

Módulo

■ SAÚDE DO IDOSO

Unidade Didática – Saúde Mental

AULA 1

SAÚDE MENTAL E A EVOLUÇÃO DA PSIQUIATRIA

■ Conteúdo

- Evolução da Psiquiatria no Brasil e no Mundo
- Reformas Psiquiátricas no Brasil
- Setores de atendimento em Saúde Mental (hospitalar e ambulatorial)
- Doente mental como ser único

■ Competências e habilidades

- Compreender a evolução histórica da saúde mental no Brasil e no mundo e os serviços voltados para o tratamento e a inclusão do paciente na sociedade

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via satélite com professor interativo
- 2 h-a – presenciais com professor local
- 4 h-a – mínimo sugerido para autoestudo

Unidade Didática – Saúde Mental

INÍCIO DE CONVERSA

Olá! Chegou a grande hora de aprendermos sobre os transtornos psiquiátricos e a saúde mental.

É um tema muito instigante que está tão longe e ao mesmo tempo tão presente em nossas vidas. Espero que a cada capítulo vocês fiquem curiosos e com vontade de querer saber mais.

Vamos começar pelo início de tudo, contando um pouco da trajetória histórica da reforma psiquiátrica no mundo e no Brasil. Vamos falar também sobre os serviços existentes para o atendimento de pacientes portadores de tais transtornos.

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS NO MUNDO

A doença mental faz parte do contexto histórico da humanidade, pois, desde os primórdios, sempre houve aquele que não se enquadrava nas normas sociais vigentes em cada cultura, sendo determinado como indivíduo com poderes sobrenaturais, temidos e evitado por toda a sociedade.

O pensamento grego do século V a.C. elaborou o primeiro conceito de causas naturais do mundo, incluindo a loucura. Essa época teve como destaque Hipócrates, o qual procurou a relação entre distúr-

bio do cérebro e transtornos mentais, descartando o conceito de deuses ou demônios. Descreveu quatro humores corporais: **sangue**, **bílis amarela**, **bílis negra** e **fleuma**, para explicar a base neuro-humoral para o temperamento e a loucura, classificando as pessoas de acordo com o quadro de temperamento: **sanguíneo** (**sangue**), **colérico** (**bílis amarela**), **melancólico** (**bílis negra**) e **fleumático** (**fleuma**), e que esses humores dependiam de quatro qualidades básicas da natureza: **calor**, **frio**, **umidade** e **aridez**.

A doutrina dos fluidos vitais foi rejeitada por Asclepiades, em Roma, descrevendo **frenite como febre acompanhada por excitação mental, e mania como excitação sem febre**. As funções do sistema nervoso foram estudadas por Galeano (130-200 a.C.), considerando os transtornos mentais distúrbios cerebrais, antecipando Kraepelin, ao classificar as doenças a partir do prognóstico.

A Idade Média ficou marcada pelo pensamento fantástico e sobrenatural e pelo desenvolvimento das escolas médicas voltadas ao estudo das doenças, quando foram descritos sintomas psicóticos como a

alucinação, por Alberto, o Grande, e São Tomás de Aquino (NUNES, 2001).

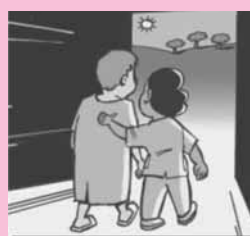
Os historiadores da medicina árabe demonstraram que havia uma assistência psiquiátrica anterior à cristã, no ano de 1160, relatando a existência de um manicômio chamado Dar al-Macoristan, em Bagdá (ESPINOSA, 2001).

As medicinas greco-latina e árabe relacionaram alguns sintomas como mania, epilepsia e delírio como sendo naturais, coisas do espírito e ou feitiçarias (ASSUNÇÃO; SARTORI, 2004).

Durante os séculos XV e XVI tiveram que romper diversas barreiras e aceitar a ideia de que as **feiticeiras** e as **pessoas possuídas** poderiam estar sofrendo uma doença de ordem natural (FOUCAULT, 1993).

A medicina mental conquistou seus direitos somente no final dos séculos XVI e XVII, visto que os problemas de preconceito e incompreensão continuaram. O século XVII ficou conhecido como o período de transição, em que a psiquiatria atuou nos círculos científicos e culturais da época, e a medicina voltou-se para o doente mental.

A dominância de critérios racionais e científicos ficou conhecida no século XVIII, por **Phillipe Pinel** e **Vincenzo Chiarugi**, que se destacaram pela revolução na teoria e na prática de tratamento dos enfermos mentais ao abrir os porões em Bicêtre, França, retirando-os das correntes, oferecendo-lhes ventilação e iluminação, cuidados e respeito humano.



Fonte: Ministério da Saúde, 2003.

No Brasil, os doentes mentais não tinham nenhuma assistência no período de 1500 a 1822 (período colonial). Em 1852, iniciou-se a prática psiquiátrica sistematizada com a fundação do hospício Pedro II no Rio de Janeiro e em diversos outros lugares como Bahia, São Paulo e outros estados.

No final do século XIX, dois nomes se destacaram na psiquiatria mundial: **Emil Kraepelin** (1856-1926) e **Sigmund Freud** (1856-1939).

Sigmund Freud descobriu estruturas do inconsciente e seu papel patogênico, fazendo sumir a for-

ma rígida da classificação das entidades e dando lugar a uma interpretação dinâmica da atividade psíquica na formação do quadro clínico para a compreensão da mente humana.

Emil Kraepelin conseguiu ordenar as descrições dos quadros mentais, como mania de perseguição (paranoia), psicoses periódicas (surtos psicóticos) e demência precoce, contribuindo de forma eficaz para a explicação das manifestações e servindo de base para exames psicopatológicos até hoje.

Na metade do século XX, os tratamentos biológicos surgiram como uma grande evolução na psiquiatria clínica:

- **Malarioterapia:** retirava-se sangue de um paciente portador de malária e o introduzia em um paciente com transtorno mental, a fim de se obterem picos febris e diminuir o estado de agitação.
- **Lobotomia:** fazia-se uma abertura na caixa craniana, removendo parte do conteúdo cerebral, mais conhecido como lobo.
- **Insulinoterapia:** pessoas doentes recebiam doses de insulina até entrarem em coma hipoglicêmico.
- **Balneoterapia:** colocava-se a pessoa descontrolada imersa em uma banheira de água em elevada temperatura, segura por duas a três pessoas até acalmar-se.
- **Eletroconvulsoterapia:** realizada por meio de um aparelho elétrico, de corrente alternada e regulável, com dois eletrodos que, colocados sobre as regiões temporais direita e esquerda, fechavam um circuito elétrico, passando a corrente pelo cérebro da pessoa e provocando uma convulsão semelhante a uma crise epilética.
- **Psicofármacos:** ajudavam no controle das manifestações sintomáticas e na qualidade de vida das pessoas portadoras de insanidade mental e de seus familiares, contribuindo para a pesquisa em saúde mental.



Fonte: Ministério da Saúde, 2003.

Vamos conhecer um pouco da trajetória da reforma psiquiátrica brasileira, seguindo o modelo mundial de saúde.

A psiquiatria brasileira é voltada para ajudar o doente, buscando a revalorização do diagnóstico com maior precisão e usando classificações internacionais e exames laboratoriais auxiliares. Atualmente, é capaz de apresentar tratamentos ressocializantes, biológicos,

psicológicos e medicamentosos que visam à qualidade de vida dos doentes mentais e de seus familiares.

A trajetória das políticas de saúde pública e mental no Brasil teve momentos marcantes no modelo de assistência à saúde vigente no país. Em alguns momentos seguiram juntas, outrora uma avançando mais que a outra, devido às suas diferenças histórica e demográficas, entre outros fatores.



Os objetivos da reforma psiquiátrica visam mudanças efetivas em relação à loucura e em buscar um novo lugar social, que não seja em locais de exclusão.

A ideia de reforma não passa pela modernização de meios técnicos, e não será o poder científico o responsável por definir esse lugar social da loucura, mas sim a ética, a partir da pessoa como meio ambiente.

Nesse contexto, a família ocupa lugar de destaque ao assumir cada vez mais a responsabilidade de continuar cuidando da saúde de seus membros, necessitando, portanto, da ajuda de profissionais da saúde, tanto domiciliar quanto hospitalar.

No período correspondente ao Brasil Colônia, a assistência à saúde ficou a cargo das Santas Casas de Misericórdia, com intuito de evangelização e manutenção das tropas. Com a chegada da família real chegaram também as escolas médicas e reguladoras do exercício profissional da higienização dos portos. Nessa época os doentes mentais não tinham nenhum tipo de assistência médica, sendo destinados às ruas e aos porões das santas casas.

Desde 1830, médicos higienistas exigiam mudanças na saúde pública, incluindo a criação de hospícios para doentes considerados loucos. Em 1852, D. Pedro II fundou o primeiro hospício do país, na cidade do Rio de Janeiro, sob o comando das religiosas das santas casas. Nessa mesma época o estado começou a manifestar preocupação com a saúde coletiva, visto que os altos índices de doenças infecciosas como cólera, peste, febre amarela, entre outras, cresceu por todo o país. As medidas de promoção de programas de combate às doenças foram consideradas de caráter autoritário, discriminatório e impopular.

No ano de 1901, no estado de São Paulo, foi construído um grande asilo, o **Juqueri**, com objetivo de recolher e tratar terapeuticamente os **alienados**, devolvendo-os para a sociedade.

O primeiro encontro entre as reformas psiquiátrica e sanitária brasileira ocorreu em 1903, quando Juliano Moreira assumiu o Hospício Nacional de Alienados e o Instituto Osvaldo Cruz (Saúde Pública). Nesse momento uniram-se as forças no sentido de sanear a cidade, remover a sujidade, os focos de infecções, os cortiços, os focos de desordem que eram os sem-trabalho e maltrapilhos que infestavam as ruas do centro da cidade e os portos. Apesar de as duas áreas terem os mesmos objetivos, só restou à psiquiatria apanhar as sobras humanas e asilá-las.

A primeira lei federal brasileira, a de nº 3.071, de 1916, relata a preocupação sobre cuidados, internação e interdição dos pacientes com distúrbios mentais, sendo que, em 1838, a Itália já havia aprovado leis que beneficiavam os doentes mentais.

Em 1923, apesar de os estudos e movimentos estarem acontecendo no Brasil e no mundo, nosso

modelo assistencial era estritamente hospitalocêntrico, biologista e mecanicista, assim como todo o sistema de saúde vigente no país. Somente depois da Segunda Guerra Mundial a psiquiatria surgia como instrumento técnico-científico.

No final dos anos 1950, a Organização das Nações Unidas (ONU) recomendou aos países em desenvolvimento que investissem na área de saúde mental, em função do elevado custo para o processo produtivo, com total interesse em preservar e manter a força de trabalho no desenvolvimento industrial.

Na década de 1960, surgiram as primeiras comunidades terapêuticas, com o objetivo de melhorar o ambiente hospitalar, valorizando os aspectos sadios e ouvindo o doente em todo o trajeto do tratamento e da administração. Com isso, desde então, as internações só ocorrem em caso de emergência, por curto período, ou em casos raros de gravidade.

A reforma sanitária teve início em 1970, período em que no contexto brasileiro já havia lutas contra manicômios (regime manicomial), violência, experiências com inspiração na comunidade terapêutica, na psiquiatria de setor e comunitária. Enquanto no mundo as propostas eram a desospitalização e a reestruturação da assistência psiquiátrica, o Brasil, dentro da era militar, vivenciava um período contrário, com amplo crescimento do parque manicomial, aumentando a contratação de leitos privados nos hospitais psiquiátricos tradicionais. Naquele ano ocorreu a Reforma Sanitária Mundial.

Conforme Amarante (1995), a participação dos usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares em conferências, reuniões e encontros passou a ser marcante na luta do processo evolutivo da reforma psiquiátrica, sendo instituído, no dia **18 de maio de 1978, o Dia Nacional da Luta Antimanicomial**. Daí em diante passaram a ser criados novos dispositivos e novas tecnologias de cuidados na psiquiatria brasileira.

A partir da década de 1980, os movimentos de oposição aos manicômios e às práticas manicomiais começaram a surgir com novas experiências na prática assistencial, que iam ao encontro às novas pro-

postas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na qual se preservam os direitos e a cidadania do indivíduo portador de sofrimento psíquico.

Em 1987, foi realizada, no Rio de Janeiro, a **I Conferência Nacional de Saúde Mental (ICNSM)**, importante fórum de discussão na luta de classes da saúde mental. Questionou-se o modelo psiquiátrico vigente, propondo-se a substituição dos leitos psiquiátricos por leitos em hospitais públicos e/ou serviços alternativos (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2001).

A psiquiatria se fortaleceu ainda mais com o **Projeto de Lei nº 3.657, de 1989**, que dispõe sobre a **proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais** e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 1994).

Segundo a OMS (1990), o **documentário de Caracas** falava da necessidade da compreensão da saúde mental como um fenômeno complexo, que

requer integração entre o indivíduo, a família, os serviços e a comunidade, vendo na educação o fator principal para a democratização do conhecimento e o modo de entender e compreender a saúde.

Um grande marco na saúde mental ocorreu na década de 1990, com a intervenção da prefeitura de Santos na Casa de Saúde Anchieta, com a subsequente criação dos **Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPs)** e do **Projeto de Lei nº 3.657/89, que prevê a extinção dos manicômios, com substituição por serviços comunitários, e regulamenta os direitos do doente mental**.

O movimento da reforma psiquiátrica brasileira teve grandes impulsos quando o deputado Paulo Delgado (PT-MG) conseguiu aprovar o projeto de lei de saúde mental (**Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**). Essa lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com problemas mentais.



Setores de atendimento em saúde mental

Fonte: Ministério da Saúde, 2003.

Em janeiro de 1992, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) e NAPs, por meio das Portarias nºs 189/1991 e 224/1992 do Ministério da Saúde, aperfeiçoaram a regulamentação em dois grandes grupos de atendimento, o **hospitalar** e o **ambulatorial**.

O **hospitalar** compreende a internação e a semi-internação (na forma dos hospitais-dia), o que intermedeia a internação e o ambulatorio, com o propósito de substituir a internação integral pelo prazo máximo correspondente a 45 dias corridos. O número de leitos em hospitais psiquiátricos vem apresentando um declínio contínuo no Brasil. Em 1996, o seu número era de 72.514, enquanto em 2002 esperava-se uma queda de aproximadamente 20 mil leitos. Junto com a diminuição de leitos hospitalares

tem ocorrido a ampliação dos CAPs. Minzoni sugeriu que a internação psiquiátrica fosse indicada por curto período de tempo a pacientes com transtornos graves, em momentos críticos da doença, e que estivessem temporariamente com limitações para o convívio comunitário (KANTORSKI, *et al.* 2005).

O **atendimento ambulatorial** compreende o ambulatorio propriamente dito, incluindo os CAPs e NAPs, considerados ambulatoriais, apesar de serem distintos do ambulatorio, apresentando estruturas amplas e específicas (BRASIL, 2000).

Os **hospitais-dia** apresentam um caráter extra-hospitalar de cuidado ampliado, com atendimento alternativo à internação, especialmente os serviços-dia, que não podem ultrapassar 45 dias no período de semi-internação, oferecendo atendimento em

períodos mais agudos, evitando, assim, as internações, ou em saídas de internações, com estrutura de passagem, proporcionando atividades terapêuticas diversificadas, tanto no que diz respeito às pessoas com quem ele possa se relacionar, quanto às atividades que possam ser prazerosas. O paciente passa o dia e retorna para sua família, dormindo na sua residência.

Os **serviços residenciais terapêuticos**, criados pelas Portarias nºs 106 e 1.220/2000 do Ministério da Saúde, consistem em casas inseridas na comunidade com a finalidade de cuidar dos pacientes e servir de moradia para aqueles que receberam alta das internações psiquiátricas de longa duração, que não tenham suporte social, famílias ou laços familiares, com o objetivo de contribuir para reinserção social. Trata-se de pessoas que possuem moradia assistida igual a uma residência comum em espaço físico, com mobiliário, mas fora do ambiente hospitalar, e que são acompanhadas no processo de reabilitação psicossocial, um valioso instrumento de recuperação da cidadania que resgata um operador da substituição asilar (BRASIL, 2000).

Em julho de 2003 foi aprovado o Projeto de Lei nº 1.152/03, denominado “**De Volta para Casa**”, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial, com o propósito de garantir a reintegração à sociedade de pacientes com transtornos mentais por longo período de internação, com direito ao benefício de um salário mínimo por mês para ajudar na assistência extra-hospitalar, além de acompanhamento de programas de reintegração assistida com atividades de reabilitação, residência terapêutica, trabalho protegido, lazer monitorado etc. (BRASIL, 2000).

Os **CAPs** são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia e oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto.

O objetivo dos CAPs é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Ele foi criado para substituir as internações em hospitais psiquiátricos.

As pessoas atendidas nos CAPs apresentam transtornos mentais severos e/ou persistentes, com sofrimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados com substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), e também crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Todo o trabalho desenvolvido deverá ser realizado em um “meio terapêutico”, isto é, tanto as sessões individuais ou grupais como a convivência no serviço têm finalidade terapêutica.

Os profissionais que trabalham nos CAPs possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional. É um grupo composto por diferentes especialistas de níveis superior e médio. Os profissionais de nível superior são enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPs. O papel da equipe técnica é fundamental para organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. A duração da permanência dos usuários no atendimento dos CAPs depende de muitas variáveis, desde o comprometimento psíquico do usuário até o projeto terapêutico traçado, além das redes de apoio familiar e social que se podem estabelecer. O importante é saber que o CAP não deve ser um lugar que desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda a vida. O processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, que possibilitarão a autonomia, deve ser cuidadosamente preparado e ocorrer de forma gradativa.

Brasil (2004) afirma que as atividades terapêuticas que os CAPs oferecem são diferenciadas em atendimento individual, orientações, psicoterapia e

prescrição de medicamentos; atendimento em grupo com oficinas terapêuticas, oficinas expressivas (pintura, argila, desenho etc.), oficinas geradoras de renda, de alfabetização, culturais, esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura etc.; atendimento familiar, individualizado a familiares e/ou grupo de familiares, atividades de lazer e ensino, visitas domiciliares; atividades comunitárias desenvolvidas com associações de bairros e outras instituições existentes na comunidade, com o objetivo de integração entre o serviço, o usuário e a família,

trocas sociais entre a comunidade e a sociedade, que podem ser realizadas por meio de festas, caminhadas, eventos como gincanas etc.; e assembleias ou reuniões de organização do serviço, realizadas de preferência semanalmente, com usuários, técnicos, convidados e familiares, com o fim de melhorar o atendimento oferecido pelo CAP.

Os CAPs são divididos em cinco categorias que contêm equipe mínima de profissionais, com população, dias e horários específicos de funcionamento para cada tipo.

O **CAP I**, que funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, possui municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes, contendo a equipe de saúde um médico psiquiatra, ou que tenha formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior (terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, pedagogo ou outro necessário ao projeto terapêutico), quatro de nível médio (auxiliar ou técnico de enfermagem, técnico educacional, artesão e técnico administrativo).

O **CAP II**, que funciona das 8 às 18 horas, podendo ter um terceiro período que funciona até as 21 horas, de segunda a sexta-feira, possui municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes, contendo a sua equipe de saúde um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior (terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico) e seis de nível médio (auxiliar ou técnico de enfermagem, técnico educacional, artesão e técnico administrativo).

O **CAP III**, com funcionamento 24 horas por dia, incluindo feriados e fins de semana, com municípios com população acima de 200 mil habitantes, contendo a sua equipe de saúde dois médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior (terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico) e oito de nível médio (auxiliar ou técnico de enfermagem, técnico educacional, artesão e técnico administrativo).

O **CAPi (infantil)**, que funciona das 8 às 18 horas, podendo ter um terceiro período que funciona até as 21 horas, de segunda a sexta-feira, possui municípios com população acima de 200 mil habitantes, contendo a sua equipe de saúde um médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, um enfermeiro, cinco profissionais de nível superior (terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, pedagogo, fonoaudiólogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), quatro profissionais de nível médio (auxiliar ou técnico de enfermagem, técnico educacional, artesão e técnico administrativo).

O **CAPad (álcool e drogas)**, que funciona das 8 às 18 horas, podendo ter um terceiro período que funciona até as 21 horas, de segunda a sexta-feira, possui municípios com população acima de 100 mil habitantes, contendo a sua equipe de saúde um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior (terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro, psicólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), quatro profissionais de nível médio (auxiliar ou técnico de enfermagem, técnico educacional, artesão e técnico administrativo).

A Portaria GM nº 336/02 considera que cada usuário do CAP deve ter um projeto terapêutico individual de atendimento, com atividades durante sua perma-

nência no serviço, com base em suas necessidades, sendo divididos em atendimentos intensivo, semi-intensivo e não intensivo, conforme o quadro a seguir.

Atendimento com base nas necessidades		
Tratamento intensivo	Semi-intensivo	Não intensivo
Quando o paciente apresenta grave sofrimento psíquico, dificuldades no relacionamento familiar e convívio social, e requer atendimento diário e contínuo, podendo ser realizado em seu domicílio.	Quando o sofrimento psíquico do paciente diminuiu, e sua condição de relacionamento já está melhor, mas ainda necessita de atenção diária, podendo ser domiciliar com até 12 dias de atendimentos no mês.	Quando já não há necessidade de atendimento contínuo ao paciente para que desempenhe suas atividades em família e trabalho, o atendimento pode ser domiciliar até três dias no mês.

Fonte: BRASIL, 2004.

Os pacientes que permanecerem por um período de quatro horas têm direito a uma refeição diária; os que forem assistidos em dois períodos, correspondendo a oito horas, duas refeições; e os com acolhimento noturno ou por 24 horas, quatro refeições.

Para um CAP iniciar suas atividades, deverá, no mínimo, ter os seguintes recursos: sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes, refeitórios, salas para atividades grupais, oficinas, consultórios para atividades individuais (consultas, terapias, entrevistas) e espaço de convivência (BRASIL, 2004).

São atividades comuns nos CAPs:

- **Tratamento medicamentoso:** psicoativos ou psicofármacos.
- **Atendimento a grupo de familiares:** reunião de famílias para criar laços, discutir problemas em comum, enfrentar as situações difíceis, receber orientação sobre diagnóstico e sobre sua participação no projeto terapêutico.
- **Atendimento individualizado a famílias:** atendimentos a um membro de uma família que precise de orientação
- **Orientação:** conversa sobre algum tema específico.
- **Atendimento psicoterápico:** encontros individuais ou em grupo em que são utilizados os conhecimentos e as técnicas da psicoterapia.
- **Atividades comunitárias:** atividades que utilizam os recursos da comunidade e que envolvem pessoas, instituições ou grupos organizados que atuam na comunidade.
- **Atividades de suporte social:** projetos de inserção no trabalho, atividades de lazer, encaminhamentos para a entrada na rede de ensino.
- **Oficinas culturais:** atividades constantes que procuram despertar no usuário maior interesse pelos espaços de cultura (monumentos, prédios históricos, saraus musicais, festas anuais etc.).
- **Visitas domiciliares:** atendimento realizado por um profissional do CAP.
- **Desintoxicação ambulatorial:** conjunto de procedimentos destinado ao tratamento da intoxicação/abstinência decorrente do uso abusivo de álcool e de outras drogas.

O **Programa de Saúde da Família (PSF)** começou em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), mas foi em 1994 que o PSF foi normatizado, com o propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo existente, levar a saúde até as famílias e melhorar a qualidade de vida dos clientes e priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma contínua e integral, com o atendimento domiciliar ou na Unidade Básica de Saúde (UBS).

O PSF atua na saúde mental buscando compreender as relações entre os indivíduos que compõem uma família e a maneira como essas relações contribuem para a existência de processos protetores ou de desgaste para a saúde e a doença, utilizando os recursos comunitários e reduzindo os fatores que possam ser considerados prejudiciais.

O PSF é capaz de resolver 85% dos problemas de saúde da sua comunidade, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando

a qualidade de vida da população. Cada equipe do PSF está capacitada para atender de 750 a 1.000 famílias ou 3.200 pessoas, sendo composta por: um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, um dentista, um auxiliar de consultório dentário, um técnico de higiene dentário e quatro a seis agentes comunitários de saúde.

Pacientes com transtornos mentais

São pessoas que devem ser vistas na sua totalidade como qualquer outro doente. Seu comportamento tem sempre um significado que devemos buscar entender.

Minzoni afirma que o enfermeiro psiquiátrico deve ajudar o paciente, aceitando-o como um ser humano com personalidade; que todo comportamento tem um significado; que devemos transmitir-lhe que ele é aceito, estimulando o que há de sadio em sua personalidade e aceitar seus aspectos doentes. Cada paciente deve ser conhecido como um indivíduo (seu nome, seus hábitos) e o seu comportamento tem uma

razão de ser, embora nem sempre essa razão apareça claramente (KANTORSKI, *et al.*, 2005).

A atuação da enfermagem psiquiátrica ainda hoje está voltada ao cumprimento de atividades clínicas e administrativas, relacionadas com vigilância, alimentação, higiene e administração de medicamentos ao paciente.

Minzoni definiu a enfermagem psiquiátrica como um **processo interpessoal** entre enfermeiro e paciente, com potencial de mudança na busca de um cuidado humanitário (KANTORSKI, *et al.*, 2005).

Falaremos mais sobre relacionamento interpessoal no próximo capítulo.

Saúde Mental

“Fui convidado a fazer uma preleção sobre saúde mental. Os que me convidaram supuseram que eu, na qualidade de psicanalista, deveria ser um especialista no assunto. E eu também pensei. Tanto que aceitei.

Mas foi só parar para pensar para me arrepender. Percebi que nada sabia. Eu me explico. Comecei o meu pensamento fazendo uma lista das pessoas que, do meu ponto de vista, tiveram uma vida mental rica e excitante, pessoas cujos livros e obras são alimento para a minha alma. Nietzsche, Fernando Pessoa, Van Gogh, Wittgenstein, Cecília Meireles, Maiakóvski. E logo me assustei. Nietzsche ficou louco. Fernando Pessoa era dado à bebida. Van Gogh matou-se. Wittgenstein alegrou-se ao saber que iria morrer em breve: não suportava mais viver com tanta angústia. Cecília Meireles sofria de uma suave depressão crônica. Maiakóvski suicidou-se.

Essas eram pessoas lúcidas e profundas que continuarão a ser pão para os vivos muito depois de nós termos sido completamente esquecidos. Mas será que tinham saúde mental?...”

Rubem Alves

■ Atividades

As atividades referentes a esta unidade serão disponibilizadas no Portal.

* ANOTAÇÕES

AULA 2

SAÚDE MENTAL E DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE

■ Conteúdo

- Saúde mental
- Critérios para se ter uma boa saúde mental
- Fatores predisponentes para os transtornos mentais
- Desenvolvimento da personalidade
- Estrutura da personalidade
- Topografia da mente
- Estágios do desenvolvimento da personalidade
- Transtornos de personalidade

■ Competências e habilidades

- Compreender o significado de saúde mental, os fatores predisponentes para o transtorno mental e o desenvolvimento da personalidade do indivíduo e seus distúrbios

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2h-a – via satélite com o professor interativo
- 2h-a – presenciais com o professor local
- 4h-a – presenciais de aula prática com o professor local
- 4h-a – mínimo sugerido para autoestudo

Doente Mental?
Saúde Mental?...



Várias teorias já tentaram definir o conceito de saúde mental. Muitos desses conceitos trabalham com diversos aspectos do funcionamento individual.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que não existe definição “oficial” de saúde mental.

Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional de cada pessoa, incluindo sua capacidade de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre suas atividades. Admite-se que o conceito de saúde mental é muito mais amplo que a ausência dos transtornos mentais.

O que é saúde mental, então?

Critérios para se ter uma boa saúde mental

- Crescimento, desenvolvimento e autorrealização;
- Integração e resposta emocional;
- Autonomia e autodeterminação;
- Percepção apurada da realidade;
- Domínio ambiental e competência social;
- Atitudes positivas em relação a si próprio.



O conceito atual de saúde mental difere um pouco daquele de psiquiatria. A psiquiatria tem um projeto específico, que é o tratamento medicamentoso. A saúde mental está voltada mais para o biopsicossocial do indivíduo, envolvendo também o aspecto de trabalhar junto com a família e a comunidade e a prevenção dos transtornos mentais. Se ela está voltada para a prevenção, também está ligada à saúde pública, existindo trabalhos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para que as pessoas não adoeçam, como o Programa de Saúde da Família (PSF), o qual também é responsável por identificar e trabalhar com os fatores que desencadeiam as doenças mentais na comunidade.

Fatores predisponentes aos transtornos mentais

Vários fatores influenciam ao mesmo tempo os nossos comportamentos, as nossas escolhas. Várias

Saúde mental é o equilíbrio emocional interno e as exigências ou vivências externas. É a capacidade de administrar a própria vida e as suas emoções dentro de um amplo espectro de variações. É ser capaz de ser sujeito de suas próprias ações sem perder a noção de tempo e espaço. É buscar viver a vida na sua plenitude máxima, respeitando o outro.

Saúde mental é estar de bem consigo e com os outros, aceitar as exigências da vida, saber lidar com as boas emoções e também com as desagradáveis – alegria/tristeza; coragem/medo; amor/ódio; serenidade/raiva; ciúme; culpa; frustrações –, reconhecer seus limites e buscar ajuda quando necessário.

são as causas que fazem o indivíduo desenvolver, em um determinado momento de sua vida, algum transtorno mental.

Precisamos compreender que nós, seres humanos, funcionamos como um todo, ou seja, vários fatores influenciam ao mesmo tempo os nossos comportamentos, as nossas escolhas. Por exemplo, se alguém desenvolve um medo excessivo da violência atual, a ponto de recusar-se a sair às ruas, podemos pensar de imediato que há várias causas colaborando para isso, como: sua história de vida; se foi uma criança muito protegida ou excessivamente exposta; os mecanismos fisiológicos que atuam na resposta de medo; o próprio aumento da violência nos dias atuais e a exploração que a imprensa faz disso; alguma perda de pessoa querida em período recente.

É por isso que na consulta de enfermagem devemos tentar conhecer mais as pessoas que estamos atendendo, saber do que gostam, de onde vêm e

como vivem. Assim, torna-se mais fácil fazer uma ideia dos fatores que possivelmente estão exercendo maior influência no momento atual de seu transtorno, elaborando as intervenções necessárias.

Dessa forma podemos dizer que três grupos influenciam o surgimento da doença mental: **os biológicos, os ambientais e os emocionais.**

FATORES FÍSICOS OU BIOLÓGICOS

- Alterações ocorridas no corpo como um todo, em determinado órgão ou no sistema nervoso central (SNC);
- *Fatores genéticos ou hereditários* (tendências, predisposições);
- *Fatores pré-natais* (condições da gestação) – álcool, drogas, medicações, estresses, depressão;
- *Fatores perinatais* – durante o nascimento do bebê, sofrimento fetal, placenta prévia, uso de fórceps, outros;
- *Fatores neuroendocrinológicos* (tireoide) – mudanças hormonais podem influenciar nosso estado de humor ou até mesmo estados psicóticos, como psicose puerperal, depressão pós-parto ou transtorno pré-menstrual (TPM);
- *Fatores ligados à doença orgânica* – abuso de substâncias psicoativas, traumatismos cranioencefálico (acidentes), intoxicações, infecções (meningite).

FATORES AMBIENTAIS

- **SOCIAIS:** interações que temos com os outros, nossas relações pessoais, profissionais e/ou em grupos. As pessoas significativamente importantes na nossa vida ficam marcadas em nós, na maneira de pensar e agir. Ex.: se em nossa infância aprendemos que existem pessoas que não são confiáveis, é provável que tenhamos dificuldades para confiar em alguém na nossa vida adulta; ou se nos colocam medo de certo objeto ou momento, certamente iremos ter medos também quando adultos.
- **CULTURAIS:** modificam-se de país para país, de estado para estado, ou seja, a noção de certo e errado muda conforme o grupo de convívio (religioso, escola, família, país, cultura)
- **ECONÔMICOS:** a miséria pode levar ao aumento da criminalidade e essa, ao aumento da tensão do nosso dia a dia. Vivemos hoje na era do consumismo; queremos o celular mais moderno ou a TV de 42 polegadas igual à do vizinho e outras coisas mais. Isso acarreta dívidas em bancos, estouro do limite do cartão de crédito e gastos além do que conseguimos ganhar, levando a preocupações e alteração na saúde mental das pessoas.

FATORES EMOCIONAIS OU PSICOLÓGICOS

- **NASCIMENTO:** formação da personalidade, segurança, confiança, adaptação às mudanças da família com a presença de um novo integrante; violência e abandono na infância.
- **MUDANÇAS:** adaptação a ambiente, pessoas, locais de trabalho, nova profissão, novo chefe, novas regras, emprego (novo, perda, promoção ou rebaixamento, aposentadoria); relacionamentos (separação, divórcio, quando um filho sai de casa); saúde (doença, ferimento, acidente); perda de propriedade, mudança de fuso horário, de estado ou país, de casa ou de cidade.
- **ESTUPRO:** o impacto do estupro pode ser devastador. O acompanhamento de vítimas de estupro tem repetidamente demonstrado maior tendência a apresentar, a curto e longo prazos, transtornos psiquiátricos.
- **DESASTRES:** o acidente ou desastre não necessariamente precisa ser com o indivíduo. Ele pode ter acontecido em locais distantes e com pessoas desconhecidas. Ex.: algumas pesquisas mostraram um aumento de atendimentos em pronto-socorros de casos de pânico depois da queda das torres gêmeas (World Trade Center).
- **LUTO:** é um processo de sofrimento geralmente associado à morte de uma pessoa amada.

Desenvolvimento da personalidade

Define-se personalidade como tudo aquilo que distingue um indivíduo de outros, ou seja, o conjunto de características psicológicas que determinam a sua individualidade pessoal e social. A formação da personalidade é processo gradual, complexo e único de cada indivíduo.

Personalidade é uma característica individual que influencia diretamente a vida de cada um.

Os enfermeiros devem conhecer o desenvolvimento da personalidade humana para compreender as respostas comportamentais desajustadas muitas vezes observadas em pacientes com transtornos mentais.

Freud, em 1961, identificou o desenvolvimento da personalidade por estágios e também mencionou que a experiência da infância tem forte influência sobre a personalidade do indivíduo adulto. Va-

mos falar então sobre estrutura da personalidade, topografia da mente e estágios do desenvolvimento da personalidade de Freud.

Estrutura da personalidade

Freud organizou a estrutura da personalidade em três componentes principais: **id**, **ego** e **superego**.

- **Id: é o princípio do prazer.** Presente ao nascimento, busca satisfazer as necessidades e obter gratificação imediata. Os comportamentos podem ser impulsivos e irracionais.
- **Ego: também denominado eu racional ou princípio da realidade.** Começa a se desenvolver entre os 4 e 6 meses de idade. Ele vivencia a realidade do mundo externo, adapta-se a ele. À medida que se desenvolve e ganha força, o ego procura fazer as influências do mundo externo agirem sobre o id, para substituir o princípio do prazer pelo da realidade. Sua principal função é manter a harmonia entre o mundo externo, o id e o superego.
- **Superego: princípio da perfeição,** desenvolve-se entre os 3 e 6 anos de idade. Ele internaliza os valores e princípios morais estabelecidos pelos responsáveis pelo indivíduo. Ele é importante para a socialização, pois ajuda o ego no controle dos impulsos. Mas quando se torna muito rígido e punitivo, podem ocorrer baixas autoconfiança e autoestima.

Esta figura demonstra os três componentes da estrutura da personalidade. Observe a situação e tente lembrar-se de algo parecido vivenciado por você.

- **id:** estômago roncando
- **ego:** uma coxinha, por favor!
- **Superego:** uma coxinha tem 300 calorias.

Viu como você usa a estrutura da personalidade quase a todo momento!



Fonte: Ministério da Saúde, 2003

Topografia da mente

Freud classificou todos os conteúdos e operações da mente em três categorias: consciente, pré-consciente e inconsciente.

Consciente: são todas as memórias que permanecem ao alcance da percepção do indivíduo. Eventos e experiências que são facilmente recordados ou recuperados. É a menor das três categorias.

Pré-consciente: são todas as memórias que podem ter sido esquecidas ou não estão, no momento, na consciência, mas podem ser rapidamente lembradas.

Inconsciente: são todas as memórias que não se conseguem trazer à percepção consciente. É a maior das três categorias. Geralmente consiste em memó-

rias desagradáveis ou não essenciais, que só podem ser recuperadas por hipnose ou certas substâncias que alteram a percepção. Ele pode surgir também em sonhos ou em um comportamento incomprensível.

Estágios do desenvolvimento da personalidade

As cinco fases universais do desenvolvimento são chamadas de fases psicosssexuais. Freud acreditava que a personalidade estaria essencialmente formada ao fim da terceira fase, por volta dos 5 anos de idade, sendo esses os anos mais importantes. Com essa idade o indivíduo possivelmente já teria desenvolvido as estratégias fundamentais para a expressão dos seus impulsos e formação do seu caráter básico.

- **Fase oral (do nascimento aos 18 meses):** o foco da energia é a boca, as atividades prazerosas giram em torno da alimentação (sucção). O lactente se sente ligado e é incapaz de diferenciar-se da mãe. Quando o bebê aprende a associar a presença da mãe (4 a 6 meses) à satisfação da pulsão da fome, a mãe passa a ser um objeto à parte, ou seja, o bebê começa a distinguir entre si próprio e os outros. Uma fixação nessa fase provoca o desenvolvimento de um tipo de personalidade de caráter oral do qual os traços fundamentais são o otimismo, a passividade e a dependência. A sensação de segurança e a capacidade de confiar nos outros vêm da gratificação obtida pela satisfação das necessidades básicas neste estágio.
- **Fase anal (18 meses a 3 anos):** o prazer está no ânus. Nessa fase, a criança tem o desejo de controlar os movimentos esfinterianos e começa também a entrar em conflito com a exigência social de adquirir hábitos de higiene. Uma fixação nessa fase pode causar conflitos para o resto da vida em torno de questões de controle, de guardar para si ou entregar. O caráter anal é caracterizado por traços de ordem e teimosia.
- **Fase fálica (3 a 6 anos):** a área fundamental do corpo é a zona genital. A descoberta de diferenças entre os sexos acarreta maior interesse pela própria sexualidade. Nessa fase também ocorre o complexo de Édipo, que consiste, no menino, em desejar a própria mãe, mas, por medo da castração, abandona esse desejo, e, na menina, mudando apenas os papéis, em que o pai seria o seu objeto de desejo. Uma não-resolução nessa fase pode ser considerada causa de grande parte das neuroses.
- **Fase de latência:** ocorre desde os 5 anos e vai até a puberdade, sendo considerada um período de relativa calma na evolução sexual. Durante a escola primária, os indivíduos têm interesses por atividades em grupo, aprendizado e socialização com pares. As crianças nessa idade preferem se relacionar com indivíduos do mesmo sexo, até mesmo rejeitando membros do sexo oposto.
- **Fase genital (13 a 20 anos):** com início na puberdade, o indivíduo desenvolve a capacidade de obter satisfação sexual com um parceiro do sexo oposto. As relações interpessoais se baseiam no prazer verdadeiro derivado da interação.

Somente quando os traços de personalidade são inflexíveis e desajustados e causam significativo grau de distúrbio funcional ou sofrimento é que se constitui um distúrbio de personalidade.

Transtorno de personalidade (TP)

É um distúrbio grave do comportamento que envolve todas as áreas de atuação da pessoa, resul-

tando em rupturas pessoal e social. Algumas teorias concordam que, ao nascer, o indivíduo já traz essa predisposição, mas os distúrbios de comportamento só serão notados no final da infância ou na adolescência.

Todos esses transtornos têm em comum alguns aspectos básicos, como:

- atitudes e condutas desarmônicas, envolvendo trabalho, família e sociedade;
- o padrão anormal de comportamento é constante, de longa duração;
- é mal adaptado ao meio;
- as manifestações sempre aparecem durante a infância ou na adolescência e continuam por toda a vida;
- resultam sempre em problemas nos desempenhos social e ocupacional.

O diagnóstico médico é preciso e difícil, mesmo porque a maioria dos indivíduos com esse transtorno não procura ajuda médica, o que dificulta ainda mais sabermos a prevalência dessa patologia na população.

Foram realizados três grupamentos:

GRUPO A: COMPORTAMENTOS DESCRITOS COMO ESTRANHOS OU EXCÊNTRICOS

Distúrbio de personalidade paranoide

Seu portador apresenta sensibilidade exagerada a qualquer momento; tende a guardar ódio, rancores, recusando-se a perdoar; sempre desconfia; distor-

ce as situações; interpreta erroneamente as ações amistosas de outros; luta pelos seus direitos pessoais; apresenta suspeita em relação a qualquer tipo de fidelidade, seja paterna, conjugal ou de amizade; autovaloriza-se excessivamente; vê em tudo uma relação misteriosa entre si; está sempre preocupado com eventos conspiratórios.

Distúrbio de personalidade esquizoide

Seus portadores são indivíduos frios e distantes emocionalmente, apresentando frieza emocional, afetividade distanciada ou embotada, poucas atividades de prazer, capacidade limitada para expressar

sentimentos calorosos ou de raiva. São indiferentes a elogios ou a críticas, com interesse sexual diminuído. Há preferência por realizar atividades solitárias, não possuindo amigos íntimos ou relacionamentos confidentes. Apresenta preocupação excessiva com fantasias e introspecção e insensibilidade marcante para com normas.

Distúrbio de personalidade esquizotípica

Esse distúrbio é classificado, na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), junto às esquizofrenias devido às similaridades dos quadros. Seus portadores apresentam afeto inapropriado e constrangido; retraimento social; crenças estranhas e pensamentos mágicos; aparência estranha ou excêntrica; não têm amigos ou pessoas confidentes; ideias paranoides; pensamento vago e estereotipados.

