos idosos e uma inversão desses resultados no grupo das crianças. Apesar de ambos os grupos estarem expostos à mesma realidade precária de saneamento básico, o alto índice de helmintos encontrado entre as crianças reflete o fato destas entrarem em contato com maior frequência com o solo, o que indica contaminação do peridomicílio.

Um dado importante da pesquisa diz respeito à elevada prevalência de geohelmintos como *Ascaris lumbricoides* no grupo de idosos, e *Ancylostomatidae* no grupo das crianças. Estudos realizados no município de Guarabira demonstraram que a elevada ocorrência de ancilostomídeos apresenta estreita relação com o clima e com a precariedade das condições sanitárias, tendo como fator básico da sua transmissão, a contaminação do solo do peridomicílio. Embora ARAÚJO *et al.* (1995) não tenha realizado seus estudos em grupos etários, consideramos importante comparar seus dados com os resultados obtidos em nossa pesquisa, uma vez que não encontramos na literatura consultada nenhum trabalho referente à prevalência de ancilostomatídeos em nossa região. Portanto, ao compararmos o índice de ancilostomatídeos, que chega a 41,34%, encontrados por Araújo na cidade de Guarabira-PB, com índices de 30% para o grupo das crianças no município do Conde-PB, percebemos a proximidade dos resultados e acreditamos que estes devem estar relacionados às condições climáticas e ambientais semelhantes aos dois municípios, favorecendo a proliferação de tal Nematoda.

Em relação aos protozoários intestinais encontrados nas crianças, optou-se por descrever os enterocomensais *E.nana*, *E. coli* e *I.butschilii* junto aos outros protozoários intestinais patogênicos, como *E.histolytica* e *G.lamblia*, uma vez que eles têm o mesmo mecanismo de transmissão e podem servir como um bom indicador das condições sócio-sanitárias, facilitando um melhor entendimento da epidemiologia das parasitoses, como também foi observado por ROCHA *et al.*, 2000 apud SATURNINO *et al.*, 2003.

A alta frequência de protozoários, em especial *Giardia lamblia* e *E. histolytica* descritos na tabela 4, é um dado que deve ser levado em consideração, já que vários estudos têm demonstrado que tais parasitas são responsáveis por síndromes de má-absorção de nutrientes e danos à mucosa intestinal, com graves conseqüências ao crescimento e desenvolvimento físico e mental das crianças em faixa etária escolar (SAWAYA *et al.*, 1990; BERGOLD *et al.*, 1992) e problemas extra-intestinais,

principalmente abscessos hepáticos, que podem ser encontrados em todas as faixas etárias, com predominância em adultos de 20 a 60 anos (NEVES, 2001).

O que agrava esse quadro de alta prevalência das enteroparasitoses é que essas formas parasitárias desenvolvem patogenias que são quase sempre negligenciadas e esquecidas, já que os sintomas clínicos são inespecíficos ou confundidos com outras doenças, ficando os indivíduos assim parasitados por longos anos de forma silenciosa e não aparente, causando danos principalmente às crianças, por afetar seu desenvolvimento físico e mental, e aos idosos à espoliação de nutrientes que os debilitam, deixando-os expostos a outras doenças oportunistas (SATURNINO *et al.*, 2003).

## CONCLUSÕES

Diante dos resultados obtidos através dos exames coproparasitológicos realizados pelo Laboratório de Análises Clínicas do Município do Conde entre os anos de 2001 e 2004, foi possível elaborar as seguintes conclusões:

- A alta prevalência das enteroparasitoses nos grupos etários analisados demonstra um problema de saúde pública instalado no município, que persiste sem maiores variações;
- O município do Conde apresenta problemas sócio-econômicos que estão refletidos na saúde da população;
- Os grupos etários escolhidos na pesquisa são alvos constantes de infecções, o que exige maior atenção por parte das autoridades do município;
- A maior prevalência de helmintos como *Ascaris lumbricoides* no grupo dos idosos e *Ancylostomatidae* no grupo etário das crianças pode indicar contaminação do peridomicílio, sendo necessárias medidas de controle, como o tratamento dos pacientes periodicamente, estimular a lavagem das mãos antes das refeições e o uso de calçados;
- Entre os protozoários de importância clínica, *E.histolytica* e *G.lambliia* foram os mais frequentes, respectivamente, no grupo dos idosos e no grupo das crianças o que demonstra contaminação da água e dos alimentos.

Diante dos resultados obtidos para os dois grupos etários, fazem-se necessárias, além de medidas de saneamento básico, outras providencias relacionadas com políticas educacionais de saúde, que devem ser realizadas através de uma maior interação entre as comunidades e os agentes disseminadores de saúde. As ações educativas conduzidas de maneira concreta constituem instrumento facilitador dessa participação (PEDRAZZANI *et al.*, 1998).

### ABSTRACT

The parasitic infections caused by protozoa and helminths affect great part of the world population. In Brazil, the frequency of intestinal parasites presents wide geographical distribution and is related to the conditions of basic sanitation, socioeconomic level, education degree, age and hygiene habits. With the purpose of tracing the profile of the enteroparasites in children's groups and senior in the municipal district of the Conde-PB, a sample of 400 results of exams coproparasitological was analyzed in the period of January/2001 and September/2004. Of these, 200 werw of 0-12 year-old children and 200 of seniors with 60-80 years, for both sexes. The result show high degree of parasitism, with indexes that arrive to 74% in the seniors' group and to 80% in the children's group. Larger frequency of protozoa was detected in the seniors' group and a larger helminths incidence in the children's group. The parasites of larger clinical importance found in the analyzed groups were, among the protozoa, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, and, among the helminths, *Ascaris lumbricoides* in the seniors' group and *Ancylostomatidae* in the children's group.

**Key Words:** Enteroparasites. Helminths. Protozoa.

### REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. F. M; BRANCO, U. V. C; COSTA, F.G. Prevalência de Ancilostomose na cidade de Guarabira-PB (1995). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 2, n. 1, p.17-22, 1998.

BERGOLD, A. M; KOROLKOVAS, A. Antihelmínticos benzimidazólicos. **Revista de Farmácia Bioquímica da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 28, n. 79, p. 113, 1992

CARNEIRO. F. M; FERREIRA R. F; GARCIA C. E. Incidência de Enteroparasitas em crianças de Joinville-SC. **J.Brás Med**67, v. 3, n. 167, p. 70, 1994.

CHIEFF, P. P; GRYSCHER, R. C. B; NETO, V. A. **Parasitoses intestinais: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Lemos, 2001. 32 p.



DE CARLI, G. A *et al.* Prevalência das enteroparasitoses na população urbana e rural da região carbonífera da cidade de Arroio dos Ratos. **Revista Brás. Farmácia**, Rio Grande do Sul, 1997.

MACHADO, R. C. *et al.* Giardíase e helmintíase em crianças de creches e escolas de 1º e 2º graus (públicas e privadas) da cidade de Mirassol (SP, Brasil). **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 1999

MOTA, J. A C; PENNA F. J; MELO M.C.B. Parasitoses intestinais. In: Leão E, Corrêa EJ, Viana MB, MotA jac, eds. In: **Pediatria Ambulatorial**. 5. ed. Belo Horizonte: Coopmed: 2004 (no prelo).

NEVES, D. P. **Parasitologia Humana**. 10. ed.. São Paulo: Atheneu, 2000.

ROCHA, R. S. *et al.* Avaliação da esquistossomose e de outras parasitoses intestinais em escolares do município de Bambuí. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Minas Gerais, Brasil, v. 33, p. 431-436, 2000.

SATURNINO, A. C.R.D.*et al.* Relação entre ocorrência de parasites intestinais e sintomatologia observada em crianças de uma comunidade carente de Cidade Nova, em Natal-RN. **RBAC**. v. 35, n. 2, p. 85-87, 2003.

SAWAYA, A. L; AMIGO, M. P. H; SIGULEM, D. M. The risk approach in preschool children suffering malnutrition and intestinal parasitic infection in the city of São Paulo, Brasil. **Journal Tropical Pediatrics**. v.36, p. 184-188, 1990.

REPORT of the who informal consultation on the use of chemotherapy for the control of morbidity due to soiltransmitted nematodes in humans. Division of Control of Tropical Diseases. Geneva: World Health Organization, 1996.

# REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFESSORES(AS) DE ENSINO FUNDAMENTAL SOBRE EDUCAÇÃO SEXUAL

Maria da Piedade Lins Pedrosa<sup>8</sup>

## RESUMO

Este trabalho é resultado da pesquisa objeto da dissertação de mestrado intitulada “educação sexual: representações sociais de professores(as) de ensino fundamental”, que teve como objetivo principal analisar as representações sociais que os(as) professores(as) de ensino fundamental de escolas públicas têm sobre a educação sexual. Participaram vinte professores(as) que estivessem ou não trabalhando com o conteúdo de educação sexual nas suas disciplinas. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas, na perspectiva da análise de enunciação e tiveram como suporte teórico as representações sociais de Serge Moscovici. Os resultados revelaram que os professores(as) possuem uma representação ambígua em relação à educação sexual, ou seja, ao mesmo tempo em que reconhecem a importância de se realizar a educação sexual na escola (imagem positiva), denotam a falta de preparo deles(as) para realizar tal tarefa (imagem negativa).

**Palavras-chave:** Educação sexual. Representações sociais. Professores. Ensino fundamental.

## INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo é investigar as representações sociais que os(as) professores(as) do 2º ciclo do ensino fundamental de escolas públicas de João Pessoa apresentam sobre educação sexual. A necessidade partiu do momento histórico-social que estamos vivenciando, em que é possível observar que a educação sexual vem se tornando, gradativamente, uma questão das mais discutidas por vários segmentos da sociedade, como por profissionais das áreas de educação, saúde, meios de comunicação, família, Igreja, dentre outros. A defesa pela sua implantação na escola desde as séries iniciais tem sido bastante frequente, uma vez que a sexualidade vem sendo considerada um aspecto importante na formação do indivíduo.

Mas educar sexualmente não significa apenas informar ou orientar o indivíduo sobre os aspectos biológicos da sexualidade, significa ser responsável pela

---

<sup>8</sup> Psicóloga Clínica das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança. Especialista em Sexualidade Humana. Mestre em Educação.

construção de valores e mudanças de atitudes em relação à aceitação e à vivência da sua própria sexualidade. É nessa responsabilidade, que os(as) educadores(as) devem se deter, tanto no que se refere à sua vida como um todo, quanto, principalmente, à sua vida como um profissional.

O(a) educador(a) precisaria, então, ter um domínio razoável em nível de conhecimento teórico sobre sexualidade, além de conviver bem com a própria sexualidade, para saber abordar as questões ligadas ao tema com os seus alunos, levando em consideração a formação prévia desses alunos, que, possivelmente, é reflexo de uma deficiência na educação sexual que receberam na família.

A divulgação, em 1997, dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), pelo Ministério da Educação e do Desporto – MEC, abriu novas perspectivas de inserção da Educação Sexual nos currículos das escolas de Ensino Fundamental. De acordo com o documento ministerial, a idéia principal é a de oferecer à educação fundamental uma orientação voltada para a construção da cidadania, da justiça social, com a participação efetiva de todos nas decisões públicas e coletivas. Segundo a Secretaria de Educação Fundamental, desse Ministério:

O objetivo deste documento está em promover reflexões e discussões de técnicas, professores, equipes pedagógicas bem como pais e responsáveis, com a finalidade de sistematizar a ação pedagógica no desenvolvimento dos alunos, levando em conta os princípios morais de cada um dos envolvidos e respeitando também os Direitos Humanos (BRASIL, 1997, p. 107).

Porém, uma questão que nos preocupa e que consideramos ser necessário discutir é a postura do professor face à aplicabilidade dos pcns nas escolas, considerando que os mesmos foram elaborados sem a participação dos docentes que são aqueles diretamente envolvidos nesse processo.

O que aqui está em jogo é que tais pcns não contemplam, em sua elaboração, a voz daqueles(as) que irão implantá-los, por conseguinte não levaram em consideração as diferenças culturais entre regiões, nem tampouco a formação dos(as) professores(as) que serão responsáveis pela nova disciplina. Consideramos de primordial importância para uma efetiva educação sexual que, nesta nova disciplina, os(as) professores(as) não se tornem meros transmissores de informações, mas que, de fato, sejam

educadores(as) comprometidos(as) também com as questões afetivas e pessoais com que o tema da sexualidade está envolvido.

Escolhemos a representação social como pressuposto teórico da nossa pesquisa por concordarmos com herzlich (1989, p. 23), quando diz que a representação social pode ser entendida como *“a elaboração psicológica complexa, aonde se integram, em uma imagem significativa, a experiência de cada um, os valores e as informações circulantes na sociedade.”* o que, para Pedra (1997), significa que as representações sociais não reproduzem apenas o lugar do indivíduo ou da classe na estrutura social mas, principalmente, refletem a maneira como esse indivíduo, ou essa classe toma consciência e responde a essa estrutura social.

Optamos por investigar o 2º ciclo de ensino fundamental, por corresponder à fase de desenvolvimento humano, transitiva, em que os alunos estão entrando na adolescência. Trata-se de uma fase cujas características básicas são mudanças físicas (puberdade), mudanças psicológicas e sociais, além de ser marcada por muitos conflitos, e busca de auto-afirmação, principalmente em relação a questões ligadas à sexualidade.

## **METODOLOGIA**

### **SUJEITOS**

Participaram dessa pesquisa 20 professores(as) do 2º Ciclo de Ensino Fundamental, todos com nível superior, que estivessem ou não trabalhando o conteúdo de educação sexual na sala de aula. Incluímos também os professores que não estavam trabalhando esse conteúdo, para que pudéssemos identificar as dificuldades que esses(as) professores(as) estavam enfrentando.

### **MATERIAL**

Utilizamos como instrumento de pesquisa a entrevista semi-estruturada que é *“uma combinação de perguntas fechadas ou abertas, que permite ao entrevistado(a) falar sobre o tema, sem respostas ou condições preestabelecidas pelo entrevistador.”* (MINAYO, 1994, p. 108).

Porém, é importante salientar que priorizamos as questões abertas, uma vez que essas proporcionaram aos entrevistados(as) a liberdade de abordar o tema de uma

forma menos diretiva. Essas entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas em sua íntegra.

## **PROCEDIMENTOS**

Antes de iniciarmos a nossa pesquisa, fizemos uma seleção das escolas. Nessa seleção, levamos em consideração os seguintes critérios: Escolas da Rede Pública Estadual, que atendessem ao 2º Ciclo de Ensino Fundamental, e que estivessem desenvolvendo um Programa de Educação Sexual em sala de aula. Selecionamos as 04 escolas que compunham o Projeto CEPES II (Centros Paraibanos de Educação Solidária). Foram elas: *Escola Estadual de Educação Infantil e Ensino Fundamental e Médio Escritor José Lins do Rego*, *Escola Estadual de 1º Grau Gonçalves Dias*, *Escola Estadual de 1º e 2º Grau Professora Lílissa Paiva Leite* e *Escola Estadual de Educação Infantil e Ensino Fundamental Professor Orlando C. Gomes*. Todas localizadas no Bairro do Cristo Redentor, a partir de informações fornecidas pela Secretaria de Educação e pela Coordenação do CEPES I, assegurando que essas escolas estariam iniciando um trabalho na área de educação sexual, apesar de a Secretaria da Educação não ter nenhum registro desse trabalho no âmbito da cidade de João Pessoa-PB.

É necessário salientar que elaboramos, antecipadamente, um roteiro dessa entrevista, com o objetivo de testarmos as questões elaboradas. O roteiro final da entrevista ficou composto pelas seguintes questões:

1. É verdade que foi implantada a educação sexual aqui na escola? Há quanto tempo vem acontecendo esse trabalho? Como é que está sendo feita a escolha desses professores?
2. Como os professores estão vendo a implantação da educação sexual na escola? E você?
3. Como você tem trabalhado esse conteúdo em sala de aula?
4. A quem você acha que compete a realização da educação sexual?
5. A partir de sua vivência na escola, o que é necessário para desenvolver um programa de educação sexual na escola?

Os dados coletados nas entrevistas com os professores(as) das Escolas Públicas de João Pessoa foram estudados com base na análise de enunciação. Essa análise de enunciação foi realizada em algumas etapas: em primeiro lugar, fizemos uma análise temática, com o objetivo de destacar os temas presentes nos discursos dos sujeitos em

relação à educação sexual; em seguida, fizemos a análise de enunciação propriamente dita, através de uma análise lógica presente na dinâmica das entrevistas. Utilizamos, para a identificação das entrevistas, um código composto pelas iniciais do nome do professor(a), a sua idade e pela disciplina que ensina, representado da seguinte forma: PC – Professor(a) de Ciências; PEF – Professor(a) de Educação Física; PM – Professor(a) de Matemática; PH – Professor(a) de História e PG – Professor(a) de Geografia.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A representação que os professores(as) elaboraram sobre a educação sexual na escola foi muito bem contemplada na fala desses professores:

“É fundamental. Porque o jovem precisa muito é... ficar sempre bem informado nesse... na, na educação sexual, para evitar a gravidez na adolescência, como usar a camisinha, como se prevenir da AIDS, isso é muito importante, os nossos jovens ter esse conhecimento.” (NMF, 43a, PH)

“Acho importantíssimo né, que a gente vê o que hoje a evolução é, é jovens aí, meninas com dez anos, é principalmente nas escolas, eu tenho aluna com 10 anos, 11 anos, já envolvida com a vida sexual é, é e as vezes mãe... prematuramente, é aí sem nenhuma preparação né? Eu acho que tem que ter uma preparação, tem de se conversar. Eu acho que ainda tem muito adolescente, precisando mesmo de orientação.” (MAA, 32a, PH)

Entretanto, essa representação está fundamentada na representação que têm de si mesmos(as) enquanto professores(as).

“Eu acho que ela é indispensável mesmo, agora que precisava qualificar algumas pessoas aqui pra trabalhar nessa área ou trazer algumas pessoas na escola, para produzir um bom trabalho aqui que tá necessitando demais, eu acho interessante isso”. (GP 30a PM)

“Eu vejo o seguinte, pra gente dar como uma disciplina, uma matéria deveria o professor tá bem preparado, ou ser bem preparado”. (CF 43a PEF)

É possível observar nas falas acima transcritas que os professores(as) fizeram recorrências a sua imagem como professor(a) para construir as representações da educação sexual na escola.

No entanto, a construção dessas representações acontece num processo de ambigüidade, ou seja, ao mesmo tempo em que mostram a importância de se realizar a educação sexual na escola (imagem positiva) denotam a falta de preparo dos professores(as) para realizar tal tarefa (imagem negativa).

Essa construção, que se encontra ancorada num processo de ambigüidade, nos leva a fazer duas inferências. Primeiro, que apesar de esses professores(as) terem curso superior, o qual deveria capacitá-los para o ensino, como também, os anos de experiência em sala de aula, os mesmos não se reconhecem devidamente preparados(as) para desenvolver um programa de educação sexual na escola. E, segundo, que além do despreparo em nível de conhecimento, os professores(as) enfrentam outro tipo de dificuldade, a de ordem pessoal, que provavelmente é reflexo de uma educação familiar repressora. Essa análise encontra suporte em FAGUNDES (1993), quando este coloca que essas professoras são frutos de uma educação sexual repressora e de uma deficiência curricular existente na maioria dos cursos universitários e cursos de magistério.

É possível observarmos nas respostas dos entrevistados(as) que, apesar do despreparo em lidar com questões relacionadas à sexualidade, eles(as) acreditam que a escola precisa dar a sua contribuição nessa área, a partir de dois pontos básicos: a falta de preparo também dos pais para orientar os filhos e a preocupação com a orientação aos jovens.

Eu vejo como uma coisa extremamente importante né? Importante por quê? Porque nós temos aí uma juventude né, é... que tem um conhecimento grande né, que eles buscam na rua, com os colegas.. é.. poucos conhecimentos eles trazem de casa [pausa] pouco conhecimento é passado de, dos pais e.. é... nós, professores né, que temos de procurar de certa forma é... esclarecer, dizer como é o certo né? (JW, 32a, PC).

É fundamental. Porque o jovem ele precisa muito é... ficar sempre bem informado nesse... na, na educação sexual [pausa] para evitar a gravidez na adolescência, como usar a camisinha, como se prevenir da AIDS, isso é muito importante, os nossos jovens ter esse conhecimento (NM, PH, 43 anos).

A representação que os(as) professores(as) fazem da família também se dá através de uma imagem negativa e de uma divisão de um sentimento de culpa e responsabilidade, ou seja, que a omissão da família e da escola em relação à orientação de crianças e adolescentes sobre questões relacionadas à sexualidade está gerando conseqüências sérias, como a introjeção de informações deturpadas, gravidez precoce, etc.

Essas atitudes dos professores e dos pais nos levam a inferir, de acordo com LOURO (1999), que as questões relacionadas à sexualidade estão presentes no cotidiano escolar, sejam da nossa vontade ou não, ou seja, estão presentes nas conversas, nos rabiscos feitos no banheiro, nos namoros e, principalmente, acontecem na sala de aula, explícita ou implicitamente, nas falas e atitudes dos professores(as) e dos alunos.

Os professores(as) expressam nas suas representações a importância de se realizar um trabalho de educação sexual, porém de uma forma estruturada e sistematizada.

Não que eu vejo de uma forma boa, mais, mais, mais assim, orientação eu acho importante, é de fundamental importância, quer dizer agora, só que eu vejo o seguinte, por exemplo, ele não pode ser trabalhado aleatoriamente, tem que ser trabalho sistematizado, tem que ser um trabalho sistematizado”. (SB, 42a, PEF). “Na minha concepção deveria ter uma disciplina, uma formação sexual, é isso aí que eu acho que deve, tem que ter a partir da 5ª série, já deve ter, o aluno já deve ter essa disciplina (FI, 36a, PM).

Torna-se clara, nas informações dos professores(as), a necessidade de se realizar um programa de educação sexual, entretanto as dificuldades em nível de conhecimento e em nível pessoal enfrentadas pelos professores(as) vêm interferindo na execução desse trabalho. E, como a proposta dos PCNs é de trabalhar a orientação sexual como tema transversal, ou seja, dentro de qualquer disciplina, podemos supor que essas questões têm servido de justificativas para que os professores se abstenham de trabalhar o conteúdo de educação sexual independente da disciplina.

As falas dos(as) entrevistados(as) revelam que a sexualidade é um tema que deve ser tratado quase que exclusivamente pela disciplina de Ciências e Biologia.

“Bem, que foi implantada foi, agora os professores não estão não é, dando essas aulas, só o professor de Ciências mesmo...” (PM, 50a, PG)

“Bem, houve uma reunião e a inspeção para a notação né, dos Parâmetros Curriculares é de ordem técnica, vamos dizer a questão da educação sexual ficou mais a cargo dos professores de Ciências e Biologia no caso do 2º Grau...” (SB, 42a, PEF)

E os professores(as) de Ciências, por sua vez, demonstram nas suas falas que estão realizando a educação sexual apenas na 7ª série, no conteúdo da reprodução humana, além de estarem se sentindo obrigados(as) a trabalhar o tema na sua disciplina.

“Se tiver lá no livro aquilo, aquele tema, se trabalha né? A gente geralmente é isso que acontece, se trabalha muito em cima do livro, por exemplo, na 7ª série quando se trabalha o corpo humano, aí tem a parte do aparelho reprodutor, aí o professor deve trabalhar, isso, e geralmente trabalha...” (EI, 43a, PC)

“Bem, com o programa que vem da Secretaria da Educação, o professor de Ciências tem obrigação é de dar educação sexual. Pelo programa nosso o professor de Ciências não pode fugir não. Tem obrigação...” (MT, 47a, PC).



Diante dessas atitudes dos(as) professores(as), devemos supor que essa ação educativa é uma responsabilidade dos professores de Ciências e Biologia, uma vez que consideram as questões relacionadas à sexualidade parte da sua área de atuação? De acordo com (WEREBE, 1998) essa suposição não é correta, porque outras disciplinas também são importantes no estudo dessas questões. Além do que, nem sempre os professores de Ciências e Biologia possuem, necessariamente, todos os conhecimentos sobre a sexualidade e, principalmente, sobre as dimensões psicológicas que envolvem essas questões.

Outro ponto que podemos observar nas respostas desses(as) professores(as) é que a educação sexual continua sendo vista como um campo disciplinar, em que pessoas percorrem com muitos temores, refugiando-se assim no campo científico, quando preferem dar ênfase aos aspectos biologizantes da sexualidade, esquecendo-se de contextualizar as questões em nível social e cultural que envolvem o tema (LOURO, 1999).

Isto acontece em decorrência da exclusão na maior parte dos estudos na área da educação no Brasil sobre as relações de gêneros. De acordo com VIANNA (1997), a escola vem ocupando um espaço cada vez menor na socialização dos jovens, quando, muitas vezes, não são capazes de proporcionar uma estrutura de relações sociais, que envolvem aspectos como geração, raça e gênero e que assim interferem na elaboração de uma nova proposta de qualidade de ensino.

Essa ausência do recorte de gênero, na educação sexual é evidente no discurso dessa professora:

“...Antes de ser educação sexual é educação, ela tem que ser trabalhada em todas as disciplinas, aprender a como tratar o outro... menino que vê muito a mãe apanhar do pai... os dissabores da vida dentro da casa, os filhos crescem assim machões, os conceitos assim de errado, de homem e de mulher, homem pode, mulher não pode, homem isso, homem aquilo...” (CF, 43a, PEF)

Diante disto, podemos observar, no que diz respeito à educação sexual, que essa exclusão do recorte de gênero para lidar com questões relacionadas à sexualidade vem reforçar cada vez mais o determinismo biológico, que tem origem nas ciências biológicas, e que na nossa sociedade explica as diferenças entre homens e mulheres, a partir das distinções de sexo e baseadas, assim em características físicas e naturais. (VIANNA, 1997)

Nas representações que os(as) professores(as) fazem da educação sexual, eles(as) problematizam também algumas questões relacionadas à sexualidade e que fazem parte do cotidiano escolar e do cotidiano do adolescente, que são: a gravidez na

adolescência, o homossexualismo, as doenças sexualmente transmissíveis, principalmente a AIDS e os métodos anticoncepcionais. Esses(as) professores(as) acreditam na importância de esses temas serem trabalhados em sala de aula, porém o preconceito por parte de alguns professores(as) em relação aos temas e, em especial, em relação ao homossexualismo, podem dificultar esse trabalho.

“Eu acho necessária demais, demais, desde que a gente atenda cada vez mais, por falta de informação, gravidez indesejada, crianças grávidas é... a gente tem aí doenças sexualmente transmissíveis, mortais, né, como a AIDS e outras que prejudicam demais a saúde.” (AM, 39a, PC)

“... quando se trata de homossexualismo aí vem o preconceito, então, o professor pode ser que ele não saiba dar aquela resposta e, invés de ajudar, né, de ajudar aquele aluno, ele possa até prejudicar. Então ele precisa ser formado.” (AM, 39a, PC)

“... tem o ficar então, principalmente, nas nossas festas que nós temos aqui, como a Festa das Neves, o Carnaval, a Micaroa, né, temos que trabalhar em cima dos nossos alunos em relação a isso, principalmente, da AIDS, que é uma das piores doenças. Então eu acho válido não é? E a gente trabalhar os PCNs dentro dessa educação sexual pra valorizar a vida mais, não é? Proteger os nossos alunos dessa doença que é um mal.” (GM 39a PC)

Outro aspecto importante a ser analisado nas representações desses(as) professores(as) diz respeito ao fato de que, nos dias de hoje, as práticas de orientação ou educação sexual na escola ou em outros lugares estão mais voltadas à prevenção da AIDS. É evidente que a realização de um trabalho informativo sobre a AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis é importante, mas devemos ficar alerta para que isto não leve a uma associação do exercício da sexualidade à doença (LOURO, 1999). Ainda sobre esse aspecto, Weeks coloca:

[...] produz-se uma fusão entre duas teorias, plausíveis, embora não demonstradas: que haja uma afinidade eletiva entre algumas enfermidades e certas práticas sexuais; e que certas práticas sexuais são a causa de algumas enfermidades. E uma terceira: a saber, que certas práticas sexuais são enfermidades (WEEKS apud LOURO, 1999, p. 140).

É possível observarmos nos discursos desses professores(as) também a presença de valores morais bastante arraigados, e que é confirmado pelo pensamento de Louro, quando coloca:

Fortemente atravessado por escolhas morais e religiosas, o tratamento da sexualidade nas salas de aula geralmente mobiliza uma série de dualismos:

saudável/doentio, normal/anormal (ou desviante) heterossexual/homossexual, próprio/impróprio, benéfico /nocivo, etc. (LOURO, 1999, p. 133).

A presença desses valores morais e religiosos estão muito bem representados nas falas dessas professoras:

“Vamos ver a ciência e não a indecência, porque quando você tá falando na ciência não tem nada de feio, não tem nada de imoral...” (MA, 56a, PC)

“... então eu acho que deve ser uma forma de sexualidade, tem que ter uma formação religiosa também, uma pessoa que tenha um certo pudor...” (MA, 56a, PC)

Portanto, mais importante do que abordar temas relacionados à sexualidade, é preciso que haja uma preocupação como esses temas estão sendo transmitidos aos alunos(as), ou seja, é “preciso questionar não apenas o que ensinamos, mas o modo como ensinamos e os sentidos que os/as nossos(as) alunos(as) dão ao que aprendem.” (LOURO, 1999, p. 137)

Isso pode significar que esses professores(as) quando fazem intervenções na área da sexualidade com os seus alunos, estão educando mais pelas suas atitudes do que pelas informações transmitidas, ou seja, porque eles educam pela maneira como enfrentam a própria sexualidade e das outras pessoas, principalmente de crianças e adolescentes. (WEREBE, 1998).

Werebe coloca, ainda, que os participantes do Seminário sobre Sexualidade do Adolescente (CIE, 1991) comprovaram que muitas vezes os responsáveis pelos serviços de informações sobre a contracepção para adolescentes são mal preparados, além de divulgarem rumores assustadores.

O ideal seria que a educação sexual fosse realizada por um educador, independente da disciplina, pois o educador sexual seria aquele profissional que, além de ter recebido uma formação especial na área da sexualidade, também deveria possuir qualidades necessárias para realizar esse trabalho. De acordo com Desaulniers, a autenticidade seria uma dessas qualidades:

A autenticidade do educador depende das suas atitudes face à própria identidade, à sua vida sexual e à sexualidade dos outros, ela é a consequência de uma maturidade psicológica conquistada e reconhecida (DESAULNIERS, 1990 apud WEREBE, 1998: 195).

Foi possível constatar essa preocupação com a formação do(a) professor(a), como também de outros profissionais, para que estes(as) se sintam

preparados(as) para trabalharem com a educação sexual com os seus alunos(as) nas representações desses(as) professores(as):

“... É deve ser feito como eu falei, primeiro a formação do profissional, segundo o material didático... deve ser levado assim mais sério, a nível de profissionalizar o professor, é isso”. (AM, 39a PC)

“Primeiro a formação de um grupo, professores e técnicos não é isso? Psicólogos trabalhando em cima desse, desse tema é... fazendo debate, é ... trazendo pessoas para debater sobre isso, seminários, debates...” (EI, 43a PC)

Portanto, apesar de todo o processo de ambigüidade que esses professores(as) demonstraram estar vivenciando no cotidiano escolar, em relação à difícil tarefa de trabalhar com a educação sexual, eles(as) também acreditam que a escola, como uma instituição preocupada com a educação global dos seus alunos, poderá dar a sua contribuição, no entanto, terá que fornecer as condições necessárias para que esse trabalho possa acontecer.

## **CONCLUSÃO**

O objetivo do nosso trabalho foi de conhecer e analisar as representações sociais de professores(as) de ensino fundamental, sobre a educação sexual, para que, assim, pudéssemos compreender melhor as dificuldades que esse(as) professores(as) estão enfrentando no cotidiano escolar e trabalhar com questões relacionadas à sexualidade.

É importante ressaltar que essa conclusão se refere a uma classe específica de professores(as) do Ensino Público Estadual, ou seja, aqueles(as) que lecionam o 2º ciclo do Ensino Fundamental de quatro escolas que compõem o Projeto CEPES II (Centros Paraibanos de Educação Solidária), localizadas no Bairro do Cristo Redentor, em João Pessoa.

Em relação às representações que os professores(as) possuem sobre a educação sexual, os dados da nossa pesquisa evidenciam que a construção dessas representações acontecem num processo de ambigüidade, quando, ao mesmo tempo em que mostram a importância de se realizar a educação sexual na escola (imagem positiva), revelam a falta de preparo dos professores(as) para realizar esse trabalho (imagem negativa).

Dessa forma, o caminho percorrido na nossa pesquisa nos leva a sugerir algumas possibilidades de ações, para que a educação sexual possa acontecer de maneira satisfatória na escola.

Primeiro, a necessidade da implantação da disciplina educação sexual, nos cursos de magistério e nos cursos de Pedagogia e Licenciatura em geral, responsáveis pelos(as) futuros(as) docentes. Para isto, porém, é preciso que os órgãos gestores responsáveis pela educação, em nível nacional ou local, como o Ministério da Educação e a Secretaria de Educação dêem prioridade a esse programa, realizando também treinamento com os(as) docentes, oferecendo recursos pedagógicos, além de fazer um trabalho de acompanhamento, de supervisão desse programa. Só assim acreditamos ser possível superar esse desafio que é trabalhar com a educação sexual no meio escolar.

#### **ABSTRACT**

This work had is resulted of the research developed in the dissertation of intituled mestrado “sexual education: social representation of the teachers of fundamental instruct”, that had as objective man to analyze the social representation that the teachers of fundamental instruct from publics schools have about sexual education. took part in about twenty teachers, that participate in or no, with the sexual education contents in respectives disciplines. everything was collect through structure interview, in perspective of analyze to inform, and had like theoretical support he social representations from serge moscovici. the results revealed that the teachers have a ambiguous representation with the sexual education, or else, in the same time they show the importance of realization of sexual education in schools (positive image) and indicate the absence of the preparation from the teachers to realize this work (negative image).