GRUPO B: COMPORTAMENTOS DESCRITOS COMO DRAMÁTICOS, EMOCIONAIS

Distúrbio de personalidade antissocial (CID-10: F 60.2)

É um distúrbio cujos indivíduos apresentam diferença pelos sentimentos alheios; atitude persistente de irresponsabilidade e desrespeito por normas, regras e obrigações sociais. Não há dificuldade em estabelecer relacionamentos, mas é impossível mantê-los por muito tempo. Apresentam pouca tolerância a frustrações, com baixo limiar para descarga de agressão; nunca experimentam sensações de culpa nem aprendem com experiências, mesmo sendo punidos severamente. Têm propensão a culpar os outros ou oferecer respostas plausíveis para a situação.

Distúrbio de personalidade *borderline* (CID-10: F 60.31)

É um grave transtorno mental com padrão característico de instabilidade na regulação do afeto, no controle de impulsos, nos relacionamentos interpessoais e na imagem de si mesmo. Alguns sinais e sintomas apresentados são: raiva, tristeza, vergo-

nha, pânico, terror e sentimentos crônicos de vazio e solidão. Esses pacientes mudam com grande rapidez de um estado de humor a outro, apresentando impulsividade manifestada de duas formas: atitudes autodestrutivas (automutilação, ameaças e tentativas de suicídio). Outros manifestam formas mais gerais de impulsividade, caracterizadas por abuso de drogas, desordens alimentares, participação em orgias e explosões verbais. Eles têm um profundo medo de abandono, ameaçando as pessoas com esforços excessivos para evitá-lo (ex.: relacionamentos conjugais).

Distúrbio de personalidade histriônica

Representado por pessoas dramáticas (autodramatização), teatrais, exageradas, superficiais e lábeis nos relacionamentos, sedutoras na aparência e no comportamento. Às vezes parecem estar fingindo ou interpretando um papel artificialmente e tendem a chamar a atenção para si mesmas (centro das atenções). Apresentam preocupação excessiva com a aparência e atração física, e controlam pessoas e circunstâncias para conseguirem o que querem – são manipuladoras. Carentes, elas acreditam que só serão felizes com as pessoas dando-lhes atenção a todo instante, e acham que outros só lhe darão atenção se agirem por extremos caminhos. Possuem sempre uma imensa vontade de seduzir, entretanto tendem a evitar relações afetivas autênticas, profundas e íntimas.

Distúrbio de personalidade narcisista

Seus portadores apresentam um padrão generalizado de grandiosidade, falta de empatia e hipersensibilidade à avaliação alheia. Geralmente reagem às críticas com sentimentos de raiva, vergonha ou humilhação. Exploram os sentimentos interpessoais para atingir seus objetivos. Acham-se muito importantes, exagerando em suas aquisições e talentos, sua vontade de poder, beleza e amor ideal. Esperam sempre ser tratados de modo especial devido às suas qualidades, exigindo constante atenção e admiração.

GRUPO C: COMPORTAMENTOS DESCRITOS COMO ANSIOSOS OU MEDROSOS

Distúrbio de personalidade de abstenção

Padrão de desconforto social, medo de avaliação negativa e timidez que se inicia nas primeiras etapas da idade adulta. As pessoas com **distúrbios da personalidade** de abstenção estabelecem relações com os outros apenas se acreditarem que não serão rejeitados. Estão sempre preocupadas com seus próprios defeitos. A perda e a rejeição são tão dolorosas, que preferem a solidão a se arriscar em um relacionamento.

Distúrbio de personalidade dependente

A pessoa portadora apresenta dificuldade de tomar decisões na vida, permitindo que outras pessoas o façam. Subordina suas próprias necessidades às dos outros; tem dificuldades para fazer exigências; sente-se desconfortável ou desamparada quando sozinha por medo exagerado de autocuidar-se. Para tomar uma decisão cotidiana necessita de vários conselhos.

Distúrbio de personalidade obsessivo-compulsivo

Caracteriza-se por sentimentos de dúvida e de cautela excessivos, preocupações com detalhes,

regras, ordem, organização e perfeccionismo que interferem na conclusão das tarefas, além de preocupação com detalhes irrelevantes, como trabalho, excluindo o prazer. Sempre rígido e teimoso, insiste para que todos se submetam à sua maneira de fazer as coisas.

Tratamento

Podemos ajudar o indivíduo orientando a família a como lidar com o transtorno de personalidade.

As psicoterapias são sempre indicadas e muitas vezes são o único tratamento adequado. A boa relação com o paciente é o objetivo principal em qualquer transtorno de personalidade.

Não existe uma indicação precisa para o uso de medicações. São utilizadas conforme os sinais e sintomas apresentados. Não há bons resultados no tratamento de manutenção. Primeiro porque os pacientes não se mantêm por longo tempo em tratamento e, segundo, porque não ocorrem mudanças na personalidade, apenas um controle de sintomas.

■ Atividades

As atividades referentes a esta unidade serão disponibilizadas no Portal.

* ANOTAÇÕES

AULA 3

PROCESSO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA

■ Conteúdo

- Qual é o papel da enfermeira psiquiátrica?
- Dinâmica de uma relação terapêutica
- Uso terapêutico do eu
- A janela de Johari
- Condições para o desenvolvimento de uma relação terapêutica
- Impasses terapêuticos
- Fases de uma relação terapêutica (enfermeira-cliente)
- Comunicação: é o próprio relacionamento
- Técnicas de comunicação terapêutica
- Comunicação não terapêutica
- Processo de enfermagem
- Avaliação, anamnese e exame psiquiátrico

■ Competências e habilidades

- Verificar a relevância de uma relação terapêutica enfermeiro-cliente
- Identificar o papel da enfermeira psiquiátrica
- Conceituar processo de enfermagem

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

2h-a – via satélite com professor interativo

2h-a – presenciais com professor local

4h-a – mínimo sugerido para autoestudo

Unidade Didática – Saúde Mental

INÍCIO DE CONVERSA

Olá, pessoal! Vamos iniciar mais um capítulo. Este será bem interessante, pois vamos falar das **relações terapêuticas enfermeira-cliente**. Essas relações são

orientadas por metas em consenso entre a enfermeira e o paciente e são dirigidas ao aprendizado e à promoção do crescimento, utilizando para isso o modelo de resolução de problemas. O instrumento

que iremos usar para a aplicação do processo é o uso terapêutico do eu, exigindo que a enfermeira tenha um forte sentido de consciência sobre si mesma e autocompreensão. É um grande desafio, mas com certeza facilitará a promoção de uma relação de ajuda e cuidados de enfermagem aos pacientes com transtornos mentais. Então, vamos conhecer esse processo?

Qual é o papel da enfermeira psiquiátrica?

Peplau identificou vários subpapeis no papel da enfermeira:

- **mãe adjunta:** satisfaz as necessidades básicas, como banho, alimentação, vestir-se, ajuda na excreção, disciplina;
- **técnica:** realiza com competência e eficiência técnicas de procedimentos;
- **administradora/gestora:** controla e manipula o ambiente para melhorar as condições de recuperação do cliente.
- **agente socializante:** participa de atividades sociais com o paciente;
- **instrutora de saúde:** identifica necessidades de aprendizado e fornece informações necessárias ao cliente ou seus familiares para melhorar a situação de saúde;
- **conselheira:** usa técnicas interpessoais para ajudar os clientes a aprender a se adaptar nas dificuldades da vida.

Peplau relata que o subpapel da enfermagem psiquiátrica está em trabalhar as técnicas básicas de

aconselhamento e a relação terapêutica enfermeira-paciente ou cliente.

Curiosidades:

Hildegard Peplau, enfermeira, médica e educadora, nasceu em 1º de setembro de 1909, em Reading, Pensilvânia. A teoria de enfermagem de Peplau e o processo interpessoal fundamentam-se em teorias de interação. Peplau é reconhecida mundialmente como a Mãe da Enfermagem Psiquiátrica. Seu trabalho teórico e técnico conduziu ao desenvolvimento de um campo distinto de especialização: a enfermagem psiquiátrica

Dinâmica de uma relação terapêutica

Somente quando cada indivíduo na interação percebe o outro como um ser humano é que a relação interpessoal acontece. Travelbee se refere não a uma relação enfermeira-cliente, mas sim a uma relação ser humano-ser humano, ou seja, tanto a enfermeira como o indivíduo que recebe os cuidados têm necessidades satisfeitas quando cada um vê o outro como um ser humano único, e não como uma doença, como um número no quarto, ou como todas as enfermeiras.

A relação terapêutica é orientada por metas que são decididas em conjunto (entre a enfermeira e o cliente). A meta é voltada para o aprendizado e crescimento, promovendo algum tipo de mudança na vida do paciente, podendo se basear no modelo de resolução de problemas.

Por exemplo:

Meta: o cliente vai demonstrar estratégias de ajuste mais adaptativas para lidar com uma situação vital específica.

Intervenções:

- identificar o que está perturbando o cliente neste momento;
- encorajar o cliente a discutir as alterações que gostaria de fazer;
- discutir com o cliente quais são as alterações possíveis e as não possíveis;
- debater estratégias alternativas para criar as alterações que o cliente deseja;
- ajudar o cliente a selecionar uma alternativa e encorajá-lo a realizá-la;
- ajudar o cliente a avaliar os resultados da alteração e a fazer modificações necessárias.

Fonte: Enfermagem Psiquiátrica, Townsend, 2000.

Uso terapêutico do eu

O uso do **eu** de maneira terapêutica exige que a enfermeira tenha maiores autoconsciência e autocom-

preensão de ter chegado a uma crença filosófica em relação à vida, morte e condição humana. Ela deve compreender que sua capacidade pode ajudar os outros.

A autoconsciência exige que um indivíduo reconheça e aceite aquilo a que ele dá valor e aprenda a aceitar as diferenças nos outros. O sistema de valores de um indivíduo é estabelecido bem no início da vida e geralmente é baseado nos primeiros cuidadores (pais, avós), podendo se modificar no decorrer da vida. Consiste em crenças, atitudes e valores.

Crenças: são ideias para as quais há evidências objetivas para comprovar sua veracidade. É uma tomada de posição em que se acredita até o fim (fé, conjunto de ideias sobre alguma coisa etc). Atitude que admite uma coisa verdadeira;

crenças racionais: ideias que comprovam sua veracidade. Ex.: o alcoolismo é uma doença;

crenças irracionais: ideias que o indivíduo afirma serem verdadeiras apesar das evidências contrárias. Ex.: depois da desintoxicação eu posso beber socialmente;

fé ou crenças cegas: ideias que o indivíduo considera verdadeira sem ter delas evidências. Ex.: crença em um poder superior pode ajudar a parar de beber;

esteriótipo: é o processo de usar uma impressão padronizada de um grupo de pessoas para influenciar a nossa percepção de um indivíduo em particular. Socialmente compartilhada, descreve um conceito de maneira excessiva. Ex.: todos os alcoólatras são vagabundos e sem-vergonha;

atitudes: significa uma maneira organizada e coerente de pensar, sentir e reagir em relação a grupos, questões, outros seres humanos ou, mais especificamente, a acontecimentos ocorridos em nosso meio circundante. É um ponto de referência em torno do qual o indivíduo organiza o conhecimento no tocante a seu mundo. Ex.: todos os indivíduos com problemas mentais são perigosos;

É subdividida em quatro áreas:

- Área livre ou eu aberto;
- Área cega ou eu cego;
- Área secreta ou oculto;
- Área inconsciente ou eu desconhecido

valores: são conceitos que adquirimos ao longo da vida com base nos ensinamentos que recebemos de nossos pais e da comunidade na qual estamos inseridos. Tais conceitos norteiam nossa forma de ver o mundo e de agir em sociedade, impondo limites ao nosso comportamento, uma vez que muitas vezes esses valores entram em conflito com nossos desejos e estabelecem limites para nossas ações;

valores cognitivos: “Este valor é meu. Ninguém me forçou a escolhê-lo;”

valores emocionais: “Tenho orgulho de ter este valor;”

valores comportamentais: o valor é refletido no comportamento da pessoa.

A janela de Johari

É uma ferramenta conceitual, criada por **Joseph Luft e Harrington Ingham**, em 1955, que tem como objetivo auxiliar o entendimento da comunicação interpessoal e os relacionamentos com um grupo.

Curiosidades:

A palavra *Johari* tem origem na composição dos prenomes dos seus criadores: *Jo(seph)* e *Hari(Harrington)*.

Esse conceito pode aplicar-se ao estudo da interação e das relações interpessoais em várias situações, nomeadamente entre indivíduos, grupos ou organizações. A janela de Johari é uma representação do eu e um recurso que pode ser usado para aumentar a consciência de si mesmo.



Fonte: http://2.bp.blogspot.com/_NkW0ek6P6ks/SQ27oZ3xYul/AAAAAAM/5xT30tYnAjA/s1600-h/johari+03.jpg

Eu aberto: qualidades que você sabe que tem e os outros também. É uma espécie de retrato no qual a pessoa se identifica, assim como os outros a identificam;

Eu secreto ou oculto: qualidades que você sabe que tem e os outros não; é de difícil percepção pelos demais, seja em razão do nosso propósito em escondê-la, seja pela dificuldade que apresenta para ser decodificada. É o que a pessoa realmente é, mas esconde das demais. Por exemplo, esconde as taras sexuais e os sentimentos como inveja e ciúme;

Eu cego: qualidades que você não sabe que tem, mas os outros sim. É a percepção das demais pessoas sobre você; é aquela que traduz o lado desconhecido por nós mesmos, mas de fácil percepção pelos outros. Por exemplo, a pessoa “chata” não sabe que o é, mas as outras pessoas não têm a menor dúvida disso;

Eu desconhecido: qualidades que nem você nem os outros sabem que você possui. É a mais complexa de todas, é o que está presente no subconsciente, difícil de ser analisada e percebida.

Quanto mais aberta for a nossa imagem, mais interações teremos com o meio em que vivemos. A finalidade é aumentar o quadrante que constitui o **eu aberto**. A pessoa que é aberta para si e para os outros tem a capacidade de ser espontânea e de compartilhar emoções e experiências com os outros, além de conseguir compreender melhor o comportamento pessoal dos outros em relação a si própria.

A maior consciência de si mesmo possibilita a um indivíduo interagir com outros sem conflitos, aceitar as diferenças e observar o direito de cada pessoa em relação ao respeito e à dignidade.

Condições para o desenvolvimento de uma relação terapêutica

As características adiante aumentam a obtenção de uma relação terapêutica.

Harmonia: capacidade verdadeira de importar-se com os outros. Implica sentimentos especiais por

parte tanto do cliente como da enfermeira, com base em aceitação, calor, amizade, interesses comuns, sentimento de confiança e uma atitude não crítica.

Confiança: é a base de uma relação terapêutica. Para adquirir a confiança de outra pessoa é necessário que se seja verdadeiro e sincero ao dar a assistência quando solicitada. Alguns exemplos: fornecer uma coberta quando o paciente estiver com frio; cumprir o que foi prometido; frequentar com o paciente as atividades em que ele tem dificuldades para ir sozinho; oferecer e ministrar alimento quando ele estiver com fome; considerar e ouvir suas opiniões em relação ao seu cuidado.

Respeito: é o ato de não fazer com os outros o que jamais gostaríamos que fizessem conosco. Deixar que os outros expressem suas opiniões, sem discriminações ou punições. É acreditar na dignidade e no valor da pessoa. Muitos pacientes com transtornos mentais apresentam pouco respeito próprio devido ao fato de terem sido rejeitados por outras pessoas no passado, mas, quando reconhecem que estão sendo aceitos novamente, melhoram seus sentimentos de valor pessoal e respeito de si. Alguns exemplos: chamá-lo pelo seu nome; passar um tempo conversando com ele; dar-lhe tempo para responder às perguntas; agir sempre com honestidade, mesmo sendo difícil discutir a verdade; levar em consideração as ideias e opiniões ao planejar o cuidado.

Autenticidade: capacidade da enfermeira em ser franca e honesta nas intervenções com o cliente. Isso não quer dizer que devemos revelar tudo o que estamos sentindo ou todas as vivências pessoais que possam se relacionar com o que o cliente está passando. Temos que tomar cuidado para não ultrapassar os papéis de enfermeira.

“A maior expressão de empatia é sermos compreensivos com alguém de quem não gostamos.”

Mark W. Baker

Empatia: tendência para sentir o que sentiria caso estivesse na situação e nas circunstâncias expe-

rimentadas por outra pessoa. Às vezes esse conceito é confundido com simpatia. A principal diferença é que na empatia a enfermagem percebe e compreende corretamente o que o cliente está sentindo e o encoraja a explorar esses sentimentos; já na simpatia a enfermeira compartilha efetivamente o que o paciente está sentindo e tenta aliviar a angústia. A empatia é considerada mais importante para um relacionamento terapêutico. Por intermédio dela a enfermeira pode perceber e compreender a significância dos pensamentos e sentimentos do paciente e comunicar-lhe essa percepção. Isso é feito tentando-se traduzir palavras e comportamentos em sentimentos.

Dimensões responsáveis para o relacionamento terapêutico entre enfermeiro e paciente

Dimensão

Característica

Autenticidade

Implica que o profissional é uma pessoa aberta, coerente, autêntica e acessível.

Respeito

Sugere que o paciente seja tratado como uma pessoa digna que é valorizada e aceita sem restrição.

Compreensão empática

Vê o mundo do paciente a partir da sua estrutura de referência interna, com sensibilidade para os atuais sentimentos e com a capacidade verbal de comunicar essa compreensão em linguagem acessível ao paciente.

Senso da realidade

Implica o uso de terminologia específica, em vez de abstrações, na discussão dos sentimentos, experiências e comportamentos do paciente.

Fonte: STUART, G. W; LARAIA, M. T. Enfermagem psiquiátrica. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2002.

Stuart e Laraia (2002) defendem que o profissional enfermeiro deve adquirir determinadas habilidades e qualidades para iniciar e continuar um relacionamento terapêutico, das quais fazem parte, em especial, a comunicação verbal e a não-verbal

Impasses terapêuticos

Os impasses terapêuticos (bloqueios na progressão do relacionamento) entre a enfermeira e o paciente são de três tipos principais: **resistência, transferência e contratransferência**.

São originados de uma série de motivos, porém criam, sem exceção, barreiras no relacionamento terapêutico. Entretanto o profissional deve lidar com elas o mais breve possível, visto que provocam sentimentos intensos na enfermeira e no cliente, como ansiedade, frustração, amor ou raiva intensa (Stuart e Laraia, 2002).

Resistência

É uma tentativa do **paciente de não perceber os aspectos que geram ansiedade nele próprio**, tornando-se uma relutância natural ou uma defesa. Com frequência essa resistência resulta da má vontade do paciente em mudar quando se reconhece a necessidade de mudança.

Exs.: repressão de informações pertinentes; auto-depreciação e visão negativa quanto ao futuro; busca forçada em relação à saúde, na qual o paciente experimenta súbita recuperação, mas de curta duração; comportamento teatral; inibições intelectuais, que podem evidenciar-se quando o paciente diz que não tem nada em mente ou que é incapaz de pensar sobre seus problemas; faltas ou atrasos às consultas; desatenção, silêncio ou sonolência; compreensão intelectual, na qual o paciente verbaliza autocompreensão com o uso correto da terminologia, embora continue com comportamento inadaptado; reações de transferência.

Transferência

É uma resposta inconsciente em que **o paciente experimenta sentimentos e atitudes do enfermeiro** que estavam originalmente associados a figuras significativas em sua vida. O termo refere-se a um conjunto de reações que tentam reduzir ou aliviar a ansiedade.

Essas reações de transferência só são perigosas para o processo terapêutico quando permanecem ignoradas, sendo os principais tipos as reações hostis e as dependentes.

Contratransferência

É um impasse terapêutico **criado pelo profissional**, frequentemente em resposta a uma resistência do paciente. Refere-se a uma resposta emocional específica dada pela enfermeira ao paciente, as quais não são justificadas pelos fatos reais, mas sim um conflito prévio experimentado com tópicos como autoridade, afirmação sexual e independência.

Exs.: dificuldade de criar empatia com o paciente em determinados aspectos do problema; sentir-se deprimida durante ou depois da sessão; falta de empenho em chegar no horário combinado; sonolência durante a sessão; sentimento de raiva com a falta de vontade de mudar do paciente; discussão com o paciente; envolvimento pessoal ou social com ele; fantasias sexuais ou agressivas em relação ao paciente.

Transgressão de limites

Ocorre quando o profissional sai dos limites do relacionamento terapêutico e estabelece uma relação social, comercial ou pessoal com o paciente.

Exs.: sai com o paciente para almoçar; vai a uma festa a convite dele; aceita presentes vindos do paciente. Resumindo, quando o relacionamento profissional se transforma em social.

Superação dos impasses terapêuticos

Para superar os impasses terapêuticos, o enfermeiro deve estar preparado para a exposição de sentimentos e emoções intensos dentro do relacionamento com o cliente. De início, o profissional deve reconhecer os impasses e, então, refletir e esclarecer o sentimento, enfocando da maneira mais objetiva possível o que está acontecendo. Depois, rever os objetivos do relacionamento e as áreas de necessidade e problemas do paciente. Isso fará com que crie um pacto terapêutico compatível com o processo de relacionamento entre os dois.

Fases de uma relação terapêutica (enfermeiro-cliente)



Fonte: Ministério da Saúde, 2003

De acordo com Stuart e Laraia (2002) existem quatro fases sequenciais do relacionamento entre o profissional enfermeiro e o cliente:

1. Fase de pré-interação: envolve a preparação para o primeiro encontro com o cliente. Nessa fase se obtêm os dados sobre o paciente, no seu prontuário, com entes queridos e outros membros da equipe. A partir dessas informações começa-se a fazer a avaliação inicial. Explorar seus próprios sentimentos, fantasias e medos, analisando seus pontos fortes e suas limitações profissionais. A enfermeira precisa saber como essas preocupações podem afetar sua capacidade de cuidar dos clientes.

2. Fase introdutória ou de orientação: determinar o motivo pelo qual o cliente procurou ajuda, estabelecer confiança, aceitação e comunicação franca, explorar seus pensamentos, sentimentos e ações, identificando os problemas; definir objetivos com o cliente, bem como estabelecer acordo mútuo para incluir nomes, funções, responsabilidades, expectativas, finalidade, local de encontro, condições para o término e confidencialidade.

3. Fase de trabalho: o trabalho terapêutico da relação é realizado durante esta fase. Devem-se investigar os estressores relevantes, promover o desenvolvimento da percepção da realidade pelo paciente, resolver os problemas, usar mecanismos de adequação construtivos, discutir e superar os comportamentos de resistência e avaliar continuamente o progresso no sentido de se alcançarem metas.

4. Fase de encerramento: pode ocorrer por diversas razões: as metas definidas foram alcançadas; o paciente pode ter tido alta do hospital ou, no caso de uma estudante de enfermagem, pode ter chegado o fim do seu estágio. Deve-se estabelecer a realidade da separação, rever o progresso da terapia e o alcance dos objetivos; explorar mutuamente os sentimentos de rejeição, perda, tristeza e raiva e ajudá-lo a transferir para suas interações com os outros o que aprendeu no relacionamento. A última fase necessita de cuidado especial para ser realizada, uma vez que o término do relacionamento pode ser uma experiência traumática tanto para a enfermeira quanto para o cliente. Alguns clientes podem ficar deprimidos,

outros podem reagir de maneira agressiva ou até mesmo negar ter conhecimento sobre o fim da relação. Assim, o profissional também experimentará um senso de perda, vista que investiu muito tempo, energia, pensamentos e emoções no cliente.

Comunicação: é o próprio relacionamento

A comunicação é o meio pelo qual as pessoas interagem umas com as outras. O homem utiliza a comunicação nas ações do cotidiano e é por meio dela que partilha, com os demais, suas ideias. Nessa partilha, ele está sujeito a receber aprovação e desaprovação das outras pessoas, e isso acaba por determinar sua sensação de segurança e satisfação e seu ajustamento no ambiente que o rodeia (STEFANELLI, 1993).

A comunicação estabelece um relacionamento terapêutico, porque implica a condução de informações e a troca de pensamentos e sentimentos. Ela é um meio pelo qual as pessoas influenciam o comportamento das outras, tornando possível um bom resultado da intervenção de enfermagem direcionada a promover a alteração comportamental adaptativa.

A comunicação deve ser entendida como um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que essas mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio influenciam o comportamento das pessoas e provocam mudanças no ambiente em que a comunicação é efetivada (STEFANELLI, 1993).

Para melhor desenvolvermos a comunicação é preciso conhecer os componentes desse processo, que são: **emissor ou remetente** (aquele que emite a mensagem), **receptor** (aquele que recebe a mensagem) e **mensagem** (informação ou emoção passada do emissor para receptor). O remetente é quem inicia a comunicação. A mensagem é a informação enviada, que, para ser efetiva, precisa ser clara e organizada de modo familiar ao receptor, podendo ser composta por informações verbais ou não-verbais. O receptor é a pessoa para quem a mensagem é enviada. Para a comunicação ser efetiva, a mensagem do emissor deve ser um estímulo para o receptor e este deve decodificá-la e respondê-la (POTTER; PERRY, 2002).

Podemos nos comunicar por meio de uma ação verbal ou não-verbal.

COMUNICAÇÃO VERBAL

Ocorre por intermédio das palavras, escritas ou faladas, e é essencial para o relacionamento terapêutico.

Podemos então fazer uso de algumas técnicas para auxiliar na expressão, clarificação e validação da mensagem.

- **Expressão:** permanecer em silêncio (para conseguir ouvir os outros, precisamos aprender a controlar nossos sentimentos); verbalizar aceitação (mostrar que está se preocupando e entendendo o que a pessoa diz: "posso imaginar como se sente"); ouvir reflexivamente (estimular o outro a continuar falando: "e depois?"); verbalizar interesse (usar expressões como: "que legal; muito interessante, continue..."); repetir as últimas palavras ditas pela pessoa.
- **Clarificação:** estimular comparações (ajudar o paciente a expressar, tentando entender o real significado de suas palavras: "o senhor quer dizer igual a..."); devolver as perguntas feitas ("na sua opinião...; o que o senhor acha?"); solicitar esclarecimentos de termos incomuns e de dúvidas ("o que o senhor quer dizer com 'cobra cega'?").
- **Validação:** repetir a mensagem dita ("vamos lembrar então..., só para reforçar, combinamos que..."); pedir à pessoa para repetir o que foi dito ("como foi mesmo que combinamos?").

COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL

Refere-se à transmissão de mensagem sem o uso das palavras, ocorrendo por meio de gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal e outros. Ocupa os cinco sentidos e engloba tudo o que não envolve a palavra escrita ou falada. As cinco categorias são:

Paralinguagem: trata-se de qualquer som produzido pelo aparelho fonador que não faça parte do sistema sonoro da língua usada. Os pacientes demonstram sentimentos, características da personalidade, atitudes, formas de relacionamento interpessoal e autoconceito, os quais são fornecidos por ritmo da voz, intensidade, entonação, grunhidos (ah, er, uh), ruídos vocais de hesitação, tosses provocadas por tensão, suspiro.

Cinese: linguagem do corpo, de seus movimentos, desde gestos manuais até movimentos dos membros, mexer a cabeça, expressões faciais. Ex.: levantar as sobrancelhas, bater o pé, bater palmas, roer unhas; testa enrugada, olhar cabisbaixo, rubor na face, abaixar os olhos, suar frio.

Proxêmica: é o uso que se faz do espaço, ou seja, como os indivíduos o usam e o interpretam dentro do processo de comunicação. Há dois conceitos importantes: o espaço pessoal e o territorial. O **espaço pessoal** representa o quanto nosso corpo aguenta a proximidade de alguém (bolha invisível). Esse espaço se modifica de pessoa para pessoa. **Territorialidade** é a área que o indivíduo reivindica como sua, defendendo-a de outras pessoas. Ex.: local onde o paciente coloca as suas coisas no hospital e o profissional de saúde deve pedir licença para mexer.

Existem três maneiras de invadir o território do paciente: **violação** (invasão com o olhar, fitando algo no paciente sem explicar o porquê), **invasão** (invasão do território, como, por exemplo, sentar na cama do paciente ou chegar com a bandeja de medicação e empurrar os pertences do paciente da mesa de cabeceira) e **contaminação** (invasão com coisas que nos pertencem, como, por exemplo, esquecer o termômetro no braço do paciente).

As diferenças no ambiente também geram distintas reações emocionais. Isso também acontece com a disposição das cadeiras em uma mesa.

Características físicas: são a própria forma e a aparência de um corpo. Transmitem informações como faixa etária, sexo, origens étnica e social, estado de saúde.

Tateabilidade: é tudo o que envolve a comunicação tátil, ou seja, a pressão exercida, o local onde se toca, a idade e o sexo dos comunicadores. O contato físico em si não é um acontecimento emocional, mas seus elementos sensoriais provocam alterações neurais, glandulares, musculares e mentais, as quais chamamos emoções.

Tipos de toque

- Toque instrumental: contato físico deliberado necessário para o desempenho de uma tarefa específica. Ex.: verificar temperatura, injetar medicação;
- Toque afetivo: contato espontâneo e afetivo, não necessariamente relacionado com demonstração de carinho, empatia e proximidade em relação ao paciente;
- Toque terapêutico: técnica terapêutica de imposição das mãos (campo de energia).

COMUNICAÇÃO FISIOLÓGICA: decorrente do relacionamento entre as partes do corpo e sua manifestação externa. Ex.: palidez, sudorese.

Técnicas de comunicação terapêutica

Hays e Larson identificaram várias técnicas para ajudar a enfermeira a interagir de modo mais terapêutico com seus pacientes. A seguir encontram-se alguns procedimentos técnicos executados pelos enfermeiros psiquiátricos que devem servir para estimular o desenvolvimento de uma relação terapêutica entre enfermeira e cliente.

Ouvir atentamente

Significa prestar atenção ao que o paciente está falando, tanto verbal como não verbalmente. Esse processo transmite aceitação e respeito pelo paciente. Alguns comportamentos não-verbais foram designados como habilidades facilitadoras do ouvir com atenção.

SOLER

S – sente-se bem de frente para o cliente. Transmite interesse pelo que o paciente diz.

O – observe uma postura aberta. A postura é considerada aberta quando braços e pernas permanecem descruzados, demonstrando que a enfermeira está aberta para o que o paciente vai dizer.

L – lance o corpo para diante em direção ao paciente. Isso demonstra envolvimento na interação, interesse pelo que está sendo dito e sinceridade em prestar atenção.

E – estabeleça contato ocular. Ele deve ser direto, acompanhado de sorrisos e acenos intermitentes da cabeça. Não confundir com um olhar fixo, o que pode ocasionar desconforto ao cliente. A ausência do contato ocular, ou ficar desviando constantemente o olhar do outro, transmite desinteresse.

R – relaxe, demonstre estar relaxada e à vontade com o cliente. Inquietação e agitação comunicam falta de interesse e sentimento de desconforto.

A seguir, algumas técnicas de comunicação terapêutica

Usar o silêncio: dê tempo para o cliente parar, pensar e organizar o pensamento;

Aceitar: comunica uma atitude de receptividade e consideração. Ex.: “é, eu entendo o que você diz”;

Dar reconhecimento: reconhecer indica percepção consciente, melhor do que elogiar. Ex.: “vejo que você arrumou sua cama”;

Oferecer-se: colocar-se disponível de modo incondicional. Ex.: “vou ficar com você um pouquinho”;

Fazer aberturas amplas: possibilita ao cliente ter iniciativa em introduzir o tema da conversa. Ex.: “sobre o que você gostaria de conversar hoje?”;

Oferecer dicas gerais: dá ao paciente coragem para continuar. Ex.: “continue...” e depois, o que aconteceu?”;

Situar o evento no tempo ou em sequência: esclarece a relação dos eventos com o tempo. Ex.: “isso foi antes ou depois?”; “quando isso aconteceu?”;

Fazer observações: verbaliza o que é observado ou percebido pela enfermeira. Ex.: “você parece tenso”; “vi que está andando muito de um lado a outro”;

Encorajar descrições de percepção: pedir ao cliente para verbalizar o que está sendo percebido. Essa técnica é muito usada para pacientes que apresentam alucinações. Ex.: “essas vozes que você ouve são boas ou são más?”; “o que elas dizem?”;

Encorajar comparações: pedir ao paciente para comparar semelhanças e diferenças entre ideias, vivências ou relações interpessoais. Ex.: “qual foi sua resposta da última vez que isso ocorreu?”;

Recolocar: a ideia principal do que o cliente disse é repetida. Ex.: Paciente: “Não posso pegar aquele emprego agora, e se eu não der conta dele?”. Enfermeira: “Você tem medo de fracassar de novo?”;

Refletir: perguntas e sentimentos são enviados de volta ao cliente. Essa é uma boa técnica para ser usada quando o paciente pede conselhos para a enfermeira. Ex.: Paciente: “O que você acha que devo fazer quanto ao problema da minha esposa?” Enfermeira: “O que você acha que deveria fazer?”;

Focalizar: dirigir a observação para uma única ideia ou uma mesma palavra. Ex.: “talvez você e eu possamos ver isso com mais calma”;

Explorar: aprofundar-se em um tema ou ideia. Ex.: “será que você poderia explicar essa situação com maiores detalhes?”;

Buscar esclarecimento e validação: tentar explicar o que está vago ou incompreensível e procurar a compreensão mútua, esclarecendo o significado do que foi dito. Ex.: “não estou certa de ter entendido. Você poderia me explicar novamente” ou “diga-me se eu entendi o mesmo que você...”;

Apresentar a realidade: quando o paciente tem uma percepção incorreta do ambiente, a enfermeira define a realidade ou indica-lhe sua percepção da situação. Essa técnica é muito importante para trazer o paciente para a realidade. Ex.: “vejo que as vozes parecem reais para você, mas eu não escuto voz nenhuma...”;

Expressar dúvida: expressa incerteza quanto à realidade das percepções do cliente. Muito usado com pacientes delirantes. Ex.: “não há mais ninguém na sala, a não ser você e eu”;

Verbalizar o implícito: indica palavras que o cliente só deixou implícitas ou disse indiretamente.

Tentar traduzir palavras em sentimentos: quando os sentimentos são expressos indiretamente, a enfermeira tenta compreender o que foi dito e encontrar indicações para os verdadeiros sentimentos subjacentes. Ex.: Paciente: “Estou no meio do oceano agora”. Enfermeira: “Você deve estar se sentindo muito sozinho”;

Formular um plano de ação: quando um cliente tem um plano em mente para lidar com o que é considerada uma situação estressante. Ex.: “o que você poderia fazer para botar para fora sua raiva sem maiores danos?” “Da próxima vez que isso acontecer, o que você pode fazer para lidar de modo mais apropriado?”

Fonte: TOWNSEND, M. C. Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

Comunicação não terapêutica

Comunicações não terapêuticas são barreiras à comunicação aberta entre o profissional e o paciente.

Vamos citar algumas técnicas de comunicação não terapêutica

Dar conselhos: dizer ao paciente o que ele deve fazer, indicando que a enfermeira sabe o que é melhor. Ex.: “acho que você deveria aceitar...”. O certo é: “o que você acha que deveria fazer?”;

Sondar: interrogar o paciente de modo persistente, forçando respostas de problemas que ele não quer discutir. Ex.: “conte-me como aconteceu o seu primeiro abuso sexual?”. O certo é perceber a resposta e interromper quando houver sinal de mal-estar.

Defender: tentar defender alguém. Defender alguém que o cliente criticou faz com que ele não tenha direito de expressar suas ideias e sentimentos. Defender não melhora os sentimentos do paciente;

Fazer pouco dos sentimentos expressos: julgar erroneamente o grau de desconforto do paciente. Ex.: “todo mundo fica por baixo às vezes, até eu me sinto assim...”. O certo é: “você deve estar muito preocupado ou aborrecido, diga-me o que está sentindo agora”;

Introduzir um tópico não relacionado: mudar de assunto faz a enfermeira assumir o controle da direção da discussão. Ex.: Paciente: “Não tenho nenhuma razão para viver.” Enfermeira: “Você teve visitas nesse fim de semana?” O correto é permanecer aberta e livre para ouvir o cliente, aceitar tudo o que é comunicado, tanto verbal como não verbalmente.

O processo de enfermagem

Ele é dinâmico, contínuo e consiste em seis etapas, usando-se a abordagem de resolução de problemas. As etapas são: avaliação, diagnóstico, identificação dos resultados, planejamento, implementação e evolução.

Avaliação: nesta primeira etapa são colhidas as informações com as quais se estabelece um banco de dados para determinar o melhor cuidado possível para o paciente. Essas informações devem ser obtidas de diversas fontes (paciente, familiares, amigos), observando-se o paciente no ambiente, fazendo-se revisão do prontuário, consultando-se outros membros da equipe e realizando-se o exame físico de enfermagem.

Diagnóstico: diagnósticos e problemas são postos em ordem de prioridade. Os diagnósticos mais utilizados e aceitos são da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA).

Identificação dos resultados: eles são derivados a partir do diagnóstico, devendo ser mensuráveis e estimar um tempo para serem atingidos. Devem ser realistas quanto às capacidades do cliente e são mais eficazes quando formulados juntamente ao cliente, à família e à equipe interdisciplinar.

Planejamento: a enfermeira elabora um plano de cuidados com as prescrições das intervenções para atingir os resultados esperados. O plano deve ser individualizado em relação a problemas, condição ou necessidades do paciente. Para cada diagnóstico são selecionadas as intervenções mais apropriadas, juntamente com as instruções ao paciente e os encaminhamentos necessários.

Implementação: é costume utilizar grande variedade de intervenções, que visam prevenir doenças mentais e físicas e restaurar as saúdes mental e física. O plano de cuidados serve como uma planta baixa para a realização de intervenções seguras, éticas e apropriadas.

Algumas intervenções de implementação:

Aconselhamento: usam-se as intervenções de aconselhamento para ajudar os clientes a melhorar ou recuperar suas capacidades de adaptação, promover saúde mental e prevenir a incapacidade;

Terapia do meio: proporciona e mantém um ambiente terapêutico saudável;

Atividades de autocuidado: planeja intervenções relacionadas com as atividades básicas de vida diária do cliente, estimulando-o a cuidar de si mesmo e promovendo bem-estar físico e mental;

Instruções de saúde: por meio de educação em saúde, ajuda os pacientes e familiares a obterem padrões de vida satisfatórios e saudáveis;

Psicoterapia: psicoterapia em grupo, individual ou em família, utilizando as técnicas terapêuticas para ajudar os pacientes a estimular a saúde mental, prevenir as doenças e as incapacidades, recuperando o seu estado de saúde.

Análise final ou evolução: avalia o processo do paciente no sentido de atingir os resultados esperados. A resposta do cliente ao tratamento é documentada, e os diagnósticos e o plano de cuidados, revistos.

Modalidades terapêuticas não tradicionais que o enfermeiro psiquiátrico utiliza também na sua prática diária.

Música, atividade motora, acompanhamento terapêutico e ioga.

A música pode reconstruir identidades, integrar pessoas, reduzir a ansiedade e proporcionar a construção de autoestima positiva.

A atividade motora eleva a autoestima, reduz a ociosidade e aumenta a participação do paciente psiquiátrico em outras atividades.

No acompanhamento terapêutico, a enfermeira acompanha o paciente na realidade de sua rotina diária, buscando sua reintegração às diversas situações que necessita enfrentar.

A ioga melhora a memória, reduz a tensão emocional, a depressão, a ansiedade e a irritabilidade, além de promover relaxamento e maior autodomínio.

Toda atividade deve estar integrada a um plano terapêutico global para cada usuário e fazer parte da programação diária do serviço.

Avaliação, anamnese e exame psiquiátrico

Podemos utilizar um roteiro de anamnese e exame psicológico que permitirá dirigir a entrevista sem perder a dimensão do todo a ser explorado.

Modelo de anamnese psiquiátrica

1. Identificação.
2. Queixa principal.
3. História da moléstia atual.
4. Antecedentes – história médica e psiquiátrica.
5. Antecedentes – história pessoal:
 - história pré-natal/nascimento;
 - infância – desenvolvimento;
 - adolescência;
 - idade adulta.
6. Antecedentes – história familiar.
7. Personalidade pré-mórbida.
8. Exame físico.
9. Exame psiquiátrico:
 - apresentação;
 - linguagem e pensamento;
 - senso de percepção;
 - afetividade e humor;
 - atenção e concentração;
 - memória;
 - orientação;
 - consciência;
 - capacidade intelectual;
 - juízo crítico da realidade.

Exame psiquiátrico**Apresentação**

Aparência: quanto à idade, peculiaridades físicas, modo de se vestir, cuidados pessoais, asseio e excentricidade.

Psicomotricidade: atividade motora, envolvendo velocidade e intensidade; agitação (hiperatividade); retardo (hipoatividade); tremores; acatisia; estereotipias; maneirismo; tiques; catatonia; obediência automática; negativismo; estupor; catalepsia. Na **estereotipia**, o indivíduo costuma repetir continuamente e sem necessidade determinados movimentos, sem que haja uma lógica facilmente observável. Já os **tiques** são movimentos rápidos e involuntários, também repetitivos. E a **catalepsia** é uma atitude de imobilidade, tal como se fosse uma estátua, mantida pela pessoa inclusive com posturas aparentemente incômodas.

Situação da entrevista: descrever as condições em que ocorreu a entrevista: o local, a presença de outras pessoas, as intercorrências eventuais.

Linguagem e pensamento

Característica da fala: observar se a fala é espontânea, se ocorrem **mutismo** (o indivíduo mantém-se mudo, sendo comum em estados depressivos e de esquizofrenia catatônica), **logorreia** (é a fala acelerada e compulsiva), **gagueira** (a repetição de sílabas, com dificuldade para dar início e prosseguimento à fala), **ecolalia** (há repetição, como em eco, das últimas palavras proferidas).

Pensamento é o processo pelo qual associamos e combinamos os conhecimentos que já adquirimos no mundo e chegamos a uma conclusão ou a uma nova ideia. Inicia-se com uma sensação (visão, olfato, paladar, audição e tato) e conclui-se com o raciocínio, que é caracterizado pela associação de ideias.

Podem ser classificadas de acordo com a direção ou com o conteúdo do pensamento.

Alterações da direção do pensamento

Na **inibição do pensamento**, este se apresenta lentificado, pouco produtivo, com pobreza de temas. O indivíduo costuma falar em voz baixa e fica “ruminando” sempre as mesmas ideias. É uma alteração típica dos quadros depressivos.

Ao contrário da alteração anterior, na **fuga de ideias** o indivíduo tem um aporte tão grande de ideias, que não consegue concluí-las. Em geral possui boa fluência verbal e grande dificuldade de interromper o fluxo do seu pensamento, que é contínuo. O indivíduo “emenda” um assunto no outro de tal maneira que torna difícil sua compreensão. Bastante típico dos quadros maníacos. Quando o indivíduo constrói sentenças corretas, muitas vezes até rebuscadas, mas sem um sentido compreensível, fazendo associações estranhas, tem-se a alteração de **desagregação do pensamento**, que é típica da esquizofrenia. Um bom exemplo é a seguinte frase: “se você não gostava de jaca porque roubou minha bicicleta?”

Alterações do conteúdo do pensamento

As **ideias supervalorizadas** e **obsessivas** apresentam-se como ideias que assumem papel central no pensamento do indivíduo, o qual mantém um discurso circular, retornando a elas por mais que se tente diversificar o assunto.

Já as **ideias delirantes** são as que não correspondem à realidade, mas que para o indivíduo são a mais pura verdade.

Senso de percepção

Senso de percepção é a capacidade que desenvolvemos de formar uma síntese de todas as sensações e percepções que temos a cada momento e com ela organizarmos uma ideia do nosso próprio corpo e de tudo o que está à nossa volta. Para isso fazemos uso de todos os nossos órgãos dos sentidos.

As **alucinações** são sensações ou percepções em que o objeto não existe, mas que é extremamente real para o paciente, e ele não pode controlá-las, pois independem de sua vontade. Assim, numa alucinação auditiva, o paciente não dirá “parece que ouço vozes”, e sim “as vozes voltaram e estão me dizendo para não escutar o que você diz”. As alucinações podem ser auditivas, visuais, gustativas, olfativas, táteis, sinestésicas e das relações e funções corporais.

Nas **ilusões**, ao contrário das alucinações, o objeto percebido existe, mas sua percepção é falseada, deformada. O paciente pode, por exemplo, estar convencido de que o teto está baixando e que poderá esmagá-lo.

Afetividade e humor

Muito resumidamente, podemos dizer que **afetividade** constitui-se na capacidade de experimentar sentimentos e emoções. Entre suas alterações podemos citar a **labilidade afetiva**, em que ocorre mudança dos estados afetivos sem causa externa aparente.

Tristeza patológica: a pessoa encontra-se em profundo abatimento e baixa autoestima, geralmente acompanhados de tendência para o isolamento, choro fácil, inibição psicomotora, sendo característica da depressão;

Alegria patológica: o paciente mostra-se eufórico, agitado, com elevada autoestima, verborreia e grande desinibição, característica de episódios de mania.

Atenção e concentração

Atenção é quando se focalizam seletivamente algumas partes da realidade. Para que aconteça, é necessário que o indivíduo esteja em estado de alerta (desperto).

Como alterações mais comuns podemos citar dificuldade de concentração ou **inatenção** e mudança constante de focos de atenção ou **distração**, que podem acontecer nos casos em que se está sob efeito do sono ou de alguma droga, sem que isso se configure uma alteração duradoura.

Orientação é a capacidade de integrar informações a respeito de dados que nos localizem, principalmente, no tempo e no espaço (dados que dependem também de memória, atenção e percepção).

Como alterações podemos citar a **desorientação**, em que o paciente é incapaz de relacionar os dados a fim de perceber onde e em que época se encontra, e a **dupla orientação**, na qual o indivíduo oscila entre uma orientação adequada e uma inadequada, misturando os dados, como um paciente que sabe que mudou de século, mas continua afirmando estar em 1959.

Memória

Por **memória** podemos entender todas as lembranças existentes na consciência. Suas alterações podem ser quantitativas ou qualitativas.

Hipermnésia é alteração em que há clareza excessiva de alguns dados da memória.

Amnésia é a impossibilidade de recordar total ou parcialmente fatos ocorridos antes do início do transtorno. A amnésia pode ainda se dar como uma defesa, suprimindo da memória fatos muito carregados afetivamente (amnésia afetiva).

Paramnésia são distorções dos dados da memória. Pode ocorrer um falseamento na recordação de determinados fatos (paramnésia da recordação), ou ainda, ao lançar mão dos dados da memória para reconhecer alguém, alguma coisa ou lugar (paramnésia de reconhecimento).

Orientação

Autopsíquica: relativa ao próprio indivíduo, ou seja, à capacidade de fornecer dados de sua identificação, saber quem é, seu nome, idade, nacionalidade, profissão, estado civil etc.

Alopsíquica: relacionada com o tempo e o espaço, ou seja, com a capacidade de estabelecer infor-

mações corretas acerca do lugar onde se encontra, tempo em que vive, dia da semana, do mês etc.

Consciência

A **consciência** é que faz de nós mesmos seres psíquicos vinculados à realidade. É por meio dela que nos damos conta de nossas sensações, percepções, de nosso ser. Sua alteração apresenta várias formas.

O **delírio** é uma alteração transitória na qual o paciente não consegue reter, fixar e evocar informações e a atividade mental organizada é reduzida. O ciclo sono-vigília geralmente é desorganizado, pois tende a oscilar durante o dia e ser mais marcante à noite, isto é, a pessoa dorme e logo após acorda em crise de delírio.

Despersonalização e desrealização acontecem quando o indivíduo não se reconhece nem o que o rodeia, perdendo a sensação de familiaridade, deixando de reconhecer a própria identidade.

Durante as **alterações da consciência corporal** o indivíduo não reconhece partes do próprio corpo.

Nos **estados crepusculares**, o paciente pode aparentar estar em pleno domínio de sua consciência, mas há um estreitamento da mesma. É como se ele estivesse totalmente voltado “para dentro”. Mostra-se psiquicamente ausente, age “no automático” e sem objetivos claramente definidos. Muito comum em pessoas com epilepsia em momentos que antecedem a crise ou depois dela.

Obnubilação ocorre quando o indivíduo não consegue ter uma percepção globalizada das situações, havendo geralmente considerável diminuição no padrão de sensopercepção, pouquíssimo entendimento das impressões sensoriais e lentidão da compreensão. Normalmente a pessoa mostra-se confusa.

Na **confusão**, a pessoa não fala nem pensa “coisa com coisa”, não consegue integrar coerentemente o que está vivendo, e a ligação que faz entre o que vê, ouve, fala, sente e pensa ocorre de forma muito estranha.

Já no **estupor** o indivíduo entra em um estado de profunda alteração sensorial, no qual praticamente não se consegue estimulá-lo, a não ser mediante estímulos muito potentes.

O **coma** é a falta total de consciência.

A **hipervigília** caracteriza-se por aumento do estado de vigília.

Capacidade intelectual

Prejuízo intelectual: para avaliar o prejuízo intelectual, devem-se observar e executar:

perguntas que avaliam as informações sobre assuntos ou temas gerais (por exemplo: quem é o presidente da República?);

resolução de problemas aritméticos (por exemplo, quanto receber de troco em uma situação de compra e venda);

leitura de textos escritos comentando sua compreensão.

Deterioração: deve-se estar atento à presença de uma deterioração global, com prejuízo do funcionamento intelectual.

Juízo crítico da realidade

Considera-se que o juízo crítico da realidade está alterado, por exemplo, quando as decisões do paciente são determinadas por delírios ou alucinações.

■ Atividades

As atividades referentes a esta unidade serão disponibilizadas no Portal.

* ANOTAÇÕES

AULA 4

TRANSTORNOS MENTAIS EM IDOSOS E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

■ Conteúdo

- Idoso: demência, demência de Alzheimer, demência vascular, mal de Parkinson, depressão, cuidados de enfermagem, alguns diagnósticos de enfermagem relacionados com o paciente idoso
- Drogas: drogas psicoativas, pacientes com transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas e assistência de enfermagem

■ Competências e habilidades

- Compreender as principais psicopatologias relacionadas com os idosos
- Compreender os principais transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas e conhecer seus efeitos, modo de uso e dependência

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2h-a – via satélite com professor interativo
- 4h-a – presenciais de aula prática com professor local
- 2h-a – presenciais com professor local
- 4h-a – mínimo sugerido para autoestudo

INÍCIO DE CONVERSA

Oi pessoal! As evidências da necessidade de ações em saúde mental voltadas ao atendimento do idoso levaram à configuração de uma subespecialidade, a psiquiatria geriátrica, uma nova área de atuação que ainda não se encontra inteiramente mapeada, o que dificulta ao profissional de saúde mental a seleção de recursos

cientificamente estabelecidos. Vamos falar agora sobre algumas psicopatologias dessa fase da vida.

Demência

É um comprometimento cognitivo geralmente progressivo e irreversível. As funções mentais anteriormente adquiridas são gradualmente perdidas.

Com o aumento da idade a demência torna-se mais frequente. Acomete 5% a 15% das pessoas com mais de 65 anos e aumenta para 20% naquelas com mais de 80 anos. Recente estudo mostrou que, no Brasil, a incidência de demência em idosos residentes na comunidade alcança a taxa de 13,8 por 1.000 habitantes/ano, sendo que para doença de Alzheimer (DA) o índice é de 7,79.

Os fatores de risco conhecidos para a demência são: idade avançada, história de demência na família e sexo feminino.

Os sintomas incluem alterações na memória, na linguagem e na capacidade de orientar-se. Há perturbações comportamentais como agitação, inquietação, andar a esmo, raiva, violência, gritos, desinibição sexual e social, impulsividade, alterações do sono, pensamento ilógico e alucinações.

As demências são classificadas em vários tipos, de acordo com o quadro clínico. Entretanto as mais comuns são as do tipo Alzheimer e vascular.

Demência de Alzheimer

É um transtorno progressivo que mata lentamente as células nervosas do cérebro. Foi identificado pela primeira vez em 1907 pelo clínico alemão Alois Alzheimer. Aproximadamente um em cada 20 idosos com 65 anos ou mais de idade é acometido pela doença. Quanto mais avançada a idade, maiores as chances de surgir a demência. Um estudo mostrou que 47% dos idosos com mais de 85 anos de idade sofrem de demência de Alzheimer.

Mais frequente em mulheres que em homens, é caracterizada por início gradual e pelo declínio progressivo das funções cognitivas. A memória é a função cognitiva mais afetada, mas a linguagem e a noção de orientação do indivíduo também são afetadas. Inicialmente, a pessoa pode apresentar incapacidade para aprender e evocar novas informações.

No princípio, as pessoas que sofrem de demência de Alzheimer desenvolvem mudanças quase imperceptíveis da personalidade e perda de memória para os fatos recentes. Elas se cansam, aborrecem-se e ficam ansiosas com mais facilidade. O padrão

de perda da memória é diferente daquele que todos têm como simples esquecimento. Normalmente esquecemos o que se passou há muito tempo e lembramos mais os fatos recentes. Na demência de Alzheimer segue-se o padrão inverso: esquece-se primeiro o que se aprendeu por último. Assim, os pacientes com Alzheimer lembram-se da infância, dos próprios pais, do casamento ou fatos semelhantes. Isso dá a falsa impressão aos familiares de que a memória do paciente está boa. À medida que a doença progride, a pessoa vai esquecendo até mesmo os fatos mais antigos, deixando de reconhecer o cônjuge e os filhos, por exemplo; este seria um estágio já bem avançado.

A dificuldade da memória seria basicamente a de apreender fatos novos. Os trajetos costumam ser um bom parâmetro de acompanhamento da doença: inicialmente os pacientes conseguem seguir caminhos familiares, mas perdem-se em caminhos para lugares desconhecidos.

Outra manifestação dos estágios moderados é a repetição da mesma pergunta várias vezes. Se a doença se aprofunda, o paciente passa a se perder mesmo nos locais familiares. Não é raro ver pacientes que se perdem dentro da própria casa, não conseguindo chegar a um determinado cômodo. Nos estágios iniciais, tentam encobrir as falhas com desculpas ou com histórias inexistentes. É comum também o surgimento de depressão: isso confunde mais ainda o quadro, que pode não ter sido devidamente diagnosticado. A depressão pode e deve ser tratada, pois a recuperação do estado de ânimo leva a um melhor desempenho da memória. Já na perda pela demência, a memória perdida não é recuperável.

Além da memória, a demência leva à deterioração da capacidade de raciocínio e julgamento e ao descontrole dos impulsos e da conduta. Aos poucos a capacidade de ler e de executar as tarefas habituais vai se perdendo. No fim a pessoa não consegue nem mesmo realizar sua higiene pessoal, atividades motoras básicas como desabotoar uma camisa ou andar sozinho.

O sono pode se alterar e o paciente ficar andando pela casa à noite, sem objetivo. Desorientação quanto a tempo e espaço pode surgir. Com isso o paciente confunde-se quanto à época em que está, passa a não distinguir o real do imaginário e a ter ideias de perseguição ou mesmo alucinações visuais.

As emoções podem ficar perturbadas com manifestações inapropriadas e desconexas, chorando ou rindo sem motivo. Agitação, ansiedade, ideia de que estão lhe roubando ou escondendo as coisas também podem aparecer. Aos poucos o paciente perde completamente o contato com a realidade.

Contudo nem sempre a demência de Alzheimer progride a esse ponto. Muitos casos estacionam, ficando o paciente com apenas perda parcial das funções. Nem todos os pacientes chegam ao estágio mais profundo da doença.

Demência vascular

É o segundo tipo mais comum de demência. Apresenta as mesmas características da demência tipo Alzheimer, mas com início abrupto e curso gradualmente deteriorante. Pode ser prevenida pela redução de fatores de risco como hipertensão, diabetes, tabagismo e arritmias.

Devido ao progressivo grau de dependência, pacientes com demência senil apresentam risco de institucionalização de duas a 10 vezes maior do que outros idosos. Entre 40% e 90% de dementados isolados apresentam períodos de depressão, psicose, agressividade ou delírio. Torna-se, assim, comum a prescrição de psicofármacos, com as reações adversas e complicações inerentes ao seu uso.

Mal de Parkinson

A degeneração dos neurônios geradores de dopamina (neurotransmissores que afetam o comportamento e o movimento) desencadeia o mal de Parkinson. Entre as causas estão a diminuição dos neurônios dopaminérgicos, as infecções e a predisposição genética. Sintomas como tremor assimétrico no repouso, bradicinesia e rigidez, instabilidade postural, distúrbios do andar, de-

mência e tremor no sono estão presentes no quadro patológico e seu tratamento medicamentoso deve priorizar a doença, e não os sintomas que poderão acarretar significativos efeitos adversos, as doses devem ser baixas, com evolução progressiva para o indivíduo apresentar sensibilidade, se presente.



Depressão

Entre os principais distúrbios mentais no idoso está a depressão. Seu diagnóstico é baseado em características clínicas que evidenciam alterações do humor e que levam o indivíduo a vivenciar alterações qualitativas de suas funções afetivas, cognitivas e intelectuais (NUNES, 2000).

A depressão é uma manifestação frequente de alterações psíquicas nas idades pré-senil e senil, independentemente da melancolia que possa ser habitual do idoso.

A frequência da depressão em idosos é significativamente maior do que em outras faixas etárias. Verifica-se atualmente um aumento de sua gravidade e frequência entre idosos e uma relação direta entre doença física e depressão.

Quadros depressivos no idoso podem se apresentar acompanhados de **distúrbios cognitivos na ausência de disfunção neurológica**. Tal fato dificulta sobremaneira o diagnóstico diferencial ante os transtornos mentais orgânicos em seus estágios iniciais, especialmente a demência do tipo Alzheimer.

O idoso raramente se queixa de tristeza ou disforia. Em vez disso, tende a **apontar distúrbios de memória ou de concentração, apatia, desinteresse ou problemas físicos**.

Nenhuma teoria consegue ainda explicar satisfatoriamente a gênese da depressão no idoso. Sabe-se, porém, que a soma de diversos fatores biológicos e psicossociais resulta no grupo heterogêneo de transtornos depressivos encontrado (STOPPE, 1996).

Fatores genéticos têm pouca relação com a depressão no idoso. Estudos nessa área revelam que a depressão que se manifesta pela primeira vez apenas na idade avançada difere, em termos genéticos, da depressão precoce.

Com o envelhecimento, processam-se diversas alterações nos neurotransmissores cerebrais.

Têm sido feitas pesquisas sobre fatores psicossociais associados ao envelhecimento e à depressão. São diversos os eventos psicossociais que ocorrem ao longo da vida e que podem ser relacionados com a depressão em qualquer faixa etária. Esses eventos afetam os indivíduos diferentemente, dependendo de fatores específicos como idade, personalidade, história de vida e tipo de evento.

A incidência de sintomas depressivos é particularmente significativa em pessoas de 65 anos ou mais, sendo que mais de três quartos delas não são tratadas ou recebem tratamento inadequado. Episódios de depressão mais pronunciada ocorrendo pela primeira vez na velhice são comuns, mas frequentemente permanecem sem tratamento por meses ou anos (STOPPE J. R.; LOUZÃ NETO, 1996).

O quadro depressivo em idosos apresenta particularidades que dificultam seu reconhecimento. Os idosos não procuram inicialmente o psiquiatra, e altas porcentagens de transtornos de humor deixam de ser reconhecidas por profissionais da saúde (STOPPE J. R.; LOUZÃ NETO, 1996).

O medo do processo da morte, o sofrimento por dores constantes, a solidão e o fato de não estar em controle da própria vida são fatores que frequentemente levam à busca de suicídio como solução.

A depressão em idosos integrados na comunidade tem incidência aproximada de 2%, e a internação eleva essa incidência para 20% a 25%. No primeiro ano de internação em um lar de idosos,

cerca de 13% a 18% dos internos desenvolvem depressão grave. Se incluídas as depressões menores, os índices dispararam a até 11% a 25% na comunidade, 40% nas unidades médicas de pacientes com doenças agudas e 30% a 35% em lares de idosos.

Cuidados de enfermagem

Os idosos tendem a procurar tratamento com menos frequência que os jovens. Assim, os profissionais da saúde devem estar capacitados para reconhecer o quadro, tratar e apoiá-los. Muitas vezes a enfermeira é a pessoa mais próxima do idoso, cabendo-lhe esse papel, integrando seu trabalho com o da equipe multidisciplinar, fornecendo uma conduta holística para o cuidado.

Os cuidados de enfermagem em relação ao idoso visam restabelecer e manter o estado funcional do paciente, propondo atividades para que o mesmo perceba seu potencial e adquira sua independência, apesar de suas limitações física, social e psicológica.

Alguns diagnósticos de enfermagem relacionados com o paciente idoso

Risco de trauma relacionado com dirigir depois de consumir bebidas alcoólicas ou outras drogas, redução da sensação de temperatura e tátil, dificuldades de equilíbrio, fraqueza.

Mobilidade física prejudicada caracterizada por uso de medicamentos, relacionada com movimentos não coordenados, tempo de reação diminuído, lentidão de movimentos.

Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais, caracterizada por fraqueza dos músculos necessários à deglutição ou à mastigação, tônus muscular enfraquecido relacionado com incapacidade para ingerir ou digerir comida ou absorver nutrientes causada por fatores biológicos, psicológicos.

Retenção urinária caracterizada por incontinência por transbordamento relacionado com alta pressão uretral causada por fraqueza do detrusor.

Percepção sensorial perturbada caracterizada por distorções auditivas, mudança na resposta usual aos estímulos associada a percepção sensorial alterada.

Isolamento social caracterizado por ausência de pessoas significativas que deem apoio e incapacidade de atender as expectativas de outros relacionada com alteração no estado mental, fatores que contribuem para a ausência de relacionamentos pessoais satisfatórios (lentidão).

Medo caracterizado por produtividade, capacidade de aprendizagem e de resolução de problemas diminuída, autosssegurança diminuída associada a separação do sistema de apoio em situação potencialmente estressante (hospitalização).

Risco de violência direcionada a si mesmo relacionado com estado emocional, saúde física, idade superior a 45 anos, estado civil (viúvo).

Pacientes com transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas e assistência de enfermagem

Oi, pessoal! Vamos discutir também neste capítulo sobre as manifestações físicas, comportamentais e as consequências pessoais e sociais em relação ao uso das drogas; sobre os cuidados de enfermagem em casos de abuso, dependência, intoxicação e abstinência dessas substâncias.

O uso de substância psicoativa tem estado presente na história da existência do homem, e os transtornos mentais induzidos por esse uso definem os padrões de comportamento relacionados com a busca, a ingestão e o abuso de tais substâncias.

Um dos problemas mais frequentes é que algumas das drogas que alteram o humor são bastante aceitas e consumidas pela sociedade. Podemos citar, por exemplo, o álcool, a cafeína e a nicotina. Algumas substâncias ajudam a celebrar datas festivas e rituais, a selar compromissos, a completar refeições nos fins de semana, alegrar festas, cultos sagrados e profanos, para alívio das dores, “criar um clima”, sendo elementos da vida cotidiana de muita gente. Mas se a bebida traz momentos bons e alegria, não é novidade para ninguém que pode trazer muito sofrimento também.

As drogas no Brasil têm as suas classificações:

Drogas lícitas: são as liberadas, como álcool, cafeína, nicotina, inalantes, drogas com prescrição médica usadas para fins medicinais, como anfetaminas, anorexígenos, barbitúricos, tranquilizantes, alguns derivados do ópio (como a codeína, que é um antitussígeno de ação central e analgésico narcótico, e a meperidina, que é um analgésico narcótico);

Drogas ilícitas: são aquelas que têm seu uso proibido, como ópio (e seus derivados, como a heroína), maconha, haxixe, dietilamida do ácido lisérgico (LSD), cocaína e seus derivados, como o *crack* e a pasta base.



O aumento do fenômeno do consumo de drogas nos grandes centros urbanos brasileiros acaba trazendo para a sociedade e as famílias o medo, a insegurança e a sensação de impotência diante de seus jovens que vivenciam tal situação. Nas comunidades de baixa renda, a falta de condições para subsistência transforma o envolvimento com o tráfico de drogas uma fonte de renda.

Pode-se observar que o atual consumo de drogas vem de encontro à crise social econômica na qual estamos imersos. Em momentos de crise e desestruturação social, o espaço para a droga se torna maior. Uma sociedade como a que vivemos, cada vez mais competitiva, consumista e individualista, favorece o consumo de drogas, e esse uso não está relacionado com uma classe social ou determinada faixa de idade, tendo um caráter cada vez mais generalizado.

Estudo realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) entre adolescentes de 10 capitais brasileiras indica que

a adolescência é uma fase em que o indivíduo está mais suscetível ao consumo de substâncias, ocorrendo com frequência sua experimentação.

Para alguns adolescentes, isso fará parte de seu processo de desenvolvimento e se interromperá com a maturidade. Outros, infelizmente, desenvolverão o uso abusivo, resultando em transtornos muitas vezes irreparáveis para suas vidas.

Drogas psicotrópicas

O conceito de drogas refere-se ao campo da farmacologia, tendo variáveis que não são concernentes com este trabalho. O termo apresentado aqui é usado apenas para classificar as substâncias psicoativas que, quando absorvidas pelo organismo, por diferentes vias (oral, endovenosa, inalada etc.), resultam em alteração do sistema nervoso central (SNC) do indivíduo.

Essas alterações provocam mudanças no estado de consciência e no senso de percepção do usuário, uma vez que essas substâncias podem atuar como depressoras, estimulantes ou perturbadoras do SNC.

São também conhecidas como psicofármacos, drogas psicoativas ou psicometamórficos, isto é, drogas que produzem uma metamorfose, uma mudança psíquica.

No que se diz respeito ao **uso e abuso** de drogas, é necessário esclarecer que há diferença quanto ao significado de cada uma delas. **O termo usar drogas quer dizer consumir algum tipo de substância psicoativa de forma casual.** Já o **abuso de drogas refere-se ao consumo em excesso de qualquer substância psicoativa que resulta em danos físicos e/ou sociais para o indivíduo.**

As drogas psicotrópicas podem ser classificadas em três grupos, de acordo com a atividade que exercem em nosso cérebro:

depressores da atividade do SNC: álcool; soníferos ou hipnóticos; barbitúricos; ansiolíticos (diazepam, lorazepam); opiáceos ou narcóticos (aliviam a dor: morfina, heroína); inalantes ou solventes (cola de sapateiro, tintas, solventes etc.);

estimulantes da atividade do SNC: anorexígenos (diminuem a fome: anfetaminas); cocaína e derivados (*crack*, pasta base);

perturbadores da atividade do SNC: de origem vegetal – mescalina (cacto mexicano); tetraidrocannabinol (THC) (da maconha); psilocibina (cogumelos); lírio (trombeteira, zabumba ou saia-branca); origem sintética – LSD; *ecstasy*, anticolinérgicos; lança-perfume (cloreto de etila).

Vamos falar um pouco sobre alguns deles!!



Fonte: Drogas: Cartilha *Mudando comportamentos*, 2007.

Álcool

Em geral refere-se ao etanol ou álcool etílico, produto obtido a partir da destilação de alguns grãos fermentados (cevada, milho). Em nosso meio sua principal fonte de obtenção é o sumo da cana-de-açúcar (garapa) fermentado. É extraído também a partir da madeira (álcool metílico ou metanol), sen-

do esse impróprio para consumo por ser altamente tóxico.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o álcool é a droga psicoativa mais utilizada em todo o mundo. A prevalência de alcoolismo parece ser marcadamente afetada por fatores sociais e culturais. Há complexas variações no pa-

drão de uso conforme a classe social, a cultura, o país etc. O alcoolismo é, de longe, a mais frequente das toxicomanias, sendo que a OMS estima que sua prevalência esteja em torno de 13% da população, o que realmente é alarmante. No Brasil, existem aproximadamente 18 milhões de alcoolistas. O nosso país é o maior produtor e consumidor de bebidas destiladas (13 litros por pessoa ao ano), e o alcoolismo é o diagnóstico mais frequente nas internações psiquiátricas, atingindo três homens para cada mulher.

Os alcoolistas apresentam um funcionamento social ou ocupacional comprometido por fatores como violência enquanto intoxicado, faltas ao trabalho, perda de emprego, dificuldades legais, acidentes de trabalho e de trânsito, discussões com a família ou amigos por causa do uso excessivo do álcool.

Curiosidades

O **alcoolismo** é o conjunto de problemas ou diagnósticos relacionados com o consumo excessivo e prolongado do álcool; é entendido como o vício de ingestão excessiva e regular de bebidas alcoólicas, e todas as consequências decorrentes. Dentro do alcoolismo existem a dependência, a abstinência, o abuso (uso excessivo, porém não continuado), a intoxicação por álcool (embriaguez); as síndromes amnésica (perdas restritas de memória), demencial, alucinatória, delirante e de humor, os distúrbios de ansiedade, sexuais, do sono e inespecíficos e, por fim, o *delirium tremens*, que pode ser fatal.

A família, por sua vez, aprende padrões de comportamento disfuncionais que são levados até a vida adulta. Esses padrões foram designados como **co-dependência**.

As pessoas codependentes sacrificam suas próprias necessidades para atender as dos outros e obter um sentimento de confiança e responsabilidade que garanta a possibilidade de uma vida sem o uso da substância psicoativa.

Curiosidades

Os codependentes químicos são seres humanos visivelmente afetados pela convivência com um ou mais dependentes químicos, tendo enorme dificuldade em pedir e aceitar ajuda.

O Al-Anon é uma associação paralela, mas independente do Alcoólicos Anônimos (AA), que oferece apoio aos familiares e filhos dos dependentes (Al-Ateen). Essas instituições foram criadas porque a família torna-se codependente do álcool e precisa tratar da neurose que adquiriu na convivência com a pessoa que bebe.

Sites: <http://www.al-anon.org.br>

<http://www.alcoolicosanonimos.org.br>

Os alcoolistas consultam algum profissional de saúde apenas quando são forçados devido a sintomas de intoxicação ou físicos.

Fases de dependência do álcool

Fase pré-alcoólica: a pessoa começa a se afastar dos padrões. O uso ainda é sintomático, para diminuir a ansiedade, tensão ou depressão.

Fase prodrômica: caracterizada por comportamento orgânico maior. Podem aparecer episódios de amnésia. Pode durar de seis meses a cinco anos.

Fase crucial: ocorre a perda do controle. Aparecem também a síndrome de abstinência e outros sintomas. Os problemas de família são graves.

Fase crônica: a pessoa permanece embriagada durante todo o dia. Começam a aparecer as complicações psicóticas. Não existe controle da quantidade. Pode ocorrer síndrome de demência.

Na avaliação individual do paciente, além de se diagnosticar a dependência ou o uso nocivo, é necessário que se pesquise o seu padrão de consumo de bebida para que se possa estabelecer o nível de gravidade de uso.

Para essa medida utiliza-se o conceito de unidade de álcool, que equivale a 10 g a 12 g de álcool puro. Ao se multiplicar a quantidade de bebida por sua concentração alcoólica, obtêm-se as unidades de álcool equivalentes. Embora seja uma questão con-

troversa, os índices de consumo de 21 unidades ao longo da semana, para o homem, e de 14 unidades, para as mulheres são considerados de baixo risco de desenvolver problemas.

Fórmula:

$$\frac{\text{teor alcoólico} \times \text{volume}}{100} = \text{g de álcool}$$

10 g de álcool = 1 unidade alcoólica (padrão)

Ex.: conteúdo médio de álcool nas principais bebidas consumidas

1 lata de cerveja: 350 ml
 1 copo de chope: 300 ml
 5% = 17 g de álcool
 5% = 15 g de álcool
 1,5 unidade
 1 taça de vinho: 90 ml
 12% = 10 g de álcool
 1 unidade
 1 garrafa de vinho: 750 ml
 12% = 80 g de álcool
 8 unidades
 1 dose de destilado
 (uísque, pinga, vodca etc.): 50 ml
 40-50% = 20-25 g de álcool
 2-2,5 unidades
 1 garrafa de destilado: 750 ml
 40-50% = 300-370 g de álcool
 30-37 unidades

Sabendo agora como as unidades alcoólicas são calculadas, confira adiante a tabela do consumo de álcool e riscos à saúde de acordo com as unidades consumidas:

Mulheres	Homens	RISCO
< 14 unidades/semana	< 21 unidades/semana	Baixo
15-35 unidades/semana	22-50 unidades/semana	Médio
Acima de 36 unidades/semana	Acima de 51 unidades/semana	Alto

Referência em “drinques” ou “doses”

1 drink ou dose
 (12 g de etanol)
 =

1 latinha de cerveja de 350 ml
 1 taça pequena de vinho de 140 ml
 1 dose de Martini ou Vermute de 50 ml
 1 dose de pinga, ou vodca ou uísque de 37 ml

Fonte: http://www.prdu.unicamp.br/vivamais/dependencia_alcool.html.

Décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10): F10 – Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool

F 10.0 – Intoxicação aguda: estado consequente ao uso de uma substância psicoativa, com perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento, com efeitos farmacológicos agudos da substância consumida, que desaparecem com o tempo, com cura completa, salvo nos casos em que surjam outras complicações. Sinais de intoxicação: fala pastosa, ataxia, prejuízo na atenção e na memória, labilidade do humor, desinibição, agressividade, irritabilidade, brigas, outros.

F 10.1 – Uso nocivo: modo de consumo de uma substância psicoativa prejudicial à saúde. As complicações podem ser físicas (hepatite) ou psíquicas (depressão secundária devido ao consumo de álcool).

F 10.2 – Síndrome de dependência: fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem depois de repetido consumo de uma substância psicoativa, associado ao desejo poderoso de usar, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas.

F 10.3 – Estado de abstinência: conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras e cuja gravidade é variável. Ocorre quando de uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância psicoativa consumida de modo prolongado. A síndrome de abstinência pode se complicar pela ocorrência de convulsões. Sinais comuns: mão, língua e pálpebras com tremores, náuseas, vômitos, mal-estar, fraqueza, hiperatividade autonômica (ansiedade, taquicardia, hipertensão, arritmias, aumento do tônus muscular e tremores, náuseas e vômitos), humor deprimido, insônia, irritabilidade, hipotensão ortostática e convulsões.

F 10.4 – Estado de abstinência com delirium: igual à síndrome de abstinência, mas com ocorrência de *delirium*. Esse estado pode igualmente comportar convulsões. Quando fatores orgânicos também estão considerados na sua etiologia, a afecção deve ser classificada em *delirium tremens* (rebaixamento do nível de consciência; alucinações visuais, geralmente com bichos rasteiros, e auditivas, ocorrendo geralmente uma semana depois da redução do uso do álcool; crise convulsiva, febre alta, impulsos autoagressivos, risco de morte).

F 10.5 – Transtorno psicótico: conjunto de fenômenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente depois do consumo de uma substância psicoativa. O estado se caracteriza por presença de alucinações, distorção de percepções e ideias, perturbações psicomotoras e afetos anormais, podendo ir de um medo intenso ao êxtase.

Síndrome amnésica alcoólica (síndrome de Wernicke-Korsakoff): a desnutrição típica do alcoolista pode levá-lo a um quadro de deficiência vitamínica, principalmente de tiamina, o que pode levá-lo a uma encefalopatia alcoólica (**Wernicke**). É caracterizada por ataxia, oftalmoplegia, nistagmo e rebaixamento do nível de consciência, podendo evoluir para um transtorno amnésico (**Korsakoff**), apresentando criações de histórias fantasiosas, com grave distúrbio de memória.

Tranquilizantes ou ansiolíticos (benzodiazepínicos)

Existem medicamentos que têm a propriedade de atuar quase exclusivamente sobre a ansiedade e a tensão. Essas drogas já foram chamadas de **tranquilizantes**, por tranquilizar a pessoa estressada, tensa e ansiosa. Atualmente prefere-se designar esses tipos de medicamentos pelo nome de **ansiolíticos**, ou seja, que “destroem” a ansiedade. De fato, esse é o principal efeito terapêutico desses medicamentos: diminuir ou abolir a ansiedade das pessoas, sem afetar em demasia as funções psíquicas e motoras.

Os **benzodiazepínicos** estão entre os mais utilizados no mundo todo, inclusive no Brasil. Para se ter ideia, atualmente existe mais de cem remédios em nosso país à base dessas substâncias. Eles têm nomes químicos que terminam geralmente pelo sufixo **pam**. Exemplos: **diazepam**, **bromazepam**, **clobazam**, **clorazepam**, **estazolam**, **flurazepam**, **flunitrazepam**, **lorazepam**, **nitrazepam** etc.

Todos os benzodiazepínicos são capazes de estimular os mecanismos do cérebro que normalmente combatem estados de tensão e ansiedade. Como consequência dessa ação, os ansiolíticos produzem uma depressão da atividade do nosso cérebro que se caracteriza por diminuição de ansiedade, indução de sono, relaxamento muscular e redução do estado de alerta.

Calmantes e sedativos (barbitúricos)

Sedativo é o nome que se dá ao medicamento capaz de diminuir a atividade do cérebro, principalmente quando esse está em estado de excitação acima do normal. O termo sedativo é sinônimo de **calmante** ou **sedante**.

Quando um sedativo é capaz de diminuir a dor, recebe o nome de **analgésico**, e quando afasta a insônia, produzindo o sono, é chamado de **hipnótico** ou **sonífero**. Quando um calmante tem o poder de atuar mais sobre estados exagerados de ansiedade, é denominado de **ansiolítico**. Finalmente, existem

algumas dessas drogas que possuem a competência de acalmar o cérebro hiperexcitado dos epiléticos. São as drogas **antiepiléticas**, capazes de prevenir as convulsões nesses doentes.

Maconha

A maconha é extraída da planta *Cannabis sativa*, sendo seu princípio ativo o delta-9-tetraidrocanabinol (THC), que contém 61 canabinoides (uma classe de compostos contendo 21 átomos de carbono) e cerca de 360 constituintes naturais como terpenos, alcoóis, ácidos, esteroides, fenóis, açúcares etc. Podem ser retiradas da planta outras drogas como o haxixe e o óleo de haxixe.

O THC é o responsável pelos efeitos psíquicos causados em quem fuma a maconha. Sua concentração pode variar entre 1% e 10% para 0,3 g e 1 g, sendo que são absorvidos pelo usuário 50% de THC existente em cada cigarro fumado. Quando fumada, seu pico varia de 10 a 30 minutos, podendo durar de 2 a 4 horas. Age como depressora do SNC, é perturbadora do cérebro e faz com que o cérebro funcione fora do seu padrão normal.

Relatos históricos mostram que o uso da maconha pela humanidade é antigo, sendo que na China há registros datados de 2723 a.C. e 4.700 anos.

A maconha pode ser usada na forma de cigarros (mais comum) enrolados artesanalmente, sem nenhum cuidado; fumada como cachimbo turco, conhecida como “maricas” (é um cachimbo de argila com longo canudo de bambu que atravessa uma pequena cabaça ou garrafa com água por onde passa o jato de fumaça antes de ser inalada), misturada na comida ou em forma de chá, sendo necessária duas a três vezes mais quantidade da droga para fazer o mesmo efeito quando fumada.

O uso da maconha está muitas vezes relacionado com amizade, ansiedade, baixa qualidade de vida, curiosidade, depressão, facilidade ao seu acesso, falta de informação sobre seus efeitos, personalidade vulnerável, problemas sociais, qualidade do relacionamento com os pais, separação dos pais, não residir com os pais, tédio, transgressão, traumas na infância, raiva, violência doméstica, vontade de fazer parte de um grupo social etc.

Os sinais e sintomas da droga são: olhos meio avermelhados, boca seca, taquicardia. Podem ser:

agradáveis: como bem-estar, calma, relaxamento, diminuição da fadiga, hilaridade;

desagradáveis: como angústia, atordoamento, sensação de perda do controle da cabeça, tremor, sudorese, coordenação motora diminuída, perda da noção de tempo e espaço, prejuízo na memória e atenção.

*“Quem não tem colírio usa
óculos escuros...”*

Raul Seixas



Dependendo da sensibilidade e da quantidade de droga usada, a pessoa pode ter alucinações e delírios.

O uso da maconha a longo prazo traz sérios danos à saúde, como, por exemplo, no sistema respiratório, que apresenta laringite, bronquite, tosse, rouquidão, lesões e câncer no pulmão. No sistema cardiovascular ocorrem taquicardia e hipotensão ortostática. Quanto à atividade sexual, há relação com a intensificação da relação sexual. No sistema reprodutivo pode haver diminuição da testosterona

e anormalidades de contagem, motilidade e morfologia dos espermatozoides; na mulher, incapacidade de ovular, dificuldade na amamentação e aumento do risco de aborto espontâneo. No SNC podem ocorrer diminuição da capacidade de aprendizado e memorização e desmotivação (CEBRID, 2005).

Indivíduos que não fazem uso diário de maconha podem apresentar ansiedade e pânico.

Quando a pessoa para de usar a droga, pode passar pela **síndrome de abstinência**, que começa de 4 a 8 horas após a interrupção e desaparece no

terceiro dia sem uso. Os sintomas causados pela síndrome de abstinência variam conforme a pessoa, a quantidade, a frequência e a duração do uso, podendo ocorrer irritação, ansiedade, alterações no sono, anorexia, salivação, dor de estômago, depressão, inquietação, tremor, sudorese, náusea, vômitos e diarreia.

Cocaína

A cocaína é um alcaloide derivado da *Erythroxylum coca*, encontrada em abundância no Altiplano Andino (Peru, Colômbia e Bolívia). O principal efeito da cocaína é o bloqueio da recaptação de catecolaminas, principalmente dopamina. Seus efeitos são curtos, mais breves que os da anfetamina, geralmente de 30 a 60 minutos. A cocaína é um estimulante poderoso que causa diminuição da fadiga, da fome e da sensibilidade à dor e paranoia. Como é estimulante, inicialmente melhora o desempenho físico na execução de tarefas que requerem força e velocidade, diminui o cansaço e a necessidade de sono, mas causa delírios persecutórios. Em doses elevadas, produz intensas ansiedade e irritabilidade, podendo levar a um comportamento psicótico.

A cocaína causa muita dependência e lesões cerebrais. Pode corroer as mucosas nasais, levando a perfuração do septo nasal, estreitamento do campo da consciência, alteração da percepção e do reflexo, alucinações e ideias delirantes de cunho persecutório, podendo ocorrer crises convulsivas.

À medida que os efeitos da droga desaparecem, surgem cansaço, tristeza e irritação. A intoxicação não exige tratamento específico, já que é de curta duração. A abstinência tem evolução benigna, mas a síndrome depressiva pode se agravar.

A cocaína, nos diferentes graus de pureza, pode ser ingerida pelas vias oral, nasal (inalada, método mais frequente de uso), subcutânea ou intravenosa (injetada), ou, ainda, pode ser fumada, como ocorre com o *crack* ou com a pasta base.

Formas da cocaína:

sal: o **cloridrato de cocaína**, o “pó”, “farinha”, “neve” ou “branquinha”, que é solúvel em água e serve para ser aspirado (“cafungado”) ou dissolvido em água para uso intravenoso (“pelos canos”, “baque”);

crack (pedra): é pouco solúvel em água, mas se volatiliza quando aquecido e, portanto, é fumado em “cachimbos”. Muito popular na cidade de São Paulo;

merla (pasta, mela, mel ou melado): um produto ainda sem refino e muito contaminado com as substâncias utilizadas na extração, é preparada de forma diferente do *crack*, mas também é fumada. Popular na cidade de Brasília;

pasta de coca: é um produto grosseiro obtido das primeiras fases de extração de cocaína, das folhas da planta, quando essas são tratadas com álcali, solvente como querosene ou gasolina, e ácido sulfúrico. Essa pasta contém muitas impurezas tóxicas e é fumada em cigarros chamados “basukos”.