**Key Words:** Sexual education. Social representation. Techers. Fundamental instruct.

#### **REFERÊNCIAS**

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1997.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. **Parâmetros Curriculares Nacionais**. Brasília: MEC, 1997. v. 10.

DESAULNIERS, M. P. **Pedagogie de l'éducation sexuelle**. Montreal: Agence d'ARC, 1990.

FAGUNDES, T. C. P. C. Educação sexual e formação do professor, necessidade e viabilidade. **Revista brasileira de sexualidade humana.** v. 4, n. 2, São Paulo: Iglu, 1993.

HERZLICH, C. **Santé et maladie:** analyse d'une representacion sociale. Paris: Mouton, 1969.

LOURO, G. L. **O corpo educado:** pedagogia da sexualidade. Belo Horizonte: Artelândia, 1999.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec, 1994.

PEDRA, J. A. **Currículo, conhecimento e suas representações.** Campinas: Papirus, 1997.

VIANNA, C. Sexo e gênero: masculino e feminino na qualidade de educação escolar. In: AQUINO, J. G. (Org.). **Sexualidade na escola:** alternativas teóricas e práticas. 25. ed. São Paulo: Summus, 1997.

WEREBE, M. J. O. **Sexualidade, política e educação.** Campinas: Autores Associados, 1998.

# O IMPACTO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

## THE IMPACT OF THE ADOLESCENCE PREGNANCY

Casandra G. R. Martins Ponce de Leon<sup>9</sup>  
Gigliola Marcos Bernardo de Lima<sup>10</sup>  
Jordana Silva de Souza<sup>11</sup>  
Vera Lúcia de Almeida Bezerra Perez<sup>12</sup>

### RESUMO

O auge da adolescência é marcado pela descoberta do sexo, que promove frequentemente conseqüências desastrosas para a menina, como gravidez indesejada, entre outros. Propomos, com esta pesquisa bibliográfica, contribuir para melhorar a assistência de Enfermagem junto às adolescentes grávidas através de algumas experiências, medos, dúvidas e sentimentos por elas vivenciadas e relatadas. Com a auto-estima abalada, elas se sentem inadequadas, desprestigiadas, desamparadas, inferiores e sem confiança em si para superar as crises e situações conflitantes. Como os Enfermeiros lidam com o ser humano durante todas as etapas do ciclo vital (da infância à velhice), eles poderão dispensar cuidados que contribuam para a Saúde Mental das adolescentes grávidas.

**Palavras-chave:** Gravidez. Adolescência. Assistência.

### INTRODUÇÃO

Para início deste trabalho, transcrevemos o seguinte texto:

“Um Encontro com a Realidade do Adolescer”.

Adolescer é  
Verbo que  
Ocupa poucas  
Linhas no  
Dicionário  
Parece tão  
Claro:

---

<sup>9</sup> Enfermeira, Mestranda em Enfermagem Fundamental pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

<sup>10</sup> Enfermeira, Mestranda em Enfermagem em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE).

<sup>11</sup> Enfermeira, graduada pela Universidade Federal da Paraíba.

<sup>12</sup> Docente, Mestre do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria, DESPP/CCS/UFPB.  
[casandramart@bol.com.br](mailto:casandramart@bol.com.br), [gigliolangel@bol.com.br](mailto:gigliolangel@bol.com.br), [jordanass@bol.com.br](mailto:jordanass@bol.com.br)

Adolescer  
Rima com  
Crescer e  
Viver.  
Quem dera  
Nas linhas  
Curvas do real  
Adolescer também  
Não rimasse com  
Sofrer e  
Morrer” (Anônimo).

A partir desse pensamento sobre o crescer, viver, sofrer e morrer do adolescente procuramos na literatura os vários aspectos sociais e psicobiológicos que, de alguma forma, afetam as adolescentes grávidas.

Etimologicamente “adolescência” significa “crescer para maturidade”, termo este derivado do latim (MARTINS et al, 2000).

Para vários autores, é nessa fase, compreendida entre os dez e dezenove anos, que a jovem amadurece sexualmente. Os jovens também sofrem o amadurecimento intelectual, criando suas teorias, mudando suas crenças e valores. Essa época é ideal para auto-afirmação do que são e do que querem ser (PATRÍCIO et al., 1997; LUZ, 1999; PATRÍCIO, 2000).

O auge da adolescência, marcado pela descoberta do sexo, promove freqüentemente conseqüências desastrosas para as meninas: gravidez indesejada, situações relacionadas a aborto, DST/AIDS, abandono escolar, entre outros, o que provavelmente interferirá na sua saúde integral (mental e física) e social.

Sabemos que a adolescência é caracterizada pela transição do estado infantil para o adulto, refletido pelo desenvolvimento físico e psíquico, reforçando o lado sexual. É nesta fase que o adolescente se sente livre para vivenciar papéis e estilo de vida adulto: uso de drogas, bebidas alcoólicas, cigarros, iniciação sexual e possivelmente uma gestação. (CAVALCANTI, 2000).

A autora supracitada mostra no seu artigo que os resultados da gravidez se enquadram num conjunto de fatores estruturais da sociedade, como cultura, economia e sociedade. Para a autora, a gravidez e a adolescência fazem parte de uma crise, um período



temporário de desorganização. Adolescência é fase necessária e imprescindível para o desenvolvimento do ser humano, já a gravidez pode ser desestruturante, podendo apresentar uma grande carga emocional, física e social, prejudicando a maturação psicosssexual, sem falar no fato de que afeta a Saúde Pública no nosso país e no mundo em geral.

Em relação aos tabus sexuais entre pais e filhos, sobre crenças inerentes ao tema, não podemos generalizar estas relações, pois elas poderão variar de região para região, de cultura para cultura, de geração para geração.

Assim, quando a criança nasce, inicia-se a sua socialização, envolvendo-a numa série de eventos relacionados com sua identidade sexual, masculino e feminino (LUZ, 1999). A exemplo disso citamos a cor da roupa (rosa X azul), as brincadeiras (bonequinhas X futebol, carrinhos) e as influências psicológicas, muitas vezes inconscientes, das mães para as filhas, ensinando-lhes que irão encontrar um príncipe encantado, casar e ter filhos, fazendo com que elas acreditem que seu valor está centrado numa maternidade futura.

No Brasil, não ocorreria de forma diferente. Religiosamente e socialmente, as meninas eram educadas para que as relações sexuais ocorressem no pós-matrimônio, assim, assimilaram o que a cultura considerava como correto de pensar, agir, falar e relacionar-se com os demais (FERREIRA et al., 1997; LUZ, 1999; PATRÍCIO, 2000).

As informações interiorizadas e legitimadas na infância são muito fortes, devido ao alto grau de afetividade e emotividade que existe na relação pais e filhos. As tradições, tabus e mitos não são estáticos e sim dinâmicos, sofrendo alterações do tempo, no espaço e entre gerações.

Em torno dos anos 60, mudanças significativas, nos padrões sexuais e educacionais, ocorreram decorrentes de diversos fatores, nomeadamente: eclosão do movimento feminista, liberalização do tema homossexualismo, crescimento dos meios de comunicação e acesso destes a todas as camadas sociais, especialmente as mais excludentes; e exposição pública da diminuição da desigualdade entre os sexos.

Dentro dos fatores que levaram a mudanças radicais no comportamento sexual das mulheres, não poderíamos deixar de citar a descoberta e divulgação em massa dos métodos contraceptivos, nomeadamente a camisinha e a pílula.

É relevante lembrar que a criança, ao interagir com o mundo (escola, vizinhos, amigos, etc.), receberá informações que poderão gerar conflitos psicológicos em

relação às orientações sexuais recebidas pelos pais, levando, ocasionalmente, a mudanças de padrões. No princípio da adolescência, ocorre o movimento de repensar representações, restritas a valores, crenças, ações da sua família (PATRÍCIO et al., 1997; PATRÍCIO, 2000; MARTINS et al., 2000; CAVALCANTI et al., 2000).

Esses autores afirmam que os jovens, ao atingirem a maturidade intelectual, compreendem o que os cerca e criam as suas teorias; na maturidade emocional, eles questionam, procuram definir, integram seus próprios modelos, deixando os primeiros modelos: pais, professores, artistas, entre outros. Na realidade, os novos modelos formados não serão muito diferentes dos adquiridos pelos familiares, pois fazem parte de um grupo (de uma classe) e não podem ser tão diferenciados.

A gravidez na adolescência está intimamente ligada não apenas a fatores físicos e psicológicos, mas também a fatores sócio-econômicos que marcam a sociedade de cada época (CAVASIN et al., 2000; PATRÍCIO, 2000).

As autoras mostram que dentro da Psicologia, a adolescência corresponde ao período desde a terceira infância até a idade adulta, marcada por intensos conflitos e persistentes esforços de auto-afirmação.

A inserção da adolescente ou do jovem na vida social marca as mudanças da história, mas também variando de sociedade para sociedade e de acordo com o contexto econômico de cada época (LUZ, 1999; CAVASIN et al., 2000; PATRÍCIO et al., 1997; CAVALCANTI et al., 2000).

Hoje, a sociedade mudou. Dos 12 aos 20 anos, deve-se estudar e se preparar para o mercado de trabalho, para ser um bom profissional, mas num contexto de dependência econômica-familiar. Subentende-se que é necessário atingir a maturidade, maioridade, terminar os estudos, conseguir um emprego, para depois pensar em ter uma relação íntima duradoura, isto porque a fase de ter filhos estava atribuída à família.

Essa trajetória, desejada de pais para filhos, é aquela definida como ideal. A gravidez e maternidade na adolescência rompem essa trajetória. São vistas pela sociedade como um problema e riscos a serem evitados. Garcia, Pelá e Carvalho (2000) apresentam a contradição na educação, ora os pais são liberais, ora são autoritários, e enquanto que os rapazes são preparados para a vida pública, as meninas são preparadas, desde cedo, para a vida doméstica, para assumir um papel social de esposa e mãe.

No entanto, se de um lado criticamos o aumento significativo da atividade sexual entre os jovens (13 a 19 anos), por outro lado temos os meios de comunicação que

colaboram e reforçam a idéia positiva da difusão de valores que estimulam a atividade sexual ou a gravidez na adolescência (DYTZ et al., 2000; MARTINS et al., 2000).

Alguns acreditam que não se pode culpar a família por todas as infelicidades que dizem respeito aos jovens. Muitas vezes a família não se sente preparada para responder aos anseios e dúvidas dos filhos. Segundo Martins (2000), as jovens estão tirando suas dúvidas com a TV e seus colegas de classe. O espaço que deveria ser da família está se perdendo para outros, que provavelmente irão influenciar na total radicalização dos valores das jovens.

É provável que nem os pais obtiveram esses anseios e dúvidas respondidas enquanto jovens e não sabem responder sobre sexualidade, além disso, a educação rígida e repressiva de antigamente reflete-se hoje na inter-relação de pais-filhos (MARTINS, 2000; GARCIA, PELÁ, CARVALHO, 2000).

## **OBJETIVO**

Resgatar os aspectos sociais e psicológicos da gravidez em adolescentes e observar os relatos destas à luz da saúde mental, com base na literatura.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo exploratório descritivo realizado no período de junho a agosto de 2002, resgatando os aspectos sociais e psicológicos da gravidez em adolescentes e observando os relatos destas à luz da saúde mental, com base na literatura consultada.

Pesquisa bibliográfica desenvolvida a partir de material já elaborado, como por exemplo livros, artigos de revistas científicas, boletins, monografias, etc. (GIL, 1999). Ela comporta a bibliografia existente em relação ao tema da pesquisa, desde avulsos, boletins, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico, e até meios de comunicação orais: rádio, gravações em fita magnética e audiovisuais: filmes e televisão (LAKATOS, 2002).

Tem o objetivo ou finalidade de colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, de analisar e

conhecer as principais contribuições teóricas sobre esse tema (LIMA, 2000; LAKATOS, 2002).

## **RESULTADOS**

Não é surpreendente o aumento de casos de gestantes adolescentes no Brasil. Apesar da luta entre bases político-econômicas e princípios morais versus bases sócio-culturais, e da grande propaganda de anticoncepcionais para diminuir os altos índices de natalidade na faixa etária da adolescência, não se observam grandes resultados.

Podemos citar alguns dados estatísticos obtidos a partir do filme “Gravidez na Adolescência” (1999) que apresenta: “mais de um milhão de adolescentes ficarão grávidas este ano”, “uma em cada quatro adolescentes ficará grávida até aos dezoito anos”, “a cada ano quarenta mil adolescentes deixam a escola, pela dificuldade de conciliar o estudo e o nenê”, “68% das mães adolescentes brasileiras são solteiras”.

Essas informações são importantes, pois mostram o quadro caótico do crescimento e desenvolvimento sexual das adolescentes.

A gravidez extraconjugal é uma decisão consciente da mulher, mas, na adolescência, pode ser um desejo inconsciente: “quero ter um filho” traduzido por “quero um relacionamento profundo” (CAVALCANTI et al., 2000; LUZ, 1999; PATRÍCIO, 1997).

O Centro da Mulher 8 de Março trabalha com a saúde da mulher em geral, inclusive com as adolescentes, constatando-se que “28% das adolescentes brasileiras ficam grávidas pós sua iniciação sexual”, “um milhão de adolescentes entre 10 e 19 anos engravidam por ano, e destas 200 mil abortos”. Essa é uma realidade assustadora!

Cavasin (2000) salienta as conseqüências negativas para a adolescente e filho, causando principalmente abandono escolar, desemprego, instabilidade emocional familiar/conjugal, mortalidade e morbidade da criança e do adolescente e reprodução do ciclo da pobreza. Pessoas desempregadas não terão condições financeiras para criar filhos. Assim aumenta significativamente a pobreza.

É relevante lembrar outro fator que dificulta a convivência familiar, entre adolescentes e pais, que é o processo de modernização da sociedade. Os adolescentes incorporam mais rápido novas tecnologias, novos valores sociais e culturais, que são

diferentes dos valores dos pais, e estas mudanças vão favorecer o distanciamento e até a separação precoce da família (CAVALCANTI et al., 2000).

Para algumas adolescentes gestantes, esta condição lhes proporciona o sentimento de proteger seu filho no ventre, e muitas vezes o poder para exigir certas regalias, como comidas e petiscos, aos seus familiares, e estes atendem prontamente. No entanto, nem todas as gestações são um conto de fadas, e muitas adolescentes sofrem amargas discriminações, palavras duras e atos preconceituosos e injustos.

Iremos apresentar os relatos de adolescentes grávidas que sofreram de alguma forma, antes, durante e depois do processo da gestação. Os relatos foram obtidos de um trabalho de Dytz (2000) e de Luz (1999).

“A primeira gravidez, quando engravidei da primeira filha, eu tinha 16 anos..., eu não pensava muito, eu não me preocupava com nada assim, que podia acontecer, não!”

Nesse relato, podemos compreender o pensamento mágico e a negação do que estava ocorrendo como se não pudesse acontecer com ela.

“Eu sofri muito, né, por causa que eu tive ela aqui, e não tinha família aqui para cuidar de mim, né, com ela. Aí eu sofri muito com ela aqui!”

Uma das possíveis conseqüências da gravidez na adolescência é o sofrimento, seja ele físico, social e psicológico.

“Aí, comecei a namorar com ele. Aí, assim, logo eu me perdi com ele, fiquei grávida. Eu tava com 5 meses e não sabia que tava grávida. Porque era assim, menstruava e tudo, mas não tinha assim essa noção, sabe? Não tinha muito assim, era muito bestinha nesse tempo, muito bobinha”.

As adolescentes, na maioria vezes, nem sabem o que ocorre com o próprio corpo, as mudanças próprias das fases do desenvolvimento feminino, e quando se trata da gravidez, podemos ver a ingenuidade e ignorância quanto a esse tema.

“Me sinto só. É muito difícil a minha situação. Em casa não consigo falar com pai e mãe (...) é muito difícil. Saber que eu terei que ir para o hospital sozinha, criar o filho, não ter com quem dividir. Já não sei se gosto do meu namorado, a dor de ter sido abandonada é muito grande. Ele disse para eu fazer aborto”.

A solidão não está presente em todos os casos das gestações em adolescentes, mas, nesse relato, identificamos a dor ao ter sido abandonada pelo parceiro. Algumas adolescentes perdem amigos e os familiares se afastam. O que permanece e cresce é a solidão.

“O meu namorado não aceitou a gravidez, e quando ficou sabendo foi embora para Minas Gerais, e nunca mais o vi. Tomei remédio para abortar mas não surgiu efeito.”

Observamos a falta de apoio e responsabilidade do parceiro não assumindo os seus atos, abandonando-a com o filho no útero. A dor muitas vezes é tão grande que se sujeita a um aborto, ato dramático e doloroso para a mulher.

“Apesar de ter mais trabalho aqui na casa nova, é bom porque é minha. Não tem água, mas eu tomo banho e lavo a louça na casa da minha sogra, aí do lado... o Marcos ta de novo sem emprego, aí nós começamos a brigar, falta as coisas, fica mais difícil”.

Nesse relato, é visível a falta de condições para os adolescentes se estruturarem como uma família. O desemprego gera brigas e “nem só de amor vive o Homem” como se diz popularmente, dessa forma o relacionamento torna-se insuportável. Os adolescentes não estão maturamente preparados para relacionamentos a dois, e assim os conflitos e a infelicidade superam qualquer sentimento.

“O pai disse que eu tenho de caminhar. Mas eu não quero sair desse jeito, com essa barriga, não me sinto bem em sair assim. Então fico em casa todo o dia”.

Mais uma vez a negação da gravidez, sentindo-se incomodada nesse estado, isolando-se da sociedade. A vergonha está oculta nesta fala, mas pressupomos que ela se sinta discriminada ou com receio dos que a sociedade irá falar, sabendo que ela é solteira.

“...eu me olhava no espelho e dizia eu não vou na formatura. Aquela barriga bem grande e não tinha jeito de esconder a barriga (...) daí eu disse para a mãe: sinceramente eu preferia ter feito o aborto do que ta assim de barriga e não poder botar nada”.

A vergonha da barriga, mostrando também a negação, a rejeição e imaturidade da adolescente.

“Na hora do parto eu tava com medo, o médico disse: não precisa ter medo agora, tu não teve medo de fazer. Eu respondi; o senhor não tava comigo pra saber.”

Geralmente, o medo está presente na hora do parto, mas a crítica do médico gera a contra-crítica. O adolescente, ao ouvir os comentários dos profissionais de saúde, revolta-se por se sentir humilhado, culpado e inferior.

Segundo Luz (1999), o adolescente é um ser contestador por natureza e, às vezes, rebela-se contra o autoritarismo, agindo de forma aberta, direta e sem teatralidade. Existem inúmeros relatos de gestantes adolescentes, no entanto, é difícil saber as razões para se engravidar.

Da literatura consultada, podemos apresentar 4 motivos que são apontados como responsáveis pela gravidez na adolescência:

1) SEGURAR O PAI: muitas adolescentes fazem a gravidez planejada com o intuito de segurar o namorado, porque, na época, sentiam-se muito apaixonadas e não o queriam perder; depois, ao contrário, esses jovens se distanciam e aí vem a decepção. Cerca de 83% dos pais adolescentes vivem longe de suas crianças.

2) CONSEGUIR AMOR E ATENÇÃO: adolescentes relatam que, muitas vezes, não tiveram atenção e amor dos pais e das pessoas, a gravidez seria uma forma de conseguir essa atenção. As adolescentes acham que os bebês serão uma resposta para uma vida que não tem sentido e responderá as necessidades de atenção.

3) DESINFORMAÇÃO: as adolescentes ainda acreditam na velha frase: “Isto não vai acontecer comigo!”. A falta de informação e esclarecimento por parte das mães é um fato real. Falta esclarecimento sobre métodos preventivos e as conseqüências de uma gravidez precoce. Ouvir as adolescentes com atenção, esclarecendo todas as suas dúvidas é o ponto principal para que pais e educadores possam evitar um problema para a vida inteira, além de uma gestação complicada que poderá desencadear futuros problemas à saúde.

4) DAR SIGNIFICADO À VIDA: jovens que estavam sem razão de viver e sem objetivo de vida, engravidam para dar um novo sentido à sua vida, procuram estudar mais, ter cuidado consigo mesmo em razão do bebê.

Quando o ser humano não tem auto-estima alta, sujeita-se a muitos sofrimentos (muitas vezes psicólogos).

Auto-estima costuma ser definida como o sentimento de importância e valor que a pessoa tem de si. Uma adolescente com baixa auto-estima sofre por se considerar inadequada e desprestigiada. Ela também tende a se ver desamparada e inferior, de modo que dificilmente terá confiança em si a ponto de pedir ao companheiro que utilize camisinha (ARRUDA, et al., 2000a, b).

Sabemos que a saúde mental é uma necessidade que todo o indivíduo tem para estar em equilíbrio. Uma vez ameaçada essa saúde, pode ocorrer um desequilíbrio pela dificuldade em articular mecanismos que seriam suficientes para solucioná-los, desencadeando-se situações de crise.

Devemos estar alerta para essas crises e, mesmo não aceitando os valores e crenças contrárias às nossas, devemos dar apoio e ajudar essas adolescentes que estão vivenciando a gestação. Planejamento familiar e orientações sexuais fazem parte das ações de Enfermagem, mas não se pode esquecer o fundamental, que é a saúde mental das jovens.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Depois de todas as informações obtidas a partir da pesquisa bibliográfica, consideramos que a questão da gravidez na adolescência é um fator a ser trabalhado no campo da Enfermagem, através de um acompanhamento psicológico, feito pela assistência de Enfermagem por meio de um atendimento mais humanizado. Assim, a adolescente poderia visitar a maternidade, conhecer a equipe que a atenderá e esclarecer toda as dúvidas que surgirem ao longo da gestação. Esses esclarecimentos se estenderiam aos pais a fim de contribuir para uma melhor relação entre pais-filhos, diminuindo os conflitos comuns nessa situação e evitando futuras complicações psicológicas para a mãe, que de forma direta ou indireta pode afetar o bebê.

Foi possível observar alguns aspectos sociais e psicológicos que fazem parte desta conjuntura do processo saúde-doença, e principalmente no que se refere à gravidez na adolescência.

Atualmente, tem se observado na Enfermagem, independente da área de atuação, uma maior preocupação por parte de alguns profissionais, em tratar os indivíduos



como seres humanos em sua totalidade (aspecto biológico, psicológico, espiritual e social), colaborando para que obtenham condições de vida melhor, apesar de inúmeras dificuldades.

A saúde mental das adolescentes gestantes ultrapassa muitas vezes as crises e o fim dessa fase nem sempre é dramático e trágico. Salientando que, a depender do cumprimento dos princípios do SUS e da ética profissional, a assistência de enfermagem pode ser grandemente humanizadora.

“Tudo é passageiro, tudo cresce, evolui e amadurece, assim é o adolescer”.

### ABSTRACT

The peak of the adolescence is marked by the discovery of the sex that frequently promotes disastrous consequences for the girl, as unwanted pregnancy, abortion, among other situations. We propose with this bibliographical research, to contribute to improve the attendance of nursing, front to the pregnant adolescents through some experiences, fears, doubts and feelings for them lived and told. With the shaky self-esteem, they feel inadequate, depreciated, abandoned, inferior and without trust in themselves to overcome the crises and hard situations. As the nurses work with the human being during all the stages of the vital cycle (of the childhood to the older ages), it can spare cares that contribute to the pregnant adolescents' Mental Health.

**Key words:** Pregnancy. Adolescence. Attendance.

### REFERÊNCIAS

ARRUDA, S; CAVASIN, S. Escola, Orientação Sexual e Programas Preventivos. **Prevenir é sempre melhor**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2000a. p. 14-25.

ARRUDA, S; CAVASIN, S. Gênero e Prevenção de DST/AIDS. **Prevenir é sempre melhor**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2000b. p. 53-64.

CAVALCANTI, A.P.L.S. et al. Aspectos Psicossociais de adolescentes gestantes atendidas em um serviço público da cidade de Recife. **Projeto Acolher**. ABEn. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2000. p. 112-142.

CAVASIN, S.; ARRUDA, S. Gravidez na adolescência: desejo ou aversão. **Prevenir é sempre melhor**, Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2000. p. 39-52.

DYTZ, J.L.G. et al. O modo de vida e seu impacto na saúde reprodutiva da adolescente de baixa renda. **Projeto Acolher**. Aben Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p.79-92.

FERREIRA, S.L. et al, Opiniões de mulheres e homens a respeito da utilização dos métodos contraceptivos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.6, n.1, jan./abr. 1997.

GARCIA, T.L; PELÁ, N.T.R; CARVALHO, E. C. de, **Gravidez pré-conjugal em mulheres adolescentes**, João Pessoa: Idéia, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**, 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LAKATOS, E.M; MARCONI, M. A. **Técnicas de Pesquisa**, 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LIMA, C.B. et al. **Metodologia da Pesquisa** – coletânea de termos, João Pessoa: Idéia, 2000.

LUZ, A.M.H. **Gravidez Adolescente, Sexualidade, Gravidez e Maternidade**. Porto Alegre: Edipucks, 1999.

MANDU, E.N.T. Gravidez na Adolescência: um problema? **Projeto Acolher**. ABEn. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2000. p. 94-97.

MARTINS, C.G.R. et al, **Uso de Métodos contraceptivos por adolescentes- elas sabem?** In: CBen, 52, Recife: Aben, 2000.

INFORMAÇÕES sobre Adolescência. Disponível em: <<http://sites.uol.com.br/ariel>> Acesso em: 02 de Julho de 2002.

GRAVIDEZ na Adolescência, 1999. 1 fita VHS (30 minutos), son., color.

PATRÍCIO, Z.M. et al, Nas representações de meninas sobre sexualidade – reprodução a construção do ser mulher e do ser homem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n.1, 1997. p. 198-218.

PATRÍCIO, Z.M. O cuidado com a qualidade de vida dos adolescentes: um movimento ético e estético de “koans” e “tricksters”. **Projeto Acolher**. ABEn. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2000. p. 121-142.

# PERFIL DOS DOADORES DE SANGUE DO HEMOCENTRO DA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB

Andrea Almeida Ribeiro<sup>13</sup>  
Rosa Rita da Conceição Marques<sup>14</sup>

## RESUMO

Trata-se de uma pesquisa documental com abordagem quantitativa, tendo como objetivo caracterizar o doador de sangue de João Pessoa atendido no Hemocentro da Paraíba, e analisar os dados relativos ao tipo sanguíneo e o motivo da doação de sangue, no período de janeiro a junho de 2003. A coleta de dados foi realizada a partir do cadastro existente no Hemocentro de mil, quinhentos e oitenta e oito doadores. Os resultados revelaram que a maioria dos doadores de sangue é do sexo masculino (90,8%); com faixa etária entre 18 a 37 anos (72,7%); possui ensino fundamental (42,4%) e ensino médio (40,4%); são solteiros (50,7%); profissão de baixa remuneração, como motorista, vigilante, pedreiro, pintor, porteiro, serviços gerais, entre outras. Os tipos sanguíneos mais detectados foram O (+) (43,3%) e A (+) (34,4%); doadores de reposição (78,3%). Concluiu-se o trabalho mostrando-se a importância de campanhas de conscientização a respeito desse ato tão sublime que é a doação de sangue.

**Palavras-chave:** Doador de sangue. Sangue e componentes. Hemoterapia.

## 1 INTRODUÇÃO

O sangue é um tecido fluido, formado por uma porção celular que circula em suspensão no meio líquido, o plasma. A porção celular é composta por eritrócitos, leucócitos e plaquetas. Representa 45% de um volume determinado de sangue, enquanto o plasma representa 55% restantes. A porção acelular ou plasma é constituído por 92% de água. Os restantes 8% são formados por proteínas, sais e outros constituintes orgânicos em dissolução (LORENZI, 1999).

Na doação de sangue, esses componentes são separados para atender adequadamente à necessidade de cada paciente. Por exemplo: as hemácias são os glóbulos vermelhos indicados em anemias, grandes cirurgias e hemorragias; os leucócitos são glóbulos brancos indicados para o tratamento de leucemia, o plasma é a parte líquida do

---

<sup>13</sup> Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFPB.

<sup>14</sup> Mestra em Enfermagem pela UFPB; professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFPB; orientadora do trabalho.

sangue indicada para grandes queimaduras, diminuição dos fatores de coagulação, hipovolemias agudas; as plaquetas têm como função importante o tampão hemostático no local da lesão vascular e outras frações plasmáticas como a albumina humana, concentrados de fatores de coagulação (VIII, IX, VII, fibrinogênio) e imunoglobulinas (antitetânica, anti-rubéola, anti-Rh, etc) (MARQUES, 1996).

A transfusão de sangue ou hemoderivado é fundamental para as pessoas que nascem com problemas de saúde, de característica hereditária que persiste por toda a sua vida. É o que acontece com os portadores de hemofilia, talassemia, leucemia, anemias falciformes e outras. A falta desse suprimento pode significar a falência para essas pessoas. O sangue também se faz necessário para o socorro de pessoas que sofrem acidentes, tratamento hemorrágico, obstétricos, cirúrgicos e grandes queimaduras (MARQUES, 1996).

Estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que se 4% da população doasse sangue uma vez por ano, garantir-se-iam os estoques de sangue necessários. No Brasil, existem cerca de 3 milhões de doadores de sangue, o que representa apenas 1,8% da população (DANTAS, 2002).

Um dos traços marcantes da doação de Sangue no Brasil era a prática de doação remunerada, resultando em doações advindas de alcoólatras, anêmicos, mendigos e andarilhos que buscavam os bancos de sangue por alguma recompensa em dinheiro, até mesmo pelo lanche oferecido. Normalmente, tais doadores tinham vícios ou eram portadores de algumas doenças, que também colocava em risco a vida do receptor de sangue. Em razão disso, doar sangue no Brasil passou a ser prática de pobre, rótulo que até hoje impede que as pessoas de um modo geral pratiquem esse gesto de amor, de solidariedade humana, de participação comunitária e de cidadania (DANTAS, 2002).

Um maior conhecimento dos riscos das transfusões, uma nova consciência dos profissionais dos bancos de sangue associados à pressão regulamentar dos órgãos fiscalizadores, têm tornado a doação um processo seguro sem riscos para o doador e essencial para garantir a qualidade do processo desde a coleta até a transfusão. Em vista disso, a doação passa por um rigoroso controle clínico e sorológico, determinados por normas técnicas estabelecidas pelo Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 343, que determinam a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando prevenir a propagação de doenças (DANTAS, 2002).

Atualmente, um verdadeiro e ilimitado arsenal tecnológico/científico se faz necessário às instituições com atividades hemoterápicas. Por conter elementos essenciais e até insubstituíveis, as transfusões de derivados sanguíneos constituem suporte terapêutico de primeira linha e requerem estudos prévios e conseqüentes acompanhamentos clínico-laboratoriais dos receptores, pois, inúmeras patologias são veiculadas nesse processo (MARQUES,1996).

Com a finalidade de assegurar a qualidade do sangue coletado e evitar transmissões de doenças, o Ministério da Saúde, pela portaria 1376 de 19/11/93, estabelece que após a doação de sangue sejam realizados testes sorológicos obrigatórios para Hepatite B, Hepatite C, anti-HIV (AIDS), anti-HTLVI/II, doença de chagas, sífilis e ALT (enzima hepática). E, dependendo de alguma situação, recomenda teste sorológico para malária (em regiões endêmicas) e Citomegalovírus (CMV) em pacientes submetidos a transplantes de órgãos. Na presença de qualquer positividade para uma dessas sorologias, o sangue é desprezado e o doador é chamado para repetição e confirmação do exame, sendo encaminhado para um tratamento especializado (BRASIL, 1993).

Além disso, o doador de sangue deverá ser voluntário, estar com boa saúde, alimentado, descansado. Deverá ter entre 18 e 60 anos de idade e ter peso igual ou superior a 50kg. Deverão ser observados os intervalos entre uma doação e outra, e o limite de doações num período de doze meses:- os homens podem doar sangue a cada 60 dias, até o máximo de 4 doações e as mulheres podem doar sangue a cada 90 dias, até no máximo de três doações; uma triagem clínica será efetuada no banco de sangue por uma equipe multidisciplinar na qual o médico clínico o examinará verificando a pressão arterial, o pulso e averiguará se existem sinais de doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 1993).

Para Cavalcante (2003), a anamnese será realizada com o objetivo de detectar o uso de medicamentos, infecções virais recentes, vacinações, gravidez e alcoolismo que podem ser causas impeditivas temporárias. Grande importância é dada à história sexual, uso de tatuagens e drogas na tentativa de se afastar os indivíduos do comportamento de risco para a AIDS. Pacientes que tiveram hepatite, malária ou portadores de doença de chagas são considerados inaptos definitivamente à doação.

Para melhorar a qualidade do sangue e hemocomponentes no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu, a partir de julho de 1994, o Programa Nacional de Controle

de Qualidade Externa em Sorologia (PNCQES) para laboratórios de banco de sangue (ALQUÉZAR e COLS 1996).

A doação, portanto é segura e confiável. O processo para doação acontece da seguinte forma: O candidato à doação de sangue passa por uma triagem clínica, na qual o mesmo é questionado sobre sua saúde, a fim de proteger a saúde do receptor e do próprio doador. Os aprovados na triagem são submetidos à coleta de sangue; são realizados os exames sorológicos exigidos pelo Ministério da Saúde no sangue coletado (primeiro exame); sendo os resultados todos negativos, o sangue é liberado para transfusão e o doador recebe esses resultados no prazo de trinta dias. Em caso de qualquer exame positivo ou inconclusivo, a bolsa de sangue é automaticamente desprezada e o doador é convocado para repetir os exames e em seguida será encaminhado a um serviço especializado (URRUTIA *et al.*, 1999).

Os hemocentros se equiparam, se modernizaram e formaram novos profissionais para trabalhar com sangue. O setor saúde ampliou a participação dos seus recursos humanos em cursos de aperfeiçoamentos. No entanto, pouco tem sido feito para conscientizar as pessoas, que se dizem esclarecidas, sobre o gesto tão simples e nobre que é a doação de sangue. Fundamentalmente, as principais causas de resistência ao doar sangue estão associadas com fatores psicológicos e sociais tais como o medo, a ignorância, a falta de consciência e a passividade social. Pesquisas revelam que os meios de comunicação desempenham um papel muito importante em todo programa e campanha de sensibilização e informação à população. No entanto, há a necessidade de ampliar uma participação mais consciente, crescente e solidária (DANTAS, 2002).