Curiosidades:

Por apresentar aspecto de “pedra”, no caso do *crack*, e “pasta”, no caso da merla, não podendo ser transformado em pó fino, tanto um como a outra não podem ser aspirados, como a cocaína em pó (“farinha”). E, por não serem solúveis em água, também não podem ser injetados. Por outro lado, para passar do estado sólido ao de vapor quando aquecido, o *crack* necessita de uma temperatura relativamente baixa (95°C), o mesmo ocorrendo com a merla, ao passo que o “pó” necessita de 195°C. Por esse motivo o *crack* e a merla podem ser fumados e o “pó”, não.

Crack

É resultante da mistura de cocaína, bicarbonato de sódio ou amônia e água destilada, dando origem a grãos que são fumados em cachimbos. O surgimento do *crack* se deu no início da década de 1980. Seu consumo é maior que o da cocaína, pois é mais barato e seus efeitos duram menos. Por ser estimulante, ocasiona dependência física e, posteriormente, a morte. Devido à sua ação sobre o SNC, o *crack* gera aceleração dos batimentos cardíacos, aumento da pressão arterial, dilatação das pupilas, suor intenso, tremores, excitação, maior aptidão física e mental. Os efeitos psicológicos são euforia, sensação de poder e aumento da autoestima. A dependência se constitui em pouco tempo no organismo.

Curiosidades:

A palavra *crack* vem do som que a pedra de cristal faz quando é aquecida no cachimbo. Esse som é causado pelo bicarbonato de sódio.

Pasta base (merla)

É obtida pelo processo da pasta de coca com diversos reagentes químicos como: ácido sulfúrico, gasolina, querosene, água de bateria, inseticida etc. Os usuários ficam emagrecidos, com aparência física doentia, feridas pelo corpo e debilitados física e emocionalmente, tiques nervosos e sua higiene é precária, sendo facilmente reconhecidos.

Os principais efeitos experimentados após o uso da merla são: taquicardia, dormência maxilar, dilatação da pupila, ressecamento dos lábios, excitação motora, contração muscular, insônia, ansiedade, alteração da percepção do tempo e do espaço, alucinações visuais, auditivas e olfativas, ideias persecutórias e medos.

Todos os efeitos provocados no cérebro pela cocaína também ocorrem com o *crack* e a merla. Porém a via de uso dessas duas formas (via pulmonar) faz toda a diferença em relação ao “pó”, já que o pulmão é um órgão intensamente vascularizado, levando à absorção instantânea. Com isso eles encurtam o caminho para chegar ao cérebro, surgindo os efeitos da cocaína muito mais rápido do que por outras vias. Em 10 a 15 segundos, os primeiros efeitos já ocorrem, enquanto os efeitos após cheirar o “pó” surgem após 10 a 15 minutos, e, após a injeção, em 3 a 5 minutos. Isso faz do *crack* uma droga “poderosa”, já que o prazer acontece quase instantaneamente após uma “pipada” (fumada no cachimbo), levando a grande sensação de prazer, intensa euforia e poder.

Entretanto a duração dos efeitos do *crack* é muito pequena. Em média, em torno de 5 minutos, enquanto, após injetar ou cheirar, é de 20 a 45 minutos. Essa certa duração dos efeitos faz com que o usuário volte a utilizar a droga por essa via com mais frequência que as outras vias, levando-o à dependência muito mais rapidamente e a um investimento monetário muito maior.

A essa compulsão para utilizar a droga repetidamente dá-se o nome popular de “**fissura**”, que é uma vontade incontrollável de sentir os efeitos de “prazer” que a droga provoca.

A tendência do usuário é aumentar a dose da droga na tentativa de sentir efeitos mais intensos,

como os sentidos na primeira vez. Mas essas quantidades maiores acabam por induzir comportamento **violento, irritabilidade, tremores e atitudes bizarras devido ao aparecimento de paranoia (popular “noia”)**. Esse efeito provoca um grande medo nos craqueiros, que passam a vigiar o local onde usam a droga e a ter grande desconfiança uns dos outros, o que acaba levando-os a situações extremas de agressividade. É bem comum apresentarem alucinações e delírios. A esse conjunto de sintomas dá-se o nome de “**psicose cocaínica**”. Além dos sintomas descritos, eles também perdem de forma muito marcante o interesse sexual.

Assim, o *crack* e a merla podem produzir aumento das pupilas (midríase), dor no peito, contrações musculares, convulsões e até coma. A pressão arterial pode se elevar e o coração pode bater muito mais rapidamente (taquicardia), chegando a produzir parada cardíaca por fibrilação ventricular.

Opiáceos

O ópio é obtido da papoula e dele derivam cerca de 20 alcaloides diferentes. O mais conhecido é a **morfina**. Podem ser sintetizadas a **heroína, a codeína (encontrado em xaropes) e a hidromorfina**.

Atualmente, a heroína é o opiáceo mais abusado. Em geral, seu uso se inicia no final da adolescência ou no início da vida adulta. A proporção é de três dependentes do sexo masculino para um do sexo feminino. O uso intravenoso está associado a riscos de complicações como **hepatite B e AIDS**.

O uso dos opiáceos resulta em alterações comportamentais mal adaptativas, como euforia inicial seguida por apatia, disforia, retardo psicomotor, comprometimento do julgamento e funcionamento social. Ocorrem sonolência, analgesia, fala arrastada, comprometimento da atenção e da memória e contração pupilar. Podem, também, ocorrer boca seca, rubor facial e coceira nasal. Existem no cérebro receptores opioides originalmente aptos para trabalhar com as endorfinas e as encefalinas, que, quando recebem os opioides exógenos, exercem seus efeitos de modo exagerado.

A morfina é um depressor respiratório e, em casos de dose supraclínica, pode resultar em parada cardiorrespiratória e morte.

Ocorre tolerância aos efeitos dos opióides, com exceção do efeito depressor respiratório. A síndrome de abstinência se caracteriza por desejo irreversível de utilizá-los, ansiedade, insônia, anorexia, agitação, febre, bocejos, sudorese, rinorreia, piloereção, náuseas, vômitos, dores musculares, hipertensão, taquicardia, cólicas abdominais, convulsões do tipo grande mal e morte.

Anfetaminas (bolinhas, rebites)

As anfetaminas são drogas estimulantes da atividade do SNC, isto é, fazem o cérebro trabalhar mais depressa, deixando as pessoas mais “acesas”, com perda de apetite, sentindo-se cheias de energia, falando mais rápido, ligadas, com menos sono (insônia), “elétricas”.

São chamadas de “rebite” entre os motoristas que precisam dirigir durante várias horas seguidas sem descanso, a fim de cumprir prazos predeterminados ou “bola” por estudantes que passam noites inteiras estudando, ou por pessoas que costumam fazer regimes de emagrecimento sem acompanhamento médico.

Sob a designação geral de anfetaminas, existem três categorias de drogas sintéticas que diferem entre si do ponto de vista químico. As anfetaminas propriamente ditas são a destroanfetamina e a metanfetamina.

A anfetamina é absorvida por via oral e apresenta rápido início de ação. Uma dose de 5 mg produz sensação de bem-estar, melhora no desempenho de tarefas mentais e físicas, diminuição de cansaço, indução da anorexia e elevação do limiar da dor. Esses efeitos explicam seu uso terapêutico no transtorno de hiperatividade por déficit de atenção, na narcolepsia, na obesidade, na depressão e como potencializador de antidepressivos e analgésicos.

Os **sinais e sintomas físicos** por seu uso incluem: ondas de calor, palidez, cianose, febre, cefaleia, taquicardia, midríase, pressão sanguínea acentuada elevada, náuseas, parestesias, vômitos, bruxismo,

dificuldade respiratória, tremor, ataxia e perda das capacidades sensoriais. Em casos de **intoxicação**, além desses sintomas podem ocorrer acidente vascular encefálico (AVE), convulsões, tetania, parada cardíaca e morte.

Os **efeitos psicológicos** incluem: inquietação, disforia, logorreia, insônia, irritabilidade, hostilidade, ansiedade, pânico, ideação paranoide e alucinações visuais (psicose anfetamínica). A tolerância se desenvolve rapidamente e alguns pacientes acabam utilizando doses enormes. Os **sintomas de abstinência** são: ansiedade, tremores, humor depressivo, letargia, fadiga, pesadelos, cefaleia, sudorese excessiva, câimbras musculares, cólicas abdominais e fome insaciável.

Ao contrário do que os médicos pensavam quando se começou a utilizar a anfetamina, a droga não causa dependência física, mas psicológica, podendo chegar a tal ponto que o abandono de seu uso torna-se praticamente impossível.

LSD (dietilamida do ácido lisérgico)

Os alucinógenos formam um grupo heterogêneo e mal definido. São exemplos a psilocibina (substância de algumas espécies de cogumelos), a mescalina, a fenilciclidina e a dietilamida do ácido lisérgico (LSD).

O LSD, como é conhecido, é a mais poderosa droga conhecida: menos de 30 g são suficientes para produzir mais de 300 mil doses. Doses vendidas ilegalmente costumam ter de 50 a 400 mcg, produzindo efeitos por um período variável entre 8 e 12 horas. *Overdoses* de LSD podem acontecer mais facilmente do que com outras drogas, já que é difícil medir quantidades tão minúsculas.

Os alucinógenos produzem efeitos simpaticomiméticos, como tremores, taquicardia, hipertensão, sudorese excessiva, visão turva e midríase. A tolerância se desenvolve rapidamente após três ou quatro dias de uso. Um rápido período de abstinência (três a cinco dias) é suficiente para o retorno dos efeitos anteriores.

O LSD, alucinógeno padrão, produz **alterações na percepção, no humor e no pensamento. As percepções tornam-se brilhantes e intensas, as cores e texturas parecem mais ricas, os contornos, mais vívidos, e a música, profunda e emocionante.**

A experiência, que varia muito de uma pessoa para outra, pode induzir a sinestesia, um estado de cruzamento dos sentidos no qual o usuário “**vê a música e “ouve” as cores.** A percepção espacial também é alterada e as cores têm sua intensidade realçada; imagens caleidoscópicas e tridimensionais flutuam no vazio. O sentido de tempo se desfaz, e passado, presente e futuro parecem não ter fronteiras.

Solventes voláteis

A categoria das drogas inalantes abrange diversas substâncias, sendo três as principais: **tolueno, éter e clorofórmio.**

O tolueno é o ingrediente ativo da cola de sapateiro, cola de aeromodelismo, fluido de isqueiro, tinta, gasolina, desodorante, *spray* para cabelo, limpador de móveis e vidro, esmalte de unhas etc. A inalação dos vapores liberados por esses produtos provoca efeitos similares aos do álcool, assim como alucinações em casos de doses exageradas.

Jovens, principalmente de classe baixa, utilizam solventes voláteis porque são legais, de fácil acesso e baratos. A intoxicação surge em 5 minutos e dura de 15 a 30 minutos. Após breve efeito de **desinibição**, produz **depressão do SNC, com excitação, sensação de flutuar, tontura, fala arrastada, ataxia, sensação de poder aumentada. Ocorrem apatia, funcionamento social e ocupacional diminuído, prejuízo no julgamento, atos impulsivos e agressivos e amnésia para o período de intoxicação.**

A *overdose* é caracterizada por náuseas, vômitos, fadiga, fraqueza muscular, dores estomacais, tremores, sentimentos de medo, solidão e culpa, paralisia dos nervos cranianos e periféricos, delírio, perda de consciência e até coma.

Lança-perfume

“...Lança-Perfume!
Lança-Perfume!...Lança menina
Lança todo esse perfume.
Desbaratina
Não dá pra ficar imune...”
Lança-Perfume – Rita Lee

O líquido é uma droga manufaturada com solventes químicos à base de cloreto de etila e

acondicionado sob pressão em ampolas de vidro. Devido à combinação do gás com o perfume, ao ser liberado, forma um fino jato com efeito congelante. O líquido, em contato com o ar, evapora rapidamente.

A versão caseira, chamada de “**loló**”, é feita com uma combinação de éter (25%), clorofórmio (45%), álcool de cereais e/ou acetona (25%) e essência perfumada (chiclete Babbaloo®, Halls® [5%]).

Os efeitos do lança-perfume podem variar conforme a quantidade **inalada** pelo usuário. Ele age no SNC e causa desde um pequeno zumbido até fortes alucinações. Inicia 5 a 10 segundos após a inalação da droga e dura de 30 segundos até 10 minutos.

O lança-perfume acelera a frequência cardíaca, que pode alcançar 180 batimentos por minuto, provoca euforia e excitação, sensação de estar voando, formigamento em extremidades e face, forte barulho no ouvido, sensação de felicidade, vontade de rir, alucinações. Após o efeito da droga, seguem-se náuseas, depressão, dores de cabeça e mal-estar. No dia seguinte, ou algumas horas depois, podem surgir dores no estômago e uma sensação semelhante a uma ressaca. Se inalado em grande quantidade, há forte tendência de o usuário cuspir placas de sangue; se misturado à bebida, pode causar coma profundo; se chegar ao ponto de desmaiar, haverá sonhos alucinantes e, ao acordar, não existirá nenhuma recordação e o indivíduo ficará “lesado” por um tempo.

Aparentemente inofensiva devido ao seu odor, essa droga destrói as células do cérebro e pode levar o usuário a ter desmaios ou, em casos extremos, à morte por parada cardíaca.

Ecstasy

Droga sintética que resulta da mistura de anfetaminas com um alucinógeno. Age sobre o SNC aumentando as concentrações de serotonina e dopamina (neuro-hormônios cerebrais responsáveis pela regulação bioquímica do humor). Ao término do efeito, provoca grande depressão. A sua ingestão de forma indiscriminada pode ser fatal devido ao alto grau da elevação da temperatura do corpo.

O *ecstasy* produz aumento do estado de alerta, maior interesse sexual, sensação de estar com grande capacidade física e mental, atraso das sensações de sono e fadiga. Muitos usuários sentem também euforia, bem-estar, aguçamento sensorio-perceptivo, aumento da sociabilização e extroversão, aumento da sensação de estar próximo às pessoas (no sentido de intimidade) e da tolerabilidade.

Os efeitos de longo prazo são desagradáveis e prejuízos são observados com o uso. As altas concentrações de serotonina na fenda sináptica provocadas pelo *ecstasy* causam lesões celulares irreversíveis. Os neurônios não se regeneram e quando são lesadas suas funções só se recuperam se outros neurônios compensarem a função perdida. Quando isso não é possível a função é definitivamente perdida.

Tabaco

O **tabaco** é uma planta cujo nome científico é *Nicotiana tabacum*, da qual é extraída uma substância chamada **nicotina**. Hoje, o fumo é responsável por uma atividade econômica que envolve milhões de dólares. Apesar dos males que o hábito de fumar provoca, a nicotina é uma das drogas mais consumidas no mundo.

Quando o fumante dá uma tragada, a nicotina é absorvida pelos pulmões, chegando ao cérebro aproximadamente em 9 segundos.

Os principais efeitos da nicotina no SNC consistem em elevação leve no humor (estimulação) e diminuição do apetite. A nicotina é considerada um estimulante leve, apesar de um grande número de fumantes relatar sensação de relaxamento quando fuma. Essa sensação é provocada pela diminuição do tônus muscular.

Essa substância, quando usada ao longo do tempo, pode provocar **tolerância**, ou seja, a pessoa tende a consumir um número cada vez maior de cigar-

ros para sentir os mesmos efeitos que, originalmente, eram produzidos por doses menores.

Alguns fumantes, quando suspendem repentinamente o consumo de cigarros, podem sentir **fissura** (desejo incontrolável de fumar), irritabilidade, agitação, prisão de ventre, dificuldade de concentração, sudorese, tontura, insônia e dor de cabeça.

Os fumantes não são os únicos expostos à fumaça do cigarro, pois os não fumantes também são agredidos por ela, tornando-se **fumantes passivos**. Os poluentes do cigarro dispersam-se pelo ambiente, fazendo com que os não fumantes próximos ou distantes dos fumantes inalem também as substâncias tóxicas.

Estudos comprovam que filhos de pais fumantes apresentam incidência três vezes maior de infecções respiratórias (bronquite, pneumonia, sinusite) do que filhos de pais não fumantes.

Anticolinérgicos

Tanto o chá da planta trombeteira (saia-branca) como os medicamentos Artane®, Akineton® e Bentyll® foram capazes de produzir dilatação das pupilas (midríase) e alterações mentais do tipo percepção sem objetivo (ver ratos, índios e estrelas quando esses não existiam), isto é, alucinações.

O que existe em comum entre a planta trombeteira ou lírio e o medicamento Artane® são duas substâncias (atropina e/ou escopolamina) sintetizadas pela planta e o princípio ativo (trixafenidil) do medicamento, que produzem um efeito no organismo que a medicina chama de anticolinérgico. E sabe-se que todas as drogas anticolinérgicas são capazes de, em doses elevadas, além dos efeitos no corpo, alterar as funções psíquicas.

Os efeitos são bastante intensos, podendo demorar de dois a três dias. Apesar disso, o uso de medicamentos anticolinérgicos (com controle médico) é muito útil no tratamento de várias doenças como Parkinson, diarreia etc.



Fonte: Drogas: Cartilha "Mudando comportamentos", 2007.

Família

A família é muito importante na problemática do abuso de drogas. Na verdade, as grandes mudanças sofridas pela família nas últimas décadas são consideradas, por vários especialistas, um dos fatores fundamentais do abuso de drogas pelos jovens. Nos dias atuais, os problemas do envolvimento dos adolescentes e as drogas têm preocupado os educadores, a sociedade, mas, principalmente, os pais. Um dos fortes fatores que podem influenciar o adolescente a partir a um caminho pernicioso e destrutível é, na maioria das vezes, resultados de convivência entre pais e filhos, ou seja, violência familiar, pais separados, etc.

Dependência de drogas

Este distúrbio pode ser observado por um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicando perda do controle sobre o uso da droga e um uso continuado, apesar de problemas significativos associados à droga.

Quando essa condição se manifesta, a administração repetida da droga torna-se necessária para impedir o aparecimento dos efeitos desagradáveis

característicos da síndrome da abstinência associada a essa droga em particular.

O desenvolvimento da dependência física é promovido pelo fenômeno da tolerância, que é definida com a necessidade de doses cada vez maiores ou frequentes de uma droga para obterem-se os efeitos desejados produzidos por uma dose originalmente menor (TOWSEND, 2002).

Segundo Townsend (2002), existem alguns critérios da quarta revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) para dependência de drogas; pelo menos três das características a seguir têm de estar presentes para um diagnóstico de dependência:

evidências de tolerância, conforme definido por qualquer dos seguintes sintomas:

necessidade de um aumento acentuado na quantidade da droga para que se obtenha a intoxicação ou efeitos desejados;

diminuição acentuada no efeito do uso continuado da mesma quantidade da droga;

evidências de sintomas de abstinência manifestados por quaisquer dos seguintes sintomas:

síndrome de abstinência característica da droga;

a mesma droga (ou uma droga estreitamente relacionada) é tomada para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência;

a droga é frequentemente tomada em quantidade maior ou por um período mais longo do que se pretendia inicialmente;

há um desejo persistente ou esforços ineficazes no sentido de controlar ou reduzir o uso da droga;

importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas devido ao uso de drogas;

o uso da droga é continuado apesar de o indivíduo estar ciente de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, que pode ter sido causado ou exacerbado pela droga.

Dependência psíquica se refere a um impulso incontrolável de usar a droga para experimentar prazer, a satisfação que ela produz. Diz-se também que a dependência psíquica se manifesta por desejo pelo produto em questão. Para que a droga leve a um estado de dependência psíquica, é preciso que ela tenha propriedades toxicômanas, ou seja, propriedades capazes de influenciar o SNC no sentido do prazer ou da euforia, e que essas propriedades sejam reconhecidas pelo indivíduo.

A ENFERMAGEM E OS USUÁRIOS DE DROGAS

Entre os profissionais da saúde, os enfermeiros são os que têm maior contato com os usuários de droga e possuem grande potencial para reconhecer os problemas relacionados com o uso de drogas e desenvolver planos assistenciais.

Mas o tipo de abordagem diante dessas questões pode comprometer as suas ações. Na área de enfermagem têm sido produzidos estudos enfocando a

prevalência do consumo de drogas em diferentes grupos sociais, representação social do usuário de drogas, metodologias assistenciais e qualificação do profissional para atuar no campo da drogadição. A dificuldade que a questão da droga significa é igual à importância do conhecimento necessário para uma atuação eficaz nesse campo.

O enfermeiro deve agir terapêuticamente quando se deparar com um usuário de drogas. Ele deve ser sempre, e acima de tudo, aliado do cliente.

Cuidar em enfermagem é, antes de tudo, encontrar-se com uma pessoa muitas vezes percebida somente como paciente portador de um determinado diagnóstico. Nessa forma de perceber, o outro é reduzido a sintomas ou síndrome, pouco restando da pessoa. Encontrar-se com o outro é encontrar-se com uma história, com uma trajetória, com sonhos, desejos, crenças e descrenças, valores, saberes e expectativas. Reconhecer o outro como sujeito é uma imposição àqueles que desejam exercer sua profissão na assistência ao usuário de drogas. A atitude não julgadora passa a ser um requisito fundamental prestado às pessoas usuárias de drogas, e, porque não dizer, a todas as pessoas no cotidiano de nossas vidas.

Segundo Spricigo e Alencastre (2004, p. 9), a importância do autoconhecimento do enfermeiro, buscando identificar suas próprias crenças, valores e preconceitos em relação ao uso de drogas e aos usuários, adquire destacada relevância, pois esses podem estar pouco evidentes, passando despercebidos para o enfermeiro, mas que se manifestam pelo comportamento ou abordagens inadequadas no momento do cuidado ou orientação dos usuários de drogas e seus acompanhantes.

Na luta contra as drogas o enfermeiro deve adquirir conhecimentos específicos sobre elas. Esse saber inclui informações teóricas e técnicas sobre tratamento e reabilitação do usuário, apoio e dinâmica familiar, como também o contexto social desse grupo onde ele está inserido, suas expectativas, as características da personalidade do indivíduo, para dessa maneira fazer a diferença como profissional de saúde.

A abordagem sobre o abuso de drogas não deve ter o mero intuito de apontar culpados; ao contrário, devem ser buscados meios mútuos e cooperação entre escolas, família, polícia, estudantes, comunidades e todas as áreas da ciência da saúde, com o objetivo de diminuir a oferta e a demanda.

Diagnósticos de enfermagem

Ansiedade caracterizada, observação atenta e vigilância, agitação, pouco contato visual, ansiedade relacionada com exposição a toxinas, conflito inconsciente quanto a valores e objetivos essenciais da vida, crises de maturidade, abuso de substância.

Negação ineficaz caracterizada por recusa de assistência à saúde em detrimento da mesma, não percepção da relevância pessoal de perigos, incapacidade de admitir o impacto da doença no padrão de vida associado a um ego fraco e insuficientemente desenvolvidos.

Risco de infecção relacionado com conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos, exposição ambiental a patógenos aumentada.

Risco de baixa autoestima situacional relacionado com distúrbio da imagem corporal, comportamento inconsistente em relação aos valores.

Conhecimento deficiente caracterizando comportamento impróprio relacionado com interpretação errônea de informação, falta de interesse em aprender.

Risco de violência direcionada a si mesmo relacionado com a saúde mental (abuso de drogas, alcoolismo).

Risco de lesão associado ao uso de química (drogas, álcool, cafeína, nicotina).

■ Atividades

As atividades referentes a esta unidade serão disponibilizadas no Portal.

* ANOTAÇÕES

AULA 5

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA, TRANSTORNOS ESQUIZOFRÊNICOS E DELIRANTES

■ Conteúdo

- Esquizofrenia
- Transtornos delirantes
- Processo de enfermagem
- Tratamento

■ Competências e habilidades

- Compreender os principais tipos de esquizofrenia e a sistematização da assistência de enfermagem aos pacientes com esquizofrenia
- Transtornos esquizofrênicos e delirantes

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2h-a – via satélite com professor interativo
- 2h-a – presenciais com professor local
- 4h-a – mínimo sugerido para autoestudo

“Enquanto você se esforça pra ser
Um sujeito normal, e fazer tudo igual
Eu do meu lado, aprendendo a ser louco, maluco
total, na loucura real
Controlando a minha maluquez
Misturada com minha lucidez...”

(Maluco Beleza – Raul Seixas)

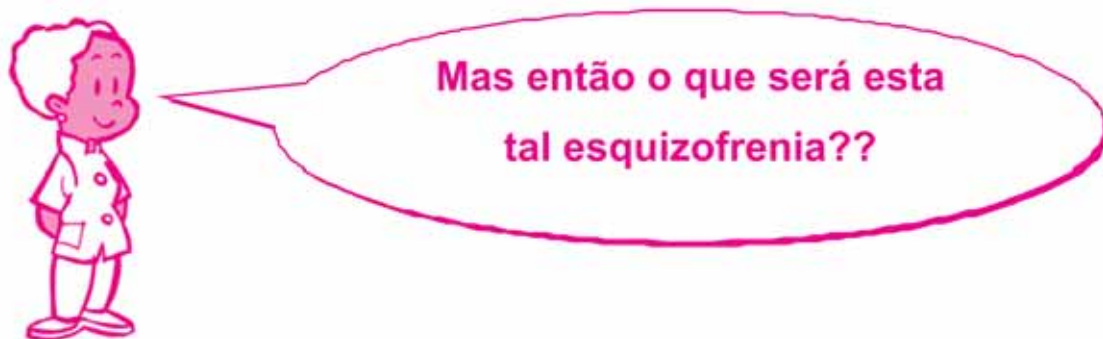
Invadir o mundo de uma pessoa que sofre de esquizofrenia constitui um desafio inimaginável, principalmente para esposas e maridos, pais e filhos, amigos, colegas de trabalho e todas as outras, que de uma forma geral não compreendem que essa patologia pode afetar a vida cotidiana dos pacientes, sua autoestima e sua maneira de enxer-

gar o mundo e de ser enxergado pela população, causando-lhes, e a sua família, grande sofrimento. Vocês perceberão que trabalharemos não só a patologia, mas também o ser humano como um todo, vivendo em um meio social, com a família, os amigos e a sociedade.

As famílias do paciente com esquizofrenia são verdadeiras heroínas, que lhe dedicam toda a atenção e todo o carinho de que necessita para a melhora da doença.

A esquizofrenia é, hoje, um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Apesar da baixa incidência, acumula-se ao longo dos anos um grande número de pessoas portadoras dessa doença, com diferentes graus de comprometimento, exigindo alto investimento do sistema de saúde.

De todas as doenças mentais responsáveis por sofrimento na sociedade, a esquizofrenia provavelmente é a que causa hospitalizações mais demoradas, preocupações familiares e incapacidade para o trabalho.



Fonte: Ministério da Saúde, 2003.

Trata-se de um transtorno do pensamento que se caracteriza pela desorganização de diversos processos mentais, sendo uma das desordens psiquiátricas mais severas, desafiadoras e complexas, levando o indivíduo a apresentar vários sintomas (LOUZÃ NETO; HIRAKAWA, 1999).

A esquizofrenia é o transtorno maior de que tratam os psiquiatras. Surgem nas fases de adolescência e adulta, conduzindo a alterações graves de pensamento, afeto e vontade. Muitas delas têm longo afastamento da realidade externa, com enorme desgaste emocional e econômico tanto para o paciente como para seus familiares e para a sociedade (NUNES, BUENO, NARDI, 2001).

É considerada a doença psiquiátrica mais incapacitante, sendo um problema grave que, segundo as estatísticas, atinge 1% da população sem distinção de sexo, raça ou classe social. Na maioria dos pacientes, aparece em idade precoce, entre 15 e 54 anos. Constitui um transtorno de origem desconhe-

cida, e isso leva à existência de controvérsias em relação às suas causas.

Kraepelin, *apud* Elkis (2000, p. 3), definiu a doença, em 1896, como demência precoce, caracterizando-a em duas grandes síndromes: “o enfraquecimento das atividades emocionais que formam as molas propulsoras da volição” e “a perda da unidade interna das atividades do intelecto, emoção e volição”.

Bleuler, *apud* Assunção, e Sartori (2004, p. 43) enfocaram de forma mais clara a demência precoce, definindo-a como esquizofrenia: “Para ele, estes doentes são afetados por um processo de deslocação que desintegra sua capacidade associativa” (sinais primários de dissociação), o qual, alterando seu pensamento, mergulha-os em uma vida autista, cujas ideias e sentimentos são como um sonho, a expressão simbólica dos complexos inconscientes (sinais secundários).

É uma síndrome clínica complexa que compreende manifestações psicopatológicas variadas de pensamento, percepção, emoção, movimento e

comportamento, podendo ser caracterizada por sintomas positivos (delírios, alucinações, catatonia) e negativos (embotamento afetivo, alogia, nolição). A expressão de tais sintomas varia com as características do paciente e com o tempo, tendendo a ser grave e persistente, constituindo uma doença mental crônica (SOUZA; COUTINHO, 2006).

O nome esquizofrenia foi dado em 1911 por Eugene Bleuer, que caracterizou como principal sintoma dessa doença a desorganização do pensamento. O termo esquizofrenia significa “mente partida”.

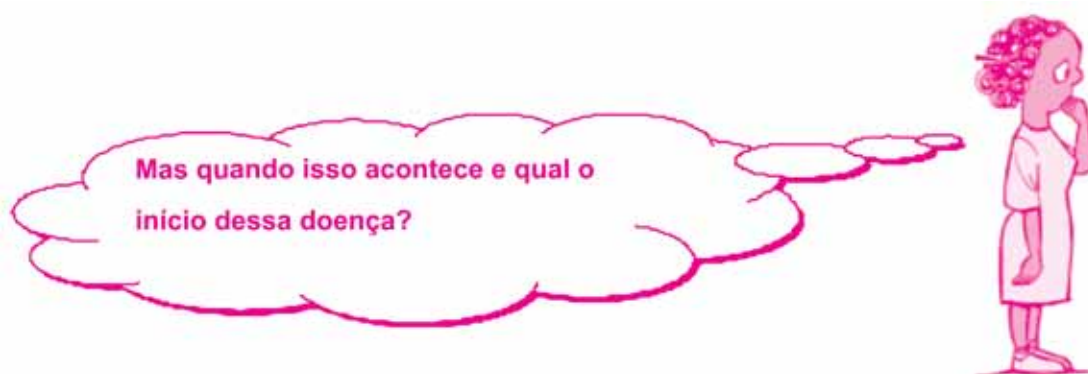
A décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) coloca os quadros de esquizofrenia na codificação F20 e os define com “distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção e por afeto inadequado ou embotado. A consciência clara e a capacidade intelectual estão usualmente mantidas, embora certos déficits cognitivos possam surgir no curso do tempo. Pensamentos, atos e sentimentos podem ser vivenciados com conhecidos ou outras pessoas. Ocorrem alucinações, principalmente visuais e auditivas”.

Esse transtorno se caracteriza por uma doença crônica que necessita de acompanhamento por tempo indeterminado para se poderem identificar

os aspectos evolutivos da doença e a prevenção de recaídas, pois, quanto menos recaídas, menor será seu comprometimento.

Para chegar ao diagnóstico médico de esquizofrenia é necessário apresentar os sintomas característicos desse transtorno de modo contínuo por um tempo mínimo de seis meses. Atualmente, os sintomas que podem ser observados na esquizofrenia vêm sendo agrupados em sintomas: **positivos** (ilusões, delírios, alucinações e desorganização do pensamento), **negativos** (diminuição da vontade, embotamento afetivo, empobrecimento do pensamento e isolamento social), **cognitivos** (dificuldade de atenção, concentração, compreensão e abstração) e **afetivos** (depressão, desesperança, ideias autodesestrutivas) (LOUZÃ NETO; HIRAKAWA, 1999).

Muito se fala em distinguir dois subgrupos de esquizofrenia: os que apresentam dominância dos sintomas positivos (delírio, alucinações e acentuado distúrbio do pensamento, como descarrilamentos e incoerência, comportamento desorganizado) e aqueles com sintomas negativos (pobreza da fala, embotamento afetivo, olhar fixo, retração social, distúrbio da vontade, conteúdo pobre do pensamento, diminuição da intimidade, expressão facial inalterada, linguagem corporal reduzida, apatia).



Fonte: Ministério da Saúde, 2003.

A idade de início é tradicionalmente considerada importante fator para o prognóstico. Quando a doença se inicia antes dos 20 anos, o prognóstico pode ser pior. A idade de início no homem é entre 15 e 25 anos e na mulher, 25 a 35 anos. As literaturas explicam

que essa diferença se dá porque os rapazes sofrem estresse mais cedo que as moças, que apresentam taxas hormonais contínuas. Os hormônios femininos têm efeitos parecidos com os neurolépticos, por isso os sintomas aparecem mais tardiamente, quando as

taxas hormonais começam a diminuir. O início antes dos 10 anos de idade ou após os 50 anos é mais raro.

Essa fase entre a adolescência e a vida adulta é bastante conflituosa, pois envolve transformações físicas, emocionais e novas responsabilidades, sendo frequente a pressão que o jovem sofre. Tudo isso pode estar relacionado com o fator predisponente do aparecimento da doença.

Aproximadamente 1,5% da população mundial apresentará esquizofrenia no decorrer da vida, inde-

pendente de raça, nível socioeconômico ou cultural. Até hoje ainda não se sabe a causa desse transtorno.

A esquizofrenia pode surgir brusca ou lentamente. Quando surge lentamente, podem se passar meses até que a família ou o próprio doente a perceba e procure um médico. O doente fica mais isolado dos demais, perde o interesse pelas coisas de que gostava antes, não mostra motivação por nada, afasta-se das pessoas (GIACON; GALERA, 2006).

O suicídio é frequente entre os esquizofrênicos.

Dá para saber e perceber os
sinais e sintomas da
esquizofrenia?



Fonte: Ministério da Saúde, 2003.

Aproximadamente 50% dos pacientes tentam ao menos uma vez o suicídio, e entre 10% e 15% se suicidam em 20 anos de acompanhamento.

Cada esquizofrenia se caracteriza por diferentes sinais e sintomas.

Bleuler caracterizava os sintomas esquizofrênicos como os seis “A”: distúrbios das associações do pensamento, autismo, ambivalência, embotamento afetivo, distúrbios da atenção e nolição (ELKIS, 2000).

A esquizofrenia determina na pessoa alterações profundas em algumas das funções psíquicas, como no pensamento, no senso de percepção, na consciência, na linguagem, na conduta etc., mas muito especialmente no afeto (rigidez afetiva, afeto inapropriado, labilidade afetiva, ambivalência de afeto) (ASSUNÇÃO; SARTORI, 2004).

Os sintomas caracterizam-se por alterações da percepção (alucinações), idealização da realidade (delírios), curso do pensamento, emoções, comportamento, atenção, concentração, motivação e julgamento. Essas características psicológicas e comportamentais associam-se a prejuízos na vida social e

ocupacional (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

De acordo com a sintomatologia predominante no momento da avaliação, a esquizofrenia pode ser categorizada nos seguintes subtipos:

paranoide, caracterizado por delírios ou alucinações auditivas;

desorganizado, quando fala e comportamento são desorganizados e o afeto, embotado ou inapropriado;

catatônico, cujos sintomas motores são os mais salientes;

indiferenciado, que é uma categoria não específica usada quando nenhuma outra característica de subtipo é predominante;

residual, no qual há ausência de sintomas positivos proeminentes, mas evidências contínuas de perturbação (sintomas positivos ou negativos acentuados) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

Já na esquizofrenia **simples** há um quadro de conduta estranha, incapacidade para atender às exigências da sociedade e declínio no desempenho total (NUNES; BUENO; NADI, 2001).

Vamos entender, então, sobre os tipos de Esquizofrenia e Distúrbios Delirantes

1 – Esquizofrenia Paranoide (CID 10: F 20.0)

É o tipo de esquizofrenia mais comum no mundo. O quadro clínico é dominado por delírios relativamente estáveis de perseguição ou de grandeza, usualmente acompanhados por alucinações (auditivas, visuais), além de outras alterações perceptivas.

O indivíduo se apresenta tenso, desconfiado, retraído, hostil e agressivo (verbal e fisicamente).

O início dos sintomas geralmente é mais tardio (30 a 40 anos), sendo observada menor regressão da resposta emocional e do comportamento, do que os outros tipos de esquizofrenia, ou seja, o distúrbio social pode ser muito pequeno. Há predomínio dos sintomas positivos.

2 – Esquizofrenia hebefrênica ou desorganizada (CID 10: F 20.1)

O início dos sintomas dá-se geralmente antes dos 25 anos de idade e frequentemente há cronificação. As alterações afetivas são dominantes, apresentando embotamento, com períodos de conduta tola e risos imotivados, caretas faciais, maneirismos bizarros e

queixas hipocondríacas. A aparência pessoal é geralmente precária, havendo perda do senso crítico para cuidar da sua higiene, além de distúrbio social e afeto inadequado.

O paciente se desliga da realidade interna e assume comportamentos imprevisíveis. O pensamento está desorganizado e o discurso é cheio de divagações e incoerência, ademais de predominarem os sintomas negativos.

3 – Esquizofrenia catatônica (CID 10: F 20.2)

Caracteriza-se por distúrbios psicomotores dominantes e pode se manifestar em forma de estupor ou excitação.

O estupor catatônico se destaca por um extremo retardo psicomotor. A pessoa apresenta diminuição dos movimentos e das atividades espontâneas. É muito comum o paciente manifestar mutismo, o que pode evidenciar o negativismo, ou seja, uma resistência sem motivo em se mover da posição. Pode haver também pseudoflexibilidade cérea.

Curiosidades

Mutismo é quando ocorre ausência de fala do indivíduo.

Pseudoflexibilidade cérea é um tipo de postura, de posições bizarras, nas quais o indivíduo pode permanecer por um longo tempo. Os esforços para mover a pessoa se deparam com rígida resistência corporal.

Negativismo é a oposição ativa ou passiva às solicitações externas. Na passiva a pessoa simplesmente deixa de fazer o que se pede. Na ativa, a pessoa faz tudo ao contrário do que se pediu, e às vezes, quando desistimos, ela o faz, sendo isso a “reação de último momento”. O negativismo faz parte da catatonia e representa ação imotivada.

Estereotípias são características da catatonia em que há repetição automática de movimentos, frases e palavras ou busca de posições e atitudes sem nenhum propósito. As estereotípias cinéticas são confundidas com os tiques nervosos.

Posturas inadequadas são posturas inapropriadas, estranhas ou bizarras.

Excitação apresenta acentuada atividade motora, aparentemente sem sentido, não influenciável por estímulos externos.

Estupor é um estado de consciência ou sensibilidade apenas parcial ou insensibilidade acompanhada por pronunciada diminuição da faculdade de exibir reações motoras.

Rigidez é a manutenção de uma posição rígida contra todos os esforços feitos para alterá-la.

Atitudes e posturas forçadas podem ser mantidas por longos períodos.

Alguns sintomas catatônicos podem ser vistos em doenças infecciosas, como sífilis ou intoxicações, ou também em outras formas de esquizofrenia. Esse tipo de esquizofrenia era muito comum nas décadas passadas. Depois da entrada dos medicamentos, a doença passou a ser mais rara.

4 – Esquizofrenia indiferenciada (CID 10: F 20.3)

Os pacientes que apresentam sintomas de esquizofrenia, mas não preenchem os critérios para nenhum dos subtipos são portadores de esquizofrenia indiferenciada. Eles possuem comportamento psicótico, ou seja, delírios, alucinações, incoerência e bizarrice. Entretanto os sintomas não podem ser classificados em nenhuma das categorias diagnósticas citadas anteriormente. Predominam os sintomas negativos.

5 – Esquizofrenia residual (CID 10: F 20.5)

É o diagnóstico daquele paciente que tem uma história de pelo menos um episódio anterior de esquizofrenia, com domínio de sintomas psicóticos.

É um estágio crônico de um transtorno esquizofrênico no qual ocorreu a progressão de um estágio inicial para outro mais tardio, caracterizado por sintomas negativos de longa duração.

No estágio residual verificam-se evidências da doença, mas não existem sintomas psicóticos proeminentes. Os sintomas residuais podem incluir isolamento social, comportamento excêntrico, descuido com a higiene e com a aparência, embotamento afetivo, empobrecimento da fala ou fala bem elaborada, apatia e pensamento sem nexos.

6 – Distúrbio esquizoafetivo (CID 10: F 25.0)

O paciente apresenta comportamento esquizofrênico com forte sintomatologia para transtornos afetivos, podendo estar presente mania ou depressão. O indivíduo pode apresentar-se deprimido, com retardo psicomotor e ideias de suicídio, ou se mostrar eufórico, com ideias de grandeza e hipera-

tividade. O que difere esse distúrbio de transtorno afetivo bipolar (TAB) é a presença de sintomas característicos da esquizofrenia. Ambos os grupos de sintomas devem ser proeminentes dentro do mesmo episódio da doença e, após o desaparecimento dos sintomas de humor, as psicoses permanecem por aproximadamente duas semanas.

Apesar da dificuldade do diagnóstico, essa doença é frequente na prática e responsável por grande número de internações psiquiátricas.

7 – Distúrbio esquizofreniforme

É um transtorno psicótico agudo com características essenciais idênticas às da esquizofrenia, mas que, devido à curta duração (pelo menos um mês e menos de seis meses), não pode ser confirmado. Os médicos tendem a não diagnosticar como esquizofrenia prematuramente para evitar estigmas e medidas desnecessárias.

A CID-10 estabelece esse diagnóstico para quadros similares à esquizofrenia, que durem no máximo um mês. Se os sintomas permanecerem por período maior, o diagnóstico deve ser mudado para esquizofrenia.