Observa-se que a resistência da população para participar na doação de sangue pode estar relacionada com a passividade social, assim como a falta de participação e compromisso de cada pessoa em diversas esferas da vida social. Em geral, predomina esperar que os outros se ocupem dos problemas que nos afetam (MEJIA *et al.*, 1997).

A dificuldade para o recrutamento de doadores de sangue é um problema crônico de nosso sistema de saúde. A escassez de doação que em tempos passados chegou a motivar doações remuneradas é uma ameaça constante ao abastecimento de sangue e hemoderivados no Brasil. Notícias sobre esgotamento de estoque de sangue e campanhas emergenciais para enfrentar essas crises vão se tornando comuns nos meios de comunicação (URRUTIA *et al.*, 1999).

Ainda de acordo com autoras supracitadas, no Brasil, os doadores de sangue não somam 0,7% da população, porcentagem dez vezes menor do que é observada em países desenvolvidos.

Diante da constatação da falta de estoques de sangue e hemocomponentes em hospitais na Paraíba e no Brasil surgiu o interesse em realizar um estudo com o objetivo de traçar o perfil epidemiológico dos doadores de sangue no Hemocentro da Paraíba, situado na cidade de João Pessoa-PB. Nesse contexto, espera-se direcionar esta pesquisa para a comunidade científica relatando-lhe o perfil de doador de sangue, auxiliando na estratégia de campanhas educativas de estímulo à realização de doações altruístas de repetição, com o objetivo de manter os bancos de sangue em estoques suficientes para atender as necessidades dos pacientes que recorrem ao uso de sangue e hemocomponentes.

## **CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

A pesquisa teve como enfoque exploratório a abordagem do tipo documental. Gil (1995) afirma que a pesquisa documental é desenvolvida com o objetivo de analisar materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa.

O estudo foi realizado no Hemocentro da Paraíba na cidade João Pessoa, no setor de doação de sangue, através do cadastro informatizado dos doadores.

O universo amostral foi composto por 1.588 doadores de sangue. Utilizou-se como critério a prerrogativa dos doadores serem procedentes da cidade de João Pessoa.

Vale ressaltar que esta pesquisa está obedecendo às normas da Resolução 196/96, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

A coleta de dados foi formalizada a partir de encaminhamento de ofício da Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, comunicando a pretensão da pesquisa e solicitando autorização para a realização da mesma, juntamente com uma cópia do projeto explicando seu objetivo, à Diretora do Hemocentro da Paraíba. Após os trâmites legais os dados foram coletados durante os meses de novembro e dezembro de 2003.

Nesta pesquisa, foi utilizado um roteiro, baseado na ficha de doadores de sangue de acordo com a Portaria Ministerial Nº 1376/1993, contemplando dados relativos

a(o) sexo, idade, escolaridade, estado civil, naturalidade, procedência, profissão/ocupação, renda familiar, data da primeira e última doação, número de doação e o motivo da doação.

Os dados foram obtidos diretamente do banco de dados do Hemocentro utilizando a ferramenta de consultas SQL (Query Analyzer) e a linguagem SQL. A instituição mantém seu banco de dados em um computador servidor que executa o SGBDR (Sistema Gerenciador de Banco de Dados Relacionais – SQL Server) desenvolvido.

Os dados obtidos serão analisados com base em um enfoque no método quantitativo e apresentados em forma de gráficos e tabelas e discutidos à luz da literatura pertinente. Segundo Richardson (1999:70), “o método quantitativo representa, em princípio, a interação de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação”.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nessa fase de estudo, procede-se à apresentação dos resultados a partir dos dados de 1588 doadores de sangue da cidade de João Pessoa – PB, contemplando: sexo, idade, escolaridade, estado civil e profissão.

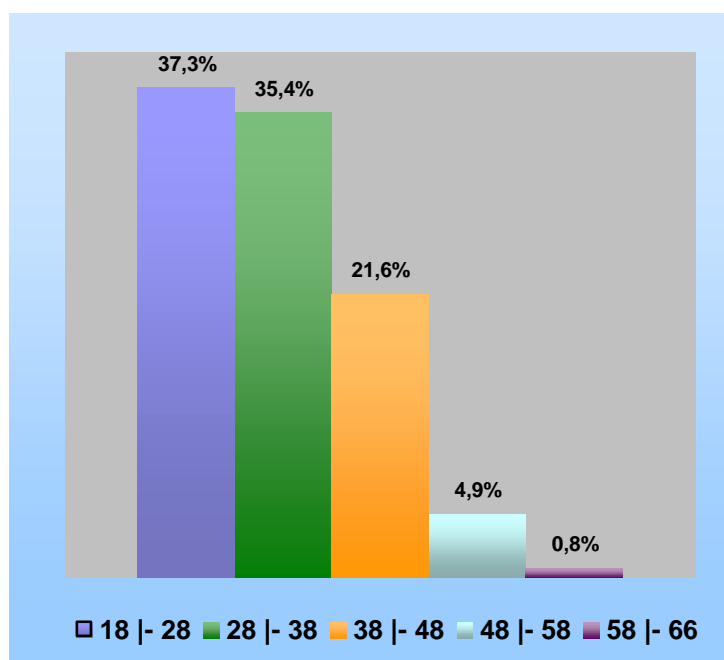


FIGURA 1: Distribuição dos doadores de sangue quanto à faixa etária  
Fonte: Hemocentro da Paraíba / Setor de Estatística e Informática



Na figura 1, estão os dados relativos à faixa etária, demonstrou que 37,3% (592) entre 18 a 28 anos, 35,4% (562) entre 28 a 37 anos, 21,6% (343) entre 38 a 48 %, 48 a 58 anos 4,9% (78) e 58 a 66 anos 0,8% (13). Vale ressaltar que de acordo com a ANVISA/MS (Brasil, 2003), a idade para doar sangue no Brasil compreende o intervalo entre 18 e 65 anos. Em um estudo realizado em nível de Brasil, Dantas (2002) registrou que cerca de 70% dos doadores estão na faixa etária de 26 a 45 anos. Já em outro estudo realizado no Hemocentro do Amazonas, 80% dos doadores, estão entre 21 e 30 anos, representando no total 71,7%(1154).

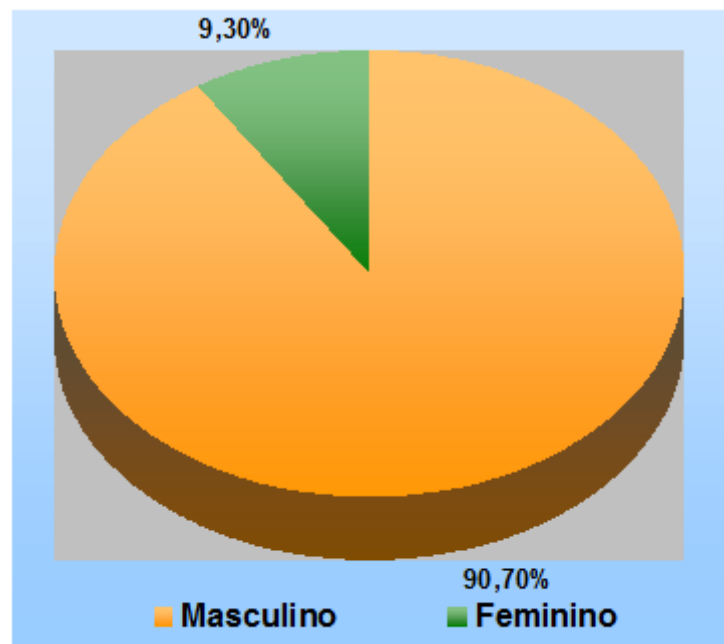


Gráfico 2: Distribuição dos doadores quanto ao sexo  
*Fonte: Hemocentro da Paraíba / Setor de Estatística e Informática*

Com relação ao sexo, o gráfico 2 mostrou que 90,7% (1441) dos doadores eram do sexo masculino, enquanto 9,3% (147) pertenciam ao sexo feminino. De acordo com Dantas (2002), a prevalência de doadores no Brasil é do sexo masculino (cerca de 75%) já que as mulheres iniciaram recentemente a procura dos hemocentros para se tornarem doadoras de sangue. Talvez por estarem eliminando os mitos e idéias a respeito da doação de sangue tais como: doar sangue vicia e engorda, a prática da doação vai “afinar” o sangue ou engrossá-lo, a mulher tem pouco sangue devido a menstruação.

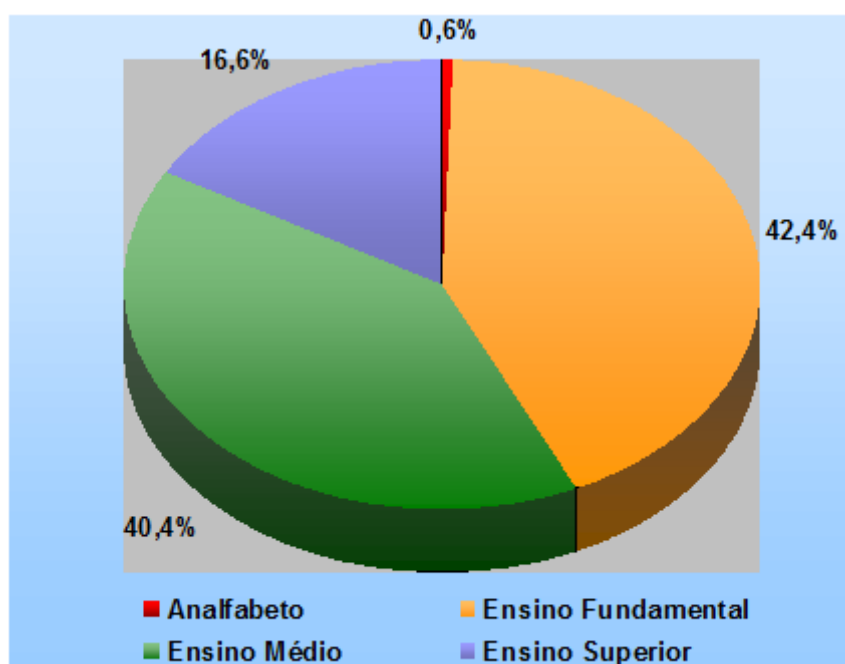


Gráfico 3: Distribuição dos doadores quanto a escolaridade

Fonte: Hemocentro da Paraíba / Setor de Estatística / Informática

Com relação à escolaridade, o gráfico 3 ilustra que 0,6% (9) dos doadores era analfabeta; 42,4% (674) estudaram até o 1º grau; 40,4% (642) estudaram até o 2º grau; 16,6% (263) cursaram até o 3º grau. Os achados indicam que a maioria dos doadores cursaram até o 1º e até o 2º grau. Fato esse que precisa ser alertado a toda a sociedade para que se conscientize da falta de sangue nos hospitais, democratizando a doação de sangue e eliminando as restrições citadas anteriormente, ampliando o número de doadores através da adesão dos níveis mais instruídos que são as pessoas que cursaram o 3º grau. Foi observado que as pessoas mais instruídas doam menos, principalmente as que possuem nível superior, o que deveriam ser as mais conscientes já que se espera que estas pessoas sejam mais coerentes sobre seus hábitos de vida e comportamento.

Com relação ao estado civil, a maioria dos doadores, 50,7% (805) são solteiros e 45,3% (719) são casados. Esses valores se equiparam ao estudo realizado por Dantas (2002), no qual, no Brasil cerca de 59% dos doadores são casados e 23% são solteiros.

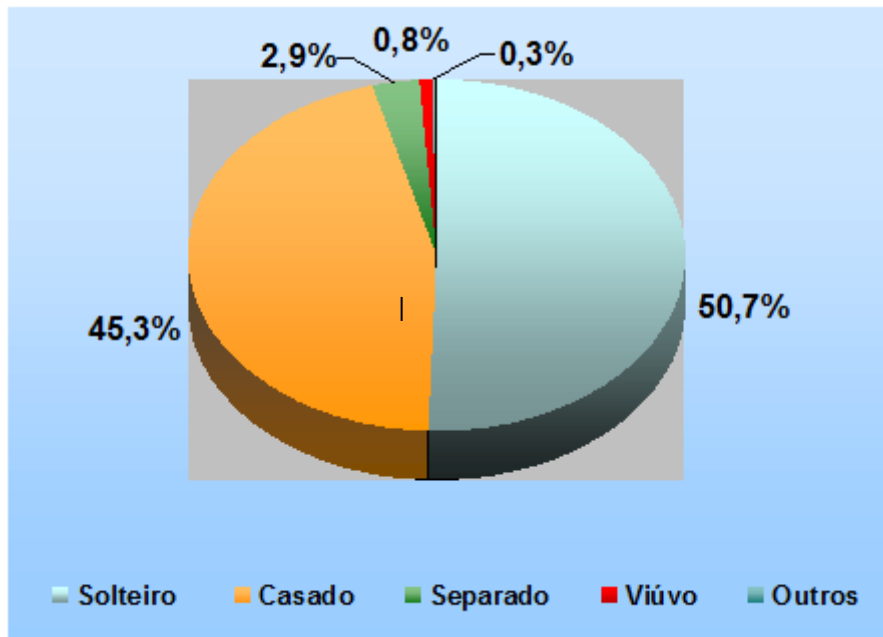


Gráfico 4: Distribuição quanto ao estado civil  
 Fonte: Hemocentro da Paraíba/Setor de Estatística/Informática

Quando buscado no banco de dados a relação das categorias profissionais dos doadores de sangue foram encontradas as mais diversas profissões, estando representadas por ordem decrescente: estudante, militar, motorista, vigilante, auxiliar, comerciante, funcionário público, pedreiro, operador, vendedor, autônomo, agente, técnico, mecânico, porteiro, serviços gerais, pintor, servente, dona-de-casa, eletricitista, professor, doméstica, balconista, cobrador, marceneiro, ajudante, garçom, representante, serralheiro, recepcionista, digitador, administrador, advogado, atendente, gráfico, bancário, engenheiro, frentista, guarda, industriário, estoquista, montador, serigrafista, cozinheiro, músico, aposentado, gerente, gesseiro, supervisor, zelador, conferente, chefe, desempregado, costureiro, assessor, empresário, encanador, corretor, contador, analista de sistemas, manicure, abastecedor, farmacêutico, ambulante, taxista, fiscal, cabeleireiro, açougueiro, soldador, pescador, assistente, enfermeiro, fotógrafo, locutor, secretário, promotor de vendas encarregado, ferroviário, caixa, socorrista, escrevente, telefonista, office-boy, lavador, ascensorista, despachante, almoxarife, entre outros.

Observou-se que a maioria dos doadores são estudantes, resultado das coletas extras realizadas mensalmente em universidades e escolas. Em seguida, estão os militares já que estes são persuadidos a doar no início da carreira, com o tempo os mesmos reconhecem a importância de doar sangue, tornando-se doadores voluntários. Confirmou-se o que Dantas (2002) diz que a grande maioria dos doadores desempenha atividades de baixa remuneração. No Brasil, quem doa sangue ainda é o pobre, por serem pioneiros nesse

gesto; os pobres continuam doando sangue pelo país para suprirem a omissão das classes mais favorecidas. Acredita-se que a classe pobre é mais sensível com o problema alheio, é mais altruísta. Dados revelam também que existe a omissão dos profissionais de saúde, juntamente os mais conscientes já que se deparam dia-a-dia com a falta de sangue nos hospitais.

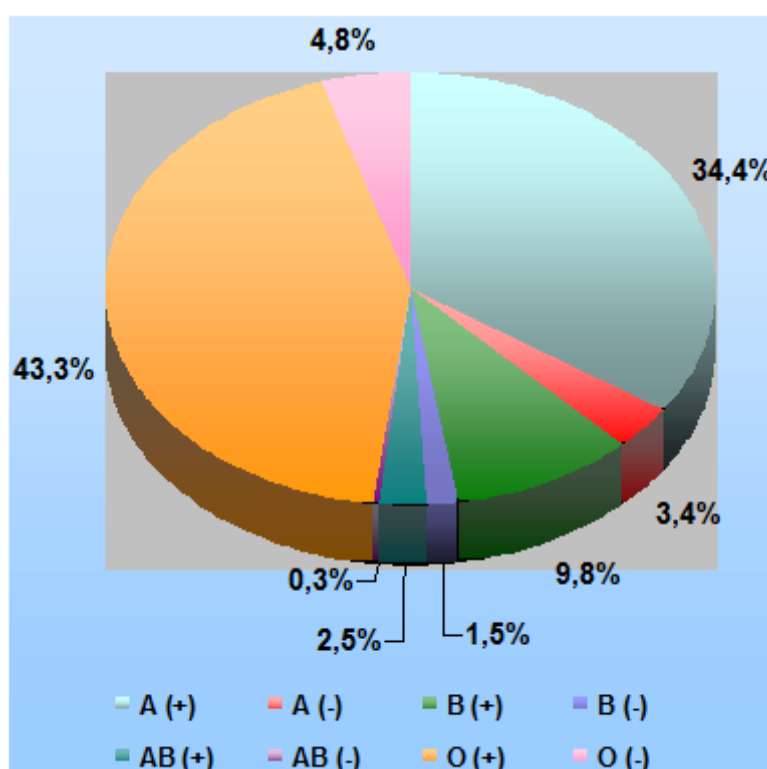


Gráfico 6: Distribuição dos doadores quanto ao tipo sanguíneo  
 Fonte: Hemocentro da Paraíba/Setor de Estatística e Informática

Com relação ao tipo sanguíneo, foi observado que a maioria dos doadores são do tipo O (+) com 43,3% (688) e do tipo A (+) com 34,4% (546). Isso pode ser confirmado por Dantas (2002) que verificou que, no Brasil, os grupos sanguíneos mais comuns são O (+) com cerca de 36% e o A (+) com cerca de 34%. Juntos eles abrangem 70% da população. Comparando os resultados com um estudo do Ministério da Saúde francês, observou-se que houve semelhança com os grupos O (+) e A(+), com ligeira predominância do A(+), apresentando os seguintes percentuais A(+) 37%, A(-) 7%, B(+) 9%, B(-) 1%, AB (+) 3%, AB (-) 1%, O(+) 36%, O(-) 6%.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doação de sangue voluntária e fidelizada e, além de um ato de solidariedade e de elevada relevância social é uma necessidade vigente dos serviços de hematologia e hemoterapia de nosso país. Esse é o tipo de doação a ser estimulado e cujos investimentos de captação devem priorizar. A doação voluntária baseia-se na espontaneidade, na ausência de pressões sociais, emocionais, resultando em produtos sangüíneos de maior segurança.

Os hemocentros e bancos de sangue, apesar de terem sido regulamentados, o processo de coleta, processamento e transfusão de sangue tecnicamente, em decorrência do dispositivo constitucional e de legislação, deparam-se com o problema da falta de estoque.

De acordo com Mejia *et al.*, (1997) relata que a principal causa de resistência da população em doar sangue está associada a fatores psicológicos e sociais, tais como: o medo, a ignorância, a falta de consciência e a falta de consciência e a passividade social. Os resultados revelaram que os meios de comunicação desempenham um papel social muito importante em todo programa e campanha de sensibilização e informação a população, porém, faz-se necessário uma participação contínua, consciente e solidária para que às pessoas tenham o compromisso de doar sangue.

Segundo dados do Hemocentro da Paraíba, no período de janeiro a junho de 2003, ocorreram 77,9% doações de reposição, 21,6% doações voluntárias e 0,55% doações autólogas. A maioria dos doadores era do sexo masculino 91,5%, enquanto 8,85% eram do sexo feminino. Quanto ao tipo de doador, 72,0% doaram pela primeira vez e 28,0% eram doadores de repetição. Quanto à idade do doador, 60,0% tinham entre 18 e 29 anos e 40,0% tinham idade acima de 29 anos.

Ao se conhecer o perfil dos doadores de sangue, pode-se perceber a necessidade de campanhas de conscientização a respeito da doação de sangue, tendo em vista a resistência da população em realizar esse ato. É necessário mudar o paradigma de que doar sangue é um ato praticado pelas classes desfavorecidas. É importante revelar a população que o processo é seguro e rigoroso e que devemos procurar mudar nossa cultura a respeito desse ato, pois um dia poderemos ser ao invés de doadores passarmos ao papel de receptores.

## ABSTRACT

The parasitic infections caused by protozoa and helminths affect great part of the world population. In Brazil, the frequency of intestinal parasites presents wide geographical distribution and is related to the conditions of basic sanitation, socioeconomic level, education degree, age and hygiene habits. With the purpose of tracing the profile of the enteroparasites in children's groups and senior in the municipal district of the Conde-PB, a sample of 400 results of exams coproparasitological was analyzed in the period of January/2001 and September/2004. Of these, 200 werw of 0-12 year-old children and 200 of seniors with 60-80 years, for both sexes. The result show high degree of parasitism, with indexes that arrive to 74% in the seniors' group and to 80% in the children's group. Larger frequency of protozoa was detected in the seniors' group and a larger helminths incidence in the children's group. The parasites of larger clinical importance found in the analyzed groups were, among the protozoa, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, and, among the helminths, *Ascaris lumbricoides* in the seniors' group and *Ancylostomatidae* in the children's group.

**Key Works:** Enteroparasites. Helminths. Protozoa.

## REFERÊNCIAS

ALQUÉZAR, A. S. Triagem Sorológica em Banco de Sangue. In: VERONESI, R. **Tratado de Infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 10.205 de 21 de março de 2001**. Disponível em: <<http://www.anvisa.com.br>>. Acesso em: 29 maio 2003.

BRASIL. **Portaria Ministerial Nº 1376 de 19 de novembro de 1993**. Estabelece Normas Técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue e componentes de derivados. Brasília, 1993.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP**. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, Brasília, 1996.

CAVALCANTE, T.A. **Doação de sangue**. Disponível em: <<http://www.nib.unicamp.br>>. Acesso em: 29 maio de 2003.

DANTAS, M. **O Poder do sangue**. Brasília: Thesaurus, 2002.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas da pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas: 1995.

LORENZI, T.F. **Manual de hematologia propedêutica e clínica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1999.

MARQUES, R. R. da C. Doação de Sangue na cidade de João Pessoa: perfil estatístico. **CCS Ciência, Cultura e Saúde**, João Pessoa - UFPB, v.15, N.1p. 35-39, jan/dez , 1996.

MEJIA, E. A. *et al.* Donación de sangre: um problema médico o social? **Revista Médica do IMSS**, México, v. 37, n. 3, p 201-206, mayo / jun,1997.

URRUTIA, D.N. *et al.* Análise do perfil sócio–econômico dos doadores de sangue que apresentaram no primeiro exame sorológico resultados positivos ou inconclusivo. **Perspectivas Médicas**, São Paulo, v.10, p.14-17, jan./ dez., 1999.

# EXATIDÃO DA DOSE DE INSULINA MEDIDA POR PACIENTES DIABÉTICOS EM SETE TIPOS DE SERINGAS

Maria de Fatima Moreira<sup>15</sup>  
[mfatimam@globocom.com](mailto:mfatimam@globocom.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a exatidão da dose de insulina medida em sete diferentes tipos de seringas. **Metodologia:** Participaram do estudo 43 pacientes diabéticos (tipo 1 e tipo 2) acompanhados em unidades da rede pública e privada, que auto aplicavam a insulina há, no mínimo, dois meses. Após a medida da dose, as seringas foram analisadas visualmente para verificar-se a exatidão da mesma. Os erros foram categorizados em: 1) presença de ar; 2) não alinhamento do êmbolo/ponto da escala correspondente à dose a ser medida; 3) presença de ar + não alinhamento. **Resultados:** 40 pacientes cometeram, no mínimo, um erro e apenas dois (4,6%) mediram corretamente a dose em todas as seringas. Verificou-se número significativo de erros ( $p < 0,05$ ) nas doses medidas por pacientes com mais de 46 anos de idade e com diagnóstico de diabetes há mais de seis anos.

**Palavras-chave:** insulina. Administração e dosagem.

## INTRODUÇÃO

A insulina é indispensável ao tratamento do diabetes mellitus tipo 1 (DM 1) e pode ser necessária no tratamento do diabetes mellitus tipo 2 (DM 2), sendo indicada nos seguintes casos: situações especiais como cirurgias, infecções graves, cetoacidose diabética; diabetes gestacional quando a dieta apenas não é suficiente para o bom controle; contra-indicação ou falência primária e secundária aos antidiabéticos orais (BRASIL, 1996).

Tanto para os pacientes portadores de DM 1 quanto para DM 2 que fazem uso de insulina, o esquema adotado pode ser o convencional ou o intensivo. O esquema convencional consiste de uma ou duas doses diárias de insulina intermediária: duas doses com misturas de insulina ou insulinas pré-misturadas de ação rápida e intermediária. O esquema intensivo consiste de uma a duas doses de intermediária ou de longa duração e três a quatro doses de insulina regular/dia (WAJCHENBERG, 1996).

---

<sup>15</sup> Enfermeira, Mestra em Enfermagem. Enfermeira do Serviço de Diabetes do Hospital Universitário Lauro Wanderley – UFPB.



Para um adequado controle, tanto no esquema intensivo como no convencional, faz-se necessário, além da aderência aos outros itens do tratamento, o domínio da técnica de aplicação da insulina. A menos que os pacientes possam medir com exatidão a dose de insulina, um bom controle glicêmico dificilmente será alcançado.

É comum atribuir-se o insucesso e a ineficácia do tratamento a transgressões do plano alimentar, infecções intercorrentes, omissão da dose do medicamento, descontinuidade da prática de exercício físico, mas nem sempre se verifica a coincidência entre a dose prescrita e a dose administrada. Nesse sentido, é imprescindível que o enfermeiro educador em diabetes avalie sistematicamente a habilidade do paciente para medir com exatidão a dose de insulina.

Dificuldades no manejo e na visualização das escalas das seringas ou desatenção acarretam inexatidão na dose de insulina administrada (KESSON, 1991; HAIRE-JOSHU, 1986; VAISMAN, 1994). O paciente idoso pode ter limitações físicas que interferem na habilidade de medir e administrar a insulina (GORDON; MCDOWELL, 1996). Erros na dosagem da insulina devem ser considerados em pacientes nos quais os níveis glicêmicos desejáveis são dificilmente alcançados ou apresentam flutuações inexplicadas. Hipoglicemias e hiperglicemias podem estar associadas a erros na dosagem da insulina. (PEREGALLO-DITTKO et al., 1995).

Alguns fatores podem interferir na execução da técnica de aplicação ocasionando erros na dosagem. Esses fatores podem estar relacionados ao paciente, ao ambiente e à seringa utilizada. Quanto aos fatores relacionados ao paciente, destacam-se: baixo nível de escolaridade, diminuição da acuidade visual, desatenção, alterações da memória e da coordenação motora fina (COSCELLI, 1992). Os fatores ambientais estão relacionados à iluminação deficiente e à presença de interferências e ruídos que poderão tirar a atenção do paciente. Quanto aos fatores relacionados à seringa, a diminuição da transparência do corpo da mesma, a pouca nitidez de impressão da escala e o tipo de êmbolo são os mais frequentes.

## **OBJETIVO**

Avaliar a exatidão da dose de insulina medida por pacientes diabéticos em sete diferentes tipos de seringas.

## METODOLOGIA

Participaram do estudo 43 pacientes ambulatoriais de unidades de diabetes do setor público e de consultórios privados da cidade de João Pessoa-PB, no período de fevereiro a abril/99. Os pré-requisitos para participar do estudo foram: ser portador de DM 1 ou DM 2 em uso de insulina, estar fazendo a auto-aplicação da insulina há, no mínimo, dois meses, fazer uso de uma dose  $\leq 50$  U e, caso usasse óculos ou lentes, estar com os mesmos no momento da demonstração do preparo da dose.

Foram selecionados sete diferentes tipos de seringas assim denominadas: Seringa 1 (S-1) - seringa de insulina *Ibras*, 1 ml; Seringa 2 (S-2) - seringa *BD*, Plastipak, vacina/alergia/ tuberculina; Seringa 3 (S-3) - seringa de insulina *Unijet*, 1 ml; Seringa 4 (S-4) - seringa *Ibras* de tuberculina, 1 ml; Seringa 5 (S-5) seringa de insulina *BD Ultrafine* 1 ml; Seringa 6 (S-6) - seringa insulina *BD ultrafine* 0,5 ml; Seringa 7 (S-7) seringa *BD Plastipak*, 1 ml. As seringas S1, S4 e S7 foram selecionadas por serem distribuídas nas unidades de atendimento ao diabético do setor público, e as S2, S3, S5 e S6 foram utilizadas por serem as encontradas nas principais farmácias, redes de drogarias e lojas especializadas em produtos para diabéticos e, portanto, as que os pacientes teriam mais acesso.

Foi pedido ao paciente autorização verbal para participar do estudo. Após explicação do procedimento, solicitou-se que o paciente medisse a dose de insulina executando a técnica habitual (com ou sem injeção de ar no vidro da insulina antes da aspiração do líquido). Os sete tipos de seringa foram apresentados na ordem numérica crescente juntamente com o frasco de insulina correspondente à usada pelo mesmo. Para os pacientes que usavam mais de uma dose por dia, foi solicitado que medissem a dose maior, e para os que faziam misturas de insulina, solicitou-se a medida da dose apenas da insulina intermediária equivalente ao total da mistura. O ambiente onde era realizado o procedimento era bem iluminado e sem barulho ou ruídos externos que interferissem na atenção do paciente.

Após a medição, as seringas foram analisadas visualmente para identificação do tipo de erro e determinação da diferença entre a dose a ser medida e a medida. Os erros foram categorizados em **Erro 1**, presença de ar na seringa; **Erro 2**, não alinhamento do êmbolo com o ponto da escala correspondente à dose, e **Erro 3**, presença

de ar na seringa + não alinhamento do êmbolo com o ponto da escala correspondente à dose.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os pacientes que participaram do estudo tinham idade média de 42,8 (DP=19.6) na faixa de 12 a 80 anos; 67,4% do sexo feminino; 39,5% eram portadores de DM1 e 60,5% de DM2, 7% eram analfabetos, 44,2% tinham o 1º grau incompleto e 18,6% tinham o nível superior; 37,2% eram portadores de diabetes há mais de 10 anos. A maioria era proveniente de unidades de saúde do setor público (69%). Quanto às condições da visão, 62,8% relataram uma boa acuidade visual para perto, 20% nunca haviam se submetido a exame oftalmológico enquanto 53% tinham realizado exame oftalmológico há menos de 1 ano. O perfil dos pacientes é apresentado na figura 1.

**Figura 1** - Características dos pacientes.

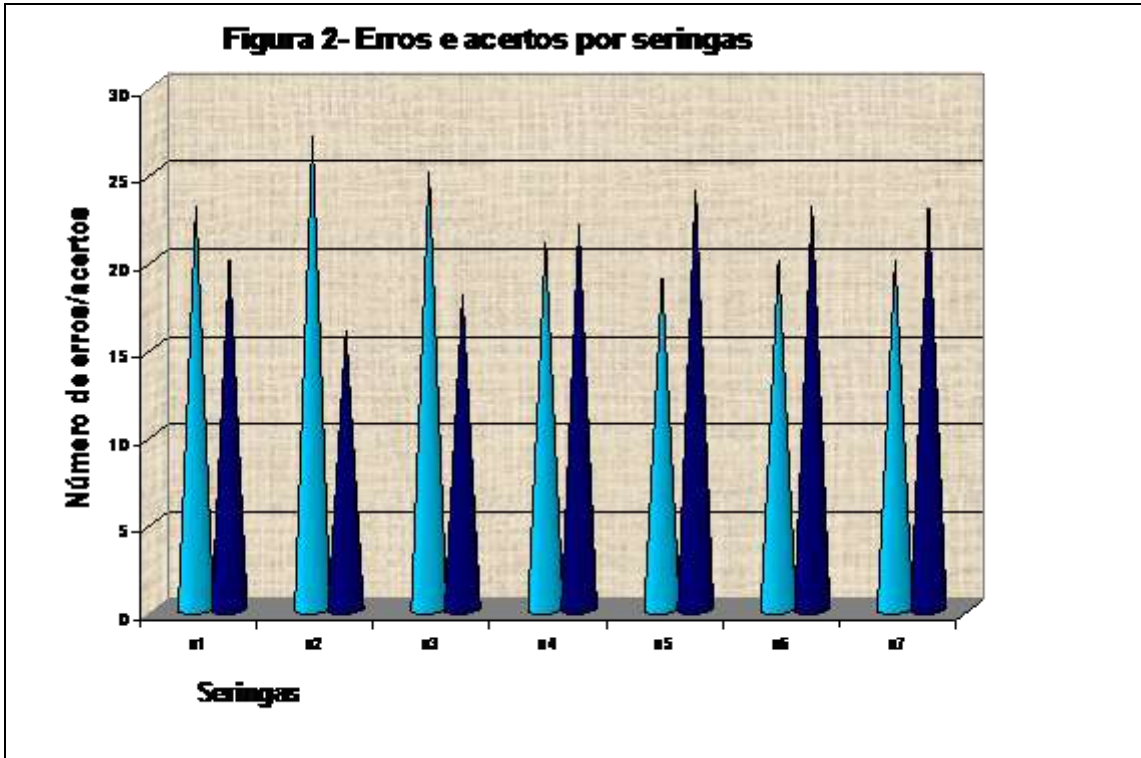
<b>Idade</b>	<b>%</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>%</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>%</b>	<b>Ex.oftalmológico</b>	<b>%</b>
10-21	18,6	Analfabeto	7,0	<1ano	7,0	> de 1 ano	53,5
22-33	20,9	1ºG Incompleto	44,2	1-5anos	20,9	1-2 anos	14,0
34-45	11,6	1ºG Completo	14,0	6-10anos	34,9	+ 2 anos	11,6
46-57	16,3	2ºG Incompleto	7,0	+10anos	37,2	Nunca realizou	20,9
58-69	27,9	2ºG Completo	8,6				
70-82	4,7	Superior	18,6				
<b>Sexo</b>	<b>%</b>	<b>Vinculação</b>	<b>%</b>	<b>Tipo</b>	<b>%</b>	<b>Auto-aplicação</b>	<b>%</b>
Feminino	32,6	S. Público	30,2	DM 1	39,5	2-3 meses	4,6
Masculino	67,4	S. Privado	69,8	DM 2	60,5	3-12 meses	23,3
						+ 12 meses	72,1

Quanto ao tempo de uso, 16,3% dos pacientes usavam de dois meses a um ano; 48,8%, um a cinco anos; 20,9%, seis a dez anos, e 14%, há mais de dez anos. Quanto à origem da insulina, 23,3% tomavam a humana; 16,3%, insulina suína, e 60,5%, insulina mista; Em relação à ação, 88,4% faziam uso de insulina de ação intermediária, e 11,6%, pré-misturada. No que se refere à exatidão da dose medida, apenas dois pacientes (4,6%) mediram corretamente a dose em todas as seringas. Do total de 301 doses, 51,5% foram medidas incorretamente e 48,5% corretamente. A tabela 1 mostra os acertos e tipos de erros nas medidas em todas as seringas.

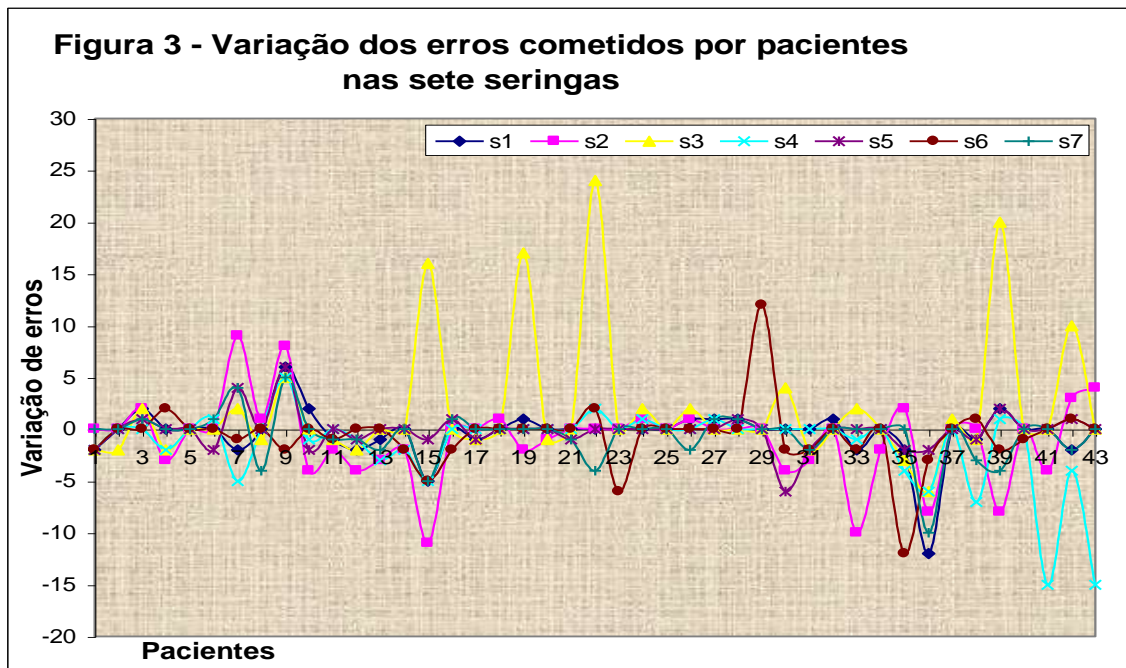
**Tabela 1 –Número de Acertos e Erros por Seringa.**

	ACERTOS	ERROS			Total
		Erro 1	Erro 2	Erro 3	
Seringa 1	20	9	8	6	43
Seringa 2	16	10	4	13	43
Seringa 3	18	13	7	5	43
Seringa 4	22	14	3	4	43
Seringa 5	24	14	5	0	43
Seringa 6	23	14	5	1	43
Seringa 7	23	7	7	6	43
<b>Total</b>	146	81	39	35	301

Quando analisados os erros e acertos das doses medidas em todas as seringas, não se constataram diferenças significativas ( $p < 0,05$ ). A figura 2 apresenta o número de erros e acertos por seringa. Entretanto, foi significativamente maior ( $p < 0,05$ ) a ocorrência de erros nas doses medidas por pessoas na faixa etária acima de 46 anos, com diagnóstico há mais de seis anos e que tinham realizado exame oftalmológico há mais de dois anos. A ocorrência de erros não foi significativa ( $p < 0,05$ ) nas doses medidas por pacientes com os vários níveis de escolaridade, os vários períodos de auto-aplicação e entre os que injetam ou não ar no vidro da insulina antes da aspiração da dose.



Houve variação da diferença das doses medidas incorretamente de  $-1$  a  $-15U$  e de  $1$  a  $24U$ . A figura 3 mostra o perfil da variação dos erros cometidos pelos pacientes em cada uma das sete seringas.



## CONCLUSÃO

Doses de insulina medidas incorretamente podem interferir no controle metabólico. Nas atividades educativas desenvolvidas para o paciente diabético em uso de insulina, o enfermeiro deve assegurar-se da habilidade deste para medir com exatidão a dose prescrita. Um paciente pode ser capaz de descrever acertadamente todos os passos da medida da dose, contudo a constatação de erros/acertos do procedimento só poderá ser feita por meio da observação de uma situação real. Assim sendo, a observação e a avaliação da habilidade do paciente para medir com exatidão a dose de insulina a ser administrada devem ser periodicamente avaliadas.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the accuracy of the dose of insulin measured in seven different types of syringes. **Methodology:** 43 patients with diabetes type 1 and type 2 had participated of the study. They were outpatient from public and private health services. They had been self-injecting insulin for 2 months. After the measure of the dose, the syringes were visually checked to verify the accuracy of the dose. The errors were categorized in: 1) air bubbles in syringe; 2) top of plunger doesn't cross the right mark on the syringe equal to the dose to be measure; 3) air bubbles in syringe + top of plunger doesn't cross the right mark on the syringe equal the dose to be measure. **Results:** 40 patients had committed at least 1 error and only 2 (4,6%) had measured correctly the dose in all the syringes. Significant number of errors ( $p < 0,05$ ) was verified in the doses measured by patients that were over 46 years old and by patients that were diagnosed with diabetes over 6 years ago.  
Key-words: insulin; administration and dosage

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus:** Guia Básico Para Diagnóstico e Tratamento. Brasília: 1996.

COSCELLI, C. et al. Use of premixed insulin among the elderly. **Diabetes Care**, v.15, n. 11, nov. 1992.

HAIRE-JOSHU, D. et al. Diabetes: Controlling the insulin balance. **AJN**. v. 86, n. 11, 1986.

KESSON, C. et al. Do diabetic patients inject accurate doses of insulin? **Diabetes Care**. v.4, n.2, 1981.

MCDOELL, J. R. S.; GORDON, D. **Diabetes**: caring for patients in the community. New York: Churchill Livingstone, 1996.

PEREGALLO-DITTKO, V. et al. **A core curriculum for diabetes education**. 2<sup>nd</sup>. ed. Chicago: American Association of Diabetes Education, 1995.

VAISMAN, M. **Diabetes Mellitus na prática clínica**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994.

WAJCHENBERG, B. L. Tratamento insulínico do diabetes insulínico dependente ou do tipo 1. **Terapêutica em Diabetes**, n. 6, jan./fev./mar., 1996.

# CARACTERÍSTICAS MOLECULARES ASSOCIADAS AO CÂNCER DE ESTÔMAGO

Henrique Douglas Melo Coutinho<sup>16</sup>  
[hdouglas@zipmail.com.br](mailto:hdouglas@zipmail.com.br)  
[h-douglas@bol.com.br](mailto:h-douglas@bol.com.br)

## RESUMO

O Câncer gástrico apresenta altas taxas de mortalidade devido ao diagnóstico tardio da doença. O surgimento de novas técnicas laboratoriais altamente sensíveis e específicas é de fundamental importância para uma análise e detecção precoce da carcinogênese. Neste contexto, a descoberta e utilização de marcadores moleculares com sinais de alterações gênicas ou cromossômicas podem tornar mais fácil o controle do câncer gástrico. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é revisar através da literatura mais atualizada os marcadores moleculares já descobertos em associação ao câncer gástrico, visando informar seus tipos e como podem ser utilizados. Verificamos a existência de uma grande variedade de marcadores protéicos, imunológicos e genéticos, o que favorece a tipificação do tumor gástrico, permitindo um tratamento mais eficaz e menos agressivo ao paciente.

**Palavras-chave:** Carcinogênese. Marcadores Moleculares. Alterações Gênicas. Alterações cromossômicas.

## INTRODUÇÃO

## HISTÓRICO

Os tumores de estômago são descritos desde épocas antigas. Registros em textos árabes do séc. X d.C., das escolas médicas de Isphaham, na Pérsia, e de Córdoba, na Espanha, escritos pelos grandes médicos da época, como Avicena (980-1037 d.C.). Os conhecimentos anatomopatológicos sobre esta doença iniciaram no séc. XVIII com Morgani, Rokitansky e Virchow (SEGAL, 2000).

Até o início do séc. XX, o diagnóstico do câncer gástrico era suspeitado pela história clínica de dor epigástrica, anorexia e emagrecimento, além do exame físico dos pacientes, sendo que, geralmente, estes já apresentavam massa abdominal palpável, sendo deste modo uma doença avançada e incurável. A descoberta dos Raios-X, em

---

<sup>16</sup> Mestre em Genética. Docente da Universidade Regional do Cariri – URCA.



1895, possibilitou o estudo das lesões gástricas. Na década de 70, o estudo radiológico do estômago era o único exame empregado para o diagnóstico pré – operatório das doenças gástricas, pois a endoscopia, apesar de ter sido desenvolvida anteriormente a radiologia, ainda estava dando seus primeiros passos nessa época (SEGAL, 2000). Em MÓDENA, 2000, foi apresentada uma proposta de classificação microscópica das neoplasias gástricas, dividindo-se em dois tipos histológicos principais: tipo intestinal (ou diferenciado) e tipo difuso (ou indiferenciado). Essa classificação permitiu uma associação com a patogênese, pois o tipo difuso evoluía a partir da mucosa normal e estava ligado a fatores hereditários; e o tipo intestinal evoluía a partir da mucosa com gastrite crônica e metaplasia intestinal.

## **CÂNCER GÁSTRICO NA POPULAÇÃO**

O câncer gástrico assume grande importância devido a sua alta prevalência em nosso país. Segundo as estimativas de Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil, publicadas pelo INCA – Instituto Nacional do Câncer, o câncer gástrico será o quarto tipo de câncer mais mortal (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER-INCA, 2004).

O câncer é considerado uma doença genética que ocorre devido ao acúmulo de mutações não esperadas por recombinação mendeliana em virtude, principalmente, a exposição a agentes genotóxicos do meio ambiente. Virtualmente, todos os tumores têm anormalidades gênicas ou cromossômicas. A célula alterada passa para sua progênie mensagens sobre o comportamento celular alterado e é este fato que caracteriza o câncer como uma doença letal (WUNSCH FILHO & GATTÁS, 2001).

O desenvolvimento de técnicas laboratoriais altamente sensíveis e específicas para reconhecer e mensurar moléculas que possam indicar a presença do desenvolvimento tumoral é de grande importância (FORONES & OSHIMA, 2002).

Os marcadores moleculares são indicadores de alterações genéticas ou cromossômicas que podem levar ao câncer, por isso, quanto mais cedo for feito o diagnóstico dos marcadores moleculares, melhor será o prognóstico do paciente. O marcador molecular ideal tem por finalidade permitir o rastreamento populacional, o diagnóstico, a localização do tumor, determinar o prognóstico e facilitar a monitorização terapêutica.

## **GENÉTICA E BIOLOGIA MOLECULAR**

Os marcadores moleculares indicam alterações gênicas ou cromossômicas, que podem ser indicativas de carcinogênese. Esses podem ser detectados por técnicas altamente sensíveis e específicas para cada marcador. A análise precoce dos marcadores pode aumentar as chances de cura, principalmente nos pacientes que apresentam história familiar de câncer e nos pacientes que vivem em áreas de maior risco, como o Japão. No Japão, desde 1978, o câncer gástrico é a quinta causa de morte (TAHARA, 1996).

Constituem-se importantes mecanismos na carcinogênese gástrica: a inativação dos genes supressores tumorais, o defeito no reparo do DNA, a ativação de oncogenes e a apoptose (SEGAL, 2000).

### **MARCADORES RELACIONADOS À SUPRESSÃO TUMORAL**

Genes supressores tumorais são genes cuja perda de função induz ou facilita a tumorigênese. O gene supressor tumoral apresenta a perda de um ou ambos os alelos e mutação no alelo remanescente, gerando o aparecimento do câncer devido a sua ausência funcional (FORONES & OSHIMA, 2002).

Alterações nos genes supressores tumorais como o MCC e o APC têm sido descritas em aproximadamente 60% dos casos (TAHARA, 1995).

Mutações e perda do alelo do gene APC são frequentemente associadas com adenocarcinoma bem diferenciado. A proteína APC pode formar um complexo com  $\alpha$ -catenina e  $\beta$ -catenina. A cadherina organiza complexos com  $\alpha$ ,  $\beta$  e  $\gamma$ -catenina que mediam adesão e proteção citoesquelética. A expressão diminuída ou a perda das cadherina ou catenina são comumente encontradas em carcinomas indiferenciados ou do tipo esquizoide por causa de alterações gênicas (TAHARA, 1995).

Perda da heterozigidade no cromossomo 1q geralmente origina adenocarcinoma diferenciado, enquanto que no cromossomo 1p o adenocarcinoma indiferenciado é mais comum (TAHARA, 1995).

O processo de gênese tumoral está intimamente associado à reprodução celular, ou seja, aos mecanismos que regem o ciclo celular. Para que a cada ciclo duas células-filhas idênticas sejam geradas, é necessário que ocorra duplicação e subsequente

segregação dos cromossomos e demais componentes da célula. Cromossomos são replicados numa fase conhecida como S (síntese) e segregados para as células-filhas na fase M (mitose) do ciclo celular. Esse processo ocorre de forma contínua, passando de G1-S-G2-M, sendo G1 e G2 (gap 1 e 2) fases que antecedem os períodos de síntese e divisão celular.

O controle do ciclo celular é feito basicamente por intermédio de proteínas que atuam nas fases G1 e G2, acionando mecanismos de reparo ou interrompendo o processo de divisão celular quando detectam mutações no material genético. Grande parte dos genes supressores tumorais sintetiza proteínas com funções de regulação do ciclo celular, as quais quando ausentes ou ineficientes podem contribuir para a evolução de clones de células tumorais (WUNSCH FILHO & GATTÁS, 2001).

A ciclina D1 é membro da família das proteínas que atua no ciclo de divisão celular, regulando a atividade da proteína quinase ciclina dependente. Essa ciclina é essencial para a progressão da fase G1 para S, acelerando a proliferação celular e está relacionada com a patogênese de diversas neoplasias humanas, incluindo o câncer do tubo digestivo (FORONES & OSHIMA, 2002).

O desenvolvimento do adenocarcinoma indiferenciado ou difuso, incluindo a sua forma avançada tipo esquizoide em adição a mudanças nos genes p53 e c-met, requerem disfunção na E-cadherina.

A E-cadherina é uma molécula de adesão celular cuja função é importante para o estabelecimento da polaridade do tecido epitelial e manutenção da morfologia normal do tecido e diferenciação celular (ELTERMAN, 2001).

O gene E-cadherina, CDH1, tem sido categorizado como um gene supressor tumoral e tem sido implicado na fase inicial da oncogênese. As mutações no CDH1 incluem deleções, transposições e inserções de bases nitrogenadas, e são distribuídas ao longo do gene. Os mecanismos pelos quais as mutações neste gene resultam em câncer ainda estão para serem desvendados. As mutações no CDH1 e a perda da proteína E-cadherina têm sido implicados na patogênese de câncer humano não hereditário incluindo o câncer gástrico (ELTERMAN, 2001).

O gene p53 localiza-se no braço curto do cromossomo 17 (17p13), codifica uma fosfoproteína nuclear de 53 kD e está presente em células normais na forma selvagem. As mutações no p53 são eventos genéticos freqüentemente observados em vários tipos de câncer em humanos e relacionados com o agente ambiental envolvido (FORONES & OSHIMA, 2002). O p53 é uma das proteínas que controla o

ciclo celular, durante a fase G1, retardando o processo de divisão para que ocorra o reparo ou mesmo impedindo a divisão celular através de apoptose (morte celular). Por outro lado, mutações no gene p53 induzem à formação de proteínas alteradas que não conseguem interromper o processo de divisão celular e, sem tempo suficiente para que ocorra o reparo do DNA, a célula carrega o dano para as divisões subsequentes possibilitando a formação de tumores (WUNSCH FILHO & GATTÁS, 2001).

A proteína p53 normal tem uma vida média bastante curta, mensurada em minutos. Já a proteína com mutação apresenta uma estabilidade maior permitindo a sua observação através da imuno-histoquímica. Dos diversos eventos moleculares que são reconhecidos como fazendo parte da carcinogênese gástrica, a mutação do gene p53 é o que tem sido mais estudado. Pacientes com p53 positivo apresentaram atividade proliferativa maior, medidos pelo índice de Ki-67. A identificação de p53 é de extrema importância diagnóstica e prognóstica e normalmente está associada ao alto índice de Ki-67 e à expressão de *c-erb-2* (FORONES & OSHIMA, 2002).

O espectro da mutação p53 no carcinoma gástrico primário é caracterizado pela mutação freqüente no par de bases A:T, incidência extremamente alta na transversão, sem transição no CpG e sem transversão G:C para G:C para T:A. A análise do espectro de mutações no p53 em determinada exposição ambiental pode ser útil para identificar fatores envolvidos na etiopatogênese do câncer (TAHARA, 1996).

Os genes *pic1*(p21) e MTS1(p16) estão diretamente envolvidos na carcinogênese humana. Os genes *sdi*, WAF1, *cip1* e p21, que são todos idênticos, são agrupados como sendo *pic1* (p53b é um regulador inibitório da CDK). O *pic1* pode inibir diretamente a replicação do DNA, independentemente da CDK (TAHARA, 1995).

MTS1 codifica a proteína p16, que se liga a CDK4 e inibe a atividade catalítica da enzima CDK4/ciclina D. A mutação MTS1 é detectada em uma grande variedade de tumores sólidos em humanos, como glioma, melanoma, carcinoma esofágico e na carcinogênese do câncer gástrico (TAHARA, 1995).

O gene *K-sam* é amplificado preferencialmente no adenocarcinoma indiferenciado. A amplificação deste gene no carcinoma avançado tipo escurroso ocorre independentemente da amplificação do gene *c-met*.

De particular interesse é alta freqüência da perda do alelo na porção D7595 do braço longo do cromossomo 7 que ocorre em diferentes tipos histológicos. Essa perda relaciona-se a supressão tumoral (TAHARA, 1996).

A proteína p21/WAF/Cip1 é um supressor de tumor regulado pelo gene supressor de tumor, p53, que inibe a atividade do complexo ciclina/quinase dependente de ciclina. Proteína 27, conhecida como proteína 1 inibidora da quinase dependente de ciclina (Kip 1), inibe o ciclo celular entre as fases G2 e M (FORONES & OSHIMA, 2002).

O aumento na expressão de receptores da tirosinaquinase, dos receptores de fator de crescimento epidérmico ou a amplificação do protooncogene c-met, também foram relatados (SEGAL, 2000).

O gene nm23 também é supressor de tumor, este codifica o nucleotídeo difosfato (NDP) e o fator de transcrição c-myc. A maioria dos carcinomas gástricos apresenta uma expressão aumentada de nm23 na fase inicial (TAHARA, 1995).

O gene *FHIT*, um gene supressor tumoral, está localizado no sítio FRA3B do cromossomo 3p14.2. O gene localiza-se em uma região frágil. Este é composto por 10 éxons, que codificam um pequeno RNAm de 1.1 kb e uma pequena proteína de 16.8 kDa. A expressão da proteína Fhit é detectada na maioria das células epiteliais humanas. A perda de um alelo do gene *FHIT* pode causar a redução na expressão do Fhit. A expressão reduzida do Fhit pode ser detectada em vários tipos de câncer, incluindo o gástrico; esta redução normalmente está associada a alterações genômicas no *FHIT* ou a transcrições alteradas do *FHIT*. Alterações no locus *FHIT* ou a expressão reduzida do Fhit tem sido associados à progressão do tumor gástrico e a baixa sobrevivência dos pacientes com câncer (HUIPING et al.,2002).

## **CÂNCER GÁSTRICO X *Helicobacter pylori***

Há também relatos que a infecção por uma bactéria espiralada, gram negativa e produtora de urease, chamada *Helicobacter pylori*, parece iniciar uma cascata de alterações, facilitando o desenvolvimento de câncer. O diagnóstico histológico da infecção por *Helicobacter pylori* esteve associado com aumento de 150 vezes no risco subsequente de câncer gástrico, quando comparado com indivíduos *H.pylori* negativos.

Após infecção por *H. pylori*, surgiram alguns fatores essenciais à carcinogênese, que seriam resultado da interação bactéria-hospedeiro e consistem basicamente em: proliferação do epitélio gástrico, apoptose, resposta imune do hospedeiro, redução da concentração do ácido ascórbico e lesão celular direta causada

por fosfolipases, pela uréase e por citotoxinas liberadas por algumas cepas dessa bactéria.

O aumento na proliferação celular é crucial na carcinogênese, pois aumenta a probabilidade de mutações, além de dificultar o reparo ao DNA das células gástricas. Esses eventos estão associados à ação dos radicais livres - agentes oxidantes e compostos nitrogenados - que são produzidas por meio do processo inflamatório conseqüente à infecção pelo *H.pylori*, bem como pela ação das bactérias que colonizam a mucosa gástrica nos estados de atrofia e hipocloridria.

A amônia, resultante da quebra da uréia pela uréase produzida pela *H.pylori*, parece ser o fator bacteriano causador do aumento da frequência das mitoses, observado na zona de proliferação celular da mucosa gástrica.

A formação de radicais livres e compostos nitrogenados derivados do óxido nítrico (NO), leva à agressão da mucosa em decorrência da resposta inflamatória, com potencial efeito genotóxico, levando a mutações de ponto e comprometendo os mecanismos reparadores do DNA - o que propicia a incorporação dessas alterações no genoma. É provável que o câncer gástrico causado pela infecção por *H.pylori* surja em decorrência do desequilíbrio entre os níveis de antioxidantes e a produção de compostos nitrosos.

Normalmente, o ácido ascórbico é secretado na luz do estômago em concentração superior à do plasma. Existem dados epidemiológicos que associam a baixa incidência do câncer gástrico a uma dieta rica em ácido ascórbico. Essa substância exerceria um papel protetor, através da inativação de produtos derivados do oxigênio e pela inibição da reação de N-nitrosação, além de evitar a apoptose. Observou-se que na infecção pelo *H.pylori*, na presença da gastrite crônica, na anemia perniciosa, na úlcera péptica e no câncer gástrico há uma diminuição dos níveis dessa substância na luz gástrica.

O papel do *H.pylori* sobre as alterações moleculares na carcinogênese gástrica ainda é pouco conhecido. A presença do aumento na expressão do p53, c-erb2, c-met e a perda da heterozigosidade dos genes APC e DCC em uma grande série de neoplasias gástricas foi fator independente ao *H.pylori*.

A infecção pelo *H.pylori* também está estreitamente relacionada a apoptose. Alguns estudos demonstram haver diminuição do índice de apoptose após erradicação desta bactéria e desta forma evitaria a progressão para a neoplasia. Entretanto, alguns relatos referem que um aumento na apoptose contribuiria para o

surgimento da gastrite atrófica, com conseqüente aumento no pH gástrico, condição propícia para o aparecimento do câncer gástrico. Além disto, a perda celular secundária ao aumento na apoptose estimularia a hiperproliferação persistente das células da mucosa gástrica, outro fator de risco ao câncer (SEGAL, 2000).

## **MARCADOR RELACIONADO Á ONCOGÊNESE**

Células neoplásicas possuem seqüência de DNA homólogos a genes de transformação viril e que alterações desses genes estão associados com o câncer. Um dos produtos oncogênicos mais conhecidos é o *c-erbB-2* (HER-2/neu). O gene *c-erbB-2* é homólogo do receptor EGF (fator de crescimento epidérmico), localizado no cromossomo 17q21 e está envolvido no crescimento, diferenciação celular e pior prognóstico.

Amplificação e expressão aumentada do *c-erbB-2* está freqüentemente associado ao carcinoma diferenciado (TAHARA, 1995).

O gene *c-met* está freqüentemente amplificado no carcinoma gástrico avançado, principalmente no tipo esquizoide. Perda da heterozigosidade do gene *c-met*, localizado no cromossomo 7q31, ocorre em 30% dos cânceres gástricos independentemente da amplificação do gene *c-met* (TAHARA, 1995).

## **MARCADORES RELACIONADOS Á APOPTOSE**

A presença de instabilidade de microssatélites foi descrita em 30% das neoplasias do estômago, sendo que esta alteração tende a ser positivamente associada com tumores do tipo intestinal, em estágios avançados e localizados na região ventral. A instabilidade de microssatélites freqüentemente envolve os genes TGF beta II, IGF II R ou o gene pro-apoptose BAX, enquanto possuidores de seqüências de microssatélites.

A expressão de moléculas de adesão celular está freqüentemente alterada no câncer gástrico, sendo descritas mutações no gene E-cadherina em 50% das neoplasias do tipo difuso e foram descritas mutações germinativas desse gene no câncer gástrico hereditário (SEGAL, 2000).

A oncoproteína *bcl-2* é conhecida como um inibidor da apoptose e pode ser considerado como “gene supressor de morte celular”. Essa proteína ocorre numa

variedade de tumores incluindo os carcinomas de estômago e cólon (FORONES & OSHIMA, 2002).

## **MARCADORES RELACIONADOS Á ANGIOGÊNESE**

A formação de novos microvasos, através da angiogênese, é um pré-requisito para o crescimento de tumores sólidos e formação de metástases. Estudos mostram que doentes portadores de tumores com acentuada neovascularização têm maior risco de metástase e pior resultado clínico. O fator de crescimento endotelial vascular (VEGF) é conhecido como mitógeno altamente específico para células endoteliais (FORONES & OSHIMA, 2002).

## **FATORES DE CRESCIMENTO E CITOCINAS**

As células cancerosas gástricas expressam fatores de crescimento, hormônios e citocinas, que funcionam como moduladores autócrinos ou parácrinos e organizam uma complexa interação entre as células cancerosas e as células do estroma. O fator  $\alpha$  de crescimento tumoral (TGF), o fator de crescimento epidermal (EGF) e a interleucina 1 ( $IL-1\alpha$ ) atuam como fatores de crescimento autócrinos. A expressão aumentada do EGF/TGF  $\alpha$  e dos receptores EGF estão correlacionados com a malignidade dos tumores (TAHARA, 1995).

## **OUTROS MARCADORES**

O antígeno carcinoembrionário (CEA) é encontrado em tecidos normais e tumorais de cólon, estômago e intestino delgado. Na clínica, seu principal papel é na monitorização dos doentes tratados cirurgicamente. Níveis séricos de CEA elevados no pré-operatório servem para estabelecer o prognóstico independente do estágio. Níveis elevados no pós-operatório são indicativos de recorrência e podem preceder o diagnóstico do local de recorrência entre 6 a 12 meses.

O CA19-9 é um anticorpo monoclonal sintetizado pelas células, pancreáticas, ductos biliares, epitélio do estômago e cólon. É utilizado como marcador sérico no diagnóstico e monitoração dos pacientes com câncer gastrintestinal.



O CA72-4 é um anticorpo monoclonal que reconhece os antígenos B72-3, CC49 e CC83 da mucosa gástrica. É sintetizado a partir de uma glicoproteína associada ao tumor TAG72 e é utilizado no diagnóstico do câncer gástrico (FORONES & OSHIMA, 2002).

## **TÉCNICAS MOLECULARES E IMUNOHISTOQUÍMICA**

Uma variedade de técnicas moleculares, incluindo a extração do DNA proveniente dos tecidos, a amplificação do DNA pela Reação em Cadeia de Polimerase (PCR), o sequenciamento e a expressão dos produtos da Reação em Cadeia de Polimerase (PCR) e análise de polimorfismos podem ser utilizados para diagnósticos laboratoriais de rotina, particularmente como métodos não-radioativos para a detecção de ácidos nucleicos.

Numerosas proteínas, incluindo fatores ou receptores de crescimento, moléculas de adesão celular, produtos de oncogenes ou de genes supressores tumorais são especificamente examinados por seções embebidas em parafina fixada em formalina, por técnicas imunohistoquímicas que utilizam anticorpos específicos (TAHARA, 1995b).

### **ABSTRACT**

The gastric cancer presents a high mortality rises because its later diagnosis. The creation of new laboratorial techniques with high sensibility and specification is very important for early analyses and detection of carcinogenesis. In this context, the discovery and use of molecular markers how signals of genetic and chromosomal alterations can to make easier the control of gastric cancer. In this form, the main of this paper is review the “*state – of – art*” about the molecular markers, using the most recent bibliography in association with the gastric cancer, mainly your types and uses. We verified the existence of several proteic, immunologic and genetic markers, best typifying the tumor and making possible a treatment more efficient and soft to the patient.

**Key Words:** Carcinogenesis. Molecular markers. Genetic alteration. Chromosomal alteration.

### **ABREVIACÕES**

DNA – Ácido desóxiribonucléico;

EGF – Fator de Crescimento Epidérmico;

TGF – Fator de Crescimento Tumoral;  
VEGF – Fator de Crescimento Endotelial Vascular;  
IL – Interleucina;  
CEA – Antígeno Carcinoembrionário;  
PCR – Reação em Cadeia de Polimerase;  
KDa – KiloDalton;  
MCC – Carcinoma Celular de Merkel;  
CDK – Quinase Dependente de Ciclina;  
APC – Polipose Adenomatosa Colônica;  
DCC – Deleção em Câncer Colorectal;  
MTSI – Instabilidade de Microsatélites;  
CDH1 – Gene da E – cadherina;  
FHIT – Gene da Tríade de Histidinas Frágeis;  
IGF – Fator de Crescimento Semelhante a Insulina.

## REFERÊNCIAS

- ELTERMAN, D. Digesting genetic information in gastric cancers. **Clinical Genetics**. v.60, n. 4, p. 264-269, 2001.
- FORONES, N.M.; OSHIMA, C.T.F. Importância dos Marcadores Tumorais nos Tumores do Aparelho Digestivo. **Revista Compacta**. v. 2, n. 4, p. 16-19, 2002.
- HUIPING, C., et al. High frequency of LOH, MSI and abnormal expression of *FHIT* in gastric cancer. **European Journal of Cancer**. v. 38, n. 5, p. 728-735, 2002.
- INSTITUTO Nacional do Câncer. INCA. Ministério de saúde no Brasil. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/>> . Acesso em: 17 jun. 2004.
- MÓDENA, J.L.P. História do Câncer Gástrico. In: CORDEIRO, F.; MENEGHELLI, U. RESENDE, J.M. **A Gastroenterologia no Brasil**. Revinter, 2000.
- SEGAL, F. Adenocarcinoma Gástrico. In: LOURO I.D. **Genética Molecular do Câncer**. São Paulo: MSG, 2000.
- TAHARA, E. Molecular Basis of Stomach Carcinogenesis. **Acta Oncológica do Brasil**. v. 16, n. 3, p. 04-112, 1996.
- \_\_\_\_\_. Molecular Biology of Gastric Cancer. **World Journal of Surgery**. v.19, p. 484-490, 1995a.

\_\_\_\_\_. Genetic Alterations in Human Gastrointestinal Cancer: The Application to Molecular Diagnosis. **Supplements in Cancer**. v. 75, n. 6, p. 1410-1417, 1995b.

WUNSCH, F. V.; GATTÁS, G.J.F. Biomarcadores Moleculares em câncer: Implicações para a pesquisa epidemiológica e a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 17, n. 3, p. 467-480, 2001.

**PESQUISA**

# **EFEITO DA IDADE E DO SEXO DE PARAIBANOS SOBRE A BIOQUÍMICA DO SANGUE: II – NÍVEIS DE COLESTEROL TOTAL, LDL-C, HDL-C E TRIGLICÉRIDES**

Carolina Uchôa Guerra Barbosa<sup>17</sup>

Homero Perazzo Barbosa<sup>18</sup>

Margareth de Fátima Formiga Melo Diniz<sup>19</sup>

## **RESUMO**

Esta pesquisa foi realizada com o objetivo de avaliar os níveis sanguíneos de colesterol total, LDL-C, HDL-C e triglicérides. A população estudada foi selecionada a partir de uma amostragem aleatória simples, constituiu-se de 220 pacientes, sendo 102 do sexo masculino, e 118 do sexo feminino, estabelecendo-se 3 faixas etárias (0 - 19 anos; 20 - 59 anos e acima de 60 anos). Observou-se efeito ( $P < 0,05$ ) da idade sobre as médias de colesterol total, LDL-C e triglicérides, porém não afetando ( $P > 0,05$ ) a HDL-C. Por outro lado, não houve efeito ( $P > 0,05$ ) do sexo sobre essas variáveis. Os valores de colesterol total, encontrados para a faixa etária de 0 - 19 anos (170,79 mg/dl) foram inferiores aos obtidos para os pacientes das outras faixas etárias estudadas, respectivamente, 205,59 mg/dl e 217,20 mg/dl. As médias encontradas para a LDL-C (99,0 mg/dl) e para os triglicérides (105,29 mg/dl), para a faixa etária de 0 - 19 anos, foram inferiores às determinadas para as faixas de 20 - 59 anos e acima de 60 anos.