8 – Distúrbios delirantes

Caracteriza-se pelo desenvolvimento de uma ou mais ideias delirantes relacionadas entre si, que são persistentes e que podem durar por toda a vida. Os delírios desses pacientes não possuem a qualidade bizarra frequentemente vista nos indivíduos com esquizofrenia, e os processos de pensamento e de personalidade permanecem intactos.

A idade pode variar entre 25 e 90 anos, sendo mais comum o início aos 40 anos. A causa é desconhecida. Alguns autores referem maior associação entre o aparecimento de transtornos delirantes em faixas etárias avançadas e o início de doenças demenciais.

Seu portador tem boa aparência, não demonstra desintegração da personalidade ou das atividades básicas de vida diária, mas às vezes pode ser hostil, desconfiado e excêntrico.

Curiosidades

Procure em um dicionário ou na Internet o conceito de **excêntrico, hostil e agressão destrutiva**. Pense e escreva a sua opinião em seu portfólio de como seria esse comportamento e como é visto pela sociedade atualmente.

As alucinações são raras e o humor é coerente com o delírio. A agressão destrutiva é muito comum, e os conteúdos dos delírios são geralmente do tipo erotomaniaco, grandioso, com ciúmes, persecutório e somático.

Termos básicos

Erotomaniaco: o indivíduo acredita que alguém, geralmente de uma posição mais elevada, está apaixonado por ele. Pessoas famosas são objetos de delírios erotomaniacos.

Grandeza: há presença de ideias irracionais a respeito de seu próprio valor, conhecimento ou poder. O indivíduo pode assumir a identidade de uma pessoa famosa (achando que a pessoa real é uma impostora) ou achar que tem um relacionamento especial com tal pessoa. Delírios de grandeza religiosa podem fazê-lo achar que é uma divindade ou líder religioso.

Ciúme: crença na infidelidade do parceiro. A ideia é irracional e sem motivo nenhum, mas o paciente sempre procura evidências para justificar-se. O parceiro sexual, ou até o próprio amante imaginário, pode sofrer agressões por parte do paciente.

Persecutório: é o tipo de delírio mais comum. Frequentemente está relacionado com conspiração, espionagem, perseguição, envenenamento. Os pacientes se veem vítimas de marginalidade, prejudicados ou obstruídos na busca de seus objetivos. Podem ocorrer queixas a autoridades legais, e o não atendimento dessas pode provocar revolta e até violência em relação ao objeto do delírio.

Somático: seus portadores acham que têm defeitos pelo corpo ou alguma doença física. Ex.: acreditam emitir um odor fétido por meio de pele, boca, reto ou vagina; ter uma infestação de insetos

na pele; ter um parasita interno; ter partes do corpo deformadas ou feias etc.

9 – Transtorno delirante induzido (*Folie à Deux*)

Ele é partilhado por duas pessoas. A pessoa com distúrbio delirante principal é geralmente o dominante na relação e o pensamento delirante é imposto gradativamente ao parceiro mais passivo. Geralmente é crônico e mais comum em mulheres. Ex.: o parceiro induz a mulher a acreditar em algo que não é real.



Fonte: Ministério da Saúde, 2003.

10 – Distúrbios psicóticos induzidos por drogas

Nesses distúrbios, alucinações e delírios provocados pelo uso de substâncias (droga, medicação ou exposição à toxina) estão presentes.

As condições médicas gerais que podem causar sintomas psicóticos são:

condições neurológicas: neoplasias, doenças vasculares cerebrais, epilepsia, lesões no nervo auditivo, infecções do SNC e cefaleia do tipo enxaqueca;

condições endócrinas: hipertireoidismo e hipotireoidismo;

condições metabólicas: hipóxia e hipoglicemia; distúrbios autoimunes: lúpus eritematoso sistêmico, outros.

As drogas consideradas indutoras de distúrbios psicóticos são:

drogas de abuso: álcool, alucinógenos, anfetaminas, cocaína, maconha, opioides, sedativos, hipnóticos e ansiolíticos;

medicações: anestésicos, analgésicos, anticonvulsivantes, anti-histamínicos, corticosteroides, anti-hipertensivos, drogas quimioterápicas, antidepressivos, antimicrobianos, relaxantes musculares etc.;

toxinas: dióxido de carbono, gases nervosos, inseticidas organofosforados, monóxido de carbono, substâncias voláteis (combustível, tinta).

11 – Psicose pós-parto

É um quadro psicótico que se origina após o parto e se caracteriza por delírios e depressão grave, podendo ocorrer agressões ao recém-nascido. Inicia-se seis semanas após o parto.

Ocorre um a cada mil partos, podendo o risco aumentar se houver história de psicose pós-parto anterior ou transtorno de humor em pessoas da família.

A etiologia é desconhecida, mas fatores hormonais e psicológicos podem estar associados. As mu-

danças físicas, psicológicas e sociais com a vinda da maternidade podem se apresentar como fatores de estresse.

As queixas mais frequentes são insônia, inquietação, fadiga e principalmente instabilidade do humor, podendo também surgir confusão, afirmações irracionais e ideias obsessivas sobre a saúde e o bem-estar do bebê, sentimentos de culpa, de não amá-lo ou medo de feri-lo.

A psicose não pode ser confundida com tristeza pós-parto, que é uma coisa normal e natural que acontece com 50% das mulheres, não comprometendo o seu desempenho como mãe.

REFLETINDO SOBRE O TEMA

Muito bem!

Estudamos até agora sobre as patologias e seus respectivos sinais e sintomas relacionados com esquizofrenias e distúrbios delirantes.

Imagino que vocês ficaram instigados com tantas novidades que sempre estiveram tão longe e ao mesmo tempo tão próximas. Espero que o conteúdo anterior os tenha deixado curiosos e motivados para poderemos iniciar a nossa conversa sobre intervenções.

E aí, já pensaram em como eu, enfermeiro, devo intervir com o paciente esquizofrênico? Qual seria a função da equipe multidisciplinar? E a família? O que devemos fazer para melhorar a qualidade de vida do paciente e de sua família? **Antes de ler as próximas páginas quero que discutam com outras pessoas e acrescentem as novas ideias às já pesquisadas no seu portfólio.**

Cuidados de enfermagem

A enfermagem psiquiátrica está fundamentada no relacionamento interpessoal enfermeira-paciente, por meio do qual se observam os aspectos biopsicossociais do ser humano.

No aspecto biológico, a enfermagem verifica efeitos colaterais da medicação, auxilia e orienta na higiene pessoal e nos cuidados com a autoestima e acompanha a saúde geral do paciente com esquizofrenia e de sua família.

No campo psicossocial, podem se envolver em diversas atividades, como visita domiciliária, desenvolvimento de grupos terapêuticos de pacientes com temas voltados à saúde.

A promoção do acesso do paciente e da família aos recursos da comunidade pode contribuir para

a reabilitação de ambos. O cuidado de enfermagem com enfoque na família permite observar os aspectos biopsicossociais do paciente e de sua família e contribui para uma melhor articulação desses com a comunidade (GALERA, 2002).

A avaliação das ações de enfermagem é aplicada de acordo com a individualidade de cada paciente, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, cooperar na adesão ao tratamento, contribuir para o controle do surto da doença e estimular o uso de recursos disponíveis na sociedade como trabalhos voluntários, atividades em grupos, exercícios físicos e lazer, evitando assim a deterioração definitiva que leva à incapacidade mental.

Aplicação do processo de enfermagem

Na primeira parte do processo de enfermagem será realizada uma coleta dos dados e, a partir daí, surgirão os diagnósticos de enfermagem e o plano de cuidados ao paciente com esquizofrenia.

A avaliação do paciente esquizofrênico pode ser um processo complexo, com base em informações de diversas fontes, como o próprio paciente, familiares, amigos, antigos registros, ou outras pessoas que possam relatar seu comportamento.

O enfermeiro deve saber os comportamentos comuns da esquizofrenia para obter uma avaliação adequada. Os distúrbios de comportamento mais comuns são: conteúdo e forma do pensamento, percepção, afetividade, consciência do eu, volição, distúrbio do funcionamento interpessoal e da relação com o mundo externo e comportamento psicomotor.

Conteúdo do pensamento

Delírios: são falsas crenças pessoais inconscientes, e a pessoa acredita ter a crença apesar de provas claras de que ela é falsa ou irracional.

Delírios persecutórios: o paciente se sente ameaçado e acha que as outras pessoas lhe querem fazer mal. Ex.: existem câmeras escondidas nas luminárias.

Delírios de grandeza: sentimento exagerado de importância.

Religiosidade: obsessão por religião. Ex.: achar que ouve a voz de Deus.

Pensamento mágico: a pessoa acha que seus pensamentos controlam situações. Esse comportamento é muito comum em crianças.

Delírio de controle: acreditar que algumas pessoas ou objetos têm controle sobre o seu comportamento.

Formas do pensamento

Desagregação do pensamento: o pensamento é rápido e desagregado. A pessoa não percebe que os tópicos não estão interligados. Exs.: “se você queria comer jaca, por que roubou minha bicicleta?”;

“dirigir é passagem quando você quer ir a lugar algum”.

Neologismo: a pessoa inventa palavras novas, que não fazem sentido para outras pessoas, mas que têm para ela um significado simbólico.

Pensamento concreto: apresenta dificuldade em interpretar o significado abstrato das coisas, como, por exemplo, “estar chovendo canivete”. A assimilação cognitiva está no esquema concreto.

Associação por assonância: a escolha das palavras é governada pelos sons. Ex.: “Vou nadar no rio, estou com frio, vou cortar o fio.”

Salada de palavras: grupo de palavras sem conexão lógica. Ex.: “Descreve muitas ações para a frente crescem a qualidade de vida no círculo da sociedade.”

Mutismo: recusa do indivíduo em falar.

Perseverança: ato de repetir as mesmas palavras ou ideias em respostas a perguntas diferentes.

Percepção

Alucinações: não associadas a estímulos reais, podem envolver qualquer um dos cinco sentidos (auditivas, visuais, táteis, gustativas, olfativas).

Ilusões: interpretações errôneas de objetos reais (cadeira que se mexe, teto que se abaixa).



Fonte: Ministério da Saúde, 2003.

Consciência do Eu

Ecolalia: repetição de palavras ouvidas, imitação dos sons finais das palavras.

Ecopraxia: imitação dos movimentos executados por outros.

Despersonalização: personalidade instável que pode ocasionar sentimentos de irreabilidade.

Volição

É o processo cognitivo pelo qual um indivíduo se decide a praticar uma ação em particular. Definida como um esforço deliberado, é uma das principais funções psicológicas humanas (sendo as outras afeto, motivação e cognição). “Força de vontade” é a expressão popular e **volição** é o termo científico para um mesmo estado mental.

Distúrbio do funcionamento interpessoal e da relação com o mundo externo

Alguns indivíduos agem de maneira invasiva com pessoas estranhas e não reconhecem que a intimidade exagerada causa o afastamento dessas pessoas. Ou, ao contrário, podem se isolar.

Autismo: a pessoa se volta internamente para um mundo de fantasia, excluindo o mundo externo.

Aparência deteriorada: as atividades de cuidado da aparência e da própria pessoa podem ficar deficientes. Pode apresentar-se desarrumada e com higiene precária, tendo que ser lembrada de executar as necessidades básicas de higiene corporal.

Comportamento psicomotor

Anergia: deficiência de energia

Postura anormal: posturas inadequadas e bizarras.

Andar de um lado para o outro e balançar: comportamento em andar de um lado a outro e balançar o corpo durante todo o tempo, indo de uma extremidade a outra do ambiente em que estiver.

Após identificar e realizar a coleta de dados, precisamos levantar os diagnósticos e programar os cuidados de enfermagem.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM POSSÍVEIS EM INDIVÍDUOS COM TRANSTORNOS MENTAIS (DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DA NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION [NANDA] ASSOCIADOS)

Processos do pensamento perturbado relacionados com a incapacidade de confiar, evidenciada por pensamentos delirantes; incapacidade de concentrar-se; distúrbios volitivos; inaptidão para resolver problemas.

Alteração sensoperceptiva: auditiva/visual relacionada com ansiedade de pânico; extrema solidão; oscilações rápidas do humor, desorientação.

Isolamento social associado a incapacidade de confiar, pensamento delirante, regressão, tristeza, embotamento afetivo, sentimentos de rejeição ou de solidão.

Risco de violência: autodirigida ou dirigida a outras pessoas, relacionada com desconfiança, ansiedade, excitação catatônica, reações de fúria, destruição intencional de objetos no ambiente.

Distúrbio de comunicação verbal associado a ansiedade, retraimento, pensamento desorganizado, neologismo, ecolalia, salada de palavras.

Déficit do autocuidado pessoal relacionado com retraimento, incapacidade de confiar, dificuldade de executar as tarefas associadas a higiene, vestir-se, cuidar da aparência, alimentar-se e excretar.

Ajuste familiar ineficaz associado a distúrbio da comunicação familiar, negação ou preocupação excessiva relacionada com doença do paciente, negligência da família em relação aos cuidados das necessidades humanas básicas.

Manutenção da saúde alterada relacionada com delírios e evidenciada por incapacidade de executar as práticas de saúde básica.

Planejamento dos cuidados de enfermagem

São apresentados os diagnósticos de enfermagem, juntamente com critérios dos objetivos, prescrições de enfermagem e justificativa para cada um deles. Ver anexo.

Avaliação

No final do processo de enfermagem é feita uma reavaliação para se determinar se as ações de enfermagem tiveram êxito em atingir os objetivos do cuidado. Podemos usar algumas perguntas para identificação:

O nível de ansiedade manteve-se controlado?

O pensamento delirante ainda prevalece?

O paciente se irrita facilmente?

É capaz de interagir naturalmente com as outras pessoas?

Ele frequenta voluntariamente os grupos terapêuticos?

A comunicação verbal é compreensível?

Realiza todas as atividades diárias independentemente?

Intervenção psicossocial

Consiste no tratamento do paciente com baseado no seu envolvimento com atividades sociais e ocupacionais. Esse tipo de intervenção está sendo utilizado para diminuir o estigma da doença mental perante a sociedade e o próprio paciente, que, muitas vezes, sente-se inibido para procurar ajuda.

Outra característica da intervenção psicossocial é que ela busca a recuperação e a aceitação da doença e a quebra do estigma mediante a participação em atividades grupais, com direção orientada. Esse tipo de intervenção encoraja a busca de recreação, educação, serviços vocacionais disponíveis na comunidade e programas de reabilitação como os Centros de Atenção Psicossocial.

Intervenções familiares

“A loucura afeta não só o indivíduo doente, como toda a família, assim como a rede de relações sociais; os sintomas produzem e reproduzem distorções nas relações humanas, de modo que, após lidar com a psicose por vários anos, tanto o indivíduo como as pessoas mais próximas se modificam radicalmente. A experiência da doença impõe-se e transforma os relacionamentos” (Shirakawa; Chaves; Mari, 1998).

A intervenção familiar vem sendo uma alternativa indispensável no primeiro episódio esquizofrênico. Deve-se ter conhecimento das características e limitações, dos medos e inseguranças da família. Sabe-se que, no momento em que a família se depara com a nova situação, ocorre uma desorganização do grupo na tentativa de se adaptar. A família necessita de ajuda para poder contribuir para a melhora do paciente, diminuindo o sofrimento mental do grupo (SHNEIDER, 2000).

A intervenção familiar mais recomendada é a do tipo sistêmica, pois por intermédio dela é possível

realizar promoção da saúde, como educação sobre a doença, seus sinais e sintomas, suas crises, sua forma de tratamento, além de ajudar o grupo familiar a enfrentar melhor o impacto da doença. São recomendáveis, no mínimo, cinco encontros, com intervalo de 15 dias e, em seguida, encontros mais esporádicos, pois é preciso dar autonomia para a família de modo que ela se sinta capaz de se autocuidar.

Precisamos acolher a família, levando em consideração o seu sofrimento, e promover suporte para possíveis sentimentos de culpa, conflitos e isolamento social (COVERO; IDE; ROLIM, 2004).

Teixeira (2005) relata que, entre os fatores que interferiram em suas vidas, deixar de ir à igreja, não sair com amigos, parar de trabalhar e não ter mais tempo para si mesmo foram os que sobressaíram. Os resultados revelaram que os familiares dedicam todo seu tempo possível para cuidar do doente. Todos referiram de alguma forma que cuidar do paciente é cansativo, mas necessário.



Tratamento medicamentoso

Significa o uso de medicamentos para diminuir os sintomas psicóticos (antipsicóticos). Existem dois tipos: os **antipsicóticos típicos** e os **atípicos**.

Os **antipsicóticos típicos ou convencionais** são antagonistas da dopamina e seu efeito resulta na diminuição dos sintomas positivos (delírios, alucinações, pensamento incoerente) e na produção de efeitos colaterais, (tremor, rigidez, bradicinesia, distonia e acatisia). O uso prolongado e inadequado dos antipsicóticos típicos contribui para uma disfunção crônica e irreversível chamada discinesia tardia. Os efeitos colaterais desse grupo de medicamentos são uns dos principais contribuintes para a não adesão do paciente ao tratamento psicofarmacológico. Os fármacos mais utilizados atualmente são o haloperidol (Haldol®), a clorpromazina (Amplictil®) e a levomepromazina (Neozine®).

Termos básicos

Bradicinesia: presença de movimentos lentos e retardados; lentidão anormal dos movimentos voluntários.

Distonia: descreve um grupo de doenças caracterizado por espasmos musculares involuntários que produzem movimentos e posturas anormais. Esses espasmos podem afetar uma pequena parte do corpo, como os olhos, pescoço, boca etc.

Acatisia: movimentos involuntários, principalmente de pernas ou boca. O paciente é incapaz de se manter quieto, o que o leva a mudar de lugar e de postura, a levantar-se e sentar-se repentinamente. A acatisia é um efeito adverso dos medicamentos, portanto não deve ser confundida com ansiedade.

Discinesia tardia: dificuldade nos movimentos voluntários provocada pelo uso de medicamentos.

Os antipsicóticos atípicos ou recentes inibem receptores de dopamina e serotonina, melhorando sintomas positivos e ajudando no tratamento de sintomas negativos sem efeitos extrapiramidais significativos, mas podendo ocorrer aumento de peso. Os principais medicamentos são clozapina (Leponex®), risperidona (Risperidona®), ziprazidona (Geodon®) e olanzapina (Zyprexa®). Esses antipsicóticos de nova geração vêm substituindo os demais tratamentos medicamentosos devido à possibilidade do uso de doses pequenas, com menores efeitos colaterais.

O tratamento medicamentoso deve ser mantido para manutenção pelo menos durante os dois primeiros anos após o surto, para se prevenirem recaídas. O paciente e a família devem ser orientados sobre modo de utilização, efeitos colaterais mais

comuns, horários de uso e perigos do uso e abuso dessas substâncias.

Tratamento psicológico

O tratamento psicológico pode ser individual ou em grupo.

Terapia individual: seu foco principal está em diminuir a ansiedade e aumentar a confiança. Ela é vista como um esforço de longo prazo, dando aos pacientes orientações para ajudar a melhorar a comunicação interpessoal e a tolerância a frustrações.

Terapia em grupo: pesquisas relatam resultados desfavoráveis quanto à terapia em grupo para os pacientes esquizofrênicos, principalmente em contexto hospitalar. Ela tem sido mais útil na evolução a longo prazo da doença.

CRÔNICA DA LOUCURA

“O melhor da terapia é ficar observando os meus colegas loucos. Existem dois tipos de loucos. O louco propriamente dito e o que cuida do louco: o analista, o terapeuta, o psicólogo e o psiquiatra. Sim, somente um louco pode se dispor a ouvir a loucura de seis ou sete outros loucos todos os dias, meses, anos. Se não era louco, ficou.

Durante 40 anos, passei longe deles. Pronto, acabei diante de um louco, contando as minhas loucuras acumuladas. Confesso, como louco confesso, que estou adorando estar louco semanal. O melhor da terapia é chegar antes alguns minutos e ficar observando os meus colegas loucos na sala de espera....”

(Luis Fernando Veríssimo)

■ Atividades

As atividades referentes a esta unidade serão disponibilizadas no Portal.

* ANOTAÇÕES

AULA 6

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM TRANSTORNOS AFETIVOS E TRANSTORNOS NEURÓTICOS RELACIONADOS COM ESTRESSE E SOMATOMORFOS

■ Conteúdo

- Transtorno do humor
- Episódio maníaco-depressivo
- Transtornos relacionados ao estresse e somatomorfos

■ Competências e habilidades

- Compreender os principais tipos de transtornos de humor e a sistematização da assistência de enfermagem aos pacientes com transtornos afetivos e neuróticos relacionados com estresse e somatomorfos

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2h-a – via satélite com professor interativo
- 4h-a – presenciais de aula prática com professor local
- 2h-a – presenciais com professor local
- 3h-a – mínimo sugerido para autoestudo

Unidade Didática – Saúde Mental

TRANSTORNO DO HUMOR

(Décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde [CID-10]: F 30 a F 39)

São transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade

associada) ou de uma euforia (mania). A maioria desses transtornos tende a ser recorrente e a ocorrência dos episódios pode estar relacionada com situações estressantes.

Normalmente o afeto ou o humor se modifica de pessoa para pessoa. Sensações de euforia, prazer, alegria, tristeza, indiferença, desinteresse ou irrita-

bilidade são comportamentos normais quando controladas pelo indivíduo. Aumento e diminuição autotcontrolados do humor não caracterizam a doença, pelo contrário, é exatamente ausência da mudança transitória do humor, prevalecendo sempre tristeza ou alegria, que classifica os transtornos afetivos.

As estimativas sugerem que 10 a 14 milhões de norte-americanos são afetados por alguma forma de distúrbio afetivo e que aproximadamente 20% da população vão ter um episódio de depressão pelo menos uma vez na vida, podendo ocorrer aumento dessa porcentagem em se tratando de pessoas hospitalizadas.

A prevalência dos transtornos de humor é maior em mulheres (25%) do que em homens (15%). O transtorno depressivo é 50% a 75% mais diagnosticado em mulheres e o distúrbio bipolar é aproximadamente igual entre os dois sexos.

Em relação à idade, pesquisas demonstram que a depressão é maior em mulheres jovens e que tende a diminuir com a idade, o contrário acontecendo com os homens. A idade média de início dos distúrbios bipolares é de aproximadamente 18 anos nos homens e 20 anos nas mulheres. Ultimamente vem crescendo o número de crianças que estão sendo diagnosticadas com esse distúrbio. Apesar de estudos epidemiológicos apontarem que o transtorno afetivo bipolar (TAB) afeta homens e mulheres igualmente na fase adulta, parece ser mais comum em meninos do que em meninas.

O distúrbio bipolar aparece mais frequentemente em classes sociais mais elevadas, tendo sido encontrada maior incidência de sintomas depressivos em pessoas solteiras e divorciadas.

Episódio maníaco (CID-10: F 30)

Todas as subdivisões dessa categoria se aplicam exclusivamente a um episódio isolado, ou seja, só voltado para a euforia.

A mania pode ser definida como um estado de hiperexcitação das funções nervosas caracterizado por exaltação do humor. As crises são mais comuns entre os 20 e os 50 anos de idade. Ela pode se instalar abruptamente, invadindo com um sentimento eufórico de permanente bem-estar, aceleração do

curso de pensamento, fuga de ideias, descarrilamento, relato de projetos mirabolantes, delírio de grandeza, irritabilidade, hipersexualidade, diminuição da necessidade de sono, fala atropelada, voz alta, podendo ser cheia de associações e rimas. À medida que a doença se agrava, o paciente se apresenta mais incoerente, hostil e ameaçador. Na ausência de juízo crítico, ele pode executar atos de exibicionismo, consumismo exagerado, emitindo cheques sem fundos, ultrapassando limites de cartões de crédito, prejudicando e comprometendo a economia familiar. É raro apresentar alucinações.

O portador desse transtorno possui baixo limiar de frustrações, podendo seu humor oscilar de euforia para irritabilidade e agressividade.

Sintomas de delírios ocorrem na maioria dos casos, e seu conteúdo geralmente é de grandeza e superpoderes, o que interessa ao bem-estar de toda a humanidade.

O fluxo acelerado do pensamento e a autoconfiança desenvolvem no paciente capacidade de dar lições de ensino sobre assuntos diversos.

Um episódio hipomaníaco ou maníaco em indivíduo que já tenha apresentado um ou mais episódios afetivos prévios (depressivo, hipomaníaco, maníaco ou misto) deve conduzir ao diagnóstico de TAB.

Hipomania (CID-10: F 30.0)

Trata-se de uma euforia mais leve, ou seja, caracterizada pela presença de elevação ligeira, mas persistente, do humor, associada a sentimento intenso de bem-estar e de eficácia física e psíquica. Há frequentemente aumento da sociabilidade, do desejo de falar, da familiaridade e da energia sexual, e redução da necessidade de sono. Esses sintomas não são, entretanto, tão graves de modo a entravar o funcionamento profissional ou levar a uma rejeição social.

Mania sem sintomas psicóticos (CID-10: F 30.1)

É uma elevação do humor fora do comum, podendo variar de pequena euforia a agitação praticamente incontrolável. Essa elevação se acompanha de aumento da energia, levando a hiperatividade, desejo de falar e redução da necessidade de sono,

existindo frequentemente grande distração. Apresenta aumento da autoestima, com ideias de grandeza. A perda das inibições sociais pode levar a condutas imprudentes e inapropriadas.

Mania com sintomas psicóticos (CID-10: F 30.2)

Apresenta o mesmo quadro de mania, mas com sintomas psicóticos. O paciente demonstra ideias delirantes (em geral de grandeza), alucinações (em geral do tipo de voz que fala diretamente ao sujeito; os outros tipos de alucinações são mais raros) ou agitação; atividade motora excessiva e de fuga de ideias de uma gravidade tal que o sujeito se torna incompreensível.

Transtorno afetivo bipolar (CID-10: F 31) ou transtorno bipolar (quarta revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais [DSM-IV])

Antigamente era conhecido como psicose maníaco-depressivo (PMD). Ultimamente conhecemos mais como TAB (transtorno afetivo bipolar). Caracteriza-se por oscilações do humor, podendo aparecer aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania) e, em outro momento, rebaixamento do humor, com redução da energia e da vontade (depressão).

Delírios e alucinações podem ou não fazer parte do quadro clínico.

Curiosidades: Encontram-se na literatura dois tipos de categoria de classificação dos transtornos mentais: Décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10): esta classificação, instituída pela Organização Mundial da Saúde (OMS), padroniza a codificação de doenças e outros problemas de saúde, como acidentes e violências, motivos de contato com serviços, sintomas e sinais etc., sendo adotada em diversos sistemas da área de saúde. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM): é um manual para profissionais da área da saúde mental que lista diferentes categorias de desordens mentais e critérios para diagnosticá-los, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (APA). Sua última revisão foi a quarta revisão do DSM-IV, publicada em 1994. Ele é a principal referência de diagnóstico para os profissionais de saúde mental dos Estados Unidos da América e de Portugal. Também é utilizado por alguns profissionais no Brasil.

Os sistemas de categorias de classificação são extremamente úteis para os diversos transtornos. E estamos falando sobre as classificações neste momento porque vamos encontrar no TAB diferentes subgrupos nos dois tipos de classificação. Vamos então falar um pouquinho dos critérios dos diagnósticos médicos da DSM-IV e depois das classificações da CID-10.

DSM-IV

Transtorno bipolar tipo I

É o diagnóstico dado ao indivíduo que está apresentando ou já apresentou uma síndrome de mania ou sintomas mistos, podendo ter também episódios de depressão.

Transtorno bipolar tipo II

Caracteriza-se por episódios recorrentes de depressão maior, com ocorrência de eventos hipomaniacos. Os pacientes nunca tiveram sintomas que preenchessem os critérios de mania.

Ciclotímicos

É um distúrbio crônico do humor de pelo menos dois anos de duração, envolvendo vários episódios de hipomania e humor deprimido. O paciente nunca fica sem sintomas hipomaniacos ou depressivos por mais de dois meses. Começa no início da fase adulta e segue curso crônico.

CID-10

F 31.0 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaniaco

Episódio atual correspondente à descrição de uma hipomania, tendo ocorrido, no passado, ao menos outro episódio afetivo (hipomaniaco, maníaco, depressivo ou misto).

F 31.1 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos

F 31.2 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos

F 31.3 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado

F 31.4 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos

F 31.5 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos

F 31.6 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto

Ocorrência, no passado, de ao menos um episódio afetivo maníaco, hipomaníaco ou misto, e episódio atual caracterizado pela presença simultânea de sintomas maníacos e depressivos ou por rápida alternância de sintomas maníacos e depressivos.

Episódios Depressivos (CID-10: F32)



Fonte: Ministério da Saúde, 2003.

Depressão é uma palavra muito utilizada nos dias de hoje, principalmente para descrever nossos sentimentos de tristeza por um motivo qualquer. Mas não podemos confundir essa tristeza normal com distúrbios depressivos.

Mas como iremos diferenciar uma da outra?

Bem, depressão é uma doença psiquiátrica com sinais e sintomas próprios e muito mais frequentes atualmente do que se imagina. Não é “frescura”, e sim doença.

Esse transtorno se caracteriza por humor deprimido ou perda do interesse por atividades habituais. Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão – leve, moderado ou grave –, o paciente apresenta humor deprimido, perda de interesse e prazer, energia reduzida com aumento da fadiga, atividade diminuída, visões pessimistas do futuro, ideias de culpa e inutilidade, ideias ou atos autolésivos ou suicidas, sono perturbado e apetite diminuído.

Pesquisas demonstram que 10% a 25% dos pacientes que procuram por um médico apresentam sintomas de depressão. Essas porcentagens são semelhantes ao número de casos de hipertensão e infecções respiratórias que os clínicos atendem em

seus serviços, mas, ao contrário desses, eles não estão preparados para reconhecer e tratar essa patologia.

Todas as pessoas (homens e mulheres) de qualquer faixa etária podem ser atingidas, porém mulheres são duas vezes mais afetadas que os homens. Não se sabe se a diferença é devida a pressões sociais, diferenças psicológicas ou a ambas. Em crianças e idosos a doença tem características particulares, podendo ocorrer também em ambos os grupos. A prevalência da enfermidade é alta: depressão está presente em 1% das crianças e em 5% dos adolescentes. Ter um dos pais com depressão aumenta de duas a quatro vezes o risco da criança. Em pelo menos 20% dos pacientes com depressão instalada na infância ou adolescência existe risco de surgirem distúrbios bipolares. E entre os idosos estima-se que aproximadamente um terço deles apresentam transtornos depressivos.

Os sintomas da depressão interferem na qualidade de vida do paciente e estão associados a altos custos sociais, como perda de dias no trabalho, atendimento médico, medicamentos e suicídio. Cerca de 60% das pessoas que se suicidam apresentam características dessa doença.



Fonte: Ministério da Saúde, 2003.

História familiar: alguns tipos de depressão acometem membros da mesma família, o que indica a possibilidade de uma vulnerabilidade genética/hereditária, ou seja, a presença de depressão em membros da família aumenta o risco de depressão nos outros membros.

Acontecimentos estressantes: a ocorrência de momentos estressantes, principalmente durante a infância, como separação dos pais, violência sexual ou física e experiência de medo, aumenta o risco de depressão na idade adulta. Na idade adulta, perda de uma pessoa querida, trauma, doença, acidentes de trânsito, cobrança no trabalho, estupro, decepção amorosa, preocupações excessivas etc. podem levar a episódios depressivos. Algumas pessoas conseguem lidar melhor com situações estressantes do que outras.

Sexo feminino: cerca de 5% a 9% das mulheres apresentam um episódio depressivo, em comparação com 1% a 3% entre os homens.

Doenças: qualquer doença grave ou crônica (Câncer, AIDS, insuficiência renal, doença de Addison, doença de Huntington, lúpus eritematoso, Parkinson, artrite reumatoide, esclerose múltipla etc.) que ameaça a vida da pessoa ou de alguém conhecido; doenças da glândula tireoide (hipotireoidismo).

Transtorno de ansiedade: grande parte dos pacientes com depressão apresenta ansiedade ao mesmo tempo.

Episódios anteriores de depressão: a doença é recorrente. Os que já tiveram um episódio de depressão no passado correm 50% de risco de repeti-lo. Se já ocorreram dois, a probabilidade de recidiva

pode chegar a 90%; e se houve três episódios, a probabilidade de acontecer o quarto ultrapassa 90%.

Parto recente: a vulnerabilidade feminina é maior no período pós-parto: cerca de 15% das mulheres relatam sintomas de depressão até seis meses depois do parto.

Dependência de drogas: o consumo de drogas pode induzir ou agravar sintomas depressivos, mas também a própria depressão pode levar o paciente a consumir exageradamente substâncias.

DSM-IV

Estado deprimido: sentir-se deprimido a maior parte do tempo.

Anedonia: interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina.

Sensação de inutilidade ou culpa excessiva.

Dificuldade de concentração: habilidade frequentemente diminuída para pensar e concentrar-se; perda de energia.

Distúrbios do sono: insônia ou hipersônia (sonolência excessiva) praticamente diárias.

Problemas psicomotores: agitação ou retardo psicomotor.

Perda ou ganho significativo de peso.

Ideias de morte ou suicídio.

De acordo com o número respondido afirmativamente, pode ser classificado em três grupos:

- 1) Depressão menor: dois a quatro sintomas por duas ou mais semanas, incluindo estado deprimido ou anedonia;

- 2) Distímia: três ou quatro sintomas, incluindo estado deprimido durante, no mínimo, dois anos;
- 3) Depressão maior: cinco ou mais sintomas por duas semanas ou mais, incluindo estado deprimido ou anedonia.

CID-10

F 32.0 – Episódio depressivo leve

Geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente. O paciente sofre com a presença dos sintomas, mas é capaz de desempenhar a maior parte das atividades.

F 32.1 – Episódio depressivo moderado

Geralmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente tem dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina.

F 32.2 – Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos

Episódio depressivo em que vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente perda da autoestima e ideias de desvalia ou culpa. As ideias e os atos suicidas são comuns e observa-se, em geral, uma série de sintomas “somáticos”.

F 32.3 – Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos

Episódio depressivo correspondente à descrição de um evento depressivo grave, mas acompanhado

de alucinações, ideias delirantes, lentidão psicomotora ou estupor.

Transtornos de humor persistentes (CID-10: F34)

Os episódios não são graves o suficiente para justificar um diagnóstico maníaco ou depressivo. Persiste por anos ou até mesmo durante a maior parte da vida adulta do paciente.

F 34.1 – Distímia

Rebaixamento crônico do humor, persistindo ao menos por vários anos, mas cuja gravidade não é suficiente para responder aos critérios de transtorno depressivo recorrente grave, moderado ou leve.

APLICAÇÃO DOS PROCESSOS DE ENFERMAGEM

Distúrbio bipolar (mania)



Fonte: Ministério da Saúde, 2003.

Os sintomas desse distúrbio são divididos em três estágios: hipomania, mania aguda e mania delirante.

	Estágio I Hipomania	Estágio II Mania aguda	Estágio III Mania delirante
Humor	Alegre, expansivo e com humor volúvel, o paciente pode ficar irritado quando não é satisfeito	Euforia e alegria, humor com alterações frequentes, podendo ir facilmente da raiva para o choro	Estado confusional e sentimento de desespero rapidamente convertidos em alegria, ou irritável; totalmente indiferente ao ambiente
Cognição e percepção	Ideias de grandeza e capacidade, pensamento e ideias rápidas, percepção do ambiente aumentada	Cognição e percepção fragmentada; o pensamento rápido passa a desconexo; logorreico, distraído, são comuns delírios de grandeza e alucinações	Confusão mental, desorientação; delírios religiosos, de grandeza ou persecutórios; alucinações auditivas ou visuais
Atividade e comportamento	Aumento da atividade motora. Os pacientes são extrovertidos e sociáveis, falam e riem muito, às vezes muito alto. Aumento da libido, anorexia e perda de peso	Atividade psicomotora excessiva, aumento do interesse sexual, gastos excessivos, manipulação de outras pessoas para satisfazer seus desejos, energia inesgotável, necessidade de sono diminuída, higiene descuidada, vestuário bizarro, maquiagem em excesso	Atividade psicomotora frenética, movimentos agitados e sem finalidade. Podem ocorrer exaustão, danos a si mesmo e aos outros

A partir desses sinais e sintomas devem-se formular os diagnósticos de enfermagem apropriados para cada paciente e executar o planejamento dos cuidados.

Alguns diagnósticos de enfermagem utilizados para bipolar (mania)

Risco para lesão relacionada com hiperatividade extrema, evidenciada por maior agitação e ausência de controle sobre os movimentos.

Risco de violência: autodirigida ou dirigida aos outros, relacionada com excitação maníaca, pensamentos delirantes ou alucinações.

Nutrição alterada: abaixo das necessidades corporais, associada a recusa ou incapacidade de sentar-se por um tempo para comer, evidenciada por perda de peso.

Distúrbio do padrão do sono relacionado com hiperatividade excessiva e agitação, evidenciado por dificuldade em pegar no sono.

Distúrbio depressivo

Os sintomas de depressão podem ser descritos como quatro esferas do funcionamento humano: afetiva, comportamental, cognitiva e fisiológica, podendo ser modificadas de acordo com a gravidade da doença.

	Depressão transitória	Depressão leve	Depressão moderada	Depressão grave
Afetivas	Tristeza, desânimo, peito apertado	Raiva, ansiedade, culpa, desespero, tristeza, desesperança	Desânimo, desesperança, impotência, pessimismo, baixa autoestima, dificuldade em sentir prazer	Total desespero, apatia, solidão, tristeza, incapacidade de sentir prazer, sem expressão emocional
Comportamentais	Algum choro	Crises de choro, inquietação, agitação	Movimentos e fala mais lentos, verbalizações limitadas, isolamento social, menor interesse pela higiene	Retardo psicomotor, sentar em uma posição encolhida, andar lento, comunicação inexistente, isolamento social, ausência de higiene
Cognitivas	Alguma dificuldade de esquecer o desapontamento	Preocupação com a perda, autoacusações e aos outros	Pensamento lento, dificuldade de concentração, pensamentos pessimistas	Pensamentos delirantes prevalentes, confusão, indecisão, incapacidade de se concentrar, ideias de suicídio
Fisiológicas	Cansaço	Anorexia ou fome, insônia ou hipersônia, cefaleia, mialgia	Anorexia, distúrbio do sono, cefaleias, dores abdominais, baixo nível de energia, fadiga e indiferença, sentir-se melhor de manhã. Essa sensação piora com o passar do dia	Lentificação geral de todo o corpo, amenorreia, diminuição da libido, anorexia, perda de peso, dificuldade em pegar no sono, sentir-se pior logo pela manhã, despertar muito cedo

A partir desses sinais e sintomas devem-se formular os diagnósticos de enfermagem apropriados para cada paciente, executando o planejamento dos cuidados.

Alguns diagnósticos de enfermagem utilizados para depressão

Risco de violência autodirigida relacionado com humor deprimido.

Distúrbio de autoestima associado a impotência apreendida, sentimentos de abandono, distúrbio da cognição estimulando uma visão negativa de si.

Déficit do autocuidado relacionado com humor deprimido e sentimentos de menos valia, evidenciado por má higiene.

Distúrbio do padrão do sono associado a humor deprimido, ansiedade e temores, evidenciado por

dificuldade em pegar no sono, acordar mais cedo, insônia.

Exemplos:

Situação 1: paciente com ideias suicidas, depressão grave, psicose, transtorno de personalidade grave.

Diagnóstico de enfermagem: risco de violência direcionada a si mesmo.

Definição: estar em risco de apresentar comportamentos nos quais o indivíduo demonstra que pode ser física, emocional e/ou sexualmente nocivo a si mesmo.

Intervenções de enfermagem

Situação 2: paciente verbaliza sentimentos de autonegativismo, considera-se incapaz de lidar com os acontecimentos (prolongada ou cronicamente).

Diagnóstico de enfermagem: Baixa autoestima crônica.

Definição: prolongada autoavaliação/sentimentos negativos sobre si mesmo ou suas próprias capacidades.

Intervenções de enfermagem:

Situação 3: paciente com higiene corporal inadequada ou deficiente.

Diagnóstico de enfermagem: déficit no autocuidado para higiene íntima.

Definição: Capacidade prejudicada para realizar ou completar suas próprias atividades de higiene íntima.

Intervenções de enfermagem:

Auxiliar nas necessidades de autocuidado quando solicitado, podendo até precisar de um cuidado total.

Encorajar o paciente a executar independentemente as atividades propostas. Dar reforço positivo à realização independente.

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM DEPRESSÃO		
Nome:..... Prontuário:.....Idade:.....		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Déficit do autocuidado RELACIONADO A: capacidade prejudicada para realizar ou completar suas próprias atividades de higiene íntima. EVIDENCIADO POR: dificuldade em executar tarefas associadas a higiene, vestir-se, comer, cuidar da própria aparência.		
CRITÉRIOS DOS OBJETIVOS	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	JUSTIFICATIVA
Paciente demonstrará capacidade de atender, independentemente, as necessidades de autocuidado.	1. Auxiliar nas necessidades de autocuidado quando solicitado, podendo até precisar de um cuidado total.	1. A segurança e o conforto do cliente são prioridades da enfermagem.
	2. Encorajar o paciente a executar independentemente as atividades propostas. Dar reforço positivo à realização independente.	2. A execução independente e o reforço positivo aumentam a autoestima e promovem a repetição dos comportamentos desejados.
Fonte: Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care, 2000.		

FORMAS DE TRATAMENTO

O transtorno de humor, se não tratado corretamente (medicamentos e psicoterapia), pode perdu-

rar por seis a 15 meses. O tratamento bem-sucedido reduz esse período para oito a 12 semanas, podendo ocorrer recidiva ou cronificação.

Tratamento medicamentoso

O tratamento medicamentoso é indispensável para a melhora do quadro. Ele constitui o fundamento da intervenção terapêutica para reduzir a duração e a intensidade dos sintomas e, principalmente, prevenir recidiva.