Detectou-se uma correlação, positiva e estatisticamente significativa ( $P < 0,05$ ), entre o colesterol total e a LDL-C, assim como, entre o colesterol total e os triglicérides. Uma correlação negativa ( $P > 0,05$ ) foi detectada entre a HDL-C e os triglicérides.

**Palavras-chaves:** Colesterol. LDL-C, HDL-C. Triglicérides.

## **INTRODUÇÃO**

Atualmente, as doenças cardiovasculares são consideradas uma das principais causas de morte em diversas regiões do mundo. Em virtude da relação dessas doenças com os níveis de lipídeos, especialmente o colesterol, os triglicérides e as

---

<sup>17</sup> Farmacêutica-Bioquímica/ Professora de Bioquímica da FACENE/ FAMENE.

<sup>18</sup> Prof. Doutor de Bioquímica da FACENE/FAMENE e Coordenador de Assessoria Técnica da FAPEP.

<sup>19</sup> Professora-Doutora e Diretora do Centro de Ciências da Saúde da UFPB.

lipoproteínas, a avaliação precoce pode ser usada para a correta prevenção e início de tratamento adequado.

O perfil lipídico é composto pelas avaliações de colesterol total, LDL-C (lipoproteína de baixa densidade), HDL-C (lipoproteína de alta densidade) e triglicérides. O colesterol é um componente estrutural importante das membranas celulares, e precursor para a biossíntese de ácidos biliares e hormônios esteróides (KAPLAN et al., 1995).

Entretanto, quando seus níveis estão elevados é fator de risco para doenças coronarianas, principalmente aterosclerose (KAPLAN et al., 1995 e RAVEL, 1988).

A LDL-C normalmente transporta valores elevados de colesterol no plasma e apresentam melhor correlação com o risco de aterosclerose que os níveis de colesterol total (RAVEL, 1988).

A HDL-C transporta o colesterol dos tecidos para o fígado, que faz a conversão deste para sais biliares (KAPLAN et a., 1995). É constituída predominantemente por proteínas e fosfolipídios, e seu aumento confere um efeito protetor contra a cardiopatia isquêmica (RANG et al., 1997). O NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM – NCEP (1993) indica que a dosagem de HDL-C é fundamental para o diagnóstico e tratamento de hipercolesterolemia. Concentrações < 35 mg/dl aumentam o risco de doenças coronarianas, enquanto que concentrações > 60 m/dl são consideradas como fator de risco negativo.

Os triglicérides (triglicerídeos ou triacilgliceróis) são compostos químicos formados pelo glicerol esterificado com três ácidos graxos que constituem aproximadamente 95% do tecido adiposo e são a principal forma de reserva de lipídeos no organismo. São compostos heterogêneos que apresentam como característica comum a insolubilidade em água (hidrofóbicos). Estão presentes no plasma sanguíneo, sendo considerados componentes naturais do sangue. Após as refeições, as gorduras são digeridas, absorvidas e liberadas no fluxo sanguíneo. Podem ser utilizadas para produção de energia ou armazenadas como gorduras (CHAMPE R e HARVEY, 1997).

De acordo com pesquisas publicadas no Journal of the American Heart Association (1998), altos níveis de triglicérides podem ser considerados um dos fatores de risco para ataques cardíacos e outras complicações graves.

O estudo dos lipídeos plasmáticos encontra-se, atualmente, na sua fase evolutiva e exige que muitas pesquisas sejam realizadas para que possamos entender melhor seu metabolismo.

Considerando a alta incidência das doenças cardiovasculares e a relação destas com o aumento do nível de lipídeos, esta pesquisa tem como objetivo avaliar o efeito da idade e do sexo sobre os níveis de colesterol total, LDL-C, HDL-C e triglicérides no sangue.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

A determinação do perfil lipídico foi realizada a partir de uma população, selecionada a partir de uma amostragem aleatória simples, constituída de 220 pacientes, sendo 102 do sexo masculino e 118 do sexo feminino, com faixa etária variando de 5 a 83 anos.

As informações utilizadas nesta pesquisa, mantida em sigilo a identidade dos pacientes, foram cedidas pelo Laboratório de Análises Médicas Dra. Roseanne Dore, da cidade de João Pessoa-PB. Foram selecionados aqueles pacientes, cuja requisição de exames incluía dosagens de colesterol total, LDL-C, HDL-C e triglicérides.

As amostras foram obtidas dos pacientes após jejum de 12 horas (SBC,1999). As determinações de colesterol total, HDL-C e triglicérides foram realizadas de acordo com a técnica proposta por Henry (1974), Fossati e Prencipe (1982). O LDL-C foi estimado pela equação proposta por Friedewald ( $LDL = CT - HDL - TG/5$ ).

O laboratório acima citado dispõe de um programa de controle interno de qualidade que define claramente os objetivos, procedimentos, normas, critérios para limites de tolerância, ações corretivas e registro das atividades.

Para efeito das análises estatísticas, realizadas de acordo com o SAS Institute (1997) e Spiegel (1975), foram estabelecidas 3 faixas etárias (0 - 19 anos; 20 - 59 anos e acima de 60 anos), utilizando-se um intervalo de confiança de 95% ( $P < 0,05$ ).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os dados em estudo apresentaram variações nos teores de colesterol total (63 a 354 mg/dl), de LDL-C (19 a 266 mg/dl), de HDL-C (24 a 212 mg/dl) e de triglicérides (43 a 745 mg/dl).

A análise de variância dos dados experimentais dos valores de colesterol total, LDL-C, HDL-C e triglicérides encontram-se na Tabela 01.

De acordo com a Tabela 02, os níveis plasmáticos de colesterol total foram influenciados pela idade ( $p < 0,05$ ), não havendo efeito do sexo ( $p > 0,05$ ) para esta variável. De acordo com a SBC (1999), os valores de referência podem ser considerados: ótimo ( $< 200$  mg/dl), limítrofe (200 – 239 mg/dl) e alto (superior a 240 mg/dl).

Os valores médios encontrados para a faixa etária de 0 a 19 anos (170,79 mg/dl) foram inferiores ( $p < 0,05$ ) aos obtidos para os pacientes das outras faixas etárias estudadas (205,59 e 217,20 mg/dl, respectivamente) e são considerados ótimos. Para as outras faixas etárias, as médias se encontram no valor considerado limítrofe.

**Tabela 01- Análise de Variância dos Valores de Colesterol Total, LDL-C, HDL-C e Triglicérides.**

Fontes de Variação	Quadrados Médios				
	GL	Colesterol Total	LDL-C	HDL-C	Triglicérides
Idade = I	2	11.889,5693 *	8.181,2943 *	240,3839 NS	21.586,3133 NS
Sexo = S	1	6.960,8616 NS	4.534,2392 NS	87,6045 NS	26.853,6529 NS
I x S	2	3.653,5843 NS	3.608,8340 NS	320,5282 NS	569,2070 NS
Resíduo	214	2.228,7100	1.571,0852	238,0888	7.080,9224
CV <sup>1</sup> (%)	-	22,91	30,45	32,06	53,66

NS - Não significativo

\* Significativo a 5% pelo Teste F

1 - Coeficiente de Variação

Houve efeito da idade ( $P < 0,05$ ) sobre os valores médios encontrados para a LDL-C, expressos em mg/dl (Tabela 02). A análise de variância dos dados não mostrou efeito significativo do sexo ( $P > 0,05$ ). Os níveis de LDL-C, segundo a SBC (1999), podem ser considerados: ideal ( $< 130$  mg/dl), limítrofe (130 a 139 mg/dl) e alto ( $> 139$  mg/dl). Os valores encontrados para a faixa etária de 0 – 19 anos (99,0 mg/dl) são considerados ideais e foram muito inferiores aos das outras idades estudadas (130,59 e 137,49 mg/dl) que se encontram na faixa considerada limítrofe. Apesar de não haver efeito do sexo ( $p > 0,05$ ), as mulheres apresentaram tendência em elevar a LDL-C, o que pode ser devido à diminuição de produção de hormônios estrógenos a partir da



menopausa, provocando aumento do colesterol total e LDL-C (RANG et al., 1997; WILLIANS et al.,1996).

Os níveis de HDL-C não foram influenciados pela idade e pelo sexo ( $P>0,05$ ). Os níveis de HDL-C, segundo a SBC (1999) podem ser considerados: ideal ( $>55$  mg/dl), limítrofe (35 a 54 mg/dl) e baixo ( $<35$  mg/dl). Assim sendo, as médias encontradas se encontram na faixa considerada limítrofe. Os resultados desta pesquisa diferem dos encontrados por Moresco et al (2001) que encontraram influência do sexo e da idade sobre os níveis de HDL-C.

A determinação dos triglicérides, apesar de não ser diagnóstico, é um dado importante e necessário para a classificação e fenotipagem das hiperlipidemias. É também de importância a íntima correlação que se observa entre a hiperlipidemia e o aumento do risco de doença arterial coronariana (NAGELE et al., 1984).

Conforme Henry (1974), os níveis séricos de referência, para os triglicérides, são considerados ótimos (inferior a 150 mg/dl), limítrofes (150 – 200 mg/dl), altos (200 – 499 mg/dl) e muito alto (superior ou igual a 500 mg/dl). De acordo a Tabela 02, a faixa etária de 0 a 19 anos apresentou médias significativamente inferiores ( $P<0,05$ ) às outras duas faixas etárias estudadas, com valores considerados ótimos. No entanto, com o aumento da idade, as médias se encontram na faixa limítrofe, mostrando tendência em aumentar o nível de triglicérides.

Tietz (1976) cita que os níveis anormais de triglicérides são indicativos de distúrbios de lipídios que podem estar geneticamente relacionados. Há também uma relação entre níveis elevados de triglicérides e aterosclerose. O monitoramento dos níveis de triglicérides é útil no acompanhamento do *Diabetes mellitus* e outras patologias metabólicas. O efeito do sexo mostrou comportamento semelhante ( $P>0,05$ ) àquele observado para as outras variáveis estudadas.

**Tabela 02** - Médias dos Valores de Colesterol Total, LDL-C, HDL-C e Triglicérides (dados em mg/dl), por faixa etária e sexo.

Fatores	Colesterol Total	LDL-C	HDL-C	Triglicérides	n
Idade (anos)					
0 – 19	170,79 a	99,00 a	48,21 a	105,29 a	14
20 – 59	205,59 b	130,59 b	47,24 a	157,97 b	155
> 60	217,20 b	137,49 b	50,78 a	167,47 b	51
Sexo					
Masculino	199,55 a	124,97 a	47,36 a	168,18 a	102
Feminino	211,70 a	134,69 a	48,79 a	147,01 a	118

a, b, - Para um mesmo fator, médias com letras diferentes são significativamente diferentes ( $P<0,05$ ) pelo teste de Duncan.

Convém destacar que se detectou, na presente pesquisa, uma correlação positiva (Tabela 03) estatisticamente significativa ( $P < 0,05$ ), entre o colesterol total e a LDL-C, bem como, entre o colesterol total e os triglicérides. A correlação positiva e significativa ( $P < 0,05$ ) entre a LDL-C e os triglicérides concordam com os achados bioquímicos de Dammersman et al. (1993). Os resultados da presente pesquisa também concordam com os obtidos por Dammersman et al. (1993) e Nascimento et al. (2001) que identificaram uma correlação negativa entre a HDL-C e os triglicérides.

**Tabela 03** – Coeficientes de correlação simples (r) entre as variáveis

	Colesterol Total	LDL-C	HDL-C	Triglicérides
Colesterol Total	-	0,855 *	0,009 NS	0,436 *
LDL-C	-	-	-0,077 NS	0,152 *
HDL-C	-	-	-	-0,84 NS

NS - Não significativo

\* Significativo a 5% pelo Teste t de Student

## CONCLUSÕES

Nas condições em que foi realizada a presente pesquisa, conclui-se que:

- ⇒ Houve efeito significativo ( $P < 0,05$ ) da idade sobre os níveis de colesterol total, LDL-C e triglicérides nos pacientes estudados;
- ⇒ Não houve efeito significativo ( $P > 0,05$ ) da idade sobre os níveis de HDL-C;
- ⇒ O sexo não influenciou ( $P > 0,05$ ) nos valores das variáveis estudadas;
- ⇒ Na faixa etária de 0 - 19 anos, o nível de colesterol total (170,79 mg/dl) diferiu daqueles determinados para as faixas de 20 - 59 e acima de 60 anos;
- ⇒ As médias encontradas para a LDL-C (99,0 mg/dl) e para os triglicérides (105,29 mg/dl), para a faixa etária de 0 - 19 anos, foram inferiores àquelas determinadas para as faixas de 20 - 59 e acima de 60 anos;
- ⇒ Detectou-se uma correlação positiva, estatisticamente significativa ( $P < 0,05$ ), entre o colesterol total e a LDL-C e também com os triglicérides, e uma correlação negativa entre a LDL-C e os triglicérides.

Com base nos resultados obtidos neste estudo, é possível concluir que ocorreram importantes variações no perfil lipídico dos pacientes analisados e que essas são influenciadas principalmente pela idade.

O exame do perfil lipídico constitui um recurso laboratorial de grande utilidade clínica para que se possa prevenir a incidência de doenças cardiovasculares na população paraibana.

## RESUMEN

Esta investigación ha sido desarrollada con el objeto de evaluar los niveles de colesterol total, LDL-C, HDL-C y triacilglicerol en la población de Paraíba, Brasil. La población estudiada, seleccionada a partir de una muestra aleatoria sencilla, ha sido formada de 220 pacientes, 102 do sexo masculino e 118 do sexo femenino, estableciéndose 3 clases de edad (0 - 19 años; 20 - 59 años y con más de 60 años). Se ha observado el efecto ( $P < 0,05$ ) de la edad sobre las medias de colesterol total, LDL-C y triacilglicerol, pero no afectando ( $P > 0,05$ ) la HDL-C. Por lo tanto, no ha habido efecto ( $P > 0,05$ ) del sexo sobre dichas variables. Los valores de colesterol total, determinados para la clase de 0-19 años (170,79 mg/dl), han sido inferiores a los obtenidos para los pacientes de las clases de 20-59 años (205,59 mg/dl) y con más de 60 años (217,20 mg/dl). Las medias determinadas para la LDL-C (99,0 mg/dl) y para los triacilglicérols (105,29 mg/dl) para la clase de 0 - 19 años, han sido inferiores aquellas determinadas para las clases de 20 - 59 años y con más de 60 años. Ha sido detectada una correlación, positiva y estadísticamente significativa ( $P < 0,05$ ) entre el colesterol total y los triacilglicérols, así como, entre el colesterol total y los triglicéridos. Una correlación negativa ( $P > 0,05$ ) ha sido detectada entre la HDL-C y los triacilglicérols en la sangre.

**Palabras llaves:** Colesterol. LDL-C, HDL-C. Triacilglicerol.

## REFERÊNCIAS

CHAMPE, P.C.; HARVEY, A.R. **Bioquímica Ilustrada**, 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

DAMMERSMAN, M.; BRESLOW, J.L. **Genetic basis of lipoprotein disorders circulation**, v. 91, p. 505-512, 1983.

FOSSATI, P.; PRENCIPE, L. **Clinical Chemistry**. v. 28, p. 2077-2080, 1982.

FULLER, M.F.; REEDS, P.J. Nitrogen cycling in the gut. **Annu. Rev. Nutr.** v. 18, p. 385-411, 1998.

HENRY, J.B. **Clinical Chemistry Principles and Technics**, 2nd edition, Harper and Row Publishers, Hagerstown, MD, p.1460, 1974.

KAPLAN, A. et al. **Clinical chemistry: interpretation and techniques**. 4<sup>th</sup> ed.. Philadelphia, 1995.

MORESCO, R.N.; BITENCOURT, R.L.S; GOMES, P. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 33, n. 1, p. 27-30, 2001.

NASCIMENTO, M.P.P. et al. Glicemia em jejum como critério de diagnóstico para Diabetes Mellitus correlacionada com o perfil lipídico. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**.v. 33, n. 3, p. 121-125, 2001.

NAGELE, V. et al. **J. Clin. Chem. Clin. Biochem.** v. 22, p. 165, 1984.

NATIONAL Cholesterol Education Program-ncep. Expert panel on the detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in the adults. **JAMA.** v. 269, p. 3015-3021, 1993.

RANG, H.P.; DALE,M.M.; RITTER, J.M. **Farmacologia**.3. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1997.

SAS INSTITUTE. **Users guide**: Statistics. Versão 6.12. Cary, USA: North Carolina State University, 1997.

SBC – SOCIEDADE BRASILEIRA E CARDIOLOGIA. Departamento de Aterosclerose. Recomendações para o exame do perfil lipídico Dara clínicas e laboratórios. **Atheros.** v. 10, n. 4, p. 109-120, 1999.

SPIEGEL, M.R. **Estatística**. Rio Janeiro: Sedegra Sociedade, 1975.

TIETZ, N.W. **Fundamentals of Clinical Chemistry**. W.B. Saunders Co. Philadelphia, 1976.

WILLIAMS, C.L., STANDEL, G. M. **Goodman & Gilma's**: as bases farmacológicas da terapêutica, 5. ed. México, 1996.

## **ESPAÇO DISCENTE**

## OFIDISMO: CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO ESTADO DA PARAÍBA, DO PERÍODO DE 2003 A 2004

Catarina Figueiredo Pordeus<sup>20</sup>  
Martha Pereira dos Anjos Galvão<sup>21</sup>  
Andréa de Alcântara Correia<sup>22</sup>  
Márcia Regina de Albuquerque<sup>23</sup>  
Uthania de Mello França<sup>24</sup>

### RESUMO

Os acidentes ofídicos constituem um problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento. Este estudo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa teve o objetivo de caracterizar o perfil epidemiológico dos acidentes por ofidismo dos gêneros *Bothrops*, *Crotalus* e *Micrurus* no Estado da Paraíba, no período de janeiro de 2003 a setembro de 2004, registrados pelo Centro de Assistência Toxicológica da Paraíba (CEATOX/PB). Constataram-se 72 ocorrências no período aludido. Foi utilizada a ficha de notificação e atendimento, observando as questões relativas aos acidentes ofídicos causados por serpentes peçonhentas. Os resultados evidenciaram que 75% das vítimas eram constituídas por agricultores do sexo masculino, com faixa etária de 20 a 30 anos; 80% do total das vítimas foram acidentados por serpentes peçonhentas do gênero *Bothrops*, sendo o segmento corpóreo mais atingido, às extremidades dos membros inferiores (nos pés) com um percentual de 46% dos acidentes. Revelou ainda, que todas as vítimas acidentadas por serpentes peçonhentas que procuraram o atendimento no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB), receberam atendimento imediato adequado, com a terapia antiveneno específica, e que 89% das vítimas obtiveram a cura. Uma parte da amostra total correspondente a 11% não continha dados registrados quanto sua evolução clínica, dessa forma, a análise de todos os casos do estudo, após o tratamento com o soro antiofídico, ficou prejudicada. Recomenda-se implantação de programas educativos de prevenção de acidentes ofídicos, voltados para agricultores e comunidades agrícolas, bem como, campanhas para os profissionais de saúde que evidenciem a importância do registro completo dos casos assistidos.

---

<sup>20</sup> Pré-concluinte do Curso de Enfermagem da FACENE.

<sup>21</sup> Pré-concluinte do Curso de Enfermagem da FACENE.

<sup>22</sup> Pré-concluinte do Curso de Enfermagem da FACENE.

<sup>23</sup> Pré-concluinte do Curso de Enfermagem da FACENE.

<sup>24</sup> Professora-Mestra. Orientadora.

**Palavras-chave:** Acidente ofídico. Epidemiologia. CEATOX.

## INTRODUÇÃO

Os ofídios são de extrema importância para o ecossistema, pois fazem parte da cadeia alimentar de predadores, como animais consumidores, outrossim, contribuem para o equilíbrio biológico, visto que, se a população dos mesmos fosse exterminada, por exemplo, haveria uma repercussão no aumento da população dos roedores, concomitantemente, traria conseqüências danosas ao homem.

Dentre as serpentes, existem espécies peçonhentas e não-peçonhentas, porém, apenas as peçonhentas são nocivas ao homem, em virtude de serem providas de presas anteriores que as permitem inocularem seu veneno, fato este que as diferem das não-peçonhentas.

Além do mais, as cobras peçonhentas apresentam características bastante peculiares como fosseta loreal (orifício entre o olho e a narina), cabeça triangular, geralmente de rabo grosso e possuem escamas, além das presas anteriores, enquanto que as não-peçonhentas são desprovidas de fosseta loreal, têm cabeça redonda, geralmente rabo fino, sem pressas anteriores e sem escamas. É importante salientar, que a cobra do gênero *Micrurus ibiboboca* (coral) foge desta regra, por ter a cabeça redonda e ser peçonhenta.

Considerando as serpentes anteriormente aludidas, enfatizaremos as cobras peçonhentas, por serem portadoras do veneno que provocam o ofidismo, cuja inoculação no ser humano provocará sérias conseqüências à saúde, inclusive, causando danos irreversíveis ao organismo, podendo levar ao óbito, caso o atendimento não seja efetuado o mais rápido possível.

Segundo os estudos de Veronesi e Focaccia (2002, p. 1586),

“No Brasil, o Ministério da Saúde tornou obrigatória, a partir de 1986, a notificação dos acidentes ofídicos, tendo sido notificados neste ano, de junho a dezembro, 8.574 casos. Durante 1987, 1988 e 1989 foram notificados, 21.463, 19.815 e 20.947 casos de acidentes ofídicos respectivamente. Em 1990, de janeiro a julho, o Ministério da Saúde recebeu 9.396 notificações de picadas por serpentes”.

Dos inúmeros gêneros de cobras peçonhentas existentes na fauna brasileira, destacaremos: *Crotalus* (cascavel), *Micrurus ibiboboca* (coral), *Bothrops* (jararaca) e *Lachesis* (surucucu), por serem responsáveis pelos maiores índices de acidentes ofídicos, cuja gravidade tornou-se um problema de saúde pública, tanto em função do número como pela frequência das complicações graves que podem acarretar ao indivíduo acometido, tais como distúrbios: hematológicos, neurológicos, hepáticos, bem como insuficiência respiratória e renal aguda.

Com relação ao Estado da Paraíba destaca-se: *Crotalus* (cascavel), *Micrurus ibiboboca* (coral) e *Bothrops* (jararaca) como gêneros nativos. Sabe-se, por informações verbais, que a incidência contempla os quatro gêneros com destaque maior para *Bothrops* (jararaca) e *Crotalus* (cascavel), na idade adulta e jovem em fase produtiva para sociedade.

Diante desse contexto questiona-se: - Que faixa etária é mais acometida? - Que local é mais afetado pela a picada? - Qual região geográfica de onde provêm os casos? - Quantos óbitos ocorridos?

A escolha dessa investigação científica para elucidar os questionamentos ocorreu durante a disciplina Clínica Médica II, onde se desenvolveu conhecimento teórico sobre ofidismo e identificou-se a existência do Centro de Atendimento Toxicológico (CEATOX), localizado no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) que atende entre outros acidentes vítimas de ofidismo.

Em visita realizada ao CEATOX, detectou-se a inexistência do agrupamento de dados, em um único documento, que desenhasse o perfil epidemiológico dos acidentes ofídicos no período de 2003 a 2004.

Diante da necessidade de traçar um perfil epidemiológico dos indivíduos acometidos por ofidismo no Estado naquele período, justifica-se o estudo, visando a um maior direcionamento da assistência à clientela, principalmente no que tange às medidas profiláticas.

Dessa forma, espera-se que esse estudo possa trazer contribuições para o CEATOX, com dados atuais sobre o perfil epidemiológico dos acidentes ofídicos em nível de Paraíba; para o ensino, com dados precisos e compilados no referido período; para a pesquisa como fonte para trabalhos posteriores e extensão com o conhecimento da clientela para ações profiláticas.

## **OBJETIVOS**



## **Objetivo Geral**

- Caracterizar o perfil epidemiológico dos acidentes por ofidismo no Estado da Paraíba no período de 2003 e 2004.

## **Objetivos específicos**

- Detectar o número acidentes ofídicos causados por serpentes peçonhentas dos gêneros *Bothrops*, *Crotalus* e *Micrurus*;
- Evidenciar por região a incidência dos acidentes ofídicos causados por serpentes peçonhentas;
- Efetuar levantamento do gênero que causa maior ocorrência de acidentes ofídicos no Estado da Paraíba;
- Pesquisar o número de óbitos ocorridos na Paraíba em decorrência dos acidentes ofídicos causados por serpentes peçonhentas.

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

O percurso metodológico escolhido para o alcance do objetivo proposto está estruturado numa pesquisa de campo, de natureza exploratória descritiva que, assim como outra desse nível, segundo Gil (1995, p. 45), “[...] são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, do tipo aproximativo, acerca de determinado problema”, além de promover uma descrição das características do fenômeno estudado. Utilizou-se o recurso técnico da abordagem quantitativa que, segundo Richardson (1999, p. 70), “[...] caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informação, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas [...]”.

A pesquisa foi realizada no Centro de Assistência Toxicológica (CEATOX), o qual está situado nas dependências do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB) na cidade de João Pessoa/PB.

O universo da pesquisa configurou-se com 72 ocorrências registradas por ofidismo no CEATOX entre os períodos de janeiro de 2003 a setembro de 2004.

A amostra foi constituída por 72 ocorrências, atendendo o seguinte critério para seleção: a) constar no livro de notificação compulsória entre os períodos

aludidos; b) ser acidente ofídico causado por serpente peçonhenta dos gêneros *Bothrops*, *Crotalus* ou *Micrurus*.

A coleta dos dados ocorreu nas dependências do CEATOX, no período de 30 de agosto a 15 de setembro de 2004, nos turnos matutino e vespertino.

O instrumento utilizado para a coleta de informações foi o levantamento retrospectivo de dados epidemiológicos das ocorrências hospitalares de acidentes causados por serpentes peçonhentas, por meio da Ficha de Notificação Compulsória, onde foram avaliadas nove variáveis dos acidentes ofídicos: sexo, faixa etária, ocupação, procedência, local geográfico, local da picada, espécie da serpente peçonhenta que ocasionou o acidente ofídico, conduta terapêutica e evolução do quadro clínico.

Para que a pesquisa fosse desenvolvida, requereu-se, inicialmente, a autorização por parte do CEATOX, e a seguir a apresentação da proposta de estudo de nosso grupo, estruturada em um anteprojeto ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB), como preconiza a Resolução 196/96, o qual foi aprovado sem ressalvas.

Os dados foram agrupados, analisados e apresentados em forma de quadros e gráficos, contendo números absolutos e percentuais para análise e discussão dos resultados, que foram comparados e em seguida discutidos à luz da literatura pertinente.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

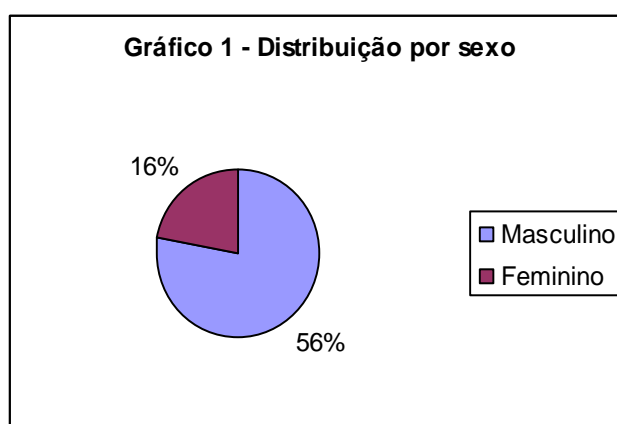
No ano de 2003, foram observados 44 registros de acidentes por serpentes peçonhentas. Em 2004, foram contabilizados, até setembro, 28 registros (Tabela 1). Esses resultados apontam um índice crescente considerando que ainda faltam três meses para o término do referente ano. Porém, os números citados estão subestimados, pois não retratam a realidade, devido à falta de informações precisas da população acerca da potencialidade do veneno inoculado pelas serpentes peçonhentas e a subnotificação dos casos, sendo registrados, na sua maioria, as ocorrências atendidas no HULW/UFPB.

**Tabela 1** – Números de registros dos acidentes ofídicos por serpentes peçonhentas em consonância com o ano.

ANO	ACIDENTES NOTIFICADOS
	44 Casos
2004	28 Casos
	<b>TOTAL 72 Casos</b>

#### **Distribuição da amostra por sexo**

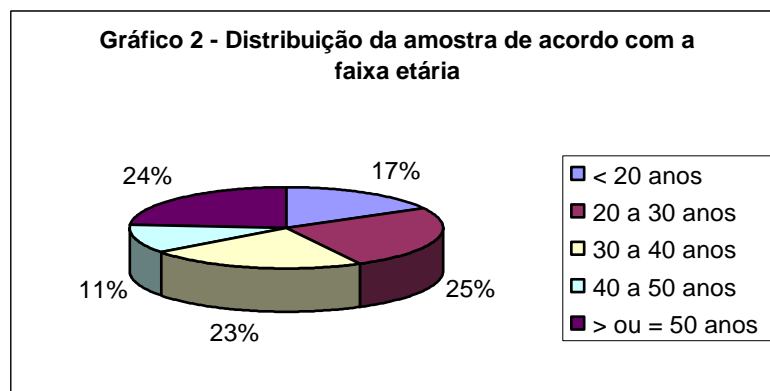
Em relação ao sexo, o gráfico 1 evidencia uma grande incidência de acidentes ofídicos causados por serpentes peçonhentas para o sexo masculino, pois 78% são homens e somente 22% são do sexo feminino. Nossos achados estão em consonância com o encontrado por outros autores (AYRES et al., 2003), em que houve um predomínio do sexo masculino comparado ao sexo feminino. Esse fato pode ser decorrente das atividades agrícolas estarem mais relacionadas aos homens.



## Distribuição da amostra pela faixa etária

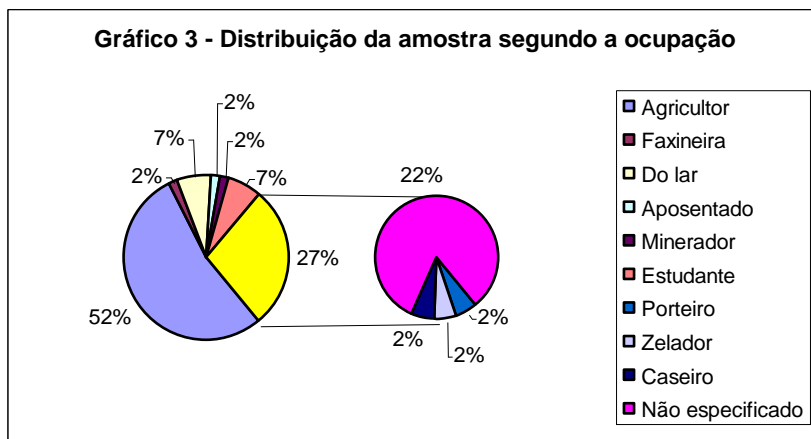
Na distribuição por idade, gráfico 2, observa-se que os acidentes ofídicos causados por serpentes peçonhentas ocorrem nas várias fases da vida dos indivíduos, 17% têm menos de 20 anos, 25% têm idade de 20 a 30 anos, 22% têm idade de 30 a 40 anos, 11% têm idade de 40 a 50 anos, 24% mais de 50 anos e 1% a faixa etária não estava relatada.

Na análise dos acidentes ofídicos pela idade, verificou-se que houve proporcionalmente um número menor de indivíduos na faixa etária dos 40 a 50 anos. A incidência está maior na faixa etária dos 20 a 30 anos, em que podemos justificar esta maior incidência pelo fato de nesta faixa etária encontrarem-se indivíduos produtivos, reforçando a idéia de que os acidentes ofídicos, na sua grande maioria, são um acidente de trabalho, uma vez que sua incidência coincide com o deslocamento do trabalhador rural para suas atividades.



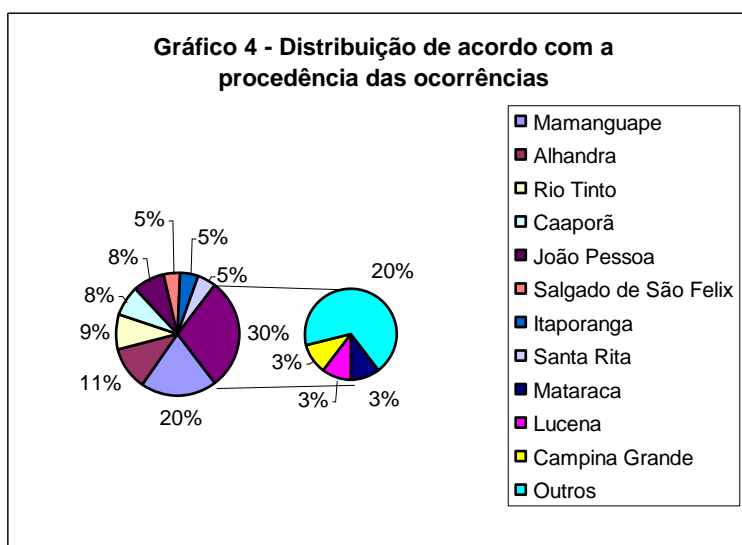
## Distribuição da amostra segundo a sua ocupação

Quanto à ocupação, visível no gráfico 3, percebe-se uma predominância da atividade agrícola, destacando o agricultor com 75% dos casos de acidentes ofídicos causados por serpentes venenosas. A análise ratifica o que já havíamos aludido, que os acidentes ofídicos estão relacionados com os acidentes de trabalho, tornando os agricultores mais susceptíveis nos casos de ofidismo, devido à sua própria atividade na área rural.



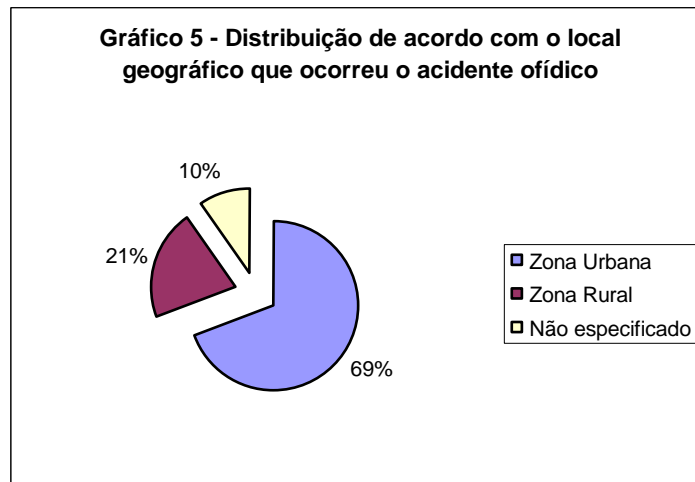
### Distribuição pela procedência da amostra

No que se concerne à procedência, o gráfico 4 apresenta que a maioria das vítimas de acidentes causados por serpentes venenosas são provenientes de regiões litorâneas de clima tropical, envolvendo parte da Grande João Pessoa, o litoral Sul e o litoral Norte.



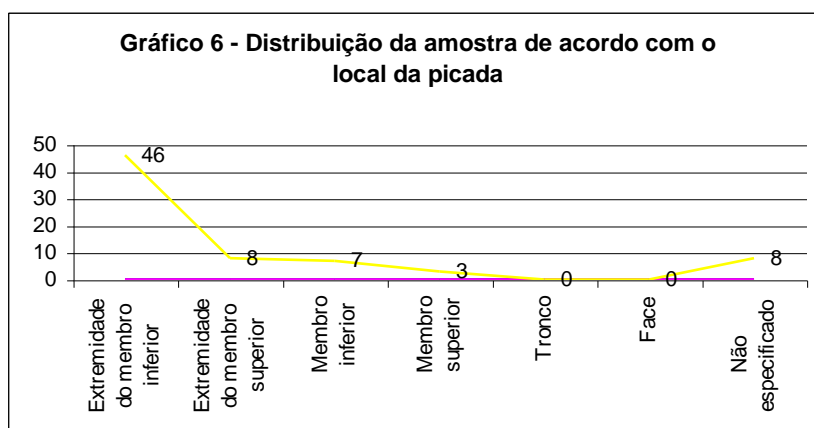
### Distribuição de acordo com a classificação geopolítica

Quanto à classificação geopolítica em que ocorreram os acidentes ofídicos, evidencia-se no gráfico 5, que 69% dos casos foram na zona rural, 21% na zona urbana e 10% não foram especificados.



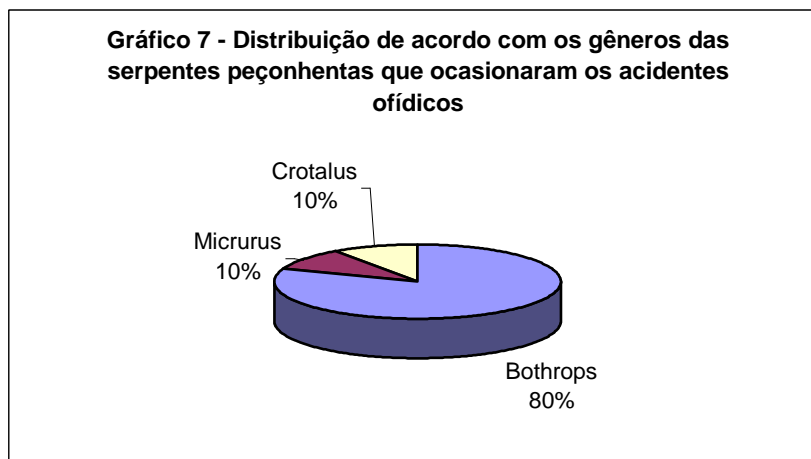
### Distribuição quanto à região do corpo acometida

Quanto à região corpórea acometida, no gráfico 6, evidencia-se que o percentual de 46% dos acidentes foram nas extremidades dos membros inferiores (nos pés), e 7% nos membros superiores. Esse fato deve-se aos hábitos terrestres da maioria das serpentes peçonhentas brasileiras. Encontramos na literatura a estimativa que 75% dos acidentes ocorrem em regiões anatômicas correspondentes à perna e pé. Ainda revelaram-se 8% dos acidentes ofídicos nas extremidades dos membros superiores (nas mãos), e 3% no membro superior, restando 8% que não foram especificados.



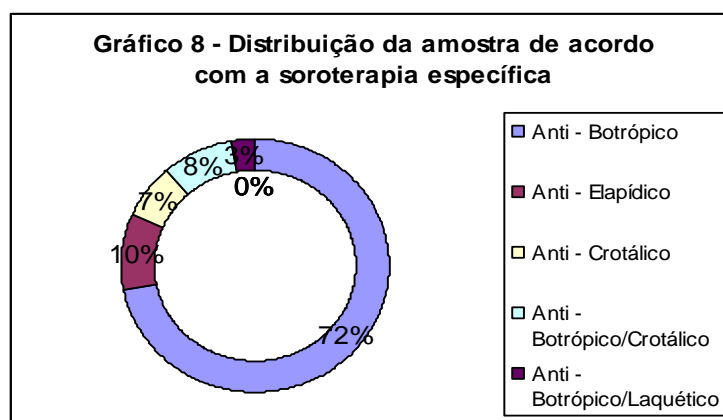
### Distribuição de acordo com os gêneros das serpentes peçonhentas que ocasionaram os acidentes ofídicos

Segundo os gêneros das serpentes peçonhentas, gráfico 7, constata-se uma predominância significativa para o gênero *Bothrops*, 80% da amostra. Vale ressaltar que ambos os gêneros *Crotalus* e *Micrurus* obtiveram 10% do percentual dos acidentes ofídicos.



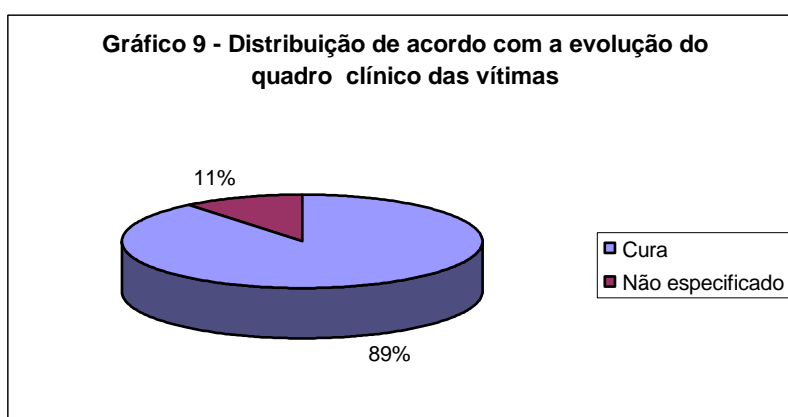
### Conduta Terapêutica Relacionada à Soroterapia Específica

De acordo com o gráfico 8, observa-se que 72% das vítimas acometidas por serpentes do gênero *Bothrops* foram assistidas com a soroterapia anti-botrópico, 10% dos indivíduos acometidos pelo gênero *Micrurus*, tomaram o soro anti-elapídico, 7% dos acidentes por serpentes do gênero *Crotalus* foram medicadas com o soro anti-crotálico e os 11% restantes dos acidentes causados por ofídios peçonhentos que não foram identificados com precisão correspondem a 8% que fizeram uso do soro anti-botrópico/crotálico e 3% refere-se aos que utilizaram soro anti-botrópico/laquélico.



### Evolução do quadro clínico

O gráfico 9 mostra que a maioria das vítimas registradas por acidentes causados por serpentes peçonhentas, e que procuraram o atendimento no HULW, obteve a cura, apresentando um percentual de 89% das ocorrências. No entanto, os 11% restantes “não notificados” representam um problema para análise. As fichas que nos serviram de suporte durante a pesquisa e que quantificaram esses 11% não continham nenhuma informação quanto à situação real do paciente após o tratamento com o soro antiofídico. Nosso problema está em responder às seguintes questões referentes aos pacientes acompanhados: se estes receberam alta por cura, ou se chegaram a óbito, ou se os dados não foram computados devido à falha humana e/ou desorganização do setor. Essas e outras questões merecem ser aprofundada em trabalhos futuros.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos resultados evidenciou-se que a maioria das ocorrências por acidentes ofídicos causados por serpentes peçonhentas registradas no CEATOX, no período delimitado, eram agricultores do sexo masculino na faixa etária de 20 a 30 anos, acidentados na sua grande maioria por serpentes peçonhentas do gênero *Bothrops*, sendo as extremidades dos membros inferiores segmento corpóreo mais atingido.

Outrossim, observou-se que a maioria das vítimas eram provenientes de regiões litorâneas de clima tropical, tais como, Mamanguape e Alhandra, predominando a zona rural o local geográfico do acidente.

Revelou-se, ainda, que todas as vítimas de acidentes ofídicos causados por serpentes peçonhentas que procuraram o atendimento no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB) receberam atendimento imediato adequado, com a terapia antiveneno específico. Onde é prestada assistência hospitalar, frente às possíveis



reações que podem ser desencadeadas pela ação do veneno ou mesmo pela terapia do antiveneno.

Dentre a amostra da investigação epidemiológica, a grande maioria das vítimas obtiveram cura, porém, uma parte da amostra não foram “notificadas”, quanto à evolução clínica, não informando, dessa forma, a situação real de todos os pacientes analisados após o tratamento com o soro antiofídico, prejudicando a análise.

Mediante o exposto, fica claro que para os acidentes ofídicos possam ser evitados, são necessários em pensarmos em estratégias de prevenção, através de programas de esclarecimento junto à população, em especial da zona rural, onde é comum as atividades agrícolas, bem como, o ofidismo, com intuito de fornecer segurança e subsídios para prevenção dos acidentes. Sendo o CEATOX/PB de suma importância na divulgação dos conhecimentos, atividades profiláticas e assistências, interagindo de forma permanente para o bem-estar da população paraibana.

### ABSTRACT

Snake accidents are a public health problem, especially in undeveloped countries. This exploratory-descriptive study, with quantitative approach, aimed to characterize the epidemiologic profile in snake accidents caused by the genders *Bothrops*, *Crotalus* e *Micrucus* in Paraiba, between January 2003 and September 2004, registered by the Center of Toxicological Assistance of Paraiba (CEATOX/PB). There were 72 cases in the mentioned period. It was used the notification and admittance data, observing the points related to snake accidents caused by poison animals of the mentioned species. The results showed that 75% of the victims were male farmers, between 20 and 30 years old; *Bothrops* snakes attacked 80 % of them. The low extremes of the legs (the feet) were the most reached part of the body, in a percentage of 46% of the patients. It still demonstrated that all the snake victims who tried attendance in the University Hospital Lauro Wanderley (HULW/UFPB) were immediately admitted, having being provided the specific anti-poison therapy, and 89% of them were healed. One part of the sample, about 11%, had no data registered about their clinic evaluation, so, the analyses of all the cases, after the ministration of the anti-poison serum, was damaged. It is recommended the implantation of educative programs to prevent snake accidents, especially to farmers and their communities, as well as, campaigns for the health workers specifying the importance of the complete registration of the cases attended.

**Key Words:** Snake accidents. Epidemiology. CEATOX.

### REFERÊNCIAS

CARDOSO, João Luiz Costa et al. **Animais peçonhentos no Brasil:** biologia, clínica e terapêutica dos acidentes. São Paulo: Savier, 2003.

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM ENFERMAGEM. CONEP. **Resolução 196**. Cadernos de Ética em Pesquisa, Brasília, D. F., v. 1, n. 1, p. 35, jul. 1998.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Diagnósticos e Tratamento de Acidentes por Animais Peçonhentos**. Brasília: FNS, 1999.

AYRES, J. A. et al. Acidentes ofídicos, aspectos clínicos, epidemiológicos e assistenciais no atendimento imediato. **Rev. NURSING**. n. 67, dez., 2003. p. 28-33.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

## **TRABALHO ADOLESCENTE DESENVOLVIDO NUMA INSTITUIÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA – PB**

Waléria Bastos de Andrade<sup>25</sup>  
José de Anchieta Fernandes Neto<sup>25</sup>  
Marcos Antonio Alves de Oliveira<sup>25</sup>  
Marta Miriam Lopes Costa<sup>26</sup>

### **RESUMO**

O trabalho infantil está relacionado com a baixa renda familiar dos pais que não possuem condições de sustentar seus filhos, ou por famílias desestruturadas com pais separados, alcoólatras ou viciados em drogas. Os casos mais graves são aqueles em que os menores são obrigados a trabalharem o dia inteiro não dispondo de tempo para as atividades de lazer e freqüentar a escola, prejudicando assim sua formação educacional. Dessa forma, o objetivo dessa pesquisa foi identificar os tipos de trabalhos desenvolvidos pelos adolescentes participantes do referido estudo e averiguar as dificuldades encontradas por eles no desempenho desses trabalhos. Partindo assim, de uma coleta de dados realizada em uma instituição não-governamental, com uma amostra constituída de 18 adolescentes que nela trabalhavam. Sendo então utilizado um estudo exploratório cujo método era o quantitativo. Os resultados demonstraram que os menores assumem grandes responsabilidades com o trabalho, o qual poderá acarretar prejuízos em seus aspectos psicológicos, apresentando possivelmente comportamentos agressivos, sentimentos de revolta da família, sendo muitas vezes conduzidos ao roubo, ao tráfico e/ou uso de drogas, à prostituição, ao crime e a outras situações violentas no cotidiano.

**Palavras chaves:** Adolescente. Trabalho. Clube do Menor Trabalhador.

---

<sup>25</sup> Discentes do Curso de Enfermagem da FACENE.

<sup>26</sup> Professora Dr<sup>a</sup> da Universidade Federal da Paraíba. Diretora do Centro de Estudos e Pesquisas da ABEN-PB.

## INTRODUÇÃO

O trabalho infantil está relacionado com a baixa renda familiar dos pais que não possuem condições de sustentar seus filhos ou por famílias desestruturadas com pais separados, alcoólatras ou viciados em drogas. Os casos mais graves são aqueles em que os menores são obrigados a trabalharem o dia inteiro, não sobrando tempo para as atividades de lazer e freqüentar a escola, prejudicando assim sua formação educacional. Esses menores passam a assumir responsabilidades e isso de certa forma atinge o seu psicológico, podendo apresentar comportamentos agressivos, devido à revolta da família, sendo muitas vezes conduzidos ao roubo, ao tráfico e/ou uso de drogas, à prostituição, ao crime e a outras situações violentas no cotidiano.

Um estudo do IBGE revela que 5,1 milhão de crianças e adolescentes - entre cinco e 17 anos - trabalham no nosso país. Segundo a mesma pesquisa, o índice de escolarização das crianças e jovens, entre cinco e 17 anos de idade, que não trabalham é de 92,1%. Já o índice de crianças trabalhadoras que estão na escola é de apenas 81%, cerca de 11 pontos percentuais menor (IBGE: cinco milhões de crianças e adolescentes trabalham no Brasil).

Segundo Minayo (2000), esses menores podem ser classificados, em quatro grupos: O primeiro grupo é constituído de meninos trabalhadores em contato permanente com a família. Este é formado por crianças provenientes de famílias pobres cujos pais estão desempregados ou subempregados e possui um grande número de filhos. Essas crianças ajudam de forma significativa para o sustento da família. Elas moram com a família e vão às ruas, diariamente, como vendedores ambulantes, limpadores de pára-brisas, e guardadores de automóveis, carregadores em feiras livres ou pedintes na porta das igrejas e outros lugares estratégicos. Esses são os verdadeiros meninos trabalhadores na rua. Já o segundo grupo é formado de meninos trabalhadores de rua com contatos ocasionais com a família. O terceiro grupo é constituído de meninos trabalhadores evadidos de casa, com perda das referências familiares. Esses pertencem a famílias das quais houve separação dos pais; eles sofrem de severa patologia, com psicoses, alcoolismos, retardamento mental, prostituição e criminalidade. Os responsáveis por essas crianças e adolescentes agem com tamanha

violência, que eles acabam por fugir de casa para escapar aos maus tratos. O quarto é formado por meninos infratores afastados da família e sem referências familiares, é constituída pelos meninos que passam todo o tempo nas ruas, ou mesmo residem nelas, e praticam atos considerados delinquentes. Geralmente estão desvinculados da família de origem, mas encontram-se eventualmente acompanhados de “protegidos” ou seja, adultos que os exploram ou então por algum delinquente que os iniciam na vida do crime.

Nesse estudo, será enfatizado o primeiro grupo de meninos trabalhadores inseridos no Clube do Menor Trabalhador. O nosso interesse por esses adolescentes surgiu a partir de visitas à Instituição com a finalidade de conhecer o trabalho desenvolvido pelos os mesmos. No decorrer dessas visitas, foi verificado que esses adolescentes exerciam atividades trabalhistas com o objetivo de complementar a renda familiar. Daí, surgiu o interesse de pesquisar sobre o trabalho infantil e do adolescente.

Diante do exposto, o objetivo desse estudo foi identificar os tipos de trabalhos desenvolvidos pelos adolescentes participantes do estudo e averiguar as dificuldades encontradas por eles no desempenho desses trabalhos.

## **O TRABALHO ADOLESCENTE NO BRASIL**

O trabalho adolescente no nosso país é realizado freqüentemente por menores de dezoito anos que estejam necessitando de aumentar a renda familiar.

Estima-se que existem milhões de menores trabalhadores desprovidos, em sua maioria, do acesso à escola, ao lazer, ao direito de viver sua adolescência com dignidade.

Segundo dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), dentre os adolescentes que desenvolvem algum tipo de trabalho, a maioria pertence a famílias carentes que ganham pouco e necessitam que seus filhos trabalhem para ajudar a sustentar os seus lares.

Sabe-se que é dever governamental evitar o trabalho infantil, mas infelizmente alguns projetos não saem do papel, surgindo assim organizações não-governamentais, compostas por uma rede de educadores e colaboradores que assistem essas crianças e adolescentes das camadas populares na luta da defesa de seus direitos.

As principais causas que levam o adolescente ao trabalho são a pobreza, a desigualdade de classe, o desemprego, a exclusão social existentes no nosso país. O desemprego e o subemprego levam à falta de condições dos genitores em sustentarem os seus filhos, sendo estes obrigados a trabalharem e conseqüentemente abandonar a escola.

De acordo com Prado e Gomes (2000 p.105), os conflitos familiares também são responsáveis pela ida para a rua, principalmente nos casos das crianças que se encontram em processo de rompimento com o núcleo familiar.

A Constituição Federal art. 227 define que: “é dever da família, da sociedade e do estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, educação, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, pois toda criança no momento em que nasce, torna-se cidadão, não podendo sofrer distinção ou discriminação por motivo de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza ou qualquer outra condição”.

Cabe ao estado e a sociedade civil como um todo assegurar o cumprimento desse preceito legal, através de mecanismos, tais como Conselhos de Defesa e Conselhos Tutelares que visa a promoção e à execução de políticas integrais relativas a crianças e adolescente, no âmbito municipal, estadual e nacional (CRUZ NETO et al., 2000, p. 121).

Muitos dos meninos trabalhadores de rua acabam potencializando a agressividade natural do ser humano, conseqüentemente ocorre o impedimento da interiorização de valores importantes para o indivíduo e para a vida em comunidade. Conviver na rua acarreta a incorporação de valores, como: a violência, o desrespeito à lei, o uso de drogas, a prostituição, os furtos. Passando a serem vistos como marginais, sendo excluídos da sociedade (JORNAL O NORTE, 2003).

Diante dessa problemática têm sido criados varias instituições não-governamentais - Clube do Menor Trabalhador (PB), Recanto da Meninada (PB), Morada do Betinho (PB), Filhos da Mãe Maria (PB), Projeto Axé (BA)-, que buscam contribuir para a efetiva aplicação do estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), objetivando assim um programa educativo e integração dos menores à sociedade que os marginalizou.

O Instituto Clube do Menor Trabalhador criado em março de 1957, por uma assistente social preocupada com o estado de abandono moral e material, em que vivem os menores; desenvolveu um projeto o qual procurava resgatar a cidadania do menor trabalhador, incentivando-os na educação e na vida profissional, dando aulas de empalhamentos em (verniz, pátina, pinturas e azulejos), marcenaria (fabricação e consertos de moveis), fabricação de diversos brinquedos, aulas de música e ainda ensina a prática da democracia através de uma eleição que ocorre entre eles para escolher o presidente do grupo mostrando a verdadeira importância do voto.

## **METODOLOGIA**

### **Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo exploratório cujo método escolhido é o quantitativo. De acordo com Prestes (2003), o estudo exploratório tem como objetivo proporcionar maiores informações sobre o assunto que vai ser investigado. E o método quantitativo, segundo Richardson (1999, p.70), caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas mobilidades de coletas de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio padrão, as mais complexas, como coeficiente da correlação e análise de regressão.

### **Local da Pesquisa**

O estudo será realizado no Clube do Menor Trabalhador no município de João Pessoa-PB. Nesse local, os adolescentes participam de um trabalho sócio-econômico, desempenhando atividades como empalhamento de móveis, pintura e fabricação de brinquedos.

### **População e Amostra**

A população foi constituída de adolescentes que trabalhavam no clube do Menor Trabalhador.

A amostra constitui-se de 18 adolescentes. Os critérios para seleção da amostra foram os seguintes:

- Encontrar-se na faixa etária de doze a dezoito anos;
- Estar presente no Clube no período da coleta;
- Concordar em participar do estudo.

### **Instrumento**

O instrumento utilizado na pesquisa foi um formulário contendo questões abertas e fechadas.

### **Coleta de Dados**

Inicialmente, foi solicitada a permissão da coordenadora do Clube para desenvolvimento do estudo. Vale ressaltar que, nessa ocasião, foram informado o objetivo do estudo, a metodologia e o cronograma, como também a garantia do anonimato dos participantes. Após a permissão obtida pela diretora da Instituição, foram agendados dia e horário para o desenvolvimento da pesquisa. A coleta de dados foi realizada nos meses de março e abril de 2004.

### **Análise dos Dados**

Os dados coletados foram tabulados manualmente e apresentados em tabelas e gráficos contendo números absolutos e percentuais.

## **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS**

Durante as visitas no Clube do Menor Trabalhador, foram feitas palestras sobre doenças sexualmente transmissíveis e aplicado o questionário com a finalidade de traçar um perfil sócio-demográfico e realizar um levantamento sobre o trabalho dos adolescentes.

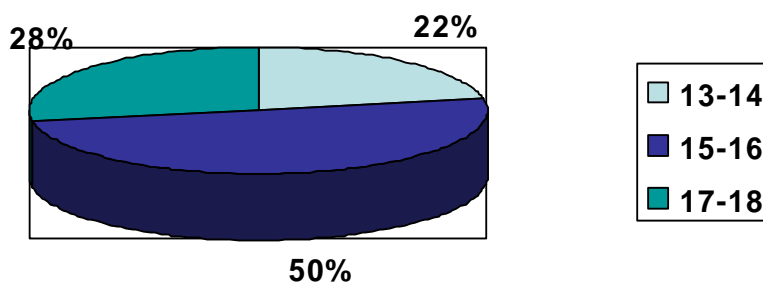
Os dados coletados foram apresentados em gráficos contendo números absolutos e percentuais e em seguida foram analisados.

## 1 Dados sócios-demográficos

Os gráficos abaixo se referem à faixa etária, grau de escolaridade e renda mensal da família dos adolescentes.

**FIGURA 1:**

### **Distribuição dos adolescentes segundo faixa etária - João Pessoa 2004.**

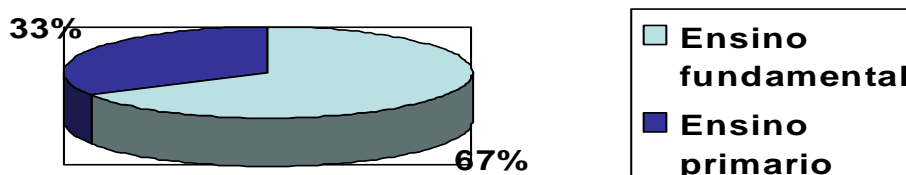


A figura 1 apresenta a distribuição dos adolescentes segundo a faixa etária, em que 50% possui idade entre 13-14 anos, 28% entre 15-16 anos e 22% apresentam entre 17-18 anos.



**FIGURA 2:**

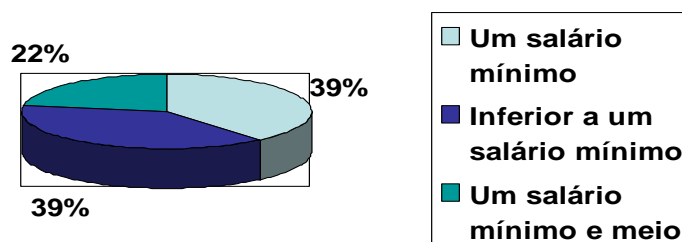
**Distribuição dos adolescentes  
segundo escolaridade - João Pessoa  
2004.**



Conforme se pode observar na figura 2, no que se refere à escolaridade, 67% dos adolescentes cursaram até a 4<sup>o</sup> série, e 33% cursavam até a 8<sup>o</sup> série do ensino fundamental.

**FIGURA 3:**

**Distribuição dos adolescentes  
segundo renda mensal da família -  
João Pessoa 2004.**



A figura 3 mostra a distribuição dos adolescentes segundo renda familiar, observando-se que 39% possuem renda igual ou inferior a um salário mínimo, e 22% apresentam renda de um salário mínimo e meio.

Em relação à moradia desses adolescentes participantes do estudo, verifica-se que a maioria morava com seus familiares. No que se refere ao número de

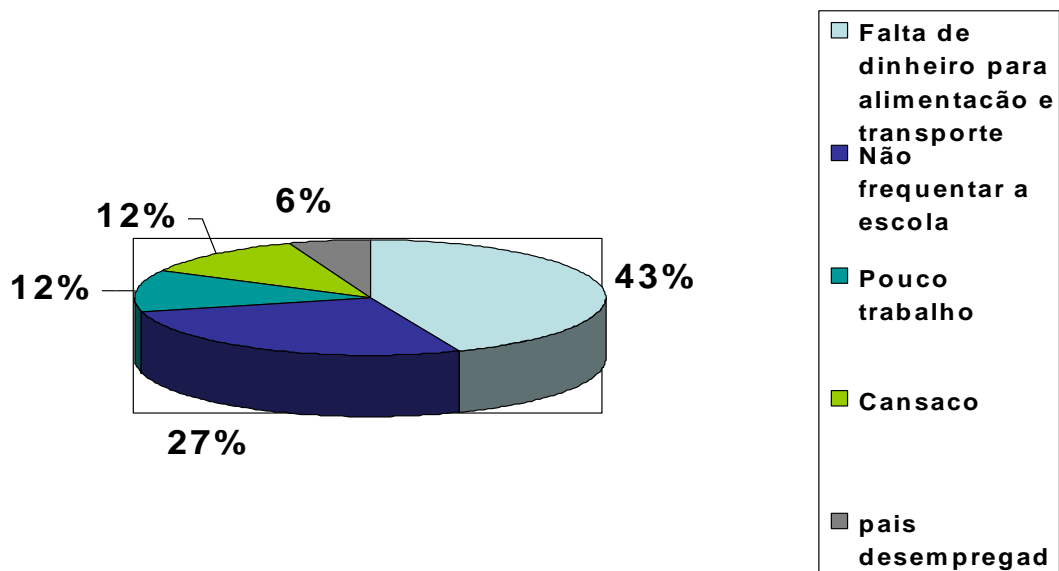
pessoas que residem na casa, observa-se que 83,3% referiram 4 a 6 pessoas. A maioria das residências possuía banheiro (94,4%), água encanada (88,9%) e esgoto a céu aberto (72,2 %).

## 2 Dados referentes ao trabalho adolescente

Os gráficos abaixo se referem às dificuldades encontradas no cotidiano, quais os motivos que desencadearam a busca de trabalho, quais os tipos de trabalhos desenvolvidos pelos adolescentes e a idade na qual começaram a trabalhar.

**FIGURA 1:**

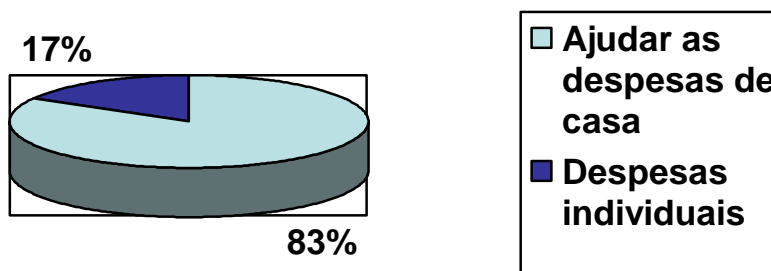
### **Distribuição dos adolescentes segundo as dificuldades encontradas no seu cotidiano - João Pessoa 2004.**



A figura 1 evidencia a distribuição dos adolescentes segundo as dificuldades encontradas no cotidiano. Verifica-se que 43% referiram a falta de dinheiro para alimentação e transporte; 27% ressaltou não freqüentar à escola; 12%, o cansaço e pouco trabalho ( pois gostavam de trabalhar) e 6%, pais desempregados.

## FIGURA 2:

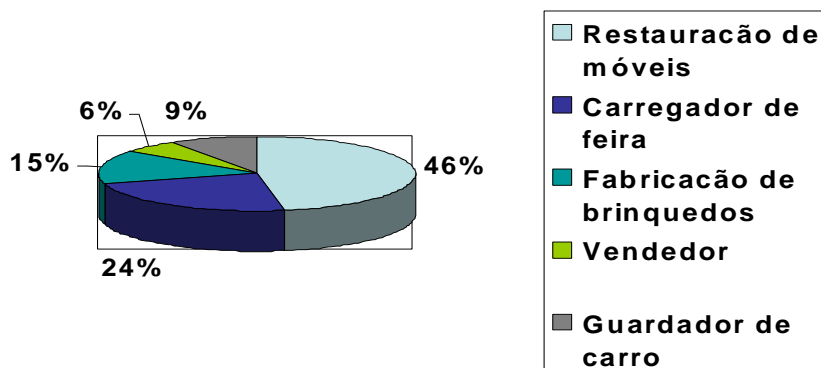
### Distribuição dos adolescentes segundo os motivos que levam a busca de trabalho fora de casa.



A figura 2 apresenta a distribuição dos adolescentes segundo os motivos referidos para busca de trabalho; evidencia-se que 83% afirmaram que trabalhavam fora de casa para ajudar nas despesas de casa, seguido de 17%, para auxiliar nas despesas individuais.

## FIGURA 3:

**Distribuição dos tipos de trabalho  
desenvolvidos pelos adolescentes -  
João pessoa - 2004.**



A figura 3 evidencia a distribuição dos tipos de trabalhos desenvolvidos pelos adolescentes, mostrando que 46% relatam restauração de móveis, 24%, carregador de feira, 15%, fabricação de brinquedos, 9%, guardador de carro e 6%, vendedor ambulante.

Em relação à idade que os adolescentes participantes do estudo iniciaram o trabalho fora de casa, verificou-se que a maioria 55,6% foi com a idade entre 10 e 12 anos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo evidenciou que os adolescentes possuíam baixa escolaridade, já que o maior percentual da população amostral encontrava – se cursando o ensino fundamental maior (5ª a 8ª série).

A maioria dos adolescentes possuía a renda mensal familiar entre um salário e menos de um salário mínimo. Os motivos referidos pelos adolescentes para procurarem trabalhos fora de casa foram: falta de dinheiro para alimentação e transporte e não poder freqüentar a escola. Os trabalhos desenvolvidos pelos participantes do estudo foram restauração de moveis, carregador de feira, fabricação de brinquedos, vendedor e guardador de carro.

Os resultados encontrados nesta pesquisa demonstraram que os trabalhos desenvolvidos por esses adolescentes acarretam dificuldades no cotidiano deles pois

interfere na frequência à escola, prejudicando assim, o aprendizado dos participantes, e até mesmo no tempo disponível para as atividades de lazer.

### ABSTRACT

The infantile work is connected with the familiar down salaries that have no condition to maintain their children or for families without structure, with divorced parents, alcoholics or drugs vitiated. The seriously cases are those that the youngest are obligated to work all day, having no time to leisure activities or going to school, injuring their education. At this way, the objective of this research was identify kinds of work developed to the teenagers sharing this studying and investigates the find difficulties for them in their works performances. We collected data in an institution non-governmental that has 18 teenagers working there. Were used quantitative methods to explore this studying. The result shows us that the teenagers assume larges responsibilities to the work that can cause a lot of prejudices in their psychologists' aspects, showing probably aggressive conduct, feelings of revolt with their families been conduct to robbery drugs traffic and/or use, prostitution, crimes and another violent situation in their daily.

**Key Words:** Teenage. Work. Infantile. Work club.

### REFERÊNCIAS

COSTA, Solange Fátima Geraldo da et al. **Metodologia da pesquisa:** coletânea de termos. João pessoa: Idéia, 2000. 105p.

CRUZ NETO, Otávio et al. Entre o Determinismo e a Supervisão: algumas considerações. In: MINAYO, Maria Cecília de. **O limite da exclusão social:** meninos e meninas de rua no Brasil. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 2000.

EVERALDO. Ricardo. A rua das crianças sem lar. **Jornal o Norte**, João Pessoa, 12 out. 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cinco milhões de crianças e adolescentes trabalham no Brasil.** Disponível em: <<http://www.radiobras.gov.br/>>. Acesso em: 22 abr. 2005.

MINAYO, Maria Cecília de. **O limite da exclusão social:** meninos e meninas de rua no Brasil. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 2000.

PRADO, Adonia Antunes; GOMES, Romeu. A rua: institucionalização da exclusão social. In: MINAYO, Maria Cecília de. **O limite da exclusão social:** meninos e meninas de rua no Brasil. Local: Hucitec; Abrasco, ano. Pág.

TRABALHO infantil no Brasil. Disponível em: <<http://www.brazilnetwork.org/child.htm>>. Acesso em: 29 de out. 2003.