Nos últimos anos, tem aumentado o uso de anticonvulsivantes para o tratamento dos sintomas de **mania**. Teoricamente, os tratamentos que corrigem a fisiopatologia subjacente à mania melhoram todos os sinais e sintomas associados à elevação patológica do humor. O tratamento medicamentoso visa restaurar o comportamento, controlar sintomas agudos e prevenir a ocorrência de novos episódios. O lítio é a primeira escolha no tratamento da mania, mas ácido valproico, carbamazepina (CBZ) e antipsicóticos atípicos (olanzapina e risperidona) e típicos (clorpromazina e haloperidol) são também frequentemente utilizados.

Os **antidepressivos** produzem, em média, melhora dos sintomas depressivos em 60% a 70% no prazo de 15 dias a um mês.

O tratamento com medicamentos antidepressivos deve ser realizado considerando-se os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do paciente. Não existem muitas diferenças entre os antidepressivos, mas o perfil em termos de efeitos colaterais, preços, riscos de suicídio e tolerabilidade varia bastante para cada paciente. Não há antidepressivo ideal, entretanto, atualmente existe grande disponibilidade de drogas atuando por meio de diferentes mecanismos de ação, o que permite que, mesmo em depressões consideradas resistentes, o tratamento tenha êxito.

Essa taxa de melhora dificilmente é encontrada em outras abordagens terapêuticas de depressão, a não ser na eletroconvulsoterapia (ECT).

Eletroconvulsoterapia

A EC é um procedimento médico que consiste na indução de crises convulsivas generalizadas por meio de uma passagem elétrica pelo cérebro para o tratamento de sintomas psiquiátricos.



Fonte: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/eletro.html>

O tratamento é efetivo para certos subgrupos de indivíduos que sofrem de doenças mentais graves, como transtornos depressivos graves, catatonia, mania e, ocasionalmente, certos pacientes com esquizofrenia. Essa é evidentemente a terapêutica mais eficiente para as depressões graves, em comparação com todas as outras modalidades, sendo tão segura quanto o tratamento farmacológico.

As drogas antidepressivas são usadas para muitos outros distúrbios, como anorexia nervosa, ansiedade, síndrome do pânico, bulimia, hiperatividade, transtorno obsessivo compulsivo (TOC), enurese, estresse, fibromialgia, enxaquecas etc.

Alguns antidepressivos utilizados

Tricíclicos	ISRSs	IMAOs	Outros
Amitriptilina	Citalopram	Moclobernida	Mianserina
Clomipramina	Fluoxetina	Tranilcipromina	Venlafaxina
Imipramina	Sertralina		

ISRSs: inibidores seletivos da recaptação da serotonina; IMAOs: inibidores da (enzima) monoamina oxidase.

Tratamentos psicológicos

Psicoterapia individual: é fundamental para a abordagem e a resolução dos problemas, para o suporte e para o controle dos fatores de estresse.

Psicoterapia em grupo: proporciona outra via de apoio para pacientes deprimidos ou maníacos. Ajuda os membros a adquirirem uma perspectiva de sua condição e encoraja-nos a relacionar-se com os outros que têm problemas em comum.

Terapia em família: mais indicada quando o distúrbio coloca em risco o relacionamento, casamento ou funcionamento familiar. Essa terapia examina e auxilia o papel da família na manutenção dos sinais e sintomas do paciente.



TRANSTORNOS NEURÓTICOS RELACIONADOS AO ESTRESSE E SOMATOFORMES

(CID-10: F40 a F48)

Fonte: Ministério da Saúde, 2003.

Transtornos fóbico-ansiosos (CID-10: F 40)

F 40.0 – Agorafobia

Medos de lugares abertos, de sair de casa ou de situações nas quais o socorro imediato não é possível (aviões, elevadores, cinemas etc.). É uma complicação frequente no transtorno do pânico, no qual todas as situações temidas têm em comum o medo de passar mal e não ter socorro imediato.

A maioria de seus portadores é do sexo feminino, e esse transtorno aparece no início da fase adulta, com aproximadamente 0,6% da população o apresentando em algum período da sua vida.

A ansiedade deve estar restrita a pelo menos duas das seguintes situações: multidões, lugares públicos, viajar para longe de casa e viajar sozinho.

F 40.1 – Fobia social

Uma fobia é caracterizada por medo excessivo de um objeto ou situação, comportamento de esquiva em relação ao objeto temido. A fobia social é o medo de falar, escrever, comer, ou seja, agir de forma ridícula na frente de outras pessoas. Atinge igualmente homens e mulheres e seu início dá-se na adolescência. Uma característica importante da fobia social é a ansiedade antecipatória. O paciente pode viver período sem sintomas, fugindo de encontros sociais, mas, ao saber que em breve terá uma reunião à qual não poderá faltar, eles reaparecem.

Geralmente ocorrem alteração no sono, no apetite e na concentração e sofrimento antecipado com a situação. E, ao contrário de uma pessoa normal, não há melhora com o início da reunião.

F 40.2 – Fobias específicas

São restritas a situações altamente peculiares, como presença de animais ou insetos, altura, tempestades, escuro, ambientes fechados, medo de exposição a doenças. O contato com a situação pode provocar um ataque de ansiedade aguda. Pode surgir na infância e permanecer por toda a vida. O tratamento é realizado apenas se ocorrer prejuízo na qualidade de vida da pessoa. A situação é evitada sempre que possível.

Outros transtornos ansiosos (CID-10: F 41)

F 41.0 – Transtornos de pânico

São ataques de ansiedade aguda e grave, os quais não estão restritos a qualquer situação ou conjunto de acontecimentos específicos. O primeiro ataque é imprevisível e espontâneo, durando aproximadamente de 10 a 30 minutos, no máximo até 1 hora. Os sintomas começam de forma crescente, atingindo um máximo em torno de 10 minutos. São eles: dispnéia, sufocamento, palpitações, vertigens, desmaios, tremores, sudorese, desconforto abdominal, ondas de calor e de frio, desconforto no peito, medo de

morrer, medo de enlouquecer e parestesia. Podem ocorrer durante os momentos da crise: confusão mental, dificuldade de concentração, necessidade de abandonar o local para procurar socorro ou um local mais arejado. As preocupações estão mais relacionadas com os sintomas físicos, principalmente relativos a morte por problemas cardíacos ou respiratórios.

F 41.1 – Transtorno de ansiedade generalizada (TAG)

É um transtorno crônico de ansiedade que se caracteriza por preocupações irrealistas ou excessivas, com diversos sintomas somáticos. Essa ansiedade generalizada e persistente não é restrita a uma situação ambiental ou objeto específico. Os sinais e sintomas são: nervosismo, queixas somáticas, tremores, tensão muscular, sudorese excessiva, palpitações, tonturas, medo de adoecer ou de algum mal acontecer com seus familiares, problemas econômicos, ansiedade e preocupação em relação ao futuro, dificuldade de concentração, cefaleia, incapacidade de relaxar, boca seca, taquipneia etc.

Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) (CID-10: F 42)

É caracterizado por pensamentos obsessivos ou atos compulsivos recorrentes. Manifesta-se sob a forma de alterações do comportamento (rituais ou compulsões, repetições), dos pensamentos (obsessões como dúvidas, preocupações excessivas) e das emoções (medo, desconforto, aflição, culpa e depressão).

Pensamentos obsessivos são ideias, sentimentos ou imagens que entram na mente do indivíduo repetidamente e são acompanhadas de ansiedade e desconforto. O indivíduo, no caso do TOC, mesmo desejando ou se esforçando, não consegue afastá-los ou suprimi-los de sua mente. Apesar de serem considerados absurdos ou ilógicos, esses pensamentos causam ansiedade, medo, aflição ou desconforto, que a pessoa tenta neutralizar realizando rituais ou compulsões, ou por meio de evitações (não tocar, evitar certos lugares).

O conteúdo do pensamento obsessivo pode envolver algumas áreas principais, como: preocupação com limpeza, medo de que algo terrível possa acontecer, preocupação com a ordem, ideia de pecado, números de sorte ou de azar, superstições, preocupação com números especiais, cores de roupa, datas e horários (podem provocar desgraças); palavras, nomes, cenas ou músicas intrusivas e indesejáveis; preocupação em armazenar, poupar, guardar coisas inúteis ou economizar.

Atos ou rituais compulsivos são comportamentos conscientes, estereotipados, como contar objetos, verificar ou evitar, que se repetem muitas vezes. O indivíduo utiliza a compulsão para se ver livre dos pensamentos obsessivos.

As compulsões se constituem geralmente em lavar as mãos, tomar banho, arrumar as coisas, repetir rituais (girar três vezes a chave para ter certeza de que a porta está fechada), tocar em objetos, contar, colecionar, verificar portas, usar somente uma cor de roupa, sentar no mesmo lugar, não pisar nas linhas no chão, colecionar coisas inúteis. Elas também podem ser mentais, como rezar, repetir palavras, números etc.

Os sintomas devem ser reconhecidos como pensamentos do próprio indivíduo.

Reação a estresse grave e transtornos da adaptação (CID-10: F 43)

Diversos pesquisadores discutiram sobre este tema e contribuíram para chegar a uma definição sobre estresse. Entre eles estão Hans Selye (1959), que definiu que o estresse é uma resposta biológica; Pelletier (1992), que encara o estresse como um evento ambiental, e Lazarus e Folkman (1984), que afirmam ser o estresse uma transação entre o indivíduo e o meio ambiente.

Antes de terminar a faculdade de medicina, Selye iniciou seus estudos sobre estresse, dedicando-se à pesquisa experimental, e fez importantes descobertas para a área médica. Observando as reações orgânicas de seus pacientes, independente das causas das doenças ou dos diagnósticos, concluiu que os sintomas eram os mesmos, e, a partir disso, chegou

ao seguinte resultado: os pacientes estavam com uma síndrome, a qual chamou síndrome geral de adaptação.

O **estresse** foi definido como uma reação do organismo diante de um estímulo aversivo contra o qual o organismo fica na defensiva. Essa reação é dividida em três fases, sendo elas: alarme, resistência e exaustão, todas comandadas pelo sistema nervoso autônomo (SNA), via sistema límbico, e pelo sistema nervoso central (SNC).

Segundo Lipp (1994), na **fase de alarme**, a pessoa fica em estado de alerta e o organismo produz mais forças e energias para fazer o que se está exigindo. Nessa fase há mais produção de noradrenalina pelo sistema nervoso periférico (SNP) e adrenalina pela medula da suprarrenal, causando alteração na homeostase e voltando ao seu estado normal após a eliminação do agente estressor. Os sintomas vistos nessa fase podem aparecer como taquicardia, tensão muscular, aumento da pressão arterial, sensação de estar sempre cansado, sudorese, extremidades frias e irritabilidade.

Na **fase de resistência** Lipp (1994) relata que, quando o agente estressor persiste e há uma adaptação, o organismo busca o reequilíbrio, ocorrendo aumento na capacidade de resistência acima do normal. Há grande acúmulo de grânulos de secreção hormonal fazendo uma diluição do sangue, e, quando isso ocorre, os sintomas visíveis podem se apresentar como falta de memória, medo, ansiedade, falta ou excesso de apetite, impotência sexual, isolamento social e nervosismo.

Na **fase de exaustão** há uma continuidade do agente estressor, o organismo não encara mais como adaptação. Nessa fase há quebra da resistência e os sintomas são parecidos com os da fase de alarme, só que com maior intensidade. Ocorrem um aumento das estruturas linfáticas, doenças orgânicas, cansaço extremo em forma de depressão e cansaço físico incontrolável.

Segundo Martino (2004), a **enfermagem é uma profissão considerada estressante** e, de acordo com a Health Education Authority (1990), é a quarta profissão que mais causa estresse.

A atividade da equipe de enfermagem difere da dos outros profissionais da saúde, pois o profissional de enfermagem fica em contato com o paciente e sua família por muito mais tempo. É exigido desse profissional atendimento integral, desde cuidados gerais ao doente, auxiliando na sua higiene pessoal, alimentação, medicação, até conforto e apoio psicológico e espiritual, e não só ao doente, mas à sua família também (AUBERT, 1991).

Assim, um dos desafios da enfermagem atualmente é prestar um cuidado que vá ao encontro das necessidades do cliente, com um trabalho humanizado e ético, não se limitando a procedimentos técnicos e administrativos. Para Martins (2004) isso torna o trabalho de enfermagem desgastante devido a exigências da profissão, desrespeito aos ritmos biológicos, horários para alimentação reduzidos, conflito com superiores e membros da equipe e novas tecnologias. Esses são alguns dos fatores que predispõem o enfermeiro ao estresse. Para Stacciarini (2004), o que predispõe ao estresse são recursos inadequados, atendimento ao cliente, relações interpessoais, carga emocional excessiva, cobranças, reconhecimento profissional, poder de decisão.

F 43.0 – Reação aguda ao estresse

Todas as vezes que enfrentamos desafios, que nosso cérebro independentemente de nossa vontade encara a situação como potencialmente perigosa, nosso organismo se prepara para lutar ou fugir dela.

F 43.1 Transtorno de estresse pós-traumático

Esse transtorno se desenvolve em pessoas que experimentam estresse físico ou emocional de magnitude suficientemente traumática. Exs.: acidentes, estupros, guerras. Há repetidas lembranças do trauma sob forma de memórias ou sonhos, medo e evitação de procedimentos que relembrem o ocorrido. A ansiedade e a depressão podem estar associadas aos sintomas.

Transtornos dissociativos (CID-10: F 44)

Os transtornos dissociativos ou de conversão se caracterizam por perda parcial ou completa das

funções normais de integração das lembranças (memória), da consciência da própria identidade, das sensações imediatas e do controle dos movimentos corporais. Esses acometimentos estão ligados a algum evento psicologicamente estressante na vida do paciente cuja ligação ele costuma negar.

F 44.0 – Amnésia dissociativa: é a perda da memória, usualmente para eventos recentes importantes, grave o suficiente para ser tomada como simples esquecimento.

F 44.1 – Fuga dissociativa: o indivíduo repentinamente perde todas as suas recordações, inclusive de sua própria identidade. Inesperadamente ele se muda de localidade, de cidade ou de estado, assumindo outra identidade, função e vida por vários dias. Durante esse período não se lembra de nada de sua vida passada nem tem consciência de que se esqueceu de algo.

F 44.2 – Estupor dissociativo: ausência dos movimentos voluntários e da reatividade normal a estímulos externos, tais como luz, ruído, tato, sem que os exames clínicos e complementares mostrem evidências de uma causa física.

F 44.5 – Convulsões dissociativas: os movimentos observados no seu curso podem se assemelhar de perto àqueles observados no curso das crises epiléticas, mas a mordedura de língua, os ferimentos por queda e a incontinência de urina são raros. Além disso, a consciência está preservada ou substituída por um estado de estupor ou transe.

Transtorno somatomorfos (CID-10: F 45)

F 45.0 – Transtorno de somatização

É uma síndrome caracterizada por sintomas físicos para os quais não se consegue encontrar uma explicação anatomopatológica adequada, estando associados a sofrimento psicológico com busca constante de melhora, procurando auxílio com vários profissionais de saúde. Não há anormalidades no exame físico ou laboratorial que justifiquem o quadro.

É 20 vezes mais comum em mulheres e começa no início da fase adulta. Sua ocorrência está ligada a um nível social inferior, mas a sua causa é desconhecida.

Os pacientes apresentam inúmeras queixas somáticas e histórico médico longo. Os sintomas mais comuns são náuseas, vômitos, dispneia, disfagia, flatulência, dores, vertigem e amnésia. Geralmente as queixas são descritas de modo dramático, emotivo e exagerado.

F 45.4 – Transtorno doloroso somatomorfo persistente

É a presença de dor grave e prolongada para a qual não há nenhuma explicação médica. A avaliação não revela qualquer patologia orgânica ou mecanismo fisiopatológicos que justifiquem a dor. As queixas mais frequentes são lombalgias, cefaleias, dor pélvica crônica e dor facial.

■ Atividades

As atividades referentes a esta unidade serão disponibilizadas no Portal.

*** ANOTAÇÕES**

AULA 7

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES E DO SONO; SUICÍDIO E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

■ Conteúdo

- Transtornos alimentares
- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa
- Tratamento dos transtornos alimentares

■ Competências e habilidades

- Compreender e identificar as patologias relacionadas com transtorno alimentar e do sono
- Identificar tópicos para a orientação dos pacientes e da família
- Levantar diagnósticos de enfermagem relevantes ao cuidado desses pacientes
- Compreender como deve ser o comportamento do enfermeiro ao se deparar com um paciente suicida e com uma emergência psiquiátrica

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2h-a – via satélite com professor interativo
- 4h-a – presenciais de aula prática com professor local
- 2h-a – presenciais com professor local
- 3h-a – mínimo sugerido para autoestudo

Olá, pessoal! Este é o nosso último capítulo. Sei que durante esses dias de estudo puderam observar o comportamento das pessoas, dos colegas e, principalmente, seu próprio comportamento. Para finalizar, falaremos sobre os distúrbios alimentares e do sono e as emergências psiquiátricas.

A incidência dos distúrbios da alimentação aumentou continuamente nos últimos 30 anos. Caracterizam-se por o indivíduo considerar-se gordo mesmo quando se encontra emagrecido. Esse distúrbio geralmente é acompanhado de ansiedade e depressão.

O distúrbio do sono inclui insônia primária, hipersônia, parassônias e alteração do ciclo de sono-vigília.

O suicídio e as emergências psiquiátricas também estão presentes no dia a dia de uma enfermagem psiquiátrica.



Mas o que são transtornos alimentares?

Atualmente, tem-se discutido a influência dos fatores socioculturais que impõem um ideal de beleza associado ao culto às dietas com restrição de energia e ao corpo esquelético como pontos de partida para o desenvolvimento dos transtornos alimentares.

O medo obsessivo da obesidade faz com que cada vez mais mulheres controlem o peso corporal com o uso de dietas milagrosas, exercícios exagerados, laxantes, diuréticos e drogas anorexígenas. O sexo feminino é o mais vulnerável à aceitação das pressões sociais, econômicas e culturais, por isso mais suscetível aos transtornos alimentares, representando cerca de 95% dos casos.

Os transtornos alimentares afetam cerca de 1% da população feminina entre 18 e 40 anos e podem levar à morte.

Essa patologia é significativamente agravada pela valorização desmedida que algumas culturas modernas, sugerindo às pessoas mais vulneráveis que seria praticamente impossível conciliar a felicidade com uma discreta “barriguinha”. Em países desenvolvidos, 93% das mulheres e 82% dos homens entrevistados estão preocupados com sua aparência e trabalham para melhorá-la.

De um modo geral, desejar ter uma imagem corporal melhor não implica sofrer de algum transtorno emocional, entretanto almejar ardentemente uma imagem corporal perfeita aumenta muito as possibilidades de que apareça algum transtorno emocional.

Porém, segundo especialistas, as crianças estão se preocupando cada vez mais cedo com a forma física e com a alimentação mais saudável, e isso pode acarretar problemas futuros. A mídia e as mães passam mensagens sobre a forma perfeita do corpo e incentivam essa preocupação (LEMOS, 1999).

Outros autores afirmam que indivíduos com distúrbios alimentares geralmente vêm de famílias com regras rígidas, pouca definição dos limites, pais superprotetores e perfeccionistas em relação ao filho, o qual geralmente tem dificuldade no desenvolvimento em busca da autonomia, baixa autoestima, senso de impotência na vida, inabilidade em identificar e expressar sentimentos e necessidades. O alimento pode ser usado para suprimir sentimentos, promover conforto ou adquirir autocontrole e controle sobre os membros da família (PÉREZ, 1996).

Os problemas alimentares já acometem meninas e meninos, pois as meninas têm como modelo de corpo perfeito o da boneca Barbie[®]; e os meninos, o dos bonecos fortes como o Batman ou Homem-Aranha. Esse ideal de beleza pode torná-los inseguros em relação ao próprio corpo.

Os distúrbios alimentares são transtornos graves, muito mais frequentes em sociedades desenvolvidas, nas quais há abundância de comida. Ocorre mais em nações industrializadas que naquelas em desenvolvimento, o que reforça a influência dos fatores cultural e ambiental nesses transtornos

(KIRSTEN; FRATTON; PORTA, 2009; RUSSELL *apud* CORDÁS; SEGAL, 1995).

A teoria psicanalítica relaciona os distúrbios alimentares com o conceito de regressão a fases pré-puberais de desenvolvimento e repúdio do desenvolvimento da sexualidade. Na abordagem psicanalítica, comer compulsivamente representa a compensação de necessidades orais não satisfeitas durante a infância, bem como uma defesa contra a intimidade com o sexo oposto (TAYLOR, 1992).

Elizabeth Wheeler afirma que as pacientes com transtornos alimentares usam a comida como um meio de lidar com sequelas de traumas ou para amortecer emoções negativas. Justifica essa informação dizendo que “de 20% a 30% delas sofreram abuso sexual na infância ou mesmo na fase adulta” (AMATO, 1997).

Os distúrbios alimentares são de difícil manejo e necessitam de assistência de enfermagem com pessoal preparado, com conhecimentos não só dos comprometimentos físicos, mas principalmente psíquicos.

ANOREXIA NERVOSA (AN)

(CID-10: F 50.0)

A anorexia nervosa é caracterizada por perda de peso autoimposta acompanhada de disfunção endócrina e atitude psicopatológica distorcida em relação à imagem, à alimentação e ao peso.

CURIOSIDADES

O primeiro caso descrito de anorexia nervosa foi no ano de 895 em uma jovem serva. A jovem “Friderada”, após apresentar um apetite voraz e descontrolado, para tentar diminuí-lo, buscou refúgio em um convento e, nele, com o tempo, foi restringindo sua dieta até passar a efetuar longos jejuns. Embora inicialmente ainda conseguisse manter suas obrigações conventuais, rapidamente seu quadro foi se deteriorando até a morte por desnutrição (CORDAS, 2004).

A anorexia vem sendo reconhecida desde a Idade Média, havendo diferentes relatos a partir do século XVIII por meio de descrições interessantes, como a vida de mais de 250 santas e beatas da Igreja católica, as quais, em suas práticas de ascetismo, exibem impressionante paralelo entre as práticas de jejum religioso (**anorexia santa**) e o atual conceito de anorexia nervosa (CORDAS; BUSSE, 1995).

Os **sintomas** mais frequentes da anorexia são: medo intenso de ganhar peso, mantendo-o abaixo do valor mínimo normal; pouca ingestão de alimentos e líquidos ou dietas severas; imagem corporal distorcida; sensação de estar gordo quando se está magro; grande perda de peso; sentimento de culpa ou depreciação por ter comido; hiperatividade e exercício físico excessivo; amenorreia; excessiva sensibilidade ao frio; mudanças no comportamento (irritabilidade, tristeza, insônia etc.).

Embora as **causas** fundamentais da anorexia nervosa permaneçam imprecisas, há evidências crescentes de que a interação sociocultural e os fatores biológicos contribuem para sua aparição (OMS, 1996).

A pessoa anoréxica recusa-se a crescer; o medo de viver plenamente sua sexualidade e a não aceitação de suas formas físicas levam-na a manter seu corpo sempre magro, como o de uma criança. Ela fica também presa a aspectos infantis da libido, que é chamada de sexualidade autoerótica, como a preocupação exagerada com a beleza.

A hospitalização é indicada quando o indivíduo perde rapidamente 15% ou mais do peso corporal total; desenvolve bradicardia persistente (≤ 50 bpm); inicia hipotensão (medida sistólica ≤ 90 mm/Hg); apresenta complicações médicas; expressa sentimento suicida; rompe ou sabota o tratamento externo; mantém recusa persistente em ser ajudado (GRANDO, 2000).

BULIMIA NERVOSA (BN)

(CID-10 F50.2)

O termo bulimia deriva de *bous* (boi) e *limos* (fome), significando, então, um apetite tão grande capaz de comer um boi (CORDAS, 1998).

As características essenciais da bulimia consistem em episódios de compulsão alimentar e métodos compensatórios inadequados para evitar o ganho de peso, devendo ocorrer, em média, pelo menos duas vezes por semana há três meses. Sua **prevalência** é maior em estudantes universitárias, correspondendo a aproximadamente 4%.

Os **sintomas** mais frequentes são: comer compulsivamente em forma de ataques de fome e às escondidas; preocupação constante em torno da comida e do peso; condutas inapropriadas para compensar a ingestão excessiva com o fim de não ganhar peso, como o uso excessivo de fármacos, laxantes, diuréticos e vômitos autoprovocados; manutenção do peso seja normal ou elevado; erosão do esmalte dentário, o que pode levar à perda dos dentes; mudanças no estado emocional, como depressão, tristeza, sentimentos de culpa e ódio por si mesmo.

Os bulêmicos são extrovertidos e impulsivos, sexualmente ativos, com traços de personalidade histéricos ou *borderline*, assim como traços obsessivos. São capazes de cometer roubos (cleptomania), abusar de álcool e drogas, automutilar-se, entre outros, sendo que o que predomina no indivíduo é a perda do senso de controle (GRANDO, 2000).

A bulimia pode ser vista como uma seqüela de anorexia nervosa persistente, embora a seqüência inversa possa ocorrer também (OMS, 1996).

A necessidade de hospitalização nos casos de bulimia não é frequente, mas alguns critérios são adotados para tal conduta: depressão com risco de suicídio; alteração eletrolítica importante; possível aborto no primeiro trimestre de gestação ou fracasso no tratamento ambulatorial (PÉREZ, 1996).

TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

De difícil abordagem devido a sua complexidade etiológica, associam-se a outros transtornos psiquiátricos e problemas clínicos.

É consenso na literatura médica a necessidade de uma abordagem interdisciplinar – com psiquiatra, psicólogo, nutricionista, médico clínico –, porque, além dos aspectos psicológicos, os hábitos alimentares e os problemas físicos precisam de tratamento.

A terapêutica tem como objetivo corrigir o padrão alimentar (restrição e/ou compulsão), eliminar métodos compensatórios (vômitos autoinduzidos, medicações para perda de peso etc.) e examinar os afetos precipitantes e/ou perpetuadores da doença (dificuldade nos relacionamentos interpessoais, autoestima baixa, distorção da imagem corporal etc.).

Para o tratamento da BN a abordagem mais indicada é a terapia cognitivo-comportamental individual ou em grupo. Para pacientes anoréxicos, especialmente adolescentes muito jovens, a terapia de família tem bons resultados. O tratamento com medicações e psicofármacos pode ser útil quando houver presença de comorbidades, como, por exemplo, depressão, e também na tentativa de diminuir o comer compulsivo.

Diagnósticos de enfermagem

Nutrição desequilibrada: ingesta inferior às necessidades corporais caracterizada por peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal; relato de ingestão inadequada de alimentos; menos que a porção diária recomendada (PDR); aversão ao ato de comer; falta de interesse por comida relacionada com incapacidade para ingerir ou digerir comida ou absorver nutrientes causada por fatores biológicos e psicológicos;

Volume de líquidos deficiente caracterizado por mudança no estado mental, perda súbita de peso relacionado com perda ativa de líquidos ou falha dos mecanismos reguladores.

Negação ineficaz caracterizada por recusa de assistência à saúde em detrimento da mesma; não percepção da relevância pessoal de perigos; incapacidade de admitir o impacto da doença no padrão de vida; minimização dos sintomas, utilização de remédios caseiros para aliviar sintomas relacionados com o retardo no desenvolvimento do ego e com o medo de perder o único aspecto da vida sobre o qual ainda percebe algum controle.

Déficit no autocuidado para alimentação caracterizado por incapacidade de completar uma refeição; ingerir alimentos de maneira socialmente aceitável; Consumir alimentos de forma insuficiente devido à falta de motivação e ao prejuízo perceptivo ou cognitivo.

Risco de baixa autoestima situacional relacionada com distúrbio na imagem corporal.

Risco de automutilação associado a transtornos alimentares.

Critérios para medir resultados

atingir ou manter pelo menos 85% do peso corporal esperado;

verbalizar a importância da nutrição alterada;

verbalizar maneiras pelas quais pode obter mais controle do ambiente e diminuir, assim, os sentimentos de impotência;

expressar interesse pelo bem-estar dos outros e menos com sua aparência;

estabelecer um padrão sadio de alimentação para o controle de peso;

verbalizar planos para a manutenção futura do controle de peso.

TRANSTORNOS DO SONO



Fonte: Cartilha *Mudando comportamentos*, 2007.

O sono deve ser entendido como atividade nervosa superior, indispensável para a manutenção do bem-estar e da qualidade de vida dos indivíduos. A incidência de insônia está em torno de 30% a 35% da população. A insônia afeta mais as mulheres do que os homens, piorando com o aumento da idade.

SONO NORMAL

Nos seres humanos, o sono normal é dividido em duas grandes fases: **sono non-rapid eye mo-**

vement (não REM) e sono rapid eye movement (REM).

O sono não REM se subdivide nos estágios 1, 2, 3 e 4. Nos dois primeiros estão o sono superficial e nos últimos, o sono profundo ou de ondas lentas. Nas primeiras horas da noite ocorre maior predominância dos estágios 3 e 4.

O sono REM, que ocorre em maiores períodos na segunda metade da noite, é assim denominado devido ao movimento rápido dos olhos. Imagina-se que os sonhos ocorram nessa fase.

Durante a noite acontecem cerca de quatro a seis ciclos de sono não REM/REM, com duração aproximada de 85 a 100 minutos. Os ciclos podem ser algumas vezes interrompidos por mudanças de posição corporal ou outros estímulos externos. Os padrões dos ciclos de sono variam intensamente no decorrer da vida do indivíduo. Por exemplo: logo após o nascimento os ciclos ocorrem diversas vezes no período de 24 horas, sem horário preferencial. À medida que o tempo passa, começamos a concentrar a maior parte do sono no período noturno.

Sabe-se hoje que o sono é um estado complexo e ativo, muito importante para o desenvolvimento normal do cérebro e para os processos de memória e aprendizado. É também no período de sono noturno que são liberados alguns hormônios imprescindíveis para a maturação, o crescimento e a manutenção da saúde do nosso corpo.

INSÔNIA NÃO ORGÂNICA

(CID-10: F 51.0)

A queixa diz respeito tanto à dificuldade em adormecer quanto à de se manter dormindo. A insônia ocorre pelo menos três vezes por semana durante pelo menos um mês, havendo preocupação com a falta de sono e consideração excessiva sobre suas consequências à noite e durante o dia. A quantidade e a qualidade insatisfatórias de sono causam angústia e interferem no funcionamento social e ocupacional.

HIPERSÔNIA

(CID-10: F 51.1)

Trata-se de sonolência diurna excessiva não explicada e por uma quantidade inadequada de sono, ou, ainda, de transição prolongada para o estado plenamente vígil depois de despertar. Ocorre diariamente por mais de um mês ou por períodos recorrentes de menor duração, causando angústia ou interferindo no funcionamento social e ocupacional.

SONAMBULISMO

(CID-10: F 51.3)

O sintoma predominante deste transtorno é um ou mais episódios de levantar-se da cama, usualmente durante o primeiro terço do sono noturno, e andar. Durante o evento, o indivíduo demonstra face fixa e inexpressiva e, ao despertar, não se recorda de nada, podendo apresentar pequena confusão e desorientação.



Fonte: Ministério da Saúde, 2003.

Suicídio é a ação de tirar a própria vida de maneira voluntária e intencional, iniciada e levada a cabo por alguém com pleno conhecimento ou expectativa de resultado fatal. Etimologicamente, quer dizer *sui* = si mesmo e *ceades* = ação de matar, vocábulo que surgiu no século XVII, na Inglaterra (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997; KAPCZINSKI; QUEVEDO; CHACHAMOVICH, 2001; BATISTA, 2004).

O comportamento suicida pode ser entendido como **“todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato”**. Essa noção permite conceber o comportamento suicida como um *continuum* que inicia com pensamentos de autodestruição, passa das ameaças e gestos às tentativas de suicídio e, finalmente, consuma o ato suicida.

O suicídio é resultado de alteração tanto no conteúdo do pensamento quanto na conduta do paciente. É a maneira encontrada para o alívio do sofrimento, do sentimento de desesperança, do desamparo, dos conflitos pessoais ou interpessoais e do estresse, ou seja, está associado às necessidades frustradas ou não satisfeitas. Entretanto, antes do ato propriamente dito do suicídio, o paciente apresenta **ideações suicidas e, normalmente, enquadra-se nos fatores para risco de suicídio** (BATISTA, 2004; CATALANO; GAUER; FURTADO, 2003; KAPCZINSKI; QUEVEDO; CHACHAMOVICH, 2001).

A **ideação suicida** é caracterizada por perda da vontade de viver, desejo de estar morto ou acabar com a própria vida e autodestruição. Essas ideias (ideação suicida) apresentarão risco de suicídio variável, indo de baixo a alto risco, o que é determinado pelo número e pela intensidade desses fatores (BATISTA, 2004).

Curiosidades

Em grande parte do mundo, o suicídio é **estigmatizado** e rodeado de tabus. Dizer que uma pessoa morreu provoca comoção e solidariedade; entretanto, quando se diz que a morte foi provocada por suicídio, a fala fica suspensa, causando constrangimento. O assunto é evitado ou proibido, ficando uma mácula. De modo geral, a população tende a negar essa atitude tão séria e grave contra o fluxo natural da vida, especialmente quando ocorre com **adolescentes**. Apesar disso, atualmente sabe-se que os adolescentes são especialmente vulneráveis a reagirem com atitudes suicidas em resposta a sérios conflitos que estejam passando.

Anualmente, em média, um milhão de pessoas cometem suicídio no mundo, e aproximadamente 10 a 20 milhões tentam suicídio. Esses dados demonstram que o suicídio é um importante problema de saúde pública mundial (KAPCZINSKI; QUEVEDO; CHACHAMOVICH, 2001; BATISTA, 2004; SANTOS; BERTOLETE; WANG, 2005).

No Brasil, 24 pessoas se suicidam diariamente, sendo que essa informação acaba por ser não divulgada. Assim, o impacto do suicídio é obscurecido pelos homicídios e acidentes de trânsito, que excedem em seis e quatro vezes, em média e respectivamente, o número de suicídios (BRASIL, 2008).

Considerando a idade um fator de risco para suicídio, as taxas para ambos os sexos são mais altas na meia-idade e na velhice. Nos últimos 15 anos, tanto no Brasil quanto nos demais países, têm-se observado aumento progressivo de tentativas de suicídio e suicídios consumados entre adolescentes e adultos jovens, tornando-se uma tendência global e apresentando-se como a terceira causa de morte dos 15 aos 34 anos, só perdendo para homicídios e acidentes, e em alguns países chegando a ser a primeira causa de morte nessa população.

Apesar disso, os índices de pessoas acima dos 45 anos de idade que se suicidam continuam sendo maiores do que os mais jovens. Os idosos tentam suicídio menos frequentemente do que as pessoas

jovens, mas obtêm sucesso com maior frequência, sendo responsáveis por 25% dos suicídios, embora perfaçam apenas 10% da população. Os maiores índices de suicídio estão entre **divorciados, solteiros, viúvos e desempregados**.

Não há uma regra para o ato suicida, o qual depende de raça, sexo, grupo étnico, região, grupo social. A proporção é de um homem para cada quatro mulheres, invertendo-se nos casos de suicídio consumado (KAPCZINSKI *et al.*, 2001).

Os suicídios são cometidos, na maior parte das vezes, por pessoas brancas, de classes sociais alta e baixa, de religião protestante e na maioria das vezes por homens no período da adolescência ou idosos (KAPCZINSKI *et al.*, 2001).

Portadores de transtornos mentais graves, como a esquizofrenia, apresentam taxa de suicídio superior à da população geral. A esquizofrenia constitui o segundo diagnóstico mais frequente entre as pessoas que apresentam histórico de internação psiquiátrica, sendo precedida apenas pelos transtornos de humor. Entre 20% e 40% das pessoas que apresentam esquizofrenia tentam suicídio durante a vida. A compreensão dos motivos que as levaram a tentar suicídio é um importante passo para o manejo mais adequado para a redução da mortalidade (MELTZER, 2001).

O método mais utilizado em nosso país é o enforcamento, chegando a 71% dos suicídios no estado de Santa Catarina nos anos de 1996 a 2001 do total de 2.064 casos. Em segundo lugar estão as mortes causadas por projétil de arma de fogo, mais observado em homens, e intoxicações exógenas (em menos quantidade), mais comum no sexo feminino. Entre as intoxicações exógenas encontramos desde ingestão de inseticidas até superdosagem de medicamentos e produtos de limpeza doméstica, que, em grande parte, não levam o paciente à morte, mas podem deixar sequelas orgânicas (CATALDO; GAUER, 2003; LEÓN; BARROS, 2003).

Fatores de risco

estado civil (solteiros);

sexo (mulheres tentam mais vezes, porém os homens obtêm mais êxito em suas tentativas);

idade (entre 30 e 40, apesar de os índices entre adolescentes estar aumentando. A partir dos 65 anos os índices voltam a subir);

religião (maior em protestantes);

situação socioeconômica (classes média e alta);

etnia (brancos);

transtornos mentais graves;

insônia grave (mesmo se houver ausência de depressão);

dependência de álcool;

psicoses;

homossexuais em quadros depressivos;

idosos e alcoolistas.

Ameaça de suicídio

Pode ser velada, mas geralmente precede a atividade suicida;

podem ser feitas afirmações do tipo: “Será que você se lembrará de mim quando eu morrer?” ou “Tome conta da minha família por mim”;

comunicações não verbais revelam a ameaça de suicídio: distribuição de objetos de valor, realização de testamento, arranjos para um funeral, afastamento sistemático de todas as amigas e das atividades sociais;

ocasionalmente, pode ser feita uma ameaça verbal e direta de suicídio, mas isso ocorre com menor frequência;

indicações de ambivalência geralmente estão presentes no comportamento suicida;

a ameaça representa a esperança de que alguém perceba o perigo e proteja o indivíduo de seus impulsos autodestrutivos;

pode ser um esforço para descobrir se alguém se preocupa o suficiente para evitar que faça algum mal a si mesmo.

Tentativas de suicídio

Incluem quaisquer atos dirigidos contra a própria pessoa que levarão à morte se não forem interrompidos;

na avaliação do comportamento suicida é dada muita ênfase à letalidade do método utilizado;

todas as ameaças e tentativas devem ser levadas a sério, porém uma atenção mais vigorosa e vigilante é indicada quando a pessoa está planejando ou tenta um método altamente letal (arma de fogo, enforcamento ou saltar de um lugar alto);

a pessoa com maior perfil suicida é aquela que planeja uma morte violenta (como um tiro na cabeça), tem um plano específico (por exemplo, logo que a esposa sair para compras) e possui o meio prontamente disponível (como uma arma carregada numa gaveta).

Suicídio consumado

- Pode ocorrer depois que os sinais de alerta foram ignorados ou menosprezados;
- algumas pessoas não dão qualquer sinal de alerta facilmente reconhecível;
- pessoas importantes na vida do suicida, incluindo os sobreviventes, têm muitas emoções acerca desse comportamento;
- existe um elemento de hostilidade no comportamento suicida;
- frequentemente, há mensagem para as outras pessoas (explícita ou implícita) do tipo: “você deveria ter se preocupado comigo”;
- ocasionalmente, quando o indivíduo sobrevive à tentativa, essa mensagem pode ser transmitida de modo manipulador;
- é importante tratar essas tentativas com seriedade e ajudar o cliente a desenvolver padrões mais saudáveis de comunicação;
- as pessoas que não pretendem morrer podem acabar realmente morrendo, se não forem descobertas a tempo;
- quando o suicídio é consumado, restam aos sobreviventes muitas emoções que não podem ser comunicadas ao objeto envolvido, a pessoa falecida. Isso pode levar a luto não resolvido, depressão e/ou sentimento de culpa;
- indivíduo suicida pode ter muitos comportamentos clínicos diferentes, como perturbações do humor e queixas somáticas. A falta de esperança pode ser mais importante do que a depressão para explicar a ideação suicida;

- durante a anamnese, deve-se prestar especial atenção ao exame do estado mental e à história psicossocial e avaliar perdas recentes, estresses da vida e uso e abuso de substâncias;
- contrariamente ao senso comum, perguntar diretamente à pessoa sobre o pensamento e os planos suicidas não a incentiva ao suicídio: a maioria deseja que alguém impeça a execução de sua autodestruição e se sente aliviada quando alguém pergunta sobre seus sentimentos;
- uma das perguntas mais importantes aos clientes suicidas é se eles pensam que podem controlar seu comportamento ou se conseguem deixar de agir se tiverem impulsos suicidas. Se houver falas descontroladas, a hospitalização psiquiátrica é indicada;
- pode-se utilizar uma ferramenta de avaliação (teste) para explorar as respostas de autoproteção.

Na **teoria sociológica**, segundo as ideias de Durkheim, *apud* Townsend (2000), que estudou a interação do indivíduo com a sociedade, foi observado que, quanto mais integrado com o meio e quanto mais o indivíduo estiver coeso, menor será a possibilidade de ele cometer suicídio.

A teoria sociológica pode ser dividida em três categorias sociais de suicídio:

- a) **suicídio egoísta**: pelo fato de o indivíduo não se sentir parte de nenhum grupo, nem da sociedade, ele terá uma resposta pela distância apresentada em relação aos grupos, que será o suicídio;
- b) **suicídio altruísta**: é o extremo oposto do egoísta, pois a pessoa é integrada ao grupo em demasia. A integração é tão forte que o sacrifício do indivíduo pelo grupo acaba sendo o suicídio;
- c) **suicídio por anomia**: em um mundo de constantes modificações, a grande maioria dos indivíduos está passando ou passará, em algum momento, por algum tipo de mudança. No suicídio por anomia a pessoa não aceita tais mudanças, como divórcio ou perda de emprego, dívidas etc., o que acaba por levá-lo a cometer suicídio, pois tais mudanças desorganizam seus sentimentos em relação ao grupo;

A **teoria biológica** se divide em duas partes:

teoria genética: segundo Ghosh e Victor, *apud* Townsend (2000), pode existir uma predisposição genética para o suicídio em gêmeos. A concordância observada em monozigóticos não o foi em dizigóticos;

fatores neuroquímicos: estudos realizados demonstraram diminuição nos níveis de liberação de serotonina em indivíduos que apresentaram depressão seguida de tentativa de suicídio.