## **PÉS DIABÉTICOS: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS PREVENTIVAS NOS PACIENTES DE UNIDADES HOSPITALARES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA**

Brígida Karla Fonseca Anízio<sup>27</sup>  
Giulliana de Souza Rodrigues<sup>27</sup>  
Mikaela Dantas Dias Madruga<sup>27</sup>  
Martha Mirian Lopes<sup>28</sup>

### **RESUMO**

O Diabetes Mellitus é um grupo de distúrbios metabólicos que apresentam níveis elevados de glicose sanguínea resultante de defeitos na secreção de insulina. As úlceras nos pés e amputação nos membros inferiores são os principais responsáveis pela morbidade e gastos relacionados às complicações do diabetes. Diante desta problemática, os objetivos deste trabalho foi averiguar o conhecimento dos diabéticos de hospitais públicos sobre os cuidados a serem observados com os pés e identificar as práticas desenvolvidas por eles no cuidado com os pés. Trata-se de um estudo do tipo exploratório, cujo método escolhido foi o quantitativo. A população e amostra foram 15 pacientes diabéticos. A coleta de dados foi realizada nos meses de abril a maio de 2004 pelas pesquisadoras através de um questionário. Os resultados demonstram: quanto à avaliação social, a maioria era da faixa etária de 50 a 60; 61% eram do sexo feminino; 44,5% eram analfabetos; 39% possuíam o 1º grau incompleto e 67% recebiam 1 a 4 salários mínimos. Na avaliação das condições de saúde, 45% referiram fazer avaliação mensal e 11% trimestral. O tipo de tratamento utilizando hipoglicemiantes orais com 45%; insulino terapia 29%; 72% usavam sapato aberto; 17%, sapato fechado. Quanto à presença de deformidades 94, 95% não possui nenhum tipo. A presença de ferimentos nos pés dos diabéticos foi de 67%; o conhecimento das complicações do diabetes foi 61%, enquanto que 39% não possuíam esse tipo de informação. Em relação ao exame dos pés antes de dormir, 61% informaram que praticam esse tipo de cuidado.

---

<sup>27</sup> Concluintes do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE).

<sup>28</sup> Professora Dr<sup>a</sup> da Universidade Federal da Paraíba. Diretora do Centro de Estudos e Pesquisas da ABEN-PB.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus. Pés diabéticos.

## **INTRODUÇÃO**

Diabetes Mellitus é um distúrbio crônico, de etiologia múltipla, caracterizado pelo comprometimento do metabolismo da glicose, identificado por hiperglicemia, glicosúria, cetoacidose, e aumento do catabolismo protéico e outras substâncias produtoras de energia, bem como pelo desenvolvimento tardio de complicações vasculares e neuropatias (SHERWIN, 2001).

O Diabetes Mellitus afeta cerca de 15 milhões de pessoas das quais 5 milhões não têm diagnósticos. Nos EUA, cerca de 650.000 novos casos de diabetes são diagnosticados por ano. É particularmente prevalente no idoso, com até 50% das pessoas com mais de 65 anos sofrendo algum grau de intolerância à glicose. Islâmicos, Afro-americanos e alguns índios apresentam uma taxa mais elevada de diabetes em adultos de 20 a 50 % (SMELTZER; BARE, 2002).

A polineuropatia diabética ocorre em 50% dos pacientes com 25 anos de duração de diabetes, e em 80% dos pacientes diabéticos a polineuropatia diabética é o fator causal de úlcera nos pés. Os problemas dos pés são responsáveis por 20% das internações de diabéticos. Pessoas diabéticas comparadas às não-diabéticas têm um risco de amputação em membros inferiores estimado em 10,3 vezes maior para os homens e 13,8 para as mulheres (LOIOLA; SCHMID, 2002).

O diabetes é classificada como Diabetes Mellitus Insulino-dependente (DNID, tipo 1), que se caracteriza por pouca ou nenhuma insulina endógena em que o organismo necessita de injeções de insulina para controlar o diabetes e prevenir a cetoacidose; é uma doença auto-imune e apresenta sintomas clássicos de polidipsia, polifagia, poliúria e perda de peso; e sua incidência é maior em pacientes com menos de 30 anos, mas pode ocorrer em idosos ( NETTINA, 1998).

Conforme o mesmo autor, outro tipo de diabetes é o Não-Insulino-Dependente (DMNID, tipo 2), que é causada por uma falha na fabricação de insulina e na liberação dessa pela célula beta ou por resistência à insulina nos tecidos periféricos. É um forte componente hereditário, geralmente associado à obesidade. Sua apresentação é geralmente de característica lenta e com frequência insidiosa, mostrando sintomas de

fadiga, ganho de peso, má cicatrização de feridas e infecções recidivantes, sendo observado principalmente em adultos com mais de 30 anos de idade.

Úlceras nos pés, amputações nos membros inferiores são os principais responsáveis pela morbidade e gastos relacionados às complicações dos diabetes. Os problemas dos pés determinam maior ocupação de leitos hospitalares do que todas as outras complicações relacionadas aos diabetes em conjunto. As complicações do pé da pessoa diabética geram um custo social muito elevado (LOIOLA; SCHMID, 2002).

Como estagiárias de enfermagem, desenvolvendo um estágio prático da disciplina de clínica médica, tivemos a oportunidade de observar um grande número de pacientes diabéticos com complicações de úlceras de pés e amputações de membros. Daí surgiu a necessidade de pesquisar mais sobre a doença, como também o conhecimento que os diabéticos tinham a respeito das complicações causadas pela doença nos pés.

### **Objetivos**

- ⇒ Averiguar o conhecimento dos diabéticos de hospitais públicos sobre os cuidados a serem observados com os seus pés;
- ⇒ Identificar as práticas desenvolvidas por eles no cuidado com os pés.

### **ASPECTOS GERAIS DA DOENÇA**

O Diabetes Mellitus é uma doença metabólica caracterizada pela elevação da taxa de glicose no sangue resultante de defeitos na secreção ou ação insulínica ou ambas. A insulina é um hormônio liberado pelo pâncreas, responsável pela manutenção apropriada dos níveis de açúcar no sangue. É uma doença crônica e é um dos mais importantes problemas de saúde na atualidade, tanto pelo número de pessoas que são afetadas pelas incapacitações como também pelos anos de vida útil perdidos. (BURIHAN, 2004).

Embora o diabetes seja de origem endócrina, suas principais manifestações clínicas são metabólicas e após um certo período de tempo é acompanhado por comprometimento circulatório. Seus sinais e sintomas são: poliúria e nictúria, ou seja, o paciente urina mais e, na maioria das vezes, à noite, polidipsia que é sede incontrolável decorrente da boca seca, o aumento de peso que denomina-se



polifagia, o emagrecimento rápido, fraqueza. Pode-se observar também uma diminuição das forças musculares, a astenia, letargia, sonolência, apatia, redução rápida da acuidade visual, hiperglicemia que é taxa de açúcar no sangue acima de 125mg/dl e glicosúria, quando há presença de açúcar na urina (BURIHAN, 2004).

Segundo Sherwin; Bennett (2001), o diabetes é classificado em quatro subclasses gerais, tais como: Diabetes Mellitus Tipo 1 (causado pela destruição das células beta do pâncreas e caracterizado pela deficiência absoluta de insulina), Diabetes Mellitus Tipo 2 (caracteriza-se pela resistência à insulina e deficiência relativa de insulina), outros tipos específicos de diabetes (associado a várias condições clínicas ou síndromes identificáveis) e Diabetes Gestacional.

A doença vascular periférica confirma que todas as formas da doença vascular isquêmica ocorrem mais comumente na população diabética. A isquemia periférica tende também a ocorrer em idade mais precoce em pacientes diabéticos. Os estudos confirmam que o hábito de fumar e a DVP (doença vascular periférica) estão significativamente associados com o desenvolvimento de úlceras do pé. Relatórios similares confirmam que a DVP é um fator principal na patogênese da ulceração do pé e da amputação subsequente. Na patogênese da ulceração, a DVP isoladamente não é causa direta da ulceração. Assim, como será discutido em relação a neuropatia, é a combinação de fatores de risco com traumas menores que conduz invariavelmente à ulceração (LOIOLA; SCHMID, 2002)

As neuropatias diabéticas são grupos heterogêneos de circunstâncias que podem ser subdivididos em bases clínicas como: Polineuropatias: sensitiva aguda, sensitiva motora crônica e autonômica; Motora proximal (amiotrofia): truncal e mononeuropatia: periférica isolada; cranial, mononeuropatia multiplex e truncal (LOIOLA; SCHMID, 2002).

Neuropatia diabética é uma doença nos nervos causada pelo diabetes. Os sintomas da neuropatia incluem adormecimento e, às vezes, dor nas mãos, pés, ou pernas. Os danos nos nervos causados pela doença também podem conduzir a problemas com órgãos internos, tais como o trato digestivo, coração, órgãos sexuais, causando indigestão, diarreia ou constipação, vertigem, infecções na bexiga e impotência (FRANCO, 2002).

As neuropatias sensitivas são as formas mais comuns de neuropatias diabéticas e são frequentes nos principais tipos de diabetes. A neuropatia sensitiva pode ser dividida em dois subgrupos: sensitivomotora crônica, em que esta é a mais frequente

e a neuropatia aguda sensitiva que pode ocorrer após a descompensação metabólica aguda ou outro evento estressante. Os pacientes apresentam um início relativamente agudo de sintomas neuropáticos graves, como parestesias, dor em queimação e hiperestesia, todas comumente exacerbadas à noite (LOIOLA; SCHMID, 2002).

A etiologia das úlceras plantares em diabéticos com pés insensíveis é multifatorial, reunindo causas fisiológicas, biomecânicas e comportamentais ao que chamamos de fatores de risco. Os fatores de risco aumentam a susceptibilidade do paciente para a lesão. O processo pelo qual o fator de risco leva a injúria é chamado de mecanismo de lesão. O mecanismo de lesão mais importante no pé diabético é físico, pois está relacionado à área, à magnitude, à duração e à direção de forças recebidas. Essas quatro variações interagem para produzir uma sobrecarga mecânica no pé. A magnitude das forças aplicadas no pé durante a marcha se modifica conforme a área que recebe o peso corporal. As alterações estruturais do pé, relacionadas aos desequilíbrios musculares secundários à neuropatia, aumentam o risco de ulceração por também modificarem as pressões plantares ou por comprometerem a biomecânica do pé. Dedos em garra, proeminência das cabeças dos ossos metatarsianos, retropé varo ou deformidade em equino dos tornozelos são frequentemente mencionados como achados típicos nos pés de diabéticos (LOIOLA; SCHMID, 2002).

O pé diabético é um termo muito utilizado na prática médica diária e traduz sucintamente alterações que ocorrem nos pés decorrentes de complicações do diabetes mellitus (BURIHAN, 2004).

Conforme Loiola; Schmid (2002), os elementos que conceituam o pé diabético são: ter noção do estágio do envolvimento clínico decorrente do diabetes, ter definição do comprometimento ao nível dos pés tanto vascular quanto neurológico, examinar a pele plantar, avaliar deformidades (pé e tornozelo), pesquisar e identificar os fatores de sobrecarga localizada e avaliar a função da marcha. Absolutamente indispensável antes de se programar qualquer plano de conduta para pessoas com pé diabético, avaliando sempre os calçados.

O tratamento das lesões nos pés dos diabéticos é realizado através da utilização de substâncias que atuam de formas diversas em diferentes tipos de lesões. Identificado o tipo de lesão, é decidido o tipo de curativo conforme a necessidade. As soluções mais utilizadas são o soro fisiológico a 0,9%, o ringer com lactato e os ácidos essenciais. As tinturas (iodo, mercúrio cromo, tiomersal, violeta de genciana) não

devem ser utilizadas, pois prejudica o exame clínico e o processo de cicatrização da ferida (CABRAL; SANTOS, 2003).

De acordo com Cabral; Santos (2003), lesão infecciosa pura é a lesão mais comum, e deve ser tratada através de limpeza, drenagem ou retirada de material necrótico. Só depois de limpa e livre de umidade e tecidos necróticos, aplicam-se remédios. Antes de qualquer atitude, deve-se ser limpa bem a região afetada com solução degermante. Em seguida, retira-se o tecido morto e secreções, com o cuidado devido à dor intensa da inflamação que pode prejudicar a manipulação. Se as lesões produzem exsudatos, a drenagem é necessária e demanda o uso de curativos oclusivos, bandagens e até o uso de botas de gesso. Os curativos devem ser trocados diariamente, sempre que necessário, caso haja drenagem suficiente para tal. Debridamentos intensos devem ser feitos em ambiente apropriado e por um cirurgião.

O plano educativo de cuidados higiênicos com o corpo inclui desde os atos higiênicos cotidianos, lavar as mãos antes e depois da realização da glicemia, glicosúria e insulinas e ainda os cuidados com os pés. Para prevenção podemos citar: lavar os pés diariamente, secá-los bem, principalmente entre os dedos, examinar diariamente se existem cortes ou ferimentos, usando um espelho para visualizar melhor a região plantar, cortar as unhas em linha reta, lixá-las, eliminando pontas agudas, cuidando para não se ferir ou cortá-las, recorrer à enfermeira em caso de unhas difíceis e encravadas. Aplicar cremes e loções hidratantes se a pele for muito ressecada, utilizando sempre sapatos e meias confortáveis que não apertem ou machuquem os pés dificultando assim circulação. Evitar andar descalço, uso do cigarro para que assim diminua os riscos de acidentes (CABRAL; SANTOS, 2003).

## **CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

Trata-se de um estudo do tipo exploratório, cujo método escolhido foi o quantitativo.

De acordo com pensamento de Gil, (2002), “As pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo explícito ou construir hipóteses”.

Segundo Richardson, (1999), “O método quantitativo caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas”.

Os locais escolhidos para a pesquisa foram duas unidades hospitalares de saúde do município de João Pessoa. A população e amostra foi de 15 pacientes internos com diagnóstico de Diabetes Mellitus que aceitaram participar do estudo. Os critérios para seleção da amostra constaram dos seguintes itens: ser diabético, estar presente no momento da coleta de dados, e concordar em participar de pesquisa.

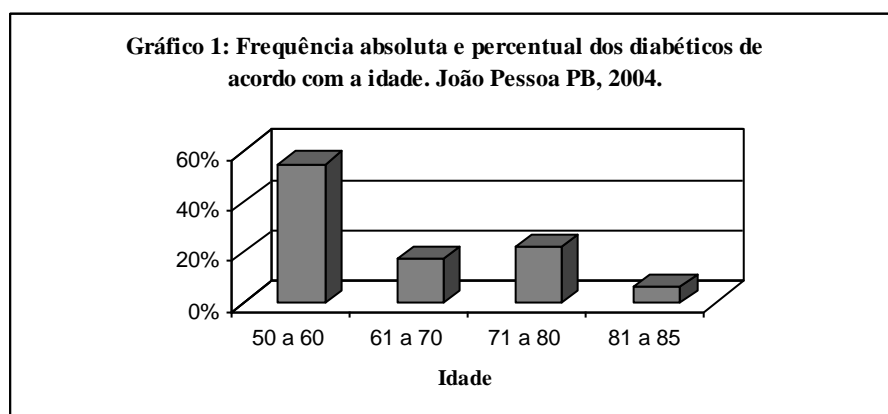
O instrumento escolhido foi um questionário, contendo perguntas objetivas e subjetivas, sobre o conhecimento e as práticas preventivas do pé diabético.

A coleta de dados foi realizada pelas pesquisadoras no mês de abril e maio de 2004, no turno matutino e vespertino. Vale salientar que as pesquisadoras levaram em consideração as observâncias éticas preconizadas na resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre pesquisas em seres humanos no país. Foram contemplados os aspectos éticos no que se refere à garantia do anonimato do participante, o sigilo das informações e liberdade do indivíduo de se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo para o seu cuidado.

Os dados coletados foram analisados, discutidos e apresentados em forma de tabelas e gráficos, contendo números absolutos e percentuais.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS COLETADOS

O gráfico 1 apresenta a frequência absoluta e percentuais dos diabéticos de acordo com a idade.

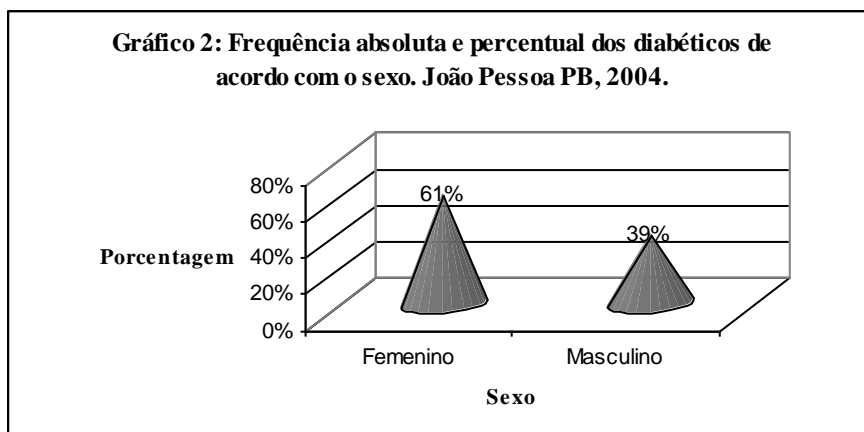


Fonte: Unidades Hospitalares de Saúde do Município de João Pessoa PB.

Observa-se que a maioria da população amostral está na faixa etária entre 50 a 60 anos, com um total de 55%.

De acordo com Sherwin; (2001), o Diabetes Mellitus Tipo 2 corresponde a 90% da população diabética, sendo esta ocorrida com mais frequência em pessoas depois dos 40 anos de idade.

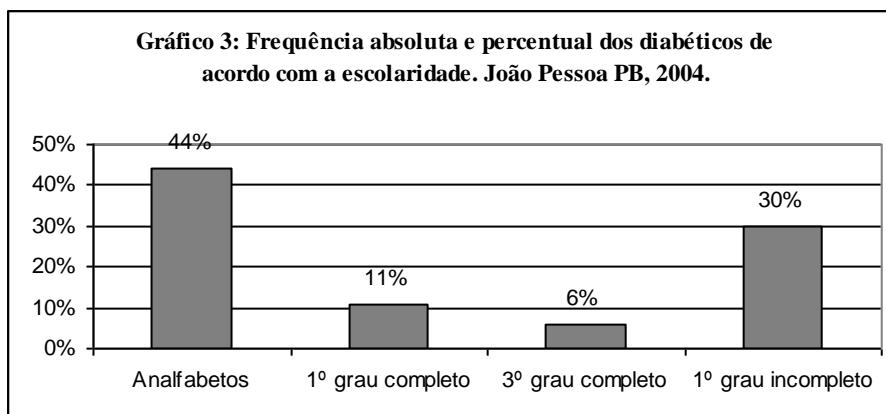
O gráfico 2 mostra a frequência absoluta e percentuais dos entrevistados de acordo com o sexo.



Fonte: Unidades Hospitalares de Saúde do Município de João Pessoa PB.

Observa-se que a maioria da população amostral é do sexo feminino, com 61%, seguido do sexo masculino com 39%.

O gráfico 3 demonstra a frequência absoluta e percentual dos diabéticos de acordo com a escolaridade.

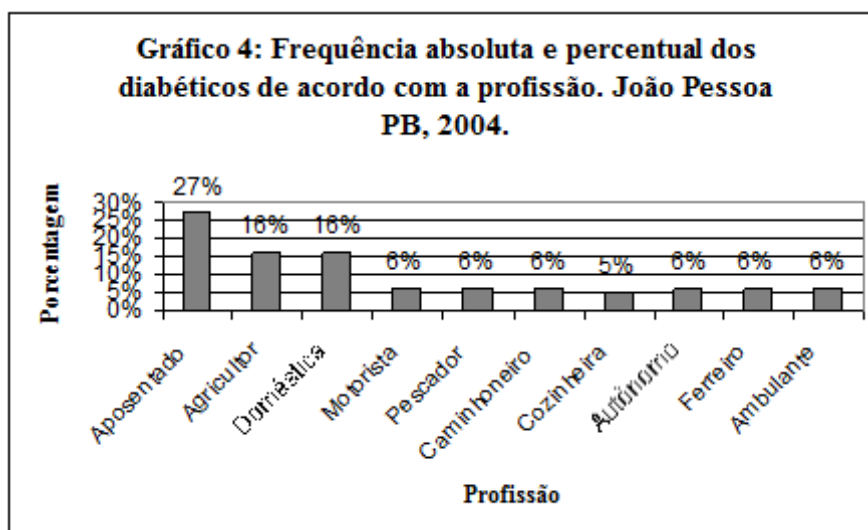


Fonte: Unidades Hospitalares de Saúde do Município de João Pessoa PB.

Verifica-se que a maioria da população amostral corresponde a pessoas não alfabetizadas, com 44%, seguido de pacientes que tinham apenas o 1º grau incompleto.

Esse baixo nível de escolaridade talvez favoreça a inúmeras dificuldades na aquisição de informações sobre a doença, controle do nível da glicose, prevenção e tratamento de feridas e outras complicações advindas da patologia.

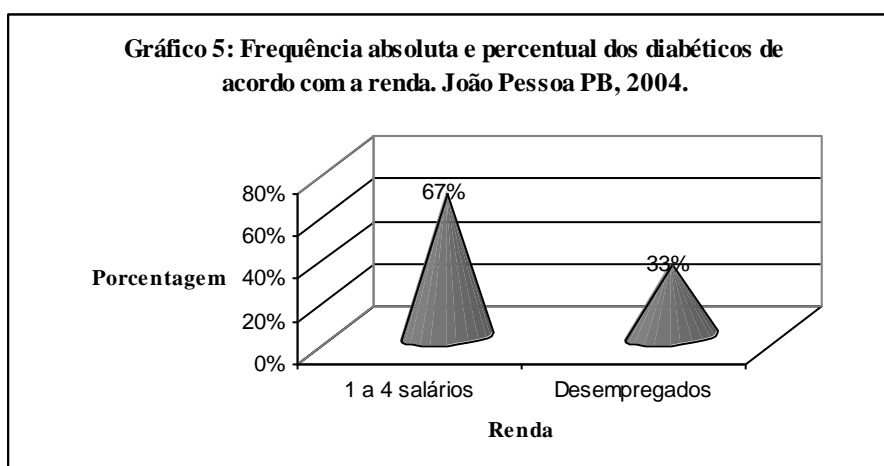
O gráfico 4 apresenta a frequência absoluta e percentual dos diabéticos segundo a profissão.



Fonte: Unidades Hospitalares de Saúde do Município de João Pessoa PB.

Em relação à profissão, a maioria dos entrevistados eram aposentados com percentual de 27%, agricultor com 16% e doméstica com 16%. A maioria dos pacientes acometidos por Diabetes Mellitus que já se submeteram a amputações, se aposentam por invalidez, causada por complicações da doença. Sendo este dado correspondente à realidade dos entrevistados.

O gráfico 5 evidencia a frequência absoluta e percentual dos diabéticos segundo a renda.



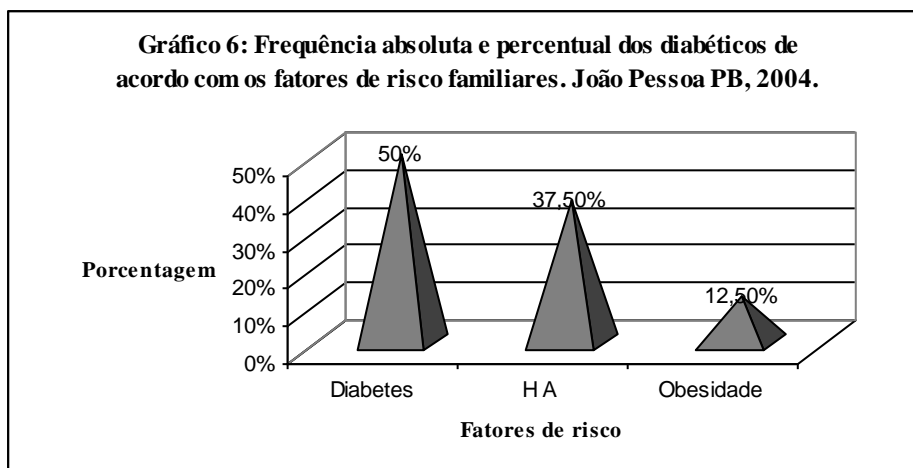
Fonte: Unidades Hospitalares de Saúde do Município de João Pessoa PB.

Observa-se que a maioria da população amostral recebia de 1 a 4 salários, e 33% encontravam-se desempregados no momento da pesquisa.

As condições financeiras do paciente parecem estar diretamente relacionadas com a progressão do tratamento. No Brasil onde a inflação sobe a cada dia

e o salário não aumenta, fica complicado ou mesmo quase impossível de uma pessoa de baixa renda adquirir remédios, alimentação adequada e uma modificação no estilo de vida, interferindo assim no progresso de sua saúde.

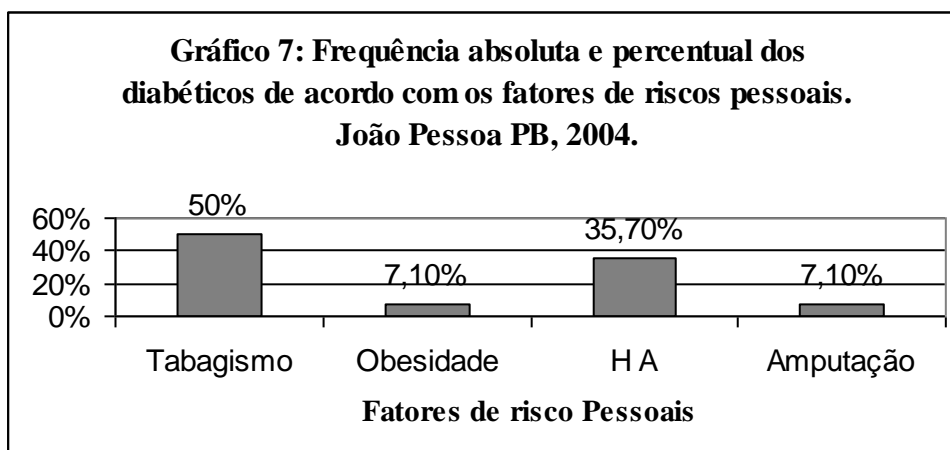
O gráfico 6 apresenta a frequência absoluta e percentual dos diabéticos segundo os fatores de risco familiares.



Fonte: Unidades Hospitalares de Saúde do Município de João Pessoa PB.

Verifica-se que grande parte dos diabéticos possuem como fator de risco familiares o Diabetes com 50%, seguido da hipertensão arterial com 37,5% e obesidade 12,5%. De acordo com Smeltzer; Bare (2002), observa-se que o grande vilão dos fatores de risco familiares é o Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, isso significa que os antecedentes contribuem bastante para o desenvolvimento da doença e se a pessoa não se prevenir desde cedo possivelmente possui grandes chances de desenvolver o Diabetes.

O gráfico 7 evidencia a frequência absoluta e percentual dos diabéticos segundo os fatores de risco pessoais.

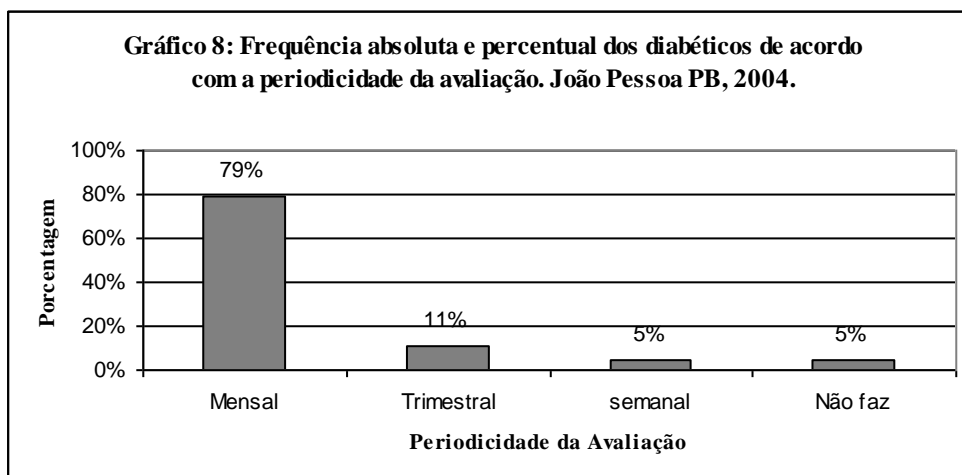


Fonte: Unidades Hospitalares de Saúde do Município de João Pessoa PB.

Verifica-se que a maioria da população amostral é de fumantes com (50%) e hipertensos (35,7%).

De acordo com Cabral; Santos (2003), os fatores de risco pessoais mais expressivos são tabagismo e hipertensão arterial, ambos extremamente prejudiciais à saúde, pois levam ao desenvolvimento e/ou agravamento de varias patologias.

O gráfico 8 apresenta a frequência absoluta e percentual dos diabéticos de acordo com a periodicidade da avaliação.



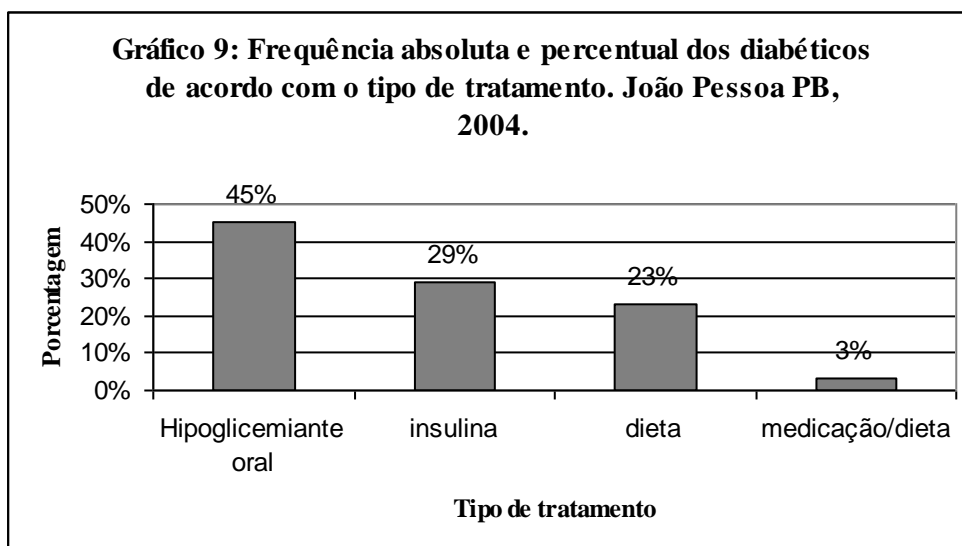
Fonte: Unidades Hospitalares de Saúde do Município de João Pessoa PB.

Observa-se que a maioria da população amostral faz avaliação mensal.

A maior parte dos pacientes diabéticos realiza periodicamente avaliação mensal (79%), trimestral (11%), semestral (5%), e não realiza nenhum tipo avaliação da saúde (5%). E a população que não realizava nenhum tipo de avaliação médica, foi devidamente orientada, posteriormente a pesquisa, tanto por nós acadêmicas de enfermagem quanto pelos profissionais de cada instituição hospitalar, sobre a importância da avaliação médica para a evolução do tratamento.



O gráfico 9 apresenta a frequência absoluta e percentual dos diabéticos de acordo com o tipo de tratamento.

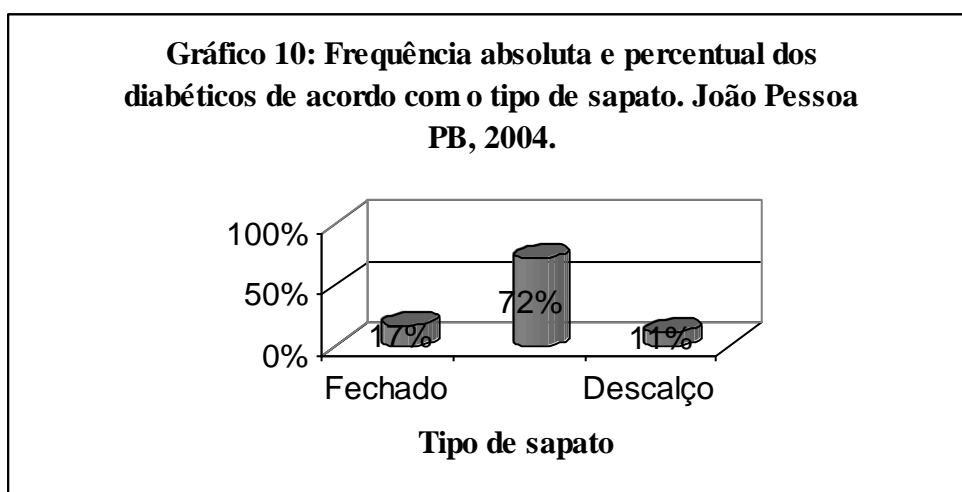


Fonte: Unidades Hospitalares de Saúde do Município de João Pessoa PB.

Observa-se que a maioria dos participantes realiza o tratamento com hipoglicemiante oral (45%).

De acordo com Sherwin (2001), o maior número de pacientes são acometidos por Diabetes Mellitus Tipo 2, o tratamento é realizado através do uso de hipoglicemiantes oral. Sendo que este tipo de paciente também faz uso de insulina quando há uma descompensação dos níveis de glicose, seguindo também uma dieta a fim de manter estável a glicemia.

O gráfico 10 evidencia a frequência absoluta e percentual dos diabéticos de acordo com o tipo de sapato.

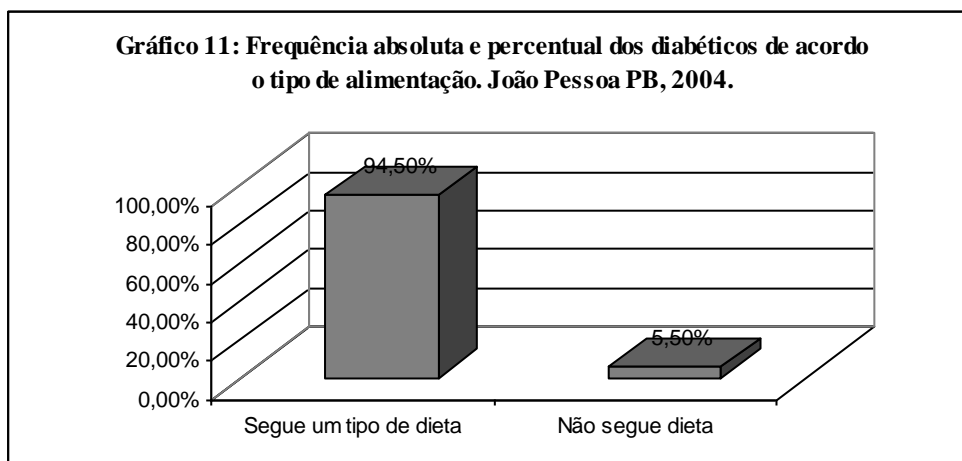


Fonte: Unidades Hospitalares de Saúde do Município de João Pessoa PB.