Autópsias realizadas em neurotransmissores revelaram aumento em ligações de liberação de corticotropina em pacientes que cometeram suicídio (TOWNSEND, 2000).

EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

São quaisquer alterações nos pensamentos, sentimentos ou comportamentos para as quais se faz necessária intervenção imediata por representar risco significativo para pacientes ou terceiros.

Os pacientes que se apresentam em crise são pessoas com intenso sofrimento emocional e físico, portanto com várias expectativas e fantasias, frequentemente irreais, que influenciam suas respostas ao tratamento. Assim, deve prevalecer uma atmosfera de **segurança e proteção**, com comunicação clara e franca, quando atos violentos não podem ser permitidos ou tolerados.

A oportunidade proporcionada pela crise pode facilitar o crescimento e a percepção do paciente, o que não seria possível se a crise não tivesse ocorrido.

Diante de um paciente em crise, é prioritário determinar quanto risco ele apresenta para si mesmo e para terceiros, fazer um diagnóstico inicial, identificar os fatores desencadeantes, as necessidades imediatas e iniciar ou encaminhar o tratamento adequado.

A segurança física e emocional do paciente é uma questão prioritária. Espaço físico, população de pacientes, comunicação entre o pessoal, reações de contratransferência devem ser consideradas pelo examinador para que se conduza a avaliação até o final.

Determinar se o paciente está ou não psicótico é importante não tanto para o diagnóstico, mas para definir a gravidade dos sintomas, o grau de perturbação em sua vida e a chance de se conduzir a avaliação até o final.

Situações como **ameaças, gestos, pensamentos, tendências suicidas ou homicidas** devem ser consideradas seriamente, até prova em contrário, e observadas atentamente. **Atos violentos dentro do hospital geralmente são resultado de percepções errôneas por parte do paciente, ou reações a membros da equipe que são intrusivos, insensíveis ou indiferentes.**

PRINCIPAIS EMERGÊNCIAS

Agitação delirante

Caracteriza-se por quadro de ansiedade e agitação graves, frequentemente junto com delírios de conteúdo persecutório ou megalomaniaco, que às vezes se acompanham de vivência alucinatória, geralmente auditiva. Comumente o paciente está assustado, com intensa angústia em função das manifestações psicóticas.

É importante criar um clima receptivo (uma atitude afetiva), mas não é necessário estar de acordo com os pensamentos delirantes dos pacientes e tampouco confrontar-se com eles, pois na maioria das vezes são irredutíveis. Porém é fundamental ouvi-los. O uso dose antipsicóticos é quase sempre importante para a diminuição da ansiedade. Nos casos de internação em que o paciente recusa a medicação, pode ser necessária a contenção mecânica no leito temporariamente.

Nessa fase os antipsicóticos devem ser administrados preferencialmente na forma intramuscular (IM), por ser de mais fácil utilização, evitando riscos na aplicação e flebites (obs.: essa medicação endovenosa (EV) pode causar flebite, por isso deve seguir a técnica correta de aplicação). O haloperidol injetável é o mais frequentemente utilizado: uma ou duas ampolas IM associadas ou não a prometazina IM.

Sempre que o paciente aceitar, o medicamento pode ser administrado por via oral (VO): clorpro-

mazina 100 mg ou levomepromazina, um a dois comprimidos. Os benzodiazepínicos não são as drogas de primeira escolha, mas podem ser administrados VO para ajudar na sedação: diazepam 10 mg, um a dois comprimidos. Devemos lembrar que o diazepam faz efeito mais rapidamente na forma oral do que na IM.

Agitação maníaca

O quadro faz parte da doença afetiva bipolar (psicose maníaco-depressiva). Caracteriza-se por importante aumento da psicomotricidade, humor eufórico, desinibição, podendo haver curso do pensamento acelerado com fuga de ideias.

Geralmente o período de sono está bastante reduzido, com várias noites insones ou com poucas horas de sono por dia, sem sinais aparentes de cansaço. É frequente a exaltação fácil dos afetos, principalmente com os familiares mais próximos. São muito comuns perda das inibições no campo da sexualidade, projetos grandiosos com caráter megalomaniaco, gastos econômicos excessivos ou grande irritabilidade.

Na maioria dos casos a internação se impõe, sendo preciso o paciente ser protegido de si mesmo. É necessária uma atitude bastante diretiva.

Os antipsicóticos estão indicados, às vezes, em doses altas: haloperidol 30 a 40 mg/dia, clorpromazina 300 a 400 mg/dia ou levomepromazina 200 a 300 mg/dia. A associação com benzodiazepinas pode ser aconselhável.

Muitas vezes a contenção mecânica no leito pode ser necessária, porém não deve ser usada como rotina, visto que pode produzir um ambiente de confronto em uma pessoa com fácil tendência à exaltação e liberação de impulsos.

É importante alertar a enfermagem sobre a necessidade de vigilância constante do paciente. O lítio pode ser usado já na fase aguda, tendo também efeito profilático.

Depressão maior

O humor está deprimido, frequentemente o curso é lento e não se conclui, pode haver choro

imotivado, sentimentos de culpa sem justificativa, anorexia, tendência a isolamento, abandono das atividades diárias, inclusive dos cuidados de higiene.

É comum a ideação deliroides de ruína acompanhada de pensamentos de morte. O risco de suicídio está frequentemente presente. Passado de tentativas anteriores de suicídio, principalmente quando cruentas, é indicador de risco grave. É importante escutar o que diz o paciente acerca do seu estado. Deve-se falar claramente com ele sobre os seus pensamentos de morte, pois evitar esse assunto não costuma ser produtivo e pode aumentar a angústia. Falar sobre a ideia suicida não induz a ela e frequentemente alivia.

Vigilância e atenção psicológica são fundamentais para enfrentar a situação. A enfermagem deve sempre ser alertada para o risco da situação e para a necessidade de vigilância. Em quadros de risco iminente de suicídio deve ser considerada a hipótese de contenção mecânica no leito do paciente.

O tratamento pode ser iniciado com medicação benzodiazepínica e/ou hipnoindutora. Posteriormente o médico especialista pode iniciar os antidepressivos, já que esses têm resposta lenta (15 a 20 dias em média) e, em alguns casos, devem ser usados com cautela, pois podem produzir súbita virada para a síndrome maníaca.

Há fatores que aumentam o risco de suicídio, como depressão, alcoolismo, esquizofrenia, condições médicas (doenças terminais, dor crônica, desfiguração etc.), fatores psicológicos (impulsividade, dependência). Finalmente, se existiram tentativas anteriores, há risco maior de uma nova investida.

Agitação psicomotora não específica

Reações neuróticas, transtorno de personalidade e histeria são os quadros mais variáveis, que podem ser reacionais, determinados por circunstâncias familiares, conjugais ou da vida profissional.

Frequentemente pensamentos e desejos inconscientes recalcados surgem na forma de sintomas, às vezes como conversão motora, dissociação da consciência na figura de “desmaios” ou “síncope” ou automatismos. Geralmente os sintomas surgem de

forma teatral e exagerada (não devem ser entendidos como pura simulação), outras vezes se manifestam como angústia difusa, com reações somáticas de taquicardia, dispneia, mãos frias, tremores, insônia, tonteiras etc.

Quando esses pacientes são desvalorizados nas suas queixas, são comuns hostilidade em relação à equipe de atendimento e reações explosivas.

Frequentemente não há indicação para hospitalização, e algumas horas de repouso na emergência podem ser suficientes para contornar a “crise”. A delimitação do quadro e o posterior encaminhamento para o ambulatório podem representar um bom início da abordagem.

Quadros mais severos com agitação intensa necessitam de medicação, sendo as drogas de escolha os benzodiazepínicos. Algumas vezes a hospitalização por um dia ou dois pode ser necessária.

Estupor catatônico – bloqueio psicomotor catatônico

O quadro se caracteriza por intensa inibição motora. Habitualmente a fala está completamente bloqueada, o corpo rígido e indiferença ao ambiente é uma marca típica do quadro.

Muitas vezes o paciente permite ser conduzido passivamente ou até com obediência automática aos comandos. Mesmo não havendo exteriorização, é um momento de intenso sofrimento psíquico que se acompanha de vivências alucinatórias e delirantes intensas. A expressão é de um olhar vazio no infinito.

Uma atitude amistosa, com contato físico carinhoso, algo maternal, pode ser importante.

O uso dos antipsicóticos é bastante discutido nesses casos. Alguns alegam que podem agravar a inibição motora. A decisão pelo seu uso deve ser deixada para o especialista. É importante orientar quanto aos cuidados com alimentação, higiene e hidratação, se possível oral.

Síndrome parkinsonoide – Impregnação neuroléptica

Quadro comum em pacientes em uso de neurolépticos. A história de uso de antipsicóticos as-

sociada a sinais de rigidez muscular, sinal da roda dentada nas articulações, queixas por a língua estar enrolando, torcicolos, salivação intensa ou revirar os olhos para cima confirma o diagnóstico. Alguns pacientes podem simular o quadro ou sensibilizá-los dando intensa dramaticidade ao que sentem.

Prometazina (Fenergan[®]) ou biperideno (Akineton[®]) injetáveis IM produzem alívio rapidamente e reverterem a situação em alguns minutos. Posteriormente será necessário um ajuste na dose do neuroléptico ou mesmo sua substituição por outro com menos efeitos colaterais.

Psicoses alcoólicas

Delirium tremens, alucinação alcoólica e delírio de ciúmes dos bebedores são intercorrências frequentes nos alcoólatras crônicos. Surgem com quadro de rebaixamento de consciência e insônia importante, podendo vir acompanhados de pesadelos de terror e sendo comuns ilusões visuais, às vezes zoopsias, tremores de extremidades, humor ansioso com agitação por vezes grave. O paciente se torna assustado, com ideação persecutória.

Crises convulsivas associadas ao quadro são intercorrências comuns. O estado geral é precário, geralmente com hipo-hidratação e desnutrição.

Nas alucinoses alcoólicas as alucinações são predominantemente auditivas, autorreferentes e na terceira pessoa do singular, assim como no *delirium tremens* pode haver inquietação motora com agitação.

No delírio de ciúmes predominam os pensamentos de infidelidade em relação ao cônjuge, sendo esses claramente infundados e não sendo possível perceber de onde saem as evidências.

Intercorrências clínicas são comuns, como febre, esofagite, gastrite, polineuropatia periférica, anemia, edema hipoproteico etc.

São quadros que frequentemente surgem na abstinência ou na diminuição da libação alcoólica e, assim, podem aparecer como intercorrência de uma abstinência forçada, como, por exemplo, uma intervenção para tratamento ortopédico ou por uma pancreatite. Já o delírio de ciúme tem a característica de cronicidade.

A sedação com benzodiazepínicos e hipnóticos é importante para o controle imediato do caso. Desde que não haja sinais de insuficiência hepática grave, podem ser administrados em dose moderada de até 30 ou 40 mg de diazepam por dia. A prevenção de crises convulsivas com anticonvulsivantes é boa medida, e a escolha geralmente recai sobre carbamazepina ou fenitoína. O distúrbio hidroeletrólítico deve ser tratado, nem sempre sendo necessária a hidratação venosa.

Contenção física de paciente

Toda vez que for detectada a necessidade de contenção do paciente pelo fato de estar agressivo ou confuso, ela deve ser feita visando a segurança e a preservação da integridade física, tanto do paciente como da equipe que o assiste. “Só se faz a contenção quando o paciente oferece risco para si ou para outras pessoas do mesmo ambiente”. Ela serve para proteger o paciente de possíveis quedas e danos à própria saúde. **É imprescindível que a contenção com faixas seja feita paralelamente à contenção medicamentosa, para acalmá-lo, mas ambas prescritas pelo médico.**

Em toda ação, a técnica se faz necessária para que não haja lesões ao paciente. Por isso é importante lembrar que: “lençóis torcidos, faixa de crepe e algodão ortopédico, para restringir não são permitidos”.

O paciente contido precisa de acompanhamento de enfermagem em tempo integral para garantir a segurança vital e as condições gerais.

“O espírito humano é mais forte que qualquer droga!”

É isso que precisa ser alimentado, com trabalho, lazer, amizade e família.

É isso que é importante...

E foi disso que nós nos esquecemos... das coisas mais simples...”

(Extraído do filme *Tempo de despertar*).

■ Atividades

As atividades referentes a esta unidade serão disponibilizadas no Portal.

■ Referências

Básicas

TEIXEIRA, M. B. *et al.* *Manual de enfermagem psiquiátrica*. São Paulo: Atheneu, 2001.

TOWNSEND, M. C. *Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

ALMEIDA, O. P.; DRATCU, L.; LARANJEIRA, R. *Manual de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

Complementares

MANZOLLI, M. C. (org.). *Enfermagem psiquiátrica: da enfermagem psiquiátrica à saúde mental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

RODRIGUES, A. R. F. *Enfermagem psiquiátrica: saúde mental, prevenção e intervenção*. São Paulo: EPU, 2002.

Utilizadas pelo autor

AGUILERA C. E.; BAHIA L. *A história das políticas de saúde no Brasil*. Cadernos Didáticos UFRJ – Temas de Políticas de Saúde, v. 6. 1993.

ALHO FILHO, J. L. *Planejamento da assistência hospitalar e psiquiátrica no estado de São Paulo e sua relação com a política brasileira de saúde mental*. Arq Coord Saúde Mental Est São Paulo, v. 42, n. esp., p. 75-88, 1980/81.

ALVES, D. S. *O ex-tentando ver o futuro*. Rio de Janeiro: Cadernos Ipub, 1999.

AMARANTE, P. *Algumas reflexões sobre ética, cidadania e desinstitucionalização na reforma psiquiátrica*. Saúde em Debate, p. 45-6, 1994.

_____. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

_____. *Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica*. Cad Saúde Pública, v. 11, p.491-4, 1995.

_____. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMATO, D. L. *Desordens alimentares*. Nova, v. 25, n. 4, p. 164-7, 1997.

APPOLINÁRIO J. C.; CLAUDINO, A. M. *Transtornos alimentares*. Rev. Bras. Psiquiatr., v. 22, supl. 2, p. 28-31, 2000.

ASSUNÇÃO, A. N.; SARTORI, M. S. *Trajetória histórica do esquizofrênico: uma reflexão pelo prisma da técnica e da ética*. Revista Nursing, v. 77, n. 7, p.40-45, 2004.

AUBERT, N. *O indivíduo na organização*. São Paulo: Atlas, 1991. p. 165-71.

BAPTISTA, M. N. *Suicídio e depressão: atualizações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

BARROS, D. D. *Desinstitucionalização: cidadania versus violência institucional*. Saúde em Debate, 1993.

BARROS, H. *Afronta à sanidade*. Correio Braziliense. Disponível em: <<http://www.unb.br/acsunbclipping/cp050719-09.htm>>. Acesso em: 27 nov 2005.

BERGERET, J.; LEBLANC, J. *Toxicomanias: uma visão multidisciplinar*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul TDBA, 1991.

BEZERRA JR. De médico, de louco e de todo mundo um pouco. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (orgs.). *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 171-89.

BIASOLI-ALVES, Z. M. M. *Aproximações teóricas e conceituais de família e violência no final do século XX*. Texto Contexto Enf. Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 65-75, 1999.

BRASIL. *Legislação em saúde mental 1900-2000*. Brasília, 2000. n 4. (Série Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BRASIL. *Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental* (1992). Brasília: Coordenação de Saúde Mental/MS, 1994.

BUCHER, K. *As drogas e a vida: uma abordagem psicossocial*. São Paulo: Pedagógica Universitária, 1998.

BUSNELLO, E. D. *A integração da saúde mental num sistema de saúde comunitária*. Porto Alegre,

1976. 282 p. Tese (Livre Docência) – Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 1976.
- CAMPOS, G. W.S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1992. 220p.
- CAMPOY, M. A.; MERIGHI, M. A. B.; STEFANELLI, M. C. *O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: visão do professor e do aluno na perspectiva da fenomenologia social*. Rev Latino-Am Enfermagem, v. 13, n. 2, 2005.
- CANDIDO, M. C. F. S. *Transtornos depressivos: desenvolvimento de um material didático para educação a distância*. 2005. 196p. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- CARLINI, E. A; COTRIN, C. B. H.; SILVA, F. A. R. *Sugestões para programas de prevenção ao abuso de drogas no Brasil*. São Paulo: Editora MP, 1990.
- CARVALHO, M. B.; FELLI, V. E. A. *O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores*. Rev Latino-Am Enfermagem [online], v. 14, n. 1, 2006 [citado 2006-09-11], p. 61-6. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 25 jul 2006.
- COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C., ROLIM, M. A. *Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença*. Rev Esc Enfermagem da USP, 2004.
- CORDÁS, T. A. *Bulimia nervosa: diagnóstico e proposta de tratamento*. São Paulo: Lemos, 1998.
- CORDÁS, T. A.; BUSSE, S. R. *Transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosas*. In: LOUZÃ NETO, M. R. *Psiquiatria básica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- CORDÁS, T. A.; SEGAL, A. *Bulimia nervosa: aspectos clínicos*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 44, supl. 1, p. 20-4, 1995.
- DELGADO, P. G. *No litoral do vasto mundo: Lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica*. In: VENÂNCIO; CALVACANTI. *Saúde mental: campo, saberes e discursos*. Rio de Janeiro: Ipub-Cuca, 2001.
- DELGADO, P. G. *Papel estratégico das unidades psiquiátricas em hospital geral na reforma psiquiátrica brasileira*. Cadernos Ipub, n. 6, 1997.
- DELGADO, P. G. G. *Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo*. Saúde em Debate, 1992.
- FERIGOLO, M. et al. *Prevalência do consumo de drogas na Febem*. Rev Bras de Psiquiatria, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpb/v26n1/a06v26n1.pdf>>.
- FERNANDO, P. *Modelos da prática e de saúde mental: definição de saúde mental e doença mental*. Disponível em: < <http://www.google.com.br>>. Acesso em: 12 abr 2006.
- FIATES, G. M. R.; SALLES, R. K. *Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias*. Rev Nutr, v. 14, supl., p. 3-6, 2001.
- FISHMAN, H. C. *Tratando de adolescentes com problemas: uma abordagem da terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- FORCELA, H. T.; NOGUEIRA, M. J. C. *Atuação da enfermeira na saúde mental da comunidade*. Enf Nov Dimensões, v. 5, n. 4, p. 258-64, 1978.
- FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo, 1993.
- GALERA, S. A. F. *Avaliação construtiva de uma intervenção de enfermagem junto a famílias que têm um portador de esquizofrenia entre seus membros*. Dissertação (Tese) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2002.
- GIACON, B. C. C., GALERA, S. A. F. *Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 40, n. 2, 2006.
- GIUSTI, S. J. *Adolescentes usuários de drogas que buscam tratamento: as diferenças entre os gêneros*. 2004. Dissertação (Mestrado). Disponível em: <<http://www.teses.usp.br>>.
- GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. *A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família*. Rev Latino-Am. Enfermagem (on-line), v. 9, n. 2 (citado 19 jul 2006), p. 48-55, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br.php?script=sci_arttext&pid=so104-11692001000200007&Ing=pt>.
- GONÇALVEZ, A. M. *Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: desafio da prática do pro-*

- grama saúde da família. 2001. Tese (Mestrado). Disponível em: <<http://www.teses.usp.br>>.
- GRANDO, L. H. *Representações sociais e transtornos alimentares: as faces do cuidar em enfermagem*. 2000. 122p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.
- HARTMANN, M. et al. *Drogas ilícitas e esquizofrenia em adolescentes*. São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.Adroga.casadia.org/esquizofrenia-em-adolescência/htt>>.
- JESUÍNO, A. L. et al. *Profissionalização de auxiliares de enfermagem: saúde mental*. PROFAE, 1998.
- KANTORSKI, L. P. et al. *Maria Aparecida Minzoni: in memoriam*. Texto contexto – enferm. [online]. 2005, vol.14, n.4, pp. 537-543. ISSN 0104-0707. doi: 10.1590/S0104-07072005000400010.
- KANTORSKI, L. P. *A reforma psiquiátrica: um estudo parcial acerca da produção científica da temática*. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 3, n. 2, 2001. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 11 out 2005.
- KAPCZINSKI, F. et al. *Emergências psiquiátricas*. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. *Manual de psiquiatria clínica*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- KIRSTEN, V. R.; FRATTON, F.; PORTA, N. B. D. *Transtornos alimentares em alunas de nutrição do Rio Grande do Sul*. Rev Nutr, v. 22, n. 2, 2009.
- LAMBERT, M. S. *Drogas, mitos e realidade*. Rio de Janeiro: Editora Medsi, 2001.
- LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo, 1983.
- LEMOES, A. *A busca pelo corpo perfeito atinge crianças*. Folha de São Paulo. São Paulo, 30 maio 1999. Caderno 3, p. 5.
- LEÓN L. M.; BARROS, M. B. *Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico*. Rev Saúde Pública, v. 37, n. 3, p. 357-63, 2003.
- LIPP, M. E. N. et al. *Como enfrentar o estresse*. São Paulo: Ícone, 1994.
- LOPES, C. F. et al. *A moda perigosa da mulher: palito*. Globo Ciência, v. 6, n. 70, p. 38-47, 1997.
- LOUZÃ NETO, M. R.; SHIRAKAWA, I. O enfoque médico atual. In: LOUZÃ NETO, M. R.; SHIRAKAWA, I.; BARROS, L. *Esquizofrenia: dois enfoques complementares*. São Paulo: Lemos, 1999. p. 13-44.
- LOUZÃ NETO, M. R. *Convivendo com a esquizofrenia: um guia para pacientes e familiares*. São Paulo: Lemos, 1995.
- LUIS, M. A. V. et al. *Promoção de saúde e prevenção do uso de drogas: o papel do enfermeiro*. Revista Nursing, v. 7, 2004.
- LUZ, M. T. *A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental ontem e hoje, alternativas e possibilidades*. In: AMARANTE, P. (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 85-95.
- MACHADO, V.; MANÇO, X. R. A. *A recusa à desospitalização: um estudo qualitativo*. Cad Saúde Pública, v. 21, n. 5, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14 out 2005.
- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- MARTINO, M. M. F. *Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas*. Rev Esc Enferm da USP, v. 38, n. 2, p. 152-60, 2004.
- MICHEL, D.; FORMIGONI, M. L. S. *As razões para o primeiro uso de drogas e as circunstâncias familiares prevêm os padrões de uso futuro?* Jornal Brasileiro de Dependência Química, 2001.
- MURAD J. E. *Como enfrentar o abuso de drogas*. Belo Horizonte: Editora O Lutador, 1994.
- MURAD, J. E. *Drogas: o que é preciso saber*. 8. ed. Belo Horizonte: Lê, 1998.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- NUNES FILHO, E. P. *Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais*. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001.
- NUNES, E. P. *Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais*. São Paulo: Atheneu, 2001.

- OGATA, M. N.; FUREGATO, A. R. F.; SAEKI, T. *Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil: convergência e divergências*. Psiquiatria Nursing. Rio de Janeiro, 2000.
- OLIVEIRA, C. S.; LOTUFO, F. N. *Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro*. Rev Psiquiatr Clín, v. 30, n. 1, p. 4-10, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Tradução de Caetano D. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação estatística internacional de doenças de problemas relacionados à saúde. (CID-10)*. São Paulo: EDUSP, 1996, 2v.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Declaração de Caracas*. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina. 14 de novembro de 1990. Caracas: OMS/OPAS, 1990.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório sobre saúde mental no mundo*. 2001. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/acad/oms1.html>>. Acesso em: 12 fev 2006.
- PÉREZ, B. B. *Bulimia nervosa: um transtorno alimentar*. Enf Cient, n. 172-3, p. 42-7, 1996.
- PORTELA NUNES FILHO, E.; BUENO J. R.; NARDI, A. E. *Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais*. São Paulo: Ateneu, 2001.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. *Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: visão histórica. In: TUNIS, S. A.; COSTA, N. R. (orgs.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1987. p. 15-75.
- ROCHA, L. M.; BARTMANN, S.; KRITZ, S. *Enfermagem e saúde mental*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1996.
- ROCHA, M. S. *Adolescência: uso de drogas e ato infracional*. Disponível em: <<http://www.mp.rs.gov.br/infancia/doutrina/id215.htm>>.
- RUIPEREZ, I.; LLORENTE, P. *Guias práticos de enfermagem: geriatria*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda., 2001.
- SALZANO, F. T.; CORDAS, T. A. *Hospital-dia (HD) para transtornos alimentares: revisão da literatura e primeiras impressões do HD do ambulatório de bulimia e transtornos alimentares do IPqHCFMUSP (AMBULIM)*. Rev Psiquiatr Clín, v. 30, n. 3, p. 86-94, 2003.
- SAMPAIO, J. J. C. et al. A experiência do Centro de Atenção Psicossocial e o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica. In: PITTA, A. (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- SANCHEZ, A. M. T. et al. *Drogas e drogados: o indivíduo, a família, a sociedade*. São Paulo, 1982.
- SANCHEZ, Z. V. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Razões para não usar drogas ilícitas entre jovens em situações de risco. Revista de Saúde Pública, v. 39, n. 4, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br>>.
- SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. *Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência*. Núcleo de Estudos e Pesquisa ao uso de Drogas/EURJ, Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandez Figueira, Fiocruz, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a27v10n3.pdf>>.
- SHIRAKAWA, I.; CHAVE, A. C.; MARI, J. *O desafio da esquizofrenia*. São Paulo: Lemos; 1998.
- SHNEIDER, J. F. *O cuidado e a família do esquizofrênico*. Mundo Saúde, 2000.
- SILBER, T. J.; SOUZA, R. P. *Uso e abuso de drogas na adolescência: o que se deve saber e o que se deve fazer*. Revista Latino-Americana, v. 1, n. 3, 1998.
- SILVA, R. V. E. L. et al. *Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários*. Rev Saúde Pública, v. 40, n. 2, 2006.
- SPRICIGO, J. S.; ALENCASTRE, M. B. *O enfermeiro de unidade básica de saúde e o usuário de drogas: um estudo de Biguaçu/SC*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 12, n. esp., 2004.
- STACCIARINI, J. M.; TRCCOLI, B. T. *O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro*. Rev Latino-Am. De Enfermagem, v. 9, n. 2, p. 17-25, 2004.

- STEFANELLI, M. C. *Comunicação com o paciente: teoria e ensino*. São Paulo: Robe Editorial, 1993.
- STEIMAN, R. *O mapa da droga*. 1995. Monografia para o título de bacharel em Geografia. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.igeo.ufrj.br/fronteiras/pdf/p01mono01.pdf>>.
- STOPPE JR, A.; LOUZÃ NETO, M. R. *Depressão na terceira idade: apresentação clínica e abordagem terapêutica*. São Paulo: Ed. Lemos; 1999.
- STOPPE JR, A. *Influência do processo de envelhecimento no quadro clínico de depressão em idoso*. 1995. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.
- STUART, G. W; LARAIA, M. T. *Enfermagem psiquiátrica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2002.
- TAVARES, B. F.; BÉRIA, J. V. LIMA, M. S. *Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares*. Revista Saúde Pública, v. 28, n. 6, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>.
- TAVARES, C. M. M. *A poética do cuidar na enfermagem psiquiátrica*. Rio de Janeiro: SENAI, 1999.
- TAYLOR, C. M. *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness*. 13. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- TAYLOR, C. M. *Indivíduos com abuso de dependência de substâncias*. In: TAYLOR, C. M. *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica*. 13. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- TEIXEIRA, M. B. *et al. Manual de enfermagem psiquiátrica*. São Paulo: Atheneu, 2001.
- TEIXEIRA, M. B. *Qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico*. Rev Bras Enferm [on-line], 2005.
- TENÓRIO, F. *A reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos*. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 abr 2006.
- TOWNSEND, M. C. *Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- VASCONCELOS, E. *Do hospício à comunidade*. Belo Horizonte: SEGRAC, 1992.
- VIANA, A L.D.; POZ, M.R.D. *A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família*. Rio de Janeiro: Physis, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 1 jul 2006.
- VILELA, J. E. M. *et al. Transtornos alimentares em escolares*. J Pediatr (Rio Janeiro), v. 80, n. 1, p. 49-54, 2004.
- WERLANG, B. G.; BOTEAGA, N. J. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- WETZEL, C.; MIRON, V. L. *Enfermagem e saúde mental: contribuições para o debate*. Porto Alegre: 46º CBEn, 1994.
- ZUARDI, A. W.; LOUREIRO, S. R. *Semiologia psiquiátrica*. Medicina, n. 29, p. 44-53, 1996.

Módulo

■ SAÚDE DO IDOSO

Unidade Didática – Assistência de Enfermagem
ao Sistema à Saúde do Idoso

AULA 1

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO

■ Conteúdos

- Conceitos básicos: geriatria, gerontologia, assistência geriátrica
- Idoso são, idoso doente, idoso frágil ou alto risco
- Política nacional de saúde do idoso
- Aspectos epidemiológicos e sociodemográficos do envelhecimento, assistência domiciliar.

■ Competências e habilidades

- Estruturar os conceitos básicos da disciplina
- Entender o perfil sociodemográfico e epidemiológico da população idosa, no Brasil e no mundo

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via satélite com professor interativo
- 2 h-a – presenciais com professor local
- 4 h-a – mínimo sugerido para autoestudo

Unidade Didática – Assistência de Enfermagem
ao Sistema à Saúde do Idoso

Aspectos sociodemográficos e epidemiológicos do envelhecimento

O mundo está envelhecendo! Estima-se para o ano de 2050 cerca de dois bilhões de pessoas com 60 anos a mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. Estima-se que no Brasil existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos. Quadro bem diferente daquele observado em 1900, quando a expectativa de vida ao nascer era 33,7 anos. Pouco tempo depois, nos anos 40, passou para 39 anos. Nos anos 50, atingiu 43,2 anos, e na década de 1960, 55,9 anos. De 1960 para 1980, essa

expectativa ampliou-se para 63,4 anos, isto é, foram acrescidos quase dez anos em três décadas, segundo revelam os dados do *Anuário Estatístico do Brasil* de 1982. De 1980 para 2000, o aumento estimado foi de cinco anos, ocasião em que cada brasileiro, ao nascer, esperava viver 68,5 anos.

Nos períodos de 2000 a 2025 há uma expectativa média de vida do brasileiro próxima dos 80 anos, atingindo, enfim, os níveis de países desenvolvidos observados em 2000. Nos dias de hoje, o relógio biológico do ser humano atinge 90-95 anos. Algumas estimativas preveem que nas próximas décadas

a tendência desse indicador é aumentar, alcançando 120-130 anos.

O envelhecimento populacional, no Brasil, tem revelado crescimento exponencial, e sua projeção para o ano de 2025 mostra que o número de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos será de 32 milhões.

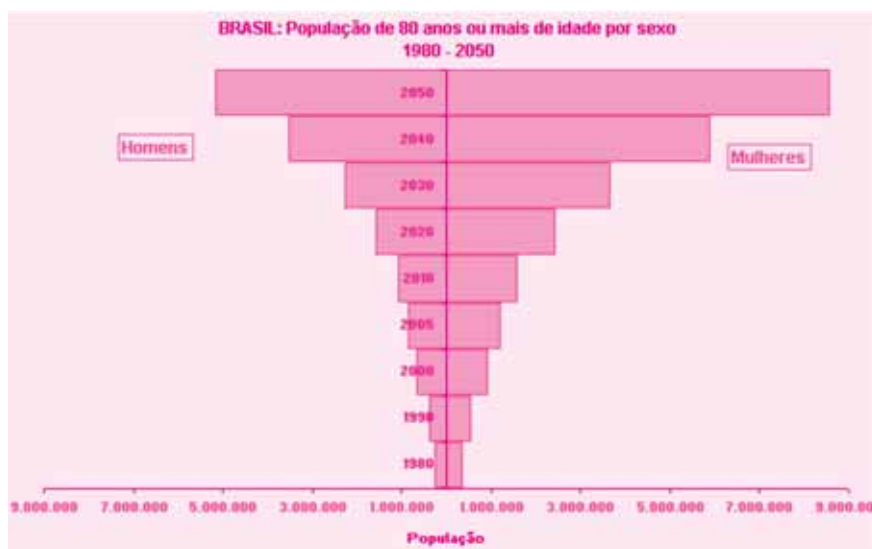
O crescimento demográfico da população idosa brasileira exige a preparação adequada do país para atender às demandas das pessoas na faixa etária de mais de 60 anos de idade. Essa preparação envolve diferentes aspectos que dizem respeito desde a adequação ambiental e o provimento de recursos materiais e humanos capacitados, até a definição e a implementação de ações de saúde específicas.

Acresce-se, por outro lado, a necessidade de a sociedade entender que o envelhecimento de sua população é uma questão que extrapola a esfera familiar e, portanto, a responsabilidade individual, para alcançar o âmbito público, compreendido pelo

Estado, as organizações não-governamentais e os diferentes segmentos sociais.

Nos países desenvolvidos o processo de envelhecimento ocorreu de forma lenta e acompanhou a elevação da qualidade de vida das populações urbanas e rurais. No Brasil, o envelhecimento é um fenômeno predominantemente urbano (82% dos idosos estão morando em cidades), e o processo de transição demográfica caracteriza-se pela rapidez com que o aumento absoluto e relativo das populações adultas e idosas vem modificando a pirâmide populacional.

Ao contrário do imaginário comum, o processo de envelhecimento populacional, tal como observado até hoje, é resultado do declínio da fecundidade, e não da mortalidade. No Brasil, o declínio da fecundidade ocorreu em um ritmo maior e origina-se de uma população mais jovem do que aquela dos países desenvolvidos.



Fonte: IBGE, 2007.

Conceitos

A Organização Mundial de Saúde considera como pessoa idosa aquele indivíduo com 65 anos ou mais, em países desenvolvidos, e 60 anos para os países em desenvolvimento.

O envelhecimento caracteriza-se biologicamente como um processo natural, dinâmico, sequencial,

individual, acumulativo, progressivo, irreversível, não patológico, que tem início desde o nascimento, acompanha o indivíduo por todo o tempo de vida possível e só termina com a morte.

As alterações fisiológicas desse processo provocam a perda gradativa da capacidade funcional dos órgãos e sistemas. Entretanto, é importante ressaltar

que nem sempre essas alterações se traduzem em incapacidades, e que a presença e a intensidade das alterações orgânicas podem variar de um indivíduo para outro. E essas alterações físicas, sociais, cognitivas e comportamentais afetam diretamente a posição social e o papel desempenhado pelo idoso, qualificando-o ou desqualificando-o para seu exercício ou interferindo diretamente nas suas condições de autonomia e independência.

Senescência é o termo que define as alterações próprias do envelhecimento, enquanto *senilidade* são aquelas alterações decorrentes de agravos que podem acometer o indivíduo em idade avançada.

A geriatria é definida como o ramo da Medicina que trata dos aspectos médicos, psicológicos e sociais da saúde e da doença nos idosos. Trata-se de uma especialidade que estuda a prevenção, o tratamento das doenças que acometem as pessoas idosas, bem como a sua recuperação funcional e reinserção na comunidade.

O sentido estrito do termo geriatria não é apenas uma ciência médica, e sim os cuidados a serem prestados aos idosos, por profissionais de diversas áreas, não apenas da Medicina.

Os cuidados geriátricos em enfermagem foram definidos em 1970 pela Associação Nacional de Enfermeiras Americanas, sendo a expressão “cuidados geriátricos” substituída por “cuidados gerontológicos”. A enfermagem em gerontologia tornou-se uma especialidade. A competência, nesse domínio, só se adquire através da formação e da experiência, da procura pessoal e de um desejo de criar, de se realizar e de aceitar desafios.

A gerontologia é uma ciência que estuda o processo de envelhecimento dentro de critérios biológicos de normalidade, incluindo o estudo da prevenção do envelhecimento patológico. Nesse sentido, a gerontologia e a geriatria trabalham em conjunto.

A gerontologia engloba quatro aspectos do envelhecimento: o físico, o psicológico, o comportamental e o contexto social do envelhecimento. É uma ciência que estuda a vida das pessoas que envelhecem interessando-se tanto pelas saudáveis como pelas doentes, abordando todos os elementos da cultura

e da vida do ser humano em sociedade. Está ligada a várias disciplinas, tais como a filosofia, as ciências políticas, a psicologia, a sociologia e a história.

O desenvolvimento dessa área do conhecimento gerou o aparecimento de diferentes áreas de estudo, entre elas a gerontologia experimental, a gerontologia celular, a gerontologia clínica, a gerontologia social, a gerocultura, a epidemiologia do envelhecimento e a antropologia do envelhecimento. Embora estudem aspectos diversos, essas diferentes áreas precisam trabalhar em conjunto, pois nesse campo é imprescindível o enfoque interdisciplinar para tratar questões que afetam as células, os organismos e as populações idosas.

Na Enfermagem Gerontológica, o cuidado baseia-se em um processo específico baseado na compreensão de parâmetros físicos, emocionais e de ordem social, pelo qual a atuação da equipe interdisciplinar desmistifica o papel de cada profissional e deixa claras as especificidades de suas funções. É um processo que corre fundamentalmente de forma educativa para todas as partes, em direção à clientela idosa.

A assistência geriátrica nos serviços de Atenção Básica tem por objetivo a avaliação global com ênfase na funcionalidade. O declínio funcional pode sugerir a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas. É por meio dessa avaliação que se pode fazer um balanço entre as perdas e os recursos disponíveis para sua compensação. Vários são os instrumentos existentes que colaboram com a avaliação ampla do idoso.

Avaliação global da Pessoa Idosa

A Avaliação Global da Pessoa Idosa direciona a atenção para o/a idoso/a, com problemas complexos, de forma mais ampla, dando ênfase ao seu estado funcional e à sua qualidade de vida. É desenvolvida por uma equipe multiprofissional e tem por objetivo quantificar as capacidades e os problemas de saúde, psicossociais e funcionais do idoso de forma a estabelecer um planejamento terapêutico a longo prazo e o gerenciamento dos recursos necessários.

Para a avaliação global do idoso a ênfase na funcionalidade é considerada, levando-se em conta os termos “idoso são”, “idoso doente”, “idoso frágil” e “idoso de alto risco”.

Idoso saudável é aquele que mantém sua autonomia e independência, não precisando de ajuda ou supervisão para realizar-se no dia a dia, mesmo que apresente uma ou mais de uma patologia.

Embora a grande maioria dos idosos seja portadora de, pelo menos, uma doença crônica (Ramos *et al.*, 1993), nem todos ficam limitados por essas doenças, e muitos levam uma vida perfeitamente normal, com as suas enfermidades controladas e expressa satisfação na vida. Um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado um idoso saudável, se comparado com um idoso com as mesmas doenças, porém sem controle destas, com sequelas decorrentes e incapacidades associadas.

Qualquer pessoa que chegue aos 80 anos capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho (produção em algum nível) certamente será considerada uma pessoa saudável. Pouco importa saber que essa mesma pessoa é hipertensa, diabética, cardíaca ou depressiva. O importante é que, como resultante de um tratamento bem-sucedido, ela mantém sua autonomia, é feliz, integrada socialmente e, para todos os efeitos, uma pessoa idosa saudável.

O envelhecimento saudável, dentro dessa nova ótica, passa a ser a resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. A perda de um ente querido, a falência econômica, uma doença incapacitante, um distúrbio mental, um acidente são eventos cotidianos que podem, juntos ou isoladamente, comprometer a capacidade funcional de um indivíduo.

Os déficits relacionados ao envelhecimento são caracterizados pela perda da funcionalidade. A funcionalidade motora tem sido a mais relatada, mas a diminuição nos mecanismos de defesa natural do organismo e de adaptação ao ambiente, além de per-

da da reserva funcional estende-se a outras esferas cognitivas, como a linguagem. Fatores ambientais não são determinantes para a perda da funcionalidade, porém contribuem e influenciam as perdas. Além deles, riscos de doenças, frequentes no envelhecimento, também interferem na capacidade funcional do indivíduo.

O conceito de “envelhecimento ativo” utilizado pela OMS desde 1990 busca incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. Pode ser compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Envolve políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a prevenção às situações de violência familiar e urbana, o acesso a alimentos saudáveis e a redução do consumo de tabaco, entre outros.

Embora, com o avançar da idade, ocorram alterações funcionais inevitáveis, a ponto de alguns considerarem erradamente o envelhecimento como “estado de doença”, não se pode confundir tais modificações com aquelas provocadas por afecções que são mais prevalentes nessa faixa etária. Não se pode desconhecer o fato de que os efeitos da primeira podem atuar sobre os da última, produzindo graus de interação variáveis, de praticamente nulos até muito acentuados, a ponto de induzir ação deletéria muito severa.

As interações fisiológicas, próprias do envelhecimento, associadas com aquelas decorrentes de processos patológicos, são responsáveis pela apresentação clínica de várias enfermidades, o que é frequentemente mais grave em indivíduos idosos do que em adultos jovens, caracterizando o termo “idoso doente”.

Considera-se *idoso frágil* aquele que apresente uma vulnerabilidade aos desafios do próprio ambiente. Essa condição é observada em pessoas com mais de 85 anos ou naqueles mais jovens, que apresentam uma combinação de doenças ou limitações

funcionais que reduzam sua capacidade de adaptar-se ao estresse causado por doenças agudas, hospitalização ou outras situações.

Os idosos hospitalizados duas ou mais vezes em um período de quatro anos, que em geral são frágeis e possuem uma ou mais doenças crônicas são identificados como “pacientes de alto risco” devendo ser beneficiados com programas preventivos, desenvolvidos em unidades de avaliação e reabilitação geriátrica.