De acordo com esse gráfico, a maior parte da população amostral faz uso de sapato aberto (72%).

Conforme Cabral; Santos (2003), os tipos de sapatos mais adequados são os sapatos e meias confortáveis que não apertem ou machuquem os pés, dificultando a circulação, deve-se ser evitado andar descalço.

O gráfico 11 mostra a frequência absoluta e percentual dos diabéticos de acordo com o tipo de alimentação.

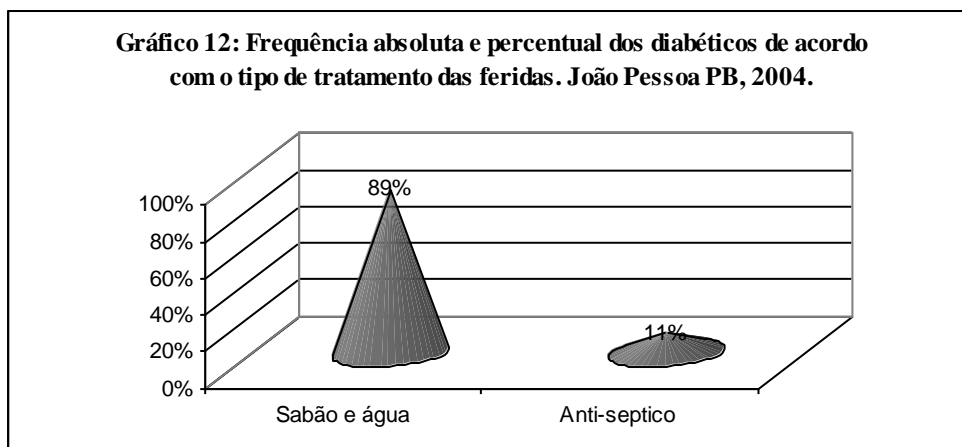


Fonte: Unidades Hospitalares de Saúde do Município de João Pessoa PB.

Esse gráfico ressalta que a maior da população amostral segue algum tipo de dieta (94,5%), e parte dessa população, com percentual de 5,5%, não segue nenhum tipo de dieta.

Posteriormente a pesquisa, esses pacientes receberam as devidas orientações sobre a importância de se fazer uma dieta rigorosa com a finalidade de manter estável o nível de glicose no sangue.

O gráfico 12 demonstra a frequência absoluta e percentual dos diabéticos de acordo com o tipo de tratamento das feridas.

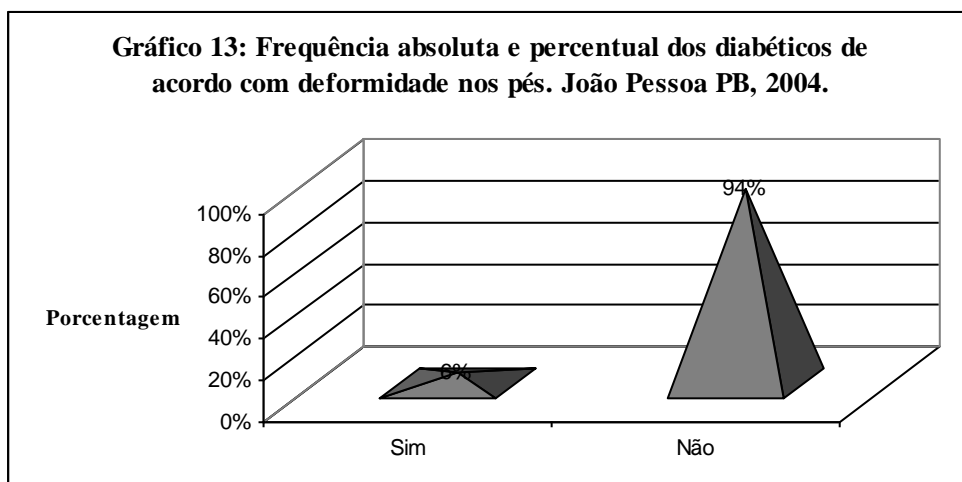


Fonte: Unidades Hospitalares de Saúde do Município de João Pessoa PB.

Observa-se que a maior parte da população amostral faz uso de anti-séptico (89%).

Conforme Cabral; Santos (2003), devem-se ser utilizados no tratamento de feridas, soro fisiológico a 0,09%, ringier lactato e ácidos graxos essenciais, devendo-se limpar bem a região afetada com solução degermante.

O gráfico 13 evidencia a frequência absoluta e percentual dos diabéticos de acordo com deformidade nos pés.

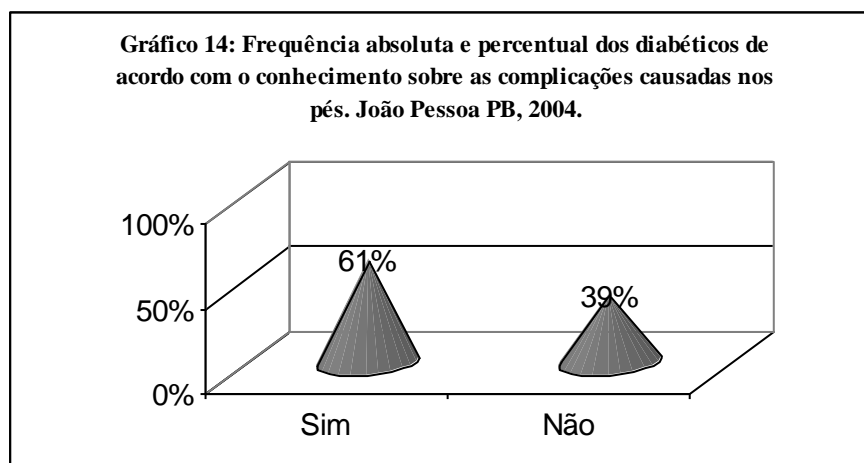


Fonte: Unidades Hospitalares de Saúde do Município de João Pessoa PB.

Observa-se que a maior parte da população amostral não possui nenhum tipo de deformidade nos pés (94%), enquanto que 6% possuem deformidade nos pés.

Segundo Loiola; Schmid (2002), as alterações estruturais dos pés aumentam o risco de ulcerações por também modificarem as pressões plantares ou por comprometerem a biomecânica do pé. Dedos em garra, proeminência das cabeças dos ossos metatarsianos são achados típicos nos pés dos diabéticos.

O gráfico 14 apresenta a frequência absoluta e percentual dos diabéticos de acordo com as complicações causadas nos pés.



Fonte: Unidades Hospitalares de Saúde do Município de João Pessoa PB.

Verifica-se que a maior parte da população amostral possui algum tipo de conhecimento sobre as complicações provenientes da patologia (61%), enquanto que um percentual muito alto e extremamente significativo de 39% não possuíam nenhum tipo de conhecimento sobre essas complicações. Esses pacientes foram devidamente orientados sobre todas as complicações que o diabetes pode trazer se os níveis de glicose não estiveram controlados.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Quanto aos resultados obtidos, verificamos que, no que se refere à avaliação social, a maioria da população pertencia à faixa etária de 50 a 60 anos, sendo 61% são do sexo feminino, 44%, analfabetos, 67% recebiam de um a quatro salários mínimos, 27% aposentados. Na avaliação das condições de saúde, dos fatores de riscos familiares, 50% eram diabéticos; dos fatores de riscos pessoais 50% eram tabagistas. A percepção da saúde foi referida como boa, em que 79% realizavam avaliação mensal. Quanto ao tratamento, 45% faziam uso de hipoglicemiantes orais e 94,5% seguiam algum tipo de dieta. Em relação ao tipo de calçados, 72% faziam uso de sapatos abertos. Na higienização das feridas, 89% faziam uso de anti-sépticos, 94% não possuíam nenhum tipo de alterações estruturais. Com relação ao conhecimento da patologia, 61% possuíam eram cientes do quadro clínico. Esses achados nos permitiram realizar as seguintes considerações; da população investigada, a maioria apresentava precária

condições sócio-econômicas, carência de suporte social e limitações na capacidade funcional.

Este trabalho foi de grande importância, pois contribuiu de uma forma muito gratificante para os pacientes pesquisados. Tivemos oportunidade de observar uma modificação no estilo de vida desses pacientes, como: alimentação, tratamentos das feridas, calçados adequados, mais informação e conscientização sobre a doença.

Como acadêmicas de enfermagem, este trabalho possibilitou-nos o aprimoramento dos nossos conhecimentos acerca da patologia anteriormente descrita, e será de grande valia para subsidiar nossa futura vida profissional. Possibilitou-nos, também, uma reflexão sobre os riscos que essa doença pode trazer a saúde, bem como o controle que se faz necessário numa associação dos fármacos com uma mudança no estilo de vida.

## REFERÊNCIAS

BURIHAN, Emil. **Pé diabético.** Disponível em: <<http://www.emedix.Com.Br/artigos/ango.pédiabético.shtml>>. Acesso em: 24 mar. 2004

CABRAL, Elizabeth C. C.; SANTOS, Rita Batista. **Prevenção de lesão em pés de portadores de Diabetes Mellitus.** São Paulo, v. 7, n. 6, p. 424-431, nov/dez.2003.

FRANCO, Denise. **A Cura do Diabetes.** Disponível em: <<http://www.diabetenet.com.br/conteudocompletoodiabetes.asp?idconteud>>. Acesso em: 18 jun. 2004.

GIL, Antônio C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas. 2003.

LOIOLA L. V. de; SCHIMID, H. Os pés dos pacientes com diabetes. In: **Enciclopédia da saúde: diabetes mellitus.** Rio de Janeiro: MEDSI, 2001. v. 3.

NETTINA; Sandra M. **Prática de Enfermagem.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

REY; Luis. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

RICHARDSON; Roberto J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgico.** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SHERWIN, R. S. Diabete Melito. In: CECIL. BENNET, J. C; GOLDMAN, L. Tratado de Medicina Interna. 21.ed. Rio de Janeiro: [s.n.], [2000?].

## **ENSAIO**

## HUMANIZAÇÃO: INTERPRETAÇÃO DO VER, OUVIR E TOCAR

Claudia Maria de Lima Carvalho<sup>1</sup>  
Joely Cavalcanti de A. Medeiros<sup>29</sup>  
Gisetti Corina Gomes Brandão<sup>30</sup>

Percebi que há coisas que cada pessoa foi enviada à terra para realizar e aprender. Por exemplo, partilhar mais amor, ser mais amorosa com os outros. Descobri que o mais importante é o relacionamento humano e o amor, e não as coisas da matéria. E entender que cada pequena coisa que se faz na vida é registrada e, mesmo que você passe por ela sem pensar na ocasião, ela sempre vem à tona mais tarde (Sogyal Rinpoche).

Baseando-se na importância de se trabalhar com a humanização dentro dos serviços de saúde, a escolha do tema se deu considerando a necessidade de se despertar valores individuais no saber cuidar dos profissionais de saúde, resgatando aspectos não só físicos, mas também o emocional de cada cliente, respeitando-o como pessoa humana, aplicando-o uma prática direcionada ao cuidar diferenciado, desenvolvendo uma empatia. A partir do momento que vemos o outro como um ente querido, o cuidar passa a ser individualizado, sistematizado e conseqüentemente humano.

Segundo Moura e Tyrrell (2003, p.32):

o modo de ser cuidado não é pura intervenção, mas interação e comunhão; é uma projeção da subjetividade, da afetividade e do sentimento. A relação não é sujeito/objeto e sim sujeito/sujeito, isto porque, pelo cuidado, não se vê na natureza tudo que nela existe como objeto. Cuidar é entrar em sintonia com, auscultar-lhe o ritmo e afinar-se com ele. Cuidar da própria saúde significa manter nossa visão integral, buscando um equilíbrio sempre por construir entre o corpo, a mente e o espírito.

O cuidar de alguém poderá ser positivo desde que haja a cooperação de pessoas capazes de desempenhar práticas que sejam favoráveis à recuperação do ser. Cada profissional tem como principal função elaborar um plano de cuidado específico e racional, expondo toda a beleza explícita no processo de melhora de cada indivíduo,

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE)

<sup>29</sup> Acadêmica do Curso de Enfermagem da FACENE. Monitora da disciplina Semiologia e Semiotécnica I.

<sup>30</sup> Enfermeira. Mestre em Gestão Educacional pela Universidade Internacional de Lisboa em parceria com as Faculdades Integradas de Patos/PB (FIP). Professora da disciplina Enfermagem Cirúrgica II da FACENE e da FIP.

pois isto ajudará na sua auto-estima, sendo esta também responsável pela recuperação, portanto o trabalho e o cuidado estão interligados e ao mesmo tempo se completam.

Humanizar a assistência não é ser apenas gentil ou compreender as dores e angústias, é, além disso, aperfeiçoar os conhecimentos como consequência e interesse no atendimento ao cliente. Conhecimento este que vai muito além da técnica, que tem um aspecto mecânico deixando de ver o paciente de uma forma holística, trazendo uma relação desumana entre as pessoas.

O cliente passou a ser um instrumento de aprendizagem, passou a representar uma fonte de recursos econômicos, sem dúvida nenhuma os avanços do conhecimento e da técnica têm forte repercussão na área da saúde, é importante na prevenção como na cura do doente, da pessoa que está sofrendo, objetivando a prevenção, promoção, cura, reabilitação e inserção social, pois os profissionais precisam ter uma visão voltada para integralidade, equidade e universalidade, devido à pessoa humana está inserida em um contexto bio-psico-social, e é preciso que haja uma transformação dos profissionais de saúde para entender e cuidar dentro dessa visão de integralidade, pois ter saúde parte de um equilíbrio em um âmbito sócio-político e cultural. É preciso ter moradia, alimentação, saúde, educação, trabalho, lazer, estar nesse contexto onde o ser humano busca saúde de corpo e de espírito. Os profissionais precisam entender a humanização como prioridade nessa integralidade proporcionando para o cliente este ciclo vital: Promoção – Prevenção – Cura – Reabilitação-Inserção social.

Assim, a humanização tem como objetivo aproximar as pessoas da felicidade, e o profissional de saúde precisa ver o homem holisticamente para aprender a proporcionar essa felicidade plena pelo menos por alguns momentos, direcionando a técnica às relações interpessoais, pois a técnica, segundo Silva (2000), não é a cura; é um veículo para a cura. Entendemos que a cura está na capacidade que temos de curar uns aos outros a partir de dicas importantes como:

- aprender a escutar;
- esforçar-se para acolher o outro;
- dispor-se a aprender com todos;
- acompanhar as mudanças em você e nos outros;
- partilhar suas experiências;
- integralidade;



- aprender a lavar não só as mãos, mas as mágoas do coração;
- ser coerente;
- evitar a rotular as pessoas;
- atender prontamente, ou justificar uma demora no atendimento;
- aprender a sorrir;
- criar harmonia;
- aliviar sempre que possível (dor, queixas físicas ou emocionais);
- oferecer informações sobre a doença;
- respeitar o medo e a qualidade de vida do paciente;
- respeitar a privacidade do paciente.

O segredo da humanização talvez esteja em fazer para o outro aquilo que você queira que o outro faça para você se estivesse naquela situação. Contribuir para o bem estar do paciente naquele ambiente cheio de medos, incertezas e dúvidas é um desafio a ser alcançado a partir do momento em que você escuta o paciente e procura intervir.

Esse relato trouxe uma reflexão sobre a importância da humanização que é um processo que deve ser vivenciada, apesar das dificuldades começarem pelo lado do paciente, e é fundamental considerar este processo do atendimento, se o paciente está inserido em um contexto pessoal, familiar e social satisfatório. Esse contexto é indispensável até para a adesão do tratamento, para a procura de serviço de saúde, para acompanhamento deste.

Ao incorporar o espírito humanizado através da consciência e transformação, o profissional torna-se mais sensível, afetuoso, competente nas suas ações e disposto a mudanças que possam beneficiar o seu paciente e engrandecer seus conhecimentos.

Humanização não é uma fórmula mágica e sim um esforço coletivo com base na assistência integral com autenticidade, lealdade e sensibilidade para interpretar o ver, ouvir e tocar, sobretudo para com as pessoas que colocam nos profissionais e nos serviços de saúde suas esperanças. Cabendo a cada um de nós fazermos o melhor e acreditarmos na conscientização, transformação e mobilização dos profissionais nessa construção da saúde humanizada.

## REFERÊNCIAS

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano-compaixão pela terra. Nursing, revista Técnico Científica de Enfermagem, São Paulo, ano 6, n.66, nov. 2003.

HUMANIZAÇÃO em atendimento à saúde. Disponível em: <<http://www.virtualpsy.org/temas/humanizar.html>>. Acesso em: 16 mar. 2005.

SERRA, Floriano. **O gerente que veio do céu**: gerenciando resultados e sentimentos. São Paulo: Gente, 2000.

SILVA, Maria Julia Paes da .**O amor é o caminho**: maneiras de cuidar. São Paulo: Gente, 2000.

## UM OLHAR SOBRE A HUMANIZAÇÃO<sup>31</sup>

Ester Ozana Almeida Lima<sup>32</sup>  
Eduardo Jorge Lopes da Silva<sup>33</sup>

A doença é um estado que acomete a todos nós seres humanos, cujo tratamento, na maioria das vezes, precisa de cuidados especiais, tais como: cirurgias, internações hospitalares e tratamento ambulatorial prolongado. Daí a necessidade de se ver esse estado como transitório e passivo de cura. Para que se obtenha êxito no tratamento devemos levar em consideração, além do estado físico do paciente, o estado psicológico, este sim tem função importante na recuperação do mesmo. Mas, para que isso aconteça, devemos pôr em prática, normas estabelecidas sob formas de leis as quais definem direitos e deveres. Na verdade, nem sempre acontece o cumprimento do direito, a exemplo do atendimento à saúde médico-hospitalar.

A falta de humanização no trato de pacientes é uma constatação dos que precisam dos serviços de saúde. Ressaltamos que humanizar significa paternizar, pois entendemos que a humanização diz respeito ao resgate de espaço de comunicação no interior das instituições, visando redimensionar práticas que considerem os aspectos subjetivos, históricos e sócio-culturais do paciente.

O relacionamento médico-paciente, na maioria dos casos é frio e orientado por técnicas e decisões individuais dos médicos, em que o paciente, que é o principal envolvido, não opta e apenas se entrega a uma busca de solução, sem sequer ter idéia dos riscos que correm. É isso que estamos tentando, com esse desabafo, contribuir para uma reflexão sobre a humanização na área da saúde, cujo atendimento deve ser garantido e, além disso, desempenhado pelo corpo funcional do hospital ou clínica, buscando a satisfação do atendimento ágil e seguro.

Os profissionais de saúde precisam entender que sua formação não é só para diagnosticar, precisa acima de tudo respeitar os valores de seus pacientes, suas crenças e sua fé. Haja isto que, para a maioria dos pacientes da rede pública de saúde o atendimento é deficitário, não apenas pela evidência de falhas na estrutura, mas,

---

<sup>31</sup> Ensaio produzido na disciplina de Antropologia Filosófica.

<sup>32</sup> Aluna do Primeiro Período do Curso de Enfermagem da FACENE.

<sup>33</sup> Professor de Antropologia Filosófica da FACENE/FAMENE.

sobretudo na relação ético-profissional com os pacientes, os quais são, geralmente identificados por números ou conhecidos pela doença que porta.

A equipe de saúde precisa entender que a auto-estima do paciente deve estar em primeiro lugar e que, nessa caminhada, o ser humano deveria ser o centro das atenções para qualquer tipo de intervenção.

Nos dias atuais, o que se espera das Escolas de Formação na área de Saúde é uma maior ênfase sobre o tema humanização, visando melhorar a qualificação dos novos profissionais.

O binômio competência X humanização é uma constante. A propósito, já existem leis que garantem a humanização na área da saúde, como por exemplo: a lei nº 12.333, aprovada pela Assembléia Legislativa de Santa Catarina, em 12 de março de 2002, chamada de **PARTO HUMANIZADO**, que assegura assim, o acompanhamento no parto em todos os hospitais públicos ou conveniados de Santa Catarina. O Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), o único totalmente público, permite e incentiva as gestantes a ter um(a) acompanhante de sua escolha na hora do parto, que garante a permanência do acompanhante: antes, durante e depois do parto.

Em alguns Hospitais, seja Estadual ou Municipal, não se permite essa permanência, eles alegam: falta de estrutura, de tratamento adequado e até mesmo, d treinamento do pessoal para que esse tipo de atendimento se concretize, entre outros.

A senadora Ideli Salvatti (PT-SC), autora do projeto, diz que a presença de um parente ou de uma pessoa de confiança facilita o trabalho de parto. Segundo a senadora, os hospitais terão que fazer algumas mudanças para cumprir a lei, mas isso não significará gasto extra. Se você tiver no mínimo uma cortininha para separar uma parturiente da outra, não é tão abusivo em termo de gastos. A prática do parto humanizado já, comprovadamente, reduz os custos hospitalares porque diminui as cesarianas, o número de anestésias, as complicações pós-parto e o tempo de internação. Toda essa economia, com certeza, sugere que os hospitais tenham que fazer algumas adaptações.

Enquanto algumas leis garantem um atendimento mais humanizado, outras restringem as vagas na UTI, sob a alegação de uma melhoria no atendimento, porém, ao nosso ver ao pretenderem diminuir os gastos hospitalares. Na realidade, o ideal seria aumentar o corpo clínico, dando condições para sua permanente atualização, visando um atendimento eficaz aos que procuram os serviços de saúde neste país.

Segundo Mário Quintano: “O que mata um jardim não é só o abandono, mas esse olhar vazio de quem passa por ele indiferente”. Para que isso não aconteça, fazem-se necessárias mudanças em seus modelos de atendimento, de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde. Deve ter valorização da dimensão subjetiva e social em toda sua prática. Sua principal busca deve ser de compromisso com a excelência no atendimento, e valorização dos profissionais com isso, as filas e o tempo de espera será reduzidos e teremos um atendimento levando-se em conta os critérios de risco.

Aqui se encontra: desafios, batalhas e esperanças, de um dia podermos desfrutar da humanização que está presente em cada um de nós. A ausência de recursos nos serviços de saúde é grave, no entanto a falta de humanização no atendimento compromete a qualidade do serviço prestado.

## **REFERÊNCIAS**

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina moderna**. Petrópolis: Vozes, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde**, Conselho Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000.

## **RELATO DE EXPERIÊNCIA**

## **A IMPORTÂNCIA DA SOCIOTERAPIA NO PROCESSO TERAPÊUTICO DO DOENTE MENTAL EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JOÃO PESSOA - PB: Relato de Experiência**

Caroline Coura Dias<sup>34</sup>

Denise Nunes Lima<sup>34</sup>

Michaela Giordana do Nascimento<sup>Nunes34</sup>

Gigliola Marcos Bernardo de Lima<sup>35</sup>

O presente estudo vem relatar as experiências práticas-cognitivas vivenciadas por acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), durante o estágio oferecido por esta instituição na disciplina Enfermagem Psiquiátrica junto a pacientes portadores de transtornos mentais. Partindo do pressuposto que durante muito tempo se pensou que o portador de deficiência mental é alguém que dificilmente atingiria a re-socialização e construía-se para essa pessoa um mundo voltado para adequação do seu comportamento, caracterizando este sempre pela palavra “limitação”.

Ao chegarmos no Hospital Psiquiátrico, onde vivenciamos nosso estágio, tivemos uma boa receptividade por parte dos funcionários os quais nos deixaram à vontade e nos incentivaram a realizar uma assistência de enfermagem participativa através da execução de alguns procedimentos junto aos pacientes, com segurança e tranquilidade, bem como intervirmos com estratégias preconizadas pela socioterapia para fins de re-socializar o portador de doença mental. Contudo, por se tratar de uma experiência nova, a nossa primeira reação foi de medo, pois o doente mental têm por parte da sociedade o estigma de uma pessoa que traz algo negativo e temeroso a outras pessoas.

A experiência vivenciada por todas nós durante o referido estágio, trouxe-nos uma visão ampliada das atividades dinâmicas de caráter terapêutico ali realizadas com indivíduos que, por fatores diversos, encontram-se temporariamente à margem de uma sociedade geralmente preconceituosa. A interação com esses clientes nos fez perceber a importância da re-socialização através da socioterapia na evolução do seu tratamento, observamos que a intervenção desta mostrou-nos resultados positivos, pois a partir do momento em que os pacientes começaram a se relacionar melhor com outros pacientes, com os profissionais de saúde e principalmente com seus familiares, houve a promoção

---

<sup>34</sup> Acadêmicas do Curso de Enfermagem da FACENE.

<sup>35</sup> Orientadora. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem em Saúde Pública. Especialista em PSF (gigliolanesc@yahoo.com.br).

e fortalecimento da auto-estima e auto-confiança por parte dessa clientela. Também percebemos valores negativos presentes em minoria de alguns profissionais ali presentes, quando vivenciamos situações problemáticas e, por vezes, constrangedoras frente ao paciente, à exemplo do descaso e desrespeito ao interno psiquiátrico por parte de alguns.

Ao contrário dessa atitude negativa por parte de alguns profissionais, a socioterapia possibilita o entrosamento, a elevação da auto-estima e a valorização dos pacientes através de atividades e dinâmicas (individuais e coletivas) como: atividades lúdicas, artes plásticas, exercícios físicos, oficinas de pintura, grupos de canto e dança, atividades culinárias e plantação de alimentos em horta. Partindo dessa vivência, podemos constatar que a terapia ocupacional junto a pessoas com deficiência mental é acima de tudo um trabalho de construção de significados. Devemos olhar a pessoa com deficiência mental não mais como alguém que é “menos”, mas como alguém apenas “diferente”, possuidor de capacidades, sentimentos e reações presente em todos nós seres humanos. É nessa concepção que nos referimos a socioterapia, como peça fundamental no caminho da desinstitucionalização da doença e do doente mental na busca da sua re-socialização na sociedade contemporânea.



## **RESUMO**

## MENSTRUÇÃO: SANGRIA INÚTIL?<sup>36</sup>

Verônica Barbosa Sarmiento<sup>37</sup>  
Manuella Rodrigues Valões Feitosa<sup>12</sup>  
Gerson da Silva Ribeiro<sup>38</sup>

No mundo animal, o ciclo menstrual é exclusivo da ordem dos primatas. Assim. Além da mulher, só menstruam de modo regular as fêmeas de algumas espécies de primatas não humanos, como o gorila, o chimpanzé, o orangotango. A menstruação é uma hemorragia uterina provocada pela desagregação, seguida de expulsão do revestimento interno do útero, o endométrio, pela ação contrátil da musculatura uterina, o miométrio, sempre que uma ovulação não resulta em gravidez.

As alterações físicas e psíquicas que ocorrem no período que precede a menstruação são decorrentes da retenção de sal, água e produtos do metabolismo, gerados sob a influência dos hormônios secretados principalmente pelos ovários na fase pós-ovulatória. A não excreção desses produtos, com sua conseqüente acumulação nos espaços extracelulares provoca a sintomatologia característica da síndrome pré-menstrual (edema, distensão abdominal, cefaléia, cansaço, etc.). Esse estudo tem como objetivo desmistificar o fenômeno da menstruação, levando os leitores a refletir sobre a necessidade ou não da mesma para a mulher. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, desenvolvida a partir de livros, artigos de revistas científicas, boletins, monografias, realizada na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE e UFPB., durante os meses de outubro de 2003 a fevereiro de 2004. A menstruação e o período que antecede são um martírio para muitas mulheres, principalmente as que sofrem de tensão pré-menstrual (TPM). Sua supressão também evita manifestações como cólicas, enxaqueca, epilepsia e endometriose, além da anemia ao longo da vida, a mulher perde cerca de 30 litros de sangue menstruando.

---

<sup>36</sup> Trabalho apresentado no II Seminário da Escola e Faculdade de Enfermagem Nova Esperança: Enfermagem e Humanização em abril de 2004.

<sup>37</sup> Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.

<sup>12</sup> Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.

<sup>38</sup> Professor-orientador.

## NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A *Revista* é uma publicação periódica semestral, de circulação nacional, organizada pelos docentes das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança objetiva publicar artigos, traduções, resenhas, ensaios e resumos de pesquisa em nível de mestrado e doutorado da área de saúde e correlatas.

Para tanto, contará com a participação de um Conselho Editorial (interno) e um Conselho Consultivo *ad hoc* (externo), integrados respectivamente pelos docentes das Faculdades acima citadas e por docentes vinculados a outras instituições de ensino superior e entidades de pesquisa.

Os Conselhos Editorial e Consultivo terão a responsabilidade de avaliar os textos enviados à *Revista* mediante parecer circunstanciado, observando as normas editoriais estabelecidas, bem como seus respectivos conteúdos.

Os textos enviados para publicação deverão ser apreciados por membros do Conselho Editorial e, em caso de aprovação, apreciados pelos membros do Conselho Consultivo.

Para cada parecer enviado à organização da Revista, o consultor será certificado pelas Instituições.

Os textos encaminhados para publicação deverão atender às seguintes especificações:

1. folha, à parte, com os dados de identificação do(s) autor(es) (Instituição de origem do(s) autor(es) – no máximo quatro), bem como sua titulação acadêmica, endereço convencional, telefone, endereço eletrônico e página eletrônica (quando possuir), especificando a seção para a qual envia o trabalho (artigos, traduções, resenhas, ensaio, pesquisa);
2. declaração devidamente assinada por um dos autores, em comum acordo com os demais, autorizando a publicação do trabalho;
3. título do texto em caixa alta e, em seguida, o(s) nome(s) do(s) autor(es);
4. uma cópia em disquete 3 ½ HD, acompanhado de três cópias impressas em papel no formato A4 e editor de texto Microsoft Word for Windows 6,0 ou versão mais atualizada;
5. utilizar a fonte **Times New Roman**, tamanho **12**, espaço entre linhas **1.5 cm**;

6. configuração de página: margem superior 3,0 cm, inferior 2,5 cm, esquerda 3,0 cm e direita 2,5 cm;
7. as referências deverão ser reunidas no final do trabalho, em ordem alfabética, de acordo com as especificações da ABNT/NBR 6023;
8. os conteúdos presentes nos textos são de total responsabilidade dos autores, cabendo a estes responder pelos mesmos;
9. caberá ao(s) autor(es) enviar seus textos após rigorosa revisão ortográfica;
10. as notas deverão ser registrados no rodapé da página, conforme a ABNT/NBR 10520;
11. em hipótese alguma os disquetes e originais impressos serão devolvidos;
12. no final do texto poderá constar o endereço do autor, telefone, home page e correio eletrônico;
13. será aceito trabalhos que não tenham sido encaminhados a outros periódicos.

## **Normas Específicas para os Textos**

**Artigos:** no máximo de 15 laudas com as referências bibliográficas, segundo as especificações da ABNT/NBR 6023. Os trabalhos devem apresentar a seguinte seqüência: título; resumo de 10 (dez) linhas em português e em uma língua estrangeira com no máximo cinco palavras-chave ou descritores em ciências da saúde;

**Traduções:** tradução de artigos em, no máximo, 10 (dez) laudas seguindo as especificações atribuídas a artigos traduzidos;

**Resenhas:** apresentação e análise de livros publicados na área de saúde, até 3 (três) laudas. Serão aceitos para apreciação, resenhas de livros publicados recentemente no Brasil ou no exterior. Os textos das resenhas deverão ser configurados da seguinte maneira: a) Referências completas do livro; b) Nome do autor da resenha; c) Instituição de origem; d) Texto.

**Relatório de pesquisa:** texto original e sucinto de pesquisas realizadas na área (no máximo 4 laudas);

**Resumos de pesquisa em nível de especialização, de mestrado ou doutorado:** texto original da monografia, dissertação ou tese com 1 (uma) lauda ou contendo 250 palavras;

**Espaço discente:** espaço reservado a relatório de pesquisa, texto de seminários e resumos. Texto original e sucinto de pesquisas realizadas na área de saúde ou afins, no máximo 8 (oito) laudas para os relatórios de pesquisa, 5 (cinco) laudas, para os textos de seminários e uma lauda para os resumos. Todos os textos deverão constar obrigatoriamente: nome do autor(es) e o nome do professor/orientador, bem como sua titulação.

Os textos deverão ser enviados para a Faculdade de Enfermagem ou Medicina Nova Esperança (aos cuidados do Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmica FACENE/FAMENE). Rua Atífcie Pedro Marcos de Souza, nº 12. Bairro: Valentina de Figueiredo. João Pessoa – Paraíba. Fone: 3237-9999. CEP.: 58.064-000. E-mail: [revista@facene.com.br](mailto:revista@facene.com.br) ou [nupea@facene.com.br](mailto:nupea@facene.com.br).

**MODELO DE FICHA CADASTRAL**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP.: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Fone: ( ) \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Modalidade de Assinatura: ( ) Anual (dois exemplares)

( ) Apenas um exemplar

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Assinatura

## ASSINATURAS

REVISTA CIÊNCIAS DA SAÚDE NOVA ESPERANÇA – FACENE

- ( ) Anual (dois exemplares)            R\$ 40,00  
( ) Exemplar Avulso                        R\$ 20,00

### Formas de Pagamento

1. Cheque nominal à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Rua Artífice Pedro Marcos de Souza, 12. Valentina de Figueiredo. João Pessoa-PB. CEP.: 58064-000. (anexar Ficha cadastral preenchida, conforme modelo);
  2. Depósito na Agência: 35025 – Banco do Brasil. Conta corrente: 6553-6, em favor da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). Enviar, via Fax (083) Fone/fax: (83) 3237-6666 ou 3237-9999, juntamente com a Ficha Cadastral preenchida.
-