Política nacional de saúde do idoso

A Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/90, e a Lei 8.842/94 asseguram os direitos desse segmento populacional fundamentando a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento.

No conjunto dos princípios definidos pela Lei Orgânica, destaca-se o relativo à “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”, que constitui uma das questões essenciais enfocadas nessa política, ao lado daqueles inerentes à integralidade da assistência e ao uso da epidemiologia para a fixação de prioridades.

Por sua vez, a Lei nº 8.842 – regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996 –, ao definir a atuação do Governo, indicando as ações específicas das áreas envolvidas, busca criar condições para que sejam promovidas a autonomia, a integração e a participação dos idosos na sociedade, assim consideradas as pessoas com 60 anos de idade ou mais.

Segundo essa Lei, cabe ao setor saúde, em síntese, prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante o estabelecimento de normas específicas para tal; o desenvolvimento da cooperação entre as esferas de governo e entre centros de referência em geriatria e gerontologia; e a inclusão da geriatria como especialidade clínica para efeito de concursos públicos, além da realização de estudos e pesquisas na área.

A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração

e participação efetiva na sociedade. Considera-se o idoso, para todos os efeitos dessa Lei, a pessoa maior de 60 anos de idade.

Dentre os princípios e diretrizes dessa lei:

I – a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

II – o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;

III – o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

IV – o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;

V – as diferenças econômicas, sociais, regionais, e, particularmente, as contradições entre o meio rural e urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei.

A Organização Mundial de Saúde propôs, em 2002, ante ao envelhecimento populacional, muitas ações para atender às demandas emergentes. Nesse contexto, formula um projeto denominado “Towards Age-friendly Primary Health Care”, cuja proposta é adaptar os serviços de atenção básica para atender adequadamente às pessoas idosas, tendo como objetivo principal a sensibilização e a educação no cuidado primário em saúde, de acordo com as necessidades específicas dessa população.

Em 1º de outubro de 2003, Lei nº 10.741, é sancionado o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Gozando de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que

agrega três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão.

Foram pactuadas seis prioridades, sendo que três delas têm especial relevância com relação ao planejamento de saúde para a pessoa idosa. São elas: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica.

Com base nessa proposta, surge a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, definindo que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade.

São criadas políticas públicas que promovam estilos de vida igualmente saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas habituais e no lazer, prevenindo situações de violência familiar e urbana, estimulando o acesso a alimentos saudáveis e a redução do consumo de tabaco, entre outros.

São medidas que contribuirão para o alcance de um envelhecimento que denote também um ganho substancial em qualidade de vida e saúde.

Sua implementação abrange uma mudança de paradigma que troca o enfoque baseado em necessidades e que, normalmente, coloca as pessoas idosas como alvos passivos, e passa a ter uma abordagem que reconhece o direito dos idosos à igualdade de oportunidades e de tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem.

Essa abordagem apoia a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos

processos políticos e em outros aspectos da vida em comunidade.

Nesse sentido, a presente Política Nacional de Saúde do Idoso tem como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

Para tanto, nessa Política estão definidas as diretrizes que devem nortear todas as ações no setor saúde, e são indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance do propósito explicitado anteriormente. Além disso, orienta o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde do Idoso, mediante o qual deverão ser possíveis os eventuais redimensionamentos que venham a ser ditados pela prática.

A implementação dessa Política compreende a definição e/ou readequação de planos, programas, projetos e atividades do setor saúde que direta ou indiretamente se relacionem com o seu objeto. O esforço conjunto de toda a sociedade, aqui preconizado, implica o estabelecimento de uma articulação permanente que, no âmbito do SUS, envolve a construção de contínua cooperação entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

■ Atividades

As atividades referentes a esta unidade serão disponibilizadas no Portal.

* ANOTAÇÕES

AULA 2

O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

■ Conteúdo

- Necessidades humanas básicas de um idoso: fisiológicas e psicossociais
- Alterações fisiológicas no idoso, prevenção e avaliação geriátrica
- Níveis de prevenção, atitudes de promoção e educação em saúde, escala de avaliação funcional, mental e social
- Necessidade de relação e conservação da imagem corporal
- Modos de conservação da imagem e autoestima, atividades da vida diária

■ Competências e habilidades

- Entender o processo de envelhecimento
- Promover a saúde do idoso com ênfase na educação e prevenção da saúde

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via satélite com professor interativo
- 2 h-a – presenciais com professor local
- 4 h-a – mínimo sugerido para autoestudo
- 4 h-a – presenciais de aula prática com professor local

Unidade Didática – Assistência de Enfermagem
ao Sistema à Saúde do Idoso

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE UM IDOSO

Fisiologia do envelhecimento

O envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por levá-lo à morte. O envelhecimento baseado na capacidade funcional se caracteriza por uma redução da capacidade de

adaptação homeostática às situações de sobrecarga funcional.

Atualmente considera-se que o envelhecimento relaciona-se fundamentalmente com alterações das proteínas que compõem o organismo. Elas constituem cerca de 15% dos componentes orgânicos e são os elementos responsáveis pela formação de estruturas nobres do organismo, como células, tecidos e órgãos, sendo também componentes dos sistemas bioquímicos relacionados à produção de energia.

Existem diversas teorias que procuram explicar essa alteração proteica no envelhecimento, sendo que duas delas são mais aceitas pelos pesquisadores e provavelmente se completam: a teoria da deterioração da síntese proteica e a teoria do relógio biológico. Além disso, existiriam diversos fatores que teriam influência sobre esse mecanismo de alteração proteica. Eles têm sido classificados como intrínsecos e extrínsecos. Entre os primeiros encontram-se a hereditariedade, os radicais livres, as alterações imunológicas; entre os últimos, a alimentação, as variações climáticas e a radioatividade.

Essas alterações da síntese proteica refletem-se nas células, nos tecidos e nos órgãos, alterando-os morfológica e funcionalmente.

As células envelhecem com velocidades diferentes de acordo com o órgão a que pertencem. Por exemplo: as células das vilosidades intestinais têm duração de dias; as células dos órgãos sexuais secundários só entram em atividade mitótica na puberdade; e os neurônios do sistema nervoso central não se dividem.

Com o envelhecimento, mais colágeno é formado, surgem ligações cruzadas na molécula e há maior resistência à ação da collagenase. Em consequência, aumenta a rigidez dos tecidos e há maior dificuldade de difusão dos nutrientes dos capilares para as células e dos metabólitos das células para os capilares, o que ocasionaria deterioração progressiva da função celular.

A composição corpórea altera-se com o desenvolvimento e o envelhecimento. A água, principal componente, corresponde a 70% do organismo na criança, a 60% no adulto jovem e a 52% no idoso. Devido à redução do componente aquoso do organismo, o idoso pode ser considerado um “desidratado crônico” e, mediante perdas moderadas de líquido, já apresenta desidratação evidente. Por outro lado, a reposição líquida nesses indivíduos deve ser lenta e cuidadosa, para evitar sobrecarga cardiocirculatória, pois o compartimento extracelular também é reduzido.

Já o componente adiposo tende a aumentar e a apresentar distribuição centrípeta no envelheci-

mento, depositando-se a gordura principalmente no subcutâneo do tronco, nos epíplons e ao redor de vísceras como rins e coração. Como o tecido adiposo é anidro e apresenta menor densidade que a água, nas mulheres, o depósito de gordura é maior, e a densidade corpórea é menor que a do homem na mesma faixa etária.

O conteúdo mineral ósseo também se apresenta reduzido no idoso (5%), em relação ao adulto jovem (6%).

A estatura mantém-se até os 40 anos. A partir dessa idade reduz-se cerca de um centímetro por década, acentuando-se essa redução após os 70 anos. Esse fato é consequência das alterações da coluna (achatamento das vértebras, redução dos discos intervertebrais e cifose dorsal), do arqueamento dos membros inferiores e do achatamento do arco plantar, sendo mais acentuado no sexo feminino. Em pacientes idosos, uma das maneiras de verificar a altura aproximada quando jovens é através da envergadura.

Devido às alterações da composição corpórea no idoso, há tendência à redução do peso após os 60 anos de idade. Quando, após essa idade, o peso se mantém inalterado ou eleva-se, isso se deve ao acúmulo de gordura.

Diversas estruturas do organismo apresentam modificações morfológicas no envelhecimento. Dentre estas se destacam: aumento da circunferência do crânio; aumento da amplitude do nariz e dos pavilhões auditivos, originando a conformação facial típica do idoso; aumento do diâmetro anteroposterior e redução do diâmetro transversal do tórax, constituindo o chamado tórax senil; aumento do diâmetro anteroposterior do abdome e do diâmetro biilíaco; redução da prega cutânea tricípita e manutenção da subescapular, consequência da distribuição centrípeta do tecido adiposo.

O processo de envelhecimento determina diversas alterações no sistema cardiocirculatório. No pericárdio e endocárdio há aumento do colágeno. No miocárdio há degeneração de fibras musculares com atrofia, hipertrofia das remanescentes. Nas grandes artérias há aumento do componente colá-

geno e perda do componente elástico, ocasionando maior rigidez da parede. Nas arteríolas observa-se aumento da espessura da parede e redução de sua luz. No sistema nervoso autônomo há diminuição do teor adrenérgico e menor resposta cardiovascular aos estímulos simpático e parassimpático.

A deterioração da função cardíaca com o envelhecimento é variável de indivíduo para indivíduo. As funções ventriculares sistólica e diastólica alteram-se no envelhecimento. Verifica-se aumento de 2 mseg por década na fase de ejeção, provavelmente em consequência da mobilização mais lenta do Ca^{++} do sistema sarcotubular para as proteínas contráteis e também pela redução do teor adrenérgico do miocárdio.

A fase de relaxamento cardíaco também aumenta pela mobilização mais lenta do Ca^{++} das proteínas contráteis para o sistema sarcotubular. Devido à hipertrofia muscular e às alterações dos sistemas colágeno e elástico, observa-se redução da complacência da parede ventricular.

O prolongamento da fase de relaxamento e a diminuição da complacência alteram a função diastólica do ventrículo esquerdo, tornando os idosos mais suscetíveis à insuficiência cardíaca diastólica.

A frequência cardíaca basal tende a reduzir-se, sendo observadas frequências próximas do limite inferior da normalidade (50 a 60 batimentos por minuto). A frequência cardíaca máxima tende a diminuir, observando-se que após os 65 anos de idade atinge em média 130 batimentos por minuto.

As alterações do ritmo cardíaco são observadas com certa frequência em idosos, predominando as extrassístoles supraventriculares e ventriculares, encontradas em 80% a 90% dos casos.

Todas as estruturas relacionadas à respiração alteram-se no envelhecimento. Devido às modificações dos mecanismos reguladores da respiração, sejam eles quimiorreceptores, centros de controle do sistema nervoso central e músculos efetores, verifica-se diminuição da resposta ventilatória às variações das pressões parciais de oxigênio (PO_2) e de gás carbônico (PCO_2) no sangue.

As modificações da morfologia torácica, que determinam a configuração do tórax senil ou “em barril”, a redução da elasticidade e a atrofia dos músculos esqueléticos acessórios da respiração reduzem a capacidade de expansão da caixa torácica.

Nos pulmões há alterações dos sistemas colágeno e elástico que ocasionam diminuição da elasticidade ou complacência. As paredes das vias aéreas intrapulmonares tornam-se menos resistentes, facilitando o colabamento expiratório. Há dilatação dos bronquíolos respiratórios, dos dutos e sacos alveolares, levando ao aspecto anatômico impropriamente chamado de enfisema senil.

Normalmente, na inspiração a pressão pleural é negativa, principalmente nos ápices pulmonares, distendendo alvéolos e vias aéreas de menor calibre. No idoso diminuem a força de expansão torácica e a pressão negativa intrapleural, com menor distensão alveolar e de vias aéreas intrapulmonares.

Devido ao colabamento precoce das vias aéreas de pequeno calibre durante a expiração, observa-se diminuição do volume expiratório forçado do primeiro segundo, do fluxo expiratório forçado entre 25% e 75% da capacidade vital e também redução da ventilação voluntária máxima.

Em consequência dessas modificações observa-se que nos idosos há insuficiência respiratória restritiva, obstrutiva e difusional. No entanto, essa deficiência torna-se evidente apenas em condições de esforço ou quando o idoso apresenta um processo patológico pulmonar, que vai somar-se às alterações determinadas pelo envelhecimento.

Os rins apresentam diversas alterações morfológicas durante o processo de envelhecimento. Observam-se redução do tamanho e do peso dos rins, diminuição do número de néfrons, espessamento da membrana basal, esclerose e hialinização glomerulares, aumento do tecido conjuntivo intersticial e alterações tubulares.

Nos glomérulos corticais, a esclerose leva à obstrução das arteríolas aferente e eferente com isquemia glomerular e tubular. Nos glomérulos justamedulares, como a arteríola eferente é mais calibro-

sa que a aferente, forma-se um shunt entre ambas, com manutenção do fluxo pós-glomerular.

O processo de envelhecimento determina alterações orgânicas e funcionais em todas as estruturas que compõem o aparelho digestório. Na cavidade oral, além das alterações dentárias, verifica-se redução da secreção da saliva, acompanhada de modificação de sua composição. Há redução da mucina salivar responsável pela proteção e lubrificação da mucosa bucal, assim como da ptialina, responsável pela digestão inicial dos polissacarídeos.

Os distúrbios da deglutição associam-se a mau prognóstico devido ao risco de regurgitação e pneumonia aspirativa. A disfagia orofaríngea ocorre por comprometimento da função salivar, da motricidade da língua, do palato e da faringe, além de perda do tônus do músculo cricofaríngeo, responsável pelo esfíncter superior do esôfago. A disfagia esofágica tem como principal causa o presbiesôfago, que se caracteriza por menor amplitude das contrações peristálticas síncronas que conduzem o alimento e pela presença de contrações assíncronas que dificultam a progressão.

No estômago, a atrofia da mucosa determina hipo ou aclorídria basal e estimulação, que ocorrem em um terço dos idosos, tornando o esvaziamento gástrico mais lento.

No intestino delgado observa-se alargamento e achatamento das vilosidades com redução da superfície de absorção. Entretanto, estudos baseados em biópsias jejunais não têm evidenciado alterações celulares em idosos normais. Há redução do fluxo sanguíneo mesentérico e provavelmente motilidade diminuída por alteração dos plexos mioentéricos. A absorção de gorduras encontra-se comprometida devido à redução da secreção de lipase pancreática, o que pode prejudicar a absorção de vitaminas lipossolúveis. Os estudos sobre absorção de aminoácidos e proteínas são escassos, porém após ingestão de dieta hiperproteica a excreção de nitrogênio fecal é maior em idosos do que em jovens.

A análise morfológica dos cólons evidencia atrofia da mucosa, aumento do tecido conectivo, atrofia da camada muscular e comprometimento dos ple-

xos nervosos. Funcionalmente, há tendência à constipação intestinal em consequência das alterações colônicas, da redução da atividade física e da menor ingestão de fibras e líquidos.

Morfológicamente verifica-se diminuição do volume e do peso do fígado, correspondente à redução da massa celular hepática funcionante. Entretanto, o fígado apresenta grande reserva funcional e essa redução celular não afeta o metabolismo hepático em condições basais.

No pâncreas, macroscopicamente, observa-se redução global do tamanho e do peso, com substituição de parte de seu parênquima por tecido colágeno. A secreção exócrina basal não se altera no idoso em relação ao jovem, porém há diminuição da produção pancreática máxima, tanto hidroeletrolítica, como enzimática.

O sistema nervoso constitui o principal fator de integração das atividades orgânicas, sendo fundamental para manutenção da homeostase. Os centros reguladores localizam-se no cérebro, que, no homem de 70 anos de idade, tem uma redução de 5% de seu peso, e aos 90 anos, de 20%. A atrofia é observada tanto na camada cortical como na substância branca. O estoque de neurônios de um indivíduo é de cerca de dez bilhões, sendo que após 25 a 30 anos de idade há uma perda diária de 50 a 100 mil. Essa perda celular é maior no córtex e menor no tronco cerebral, onde geralmente se localizam os centros reguladores da homeostase.

No envelhecimento verifica-se também diminuição da liberação de neurotransmissores. Os centros reguladores são estimulados por receptores que se localizam em vários pontos do organismo. Observa-se diminuição da sensibilidade dos barorreceptores ou receptores de pressão, que se localizam principalmente nas paredes da aorta, e das artérias carotídeas, provavelmente devido à redução da elasticidade da parede. O mesmo ocorre com os quimiorreceptores, localizados principalmente na parede do arco aórtico, nas artérias carotídeas internas e no sistema nervoso central, e que são suscetíveis às variações das pressões parciais de oxigênio e gás carbônico e do pH.

Alterações degenerativas da pele determinam redução dos receptores cutâneos ou exteroceptores, e os remanescentes têm menor sensibilidade. Assim, os idosos têm menor percepção da temperatura ambiente e de suas variações, além de apresentarem diminuição da sensibilidade tátil.

O sistema imunológico é um importante fator regulador do funcionamento harmônico do organismo. A maior incidência de doenças infecciosas, neoplásicas e autoimunes em pessoas idosas tem sido associada às alterações da imunidade celular e humoral nessa faixa etária.

A maior parte das alterações imunológicas tem sido correlacionada com a involução e atrofia do timo, que, de forma gradual, nos primeiros 50 anos de vida do homem, perde até 95% de sua massa e de sua capacidade de produzir hormônios. A atividade imunológica é exercida através dos linfócitos T, dos linfócitos B e de um mecanismo de equilíbrio exercido especialmente por subpopulações de linfócitos auxiliares e supressores.

Prevenção e avaliação geriátrica

Para colocar em prática a avaliação geriátrica multidimensional da pessoa idosa é importante a adoção de estratégia para incorporá-la em uma variedade de situações, sejam de ordem física, psíquica e/ou social.

O processo de avaliação integral de um idoso necessita, por parte da equipe de saúde, prioritariamente, do desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e capacidade de concentração, tolerância e paciência, a fim de identificar os diversos problemas apresentados pelos idosos, além de um grande número de necessidades não satisfeitas. Esse tipo de avaliação pretende, portanto, em todos os seus momentos, identificar com precisão os problemas, sejam de ordem médica, psicológica, social ou funcional, com o objetivo de instituir ações dirigidas especialmente àqueles idosos mais suscetíveis a adoecerem no futuro.

É possível, portanto, afirmar que a avaliação integral de um paciente idoso tem a capacidade de identificar aquelas pessoas que correm maior perigo

de se tornarem dependentes e, por isso, de ficarem doentes, sendo então possível orientar e programar os cuidados necessários à sua saúde e bem-estar.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os idosos que apresentam maior perigo de se tornarem dependentes e, portanto, que possuem risco aumentado de adoecerem são aqueles que: possuem idade igual ou superior a 80 anos; residem sozinhos; são mulheres, sobretudo as solteiras ou viúvas; vivem isolados socialmente, tanto solteiros como casados; apresentam incapacidades moderadas ou graves, que comprometem as suas atividades rotineiras básicas da vida diária; constituem casais de idosos, nos quais um dos cônjuges apresenta incapacidade moderada ou grave para o desempenho das atividades do dia a dia; possuem limitação de recursos econômicos que os impede de satisfazer suas diferentes necessidades; não possuem filhos; residem em asilos ou casas de repouso.

A avaliação multidimensional aplica-se não somente ao diagnóstico e tratamento das doenças, mas também à promoção da saúde e à prevenção de incapacidades.

A implementação do método de avaliação multidimensional poderá ser realizada de diversas formas, conforme as necessidades impostas pelo quadro clínico do doente.

Deve-se ter presente em cada consulta a necessidade de priorizar aqueles problemas mais prementes, sabendo-se, no entanto, que o cuidado mais adequado deverá ser dirigido a todas as dimensões da avaliação, sendo estas: físicas, psicológicas, socioeconômicas, existenciais, funcionais ou fatores responsáveis pela promoção da saúde e prevenção de incapacidades.

A avaliação geriátrica multidimensional não tem sido mais amplamente utilizada no dia a dia devido, de um lado, ao desconhecimento de sua importância, e, de outro, aos custos para manter toda a equipe de profissionais.

Atitudes de promoção e educação em saúde

As estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde têm como objetivo alcançar um

processo de envelhecimento mais saudável e ativo, melhorando a qualidade de vida, em especial da população idosa.

A avaliação da pessoa idosa nos serviços de Atenção Básica tem por objetivo a avaliação global com ênfase na funcionalidade. O declínio funcional pode sugerir a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas.

Os objetivos básicos que devem fundamentar as ações de saúde para os idosos são os de procurar mantê-los com o máximo de capacidade funcional e independência física e mental na comunidade e no seio de suas famílias.

Para tanto, há de se oferecer alternativas que atendam às diferentes condições biológicas, psicológicas e sociais dos idosos, dentro de modelos assistenciais que tenham como base a atenção primária à saúde, valorizando a promoção de saúde e a prevenção de doenças e de incapacidades que acometem essas pessoas.

Promoção de saúde abrange ações que visem a mudanças no estilo de vida e que acarretem uma diminuição do risco de adoecer e morrer.

Alimentação Saudável para Pessoas Idosas

Em relação à alimentação da pessoa idosa saudável, sem doenças que requeiram cuidados alimentares específicos, uma orientação adequada pode ser trabalhada por meio dos “Dez Passos para uma Alimentação Saudável”, guia do Ministério da Saúde.

Um tema importante a ser trabalhado sobre alimentação saudável é a leitura dos rótulos dos alimentos. A informação nutricional presente nos rótulos é um instrumento fundamental de apoio à escolha de produtos mais saudáveis na hora da compra. O uso dos rótulos e da informação nutricional deve ser incentivado por profissionais de saúde, entidades de defesa do consumidor e a comunidade escolar, entre outros, de modo a transformar esse instrumento em ferramenta efetiva para escolhas de alimentos mais saudáveis pela população.

Prática Corporal/Atividade Física

A inatividade física é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças crônicas, associadas a

dieta inadequada e fumo. É bastante prevalente a inatividade física entre os idosos. O estilo de vida moderno propicia o gasto da maior parte do tempo livre em atividades sedentárias, como por exemplo, assistir televisão.

Os benefícios da prática corporal/atividade física são biológicos, psicológicos e sociais.



IMPORTANTE

A atividade física na população idosa propicia:

- Melhor funcionamento corporal, diminuindo as perdas funcionais, favorecendo a preservação da independência
- Redução no risco de morte por doenças cardiovasculares, e controle da pressão arterial
- Manutenção da densidade mineral óssea, com ossos e articulações mais saudáveis
- Melhora da postura e do equilíbrio e diminuição dos quadros algicos
- Melhor controle do peso corporal, do perfil lipídico e da utilização da glicose
- Melhora a enfermidade venosa periférica
- Melhora da função intestinal
- Melhor resposta imunológica
- Maior qualidade do sono
- Ampliação do contato social
- Correlações favoráveis com redução do tabagismo e abuso de álcool e drogas
- Diminuição da ansiedade, do estresse, melhora do estado de humor e da autoestima

Recomenda-se que haja sempre uma avaliação de saúde antes de iniciar qualquer prática corporal/atividade física. No caso de exercícios leves, pode-se iniciar a prática corporal/atividade física antes da avaliação, para que esta não se transforme em uma barreira para o engajamento da pessoa idosa na sua realização.

De uma forma geral, deve-se procurar desenvolver exercícios de flexibilidade, equilíbrio e força muscular. A prática corporal/atividade física deve ser de fácil realização e não provocar lesões. Deve ser de baixo impacto e ocorrer em intensidade moderada (percepção subjetiva de esforço, aumento da

frequência cardíaca e/ou da frequência respiratória, permitindo que o indivíduo respire sem dificuldade e com aumento da temperatura do corpo).

Sugere-se a prática de 30 minutos de prática corporal/atividade física regular (ao menos três vezes por semana). Ao indicar uma prática corporal/atividade física para uma pessoa idosa, deve-se considerar vários aspectos, como: prazer em estar realizando esta ou aquela atividade, suas necessidades físicas, características sociais, psicológicas e físicas.

As atividades mais comuns são: caminhada, ciclismo ou o simples pedalar da bicicleta, natação, hidroginástica, dança e ioga.

Trabalho em Grupo com Pessoas Idosas

Permite descobrir potencialidades e trabalhar a vulnerabilidade, conseqüentemente, elevando a autoestima. O trabalho em grupos possibilita a ampliação do vínculo entre equipe e pessoa idosa, sendo um espaço complementar da consulta individual, de troca de informações, de oferecimento de orientação e de educação em saúde.

Destaca-se o papel fundamental da socialização obtida em qualquer trabalho em grupo, o que, por si só, pode representar novas perspectivas para a pessoa idosa (dependendo de sua situação familiar e comunitária), além de maior aceitação na sociedade.

ESCALA DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL, MENTAL E SOCIAL

Avaliação Funcional

A avaliação funcional, preconizada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, é fundamental e determinará não só o comprometimento funcional da pessoa idosa, mas sua necessidade de auxílio. Pode ser compreendida como uma tentativa sistematizada de avaliar de forma objetiva em que níveis a pessoa está funcionando em diversas áreas e utilizando diferentes habilidades. Representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma. Caso não seja capaz, é preciso verificar se essa necessidade de ajuda é parcial, em maior ou menor grau, ou total.

Didaticamente essas atividades são subdivididas em:

- a) *Atividades de Vida Diária (AVD)* – relacionadas ao autocuidado e que, no caso de limitação de desempenho, normalmente requerem a presença de um cuidador para auxiliar a pessoa idosa a desempenhá-las. São elas: alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro e manter controle sobre suas necessidades fisiológicas.
- b) *Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)* – relacionadas à participação do idoso em seu entorno social, e indicam a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade. São elas: utilizar meios de transporte, manipular medicamentos, realizar compras, tarefas domésticas leves e pesadas, utilizar o telefone, preparar refeições, cuidar das próprias finanças.

Avaliação mental

A avaliação cognitiva deve fazer parte da avaliação clínica, pois auxilia na identificação das principais alterações na saúde mental das pessoas idosas. O desempenho físico e social do idoso depende da integridade de suas funções cognitivas. A perda de memória recente e a habilidade de cálculo são indicadores sensíveis de redução dessas funções. A avaliação da perda de memória recente é considerada como mais adequada, dado que a escolaridade pode influenciar na avaliação da habilidade de cálculo.

No Brasil, a prevalência de depressão entre as pessoas idosas varia de 4,7% a 36,8%, dependendo fundamentalmente do instrumento utilizado, dos pontos de corte e da gravidade dos sintomas. É um dos transtornos psiquiátricos mais comuns entre as pessoas idosas, e sua presença necessita ser avaliada. As mulheres apresentam prevalências maiores que os homens, na proporção de 2:1. Pessoas idosas doentes ou institucionalizadas também apresentam prevalências maiores. A depressão leve tem a presença de sintomas depressivos frequentemente associados com alto risco de desenvolvimento de depressão maior, doença física, maior procura pelos

serviços de saúde e maior consumo de medicamentos. É essencial distinguir tristeza e depressão, uma vez que os sintomas depressivos podem ser mais comuns nessa faixa etária, ocorrendo, com frequência, no contexto de desordens médicas e neurológicas.

Avaliação social

Algumas investigações têm mostrado que a precariedade de relações sociais constitui fator de risco para a qualidade de vida da população idosa. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, essa relação se apresenta com mais clareza, sendo as redes sociais, muitas vezes, a única forma de ajuda com a qual os idosos podem contar.

A importância da discussão do papel das redes sociais no atendimento às necessidades, em especial as de saúde, da população idosa e particularmente daqueles muito idosos, reporta-se ao fato de que as ações tanto preventivas como de reabilitação são bem-sucedidas somente quando existe participação efetiva dos grupos de suporte disponíveis para o atendimento dessa população.

Os expoentes mais expressivos da rede de relações do idoso emanam da família, dos amigos e da comunidade.

Dentre os instrumentos de que dispomos para avaliar uma rede de suporte social, aquele que se destaca pela sua forma de apresentação é o instrumento gráfico denominado Mapa Mínimo de Relações. Esse instrumento foi adaptado e modificado para ser utilizado em indivíduos idosos, sendo validado quanto ao seu conteúdo em 2004 e tendo como missão identificar a rede de suporte social do idoso.

Para que se configure tal mapa, dois conceitos são fundamentais: a proximidade do relacionamento, segundo a percepção do pesquisado, e a frequência com que o contato ocorre. O conceito de proximidade de relacionamento tem uma característica eminentemente qualitativa, preponderando os aspectos afetivos que envolvem seu estabelecimento.

Como se trata de uma ferramenta de caráter interdisciplinar, ela pode ser aplicada pelos diversos profissionais que compõem uma equipe de traba-

lho, sendo sua utilização extremamente pertinente para a área social e de saúde.

NECESSIDADES DE RELAÇÃO E CONSERVAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

A adoção do autocuidado como estratégia de cuidado na velhice harmoniza-se com as atividades propostas para a efetivação da promoção da saúde em termos de desenvolvimento de atitudes pessoais e da aquisição de habilidades e conhecimentos que permitam adotar condutas favoráveis à saúde. Deve-se reconhecer que a maioria dos idosos vivendo em comunidade não só tem a capacidade física e cognitiva para aprender formas de autocuidado e praticá-las como também é capaz de transmiti-las a outrem.

Entretanto, os profissionais de saúde e mesmo os idosos questionam algumas vezes essa competência devido a concepções equivocadas e estereótipos que relacionam velhice com incapacidade e perda de interesse pela vida.

Por outro lado, é frequente “roubarmos” das pessoas idosas a capacidade de autocuidado, em nome da eficiência e proteção.

O estereótipo do idoso que o coloca como pessoa que, com o passar dos anos, vai perdendo capacidades e poder para influir sobre sua própria saúde pode determinar, de sua parte, uma atitude passiva e paliativa na manutenção da própria saúde, fazendo com que as ações do dia a dia que a mantêm sejam reduzidas. Esse tipo de estereótipo afeta a percepção das pessoas sobre seu potencial e empobrece as oportunidades de promoção de sua saúde.

Por outro lado, necessitar de ajuda para as atividades de vida diária não está associado obrigatoriamente à falta de engajamento no autocuidado. Como já foi dito, não se pode ignorar o impacto que o envelhecimento produz sobre os órgãos dos sentidos, o sistema nervoso e algumas funções cognitivas que podem interferir ou constituir-se em obstáculo para o autocuidado.

O que distingue a saúde do idoso é a possibilidade e manutenção da sua autonomia e sua independência. Daí a importância de se estudar e prevenir

a perda de função. Isso é fundamental para o idoso, e as medidas de manutenção da saúde devem levar em consideração essa possibilidade. A importância do estado funcional repousa em sua correlação com a sensação de bem-estar dos indivíduos, em sua utilidade como um preditor de saúde e de consumo de serviços sociais e em seu impacto (negativo ou positivo) sobre a família e a sociedade.

Por isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) adverte que a saúde do idoso é mais bem avaliada em termos de função, levando-se em conta, sempre, as dimensões física, psíquica e social.

■ Atividades

As atividades referentes a esta unidade serão disponibilizadas no Portal.

* ANOTAÇÕES

AULA 3

O PROGRAMA DE SAÚDE DO IDOSO

■ Conteúdo

- Promoção da saúde e prevenção das doenças nos idosos, importância no cuidado com a saúde, autorresponsabilidade
- Programas de promoção de saúde e prevenção de doenças – estratégias e recomendações
- Prevenção dos acidentes mais comuns nos idosos

■ Competências e habilidades

- Promover a saúde do idoso e prevenir as doenças, diminuindo as incapacidades
- Conhecer os programas e as estratégias de saúde preconizadas pelo Ministério da Saúde para o cuidado ao idoso

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via satélite com professor interativo
- 2 h-a – presenciais com professor local
- 4 h-a – mínimo sugerido para autoestudo

PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NO IDOSOS

O enfoque da Promoção da Saúde possibilita identificar seis princípios relativos à saúde dos idosos: a velhice não é doença, mas sim uma etapa evolutiva da vida; a maioria das pessoas de 60 anos e acima está em boas condições físicas, e sua saúde é boa, mas ao envelhecer perdem a capacidade de se recuperar das doenças rapidamente e de forma completa, tornando-se mais debilitados e propen-

sos a necessitar de ajuda para seu cuidado pessoal; pode-se fortalecer a capacidade funcional na velhice mediante capacitação e estímulos ou prevenindo agravos à saúde; do ponto de vista social e psicológico, as pessoas idosas são mais heterogêneas que os jovens; a promoção de saúde na velhice deve ter seu foco no bom funcionamento físico, mental e social, assim como na prevenção das enfermidades e incapacidades; muitas das medidas que afetam a saúde das pessoas idosas transcendem o setor saúde.

Entretanto, os profissionais do setor social e de saúde estão em condições de propiciar essa atenção.

Esses postulados são encontrados também no propósito da Política Nacional do Idoso (PNI):

“promover o envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhe a permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade”.

Todas as ações para saúde do idoso, previstas na referida Política, devem objetivar ao máximo manter o idoso na comunidade, junto à sua família, da forma mais digna e confortável possível. Seu deslocamento para um serviço de longa permanência deve ser considerado como uma alternativa somente quando falharem todos os esforços anteriores.

Na atenção de saúde aos idosos, o objetivo fundamental é evitar a incapacidade e a dependência nas atividades no dia a dia – portanto, procurar as condições e enfermidades responsáveis pela perda da autonomia. Tais serviços de saúde deverão, à semelhança dos serviços sociais, organizarem-se em redes de atenção médica e odontológica por níveis de complexidade crescente, incluindo a atenção primária à saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS), o atendimento geriátrico ambulatorial, o atendimento domiciliário, o hospital geriátrico e a internação hospitalar com cuidados terciários especializados.

O conceito de “doença única”, em que um único problema pode explicar todos os sinais e sintomas, não se aplica às pessoas idosas, pois estas costumam apresentar um somatório de sinais e sintomas, resultado de várias doenças concomitantes, em que a insuficiência de um sistema pode levar à insuficiência de outro, o que costuma ser denominado “efeito cascata”.

! IMPORTANTE

Uma pessoa idosa portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) pode após um quadro gripal, desenvolver insuficiência respiratória.

Uma pessoa idosa, normalmente muito comunicativa, que de repente passa a ficar mais quieta, conversando menos e, após algum tempo, começa a apresentar períodos de confusão mental. Nesse caso, é importante avaliar a presença de infecções.

Um idoso com osteoartrose que apresente dor tende a reduzir sua participação em atividades externas à sua residência. Isso pode ocasionar um maior isolamento que, com o passar do tempo, pode levá-lo a desenvolver um quadro depressivo.

Normalmente, o que leva a pessoa idosa a procurar a unidade de saúde é um sintoma mais familiar ou mais facilmente reconhecível que pode não refletir, de forma clara ou direta, seu estado geral de saúde.

As doenças nas pessoas idosas também tendem a ter uma apresentação atípica quando comparadas a indivíduos mais jovens, o que faz do diagnóstico diferencial um recurso fundamental.

Fique sabendo...

Um refluxo gastroesofágico em uma pessoa idosa pode corresponder a um carcinoma; um sangramento intestinal em um jovem pode ser indicativo de doença intestinal inflamatória e, em um idoso, pode representar uma diverticulose.

Deve-se fazer uma ampla avaliação dos antecedentes diagnósticos, com ênfase nas doenças crônicas que se mantêm ativas. Dada sua prevalência, devem ser sempre investigados sistematicamente, para serem descartados:

1. Afecções cardiovasculares, em especial doença hipertensiva;

2. Diabetes e suas complicações;
3. Déficits sensoriais (auditivo e visual);
4. Afecções osteoarticulares;
5. Déficits cognitivos.

Especial atenção deve ser dada na prevenção de iatrogenias assistenciais relacionadas ao uso de polifármacos. Os medicamentos em uso pela pessoa idosa, tanto os prescritos por profissional de saúde quanto os adquiridos pelo próprio idoso, sem prescrição, devem ser investigados. É importante solicitar à pessoa idosa que, quando for à próxima consulta, traga consigo todos os medicamentos que costuma utilizar frequente e ocasionalmente. Com essa medida simples, é possível detectar o uso de automedicação, a utilização de posologia incorreta e a utilização de mais de um medicamento para o mesmo objetivo, às vezes prescrito por profissionais diferentes.

É fundamental perguntar sobre todos os sintomas e incluir questões que abordem mudanças no estado funcional no último ano, alterações de peso não intencionais, fadiga, mal-estar inespecífico, quedas, transtornos do sono, alterações cardiovasculares, alterações miccionais ou intestinais, presença de incontinência, afecções osteoarticulares, dor e problemas sexuais.

PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DAS DOENÇAS – ESTRATÉGIAS E RECOMENDAÇÕES

Para o alcance do propósito da Política Nacional de Saúde do Idoso, foram definidas como diretrizes essenciais: a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio a estudos e pesquisas.

Todas as ações em saúde do idoso, como o previsto na referida Política, devem objetivar ao máximo manter o idoso na comunidade, junto de sua família, da

forma mais digna e confortável possível. Seu deslocamento para um serviço de longa permanência, seja ele um hospital de longa estada, asilo, casa de repouso ou similar, pode ser considerada uma alternativa somente quando falharem todos os esforços anteriores.

A internação dos idosos em serviços de longa permanência representa um modelo excludente e que causa uma importante deterioração na capacidade funcional e autonomia. Mesmo a internação hospitalar por curto prazo leva a esse tipo de perda. Estudos demonstram que a capacidade para realização de atividades básicas da vida diária que o idoso possuía antes da internação, comparando com a capacidade após internação em um leito de agudos por curto prazo, em relação à do momento da alta, levou a uma significativa queda dessa capacidade.

O retorno ao modelo de cuidados domiciliares, como proposto na política, não pode ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades. A assistência domiciliar aos idosos com comprometimento funcional demanda programas de orientação, informação e apoio de profissionais capacitados em saúde do idoso, e depende, essencialmente, do suporte informal e familiar, constituindo-se um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional.

Isso não significa, no entanto, que o Estado deva deixar de ter um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, aperfeiçoando o suporte familiar.

No contexto da Estratégia de Saúde da Família, destaca-se o trabalho dos profissionais de saúde voltado para a assistência integral e contínua de todos os membros das famílias vinculadas à UBS, em cada uma das fases de seu ciclo de vida, sem perder de vista o seu contexto familiar e social. Cabe a atenção do profissional à mudança do perfil populacional em sua área de abrangência, com o aumento progressivo da população idosa fruto da queda da fecundidade e redução da mortalidade em todos os grupos etários.

Segundo tal estratégia, é requerida uma especial atenção ao idoso e uma participação ativa na melhoria de sua qualidade de vida, abordando-o com medidas

promocionais de proteção específica, de identificação precoce de seus agravos mais frequentes e sua intervenção, bem como medidas de reabilitação voltadas a evitar a sua apartação do convívio familiar e social.

Assim sendo, a Estratégia de Saúde da Família, de acordo com seus princípios básicos referentes à população idosa, aponta para a abordagem das mudanças físicas consideradas normais e identificação precoce de suas alterações patológicas. Destaca, ainda, a importância de se alertar a comunidade sobre os fatores de risco a que as pessoas idosas estão expostas, no domicílio e fora dele, bem como de serem identificadas formas de intervenção para sua eliminação ou minimização, sempre em parceria com o próprio grupo de idosos e os membros de sua família.

Visualizar e defender como fundamental a presença da pessoa idosa na família e na sociedade de forma alegre, participativa e construtiva é uma das importantes missões daqueles que abraçaram a proposta da atenção básica resolutiva, integral e humanizada. Não devem aceitar apenas a longevidade do ser humano como a principal conquista da humanidade contemporânea, mas que esse ser humano tenha garantida uma vida com qualidade, felicidade e ativa participação em seu meio. As “coisas da idade” não devem ser vistas como determinação, mas, sim, como possibilidade.

PREVENÇÃO DOS ACIDENTES MAIS COMUNS NO IDOSO

A queda representa um grande problema para as pessoas idosas, dadas as suas consequências (injúria, incapacidade, institucionalização e morte), que são resultado da combinação de alta incidência com alta suscetibilidade às lesões.

Fique sabendo...

Cerca de 30% das pessoas idosas caem a cada ano. Essa taxa aumenta para 40% entre os idosos com mais de 80 anos. As mulheres tendem a cair mais que os homens até os 75 anos de idade, a partir dessa idade as frequências se igualam. Dos que caem, cerca de 2,5% requerem hospitalização, e destes, apenas metade sobreviverá após um ano.

As causas mais comuns de quedas de pessoas idosas são as relacionadas a ambiente, fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha, tontura/vertigem, alteração postural/hipotensão ortostática, lesão no SNC, síncope e redução da visão.

Os fatores de risco podem ser divididos em intrínsecos e extrínsecos.

Fatores intrínsecos: decorrem das alterações fisiológicas relacionadas ao avançar da idade, da presença de doenças, de fatores psicológicos e de reações adversas de medicações em uso.

São exemplos de fatores de risco intrínsecos: idosos com mais de 80 anos; sexo feminino; imobilidade; quedas precedentes; equilíbrio diminuído; marcha lenta e com passos curtos; baixa aptidão física; fraqueza muscular de MMII e MMSS; alterações cognitivas; doença de Parkinson e polifarmácia; uso de sedativos, hipnóticos e ansiolíticos.

Fatores extrínsecos: relacionados a comportamentos e atividades das pessoas idosas e ao meio ambiente. Ambientes inseguros e mal iluminados, mal planejados e mal construídos, com barreiras arquitetônicas, representam os principais fatores de risco para quedas. A maioria das quedas acidentais ocorre dentro de casa ou em seus arredores, geralmente durante o desempenho de atividades cotidianas como caminhar, mudar de posição, ir ao banheiro.

Os riscos domésticos mais comuns para quedas são: presença de tapetes pequenos e capachos em superfícies lisas; carpetes soltos ou com dobras; bordas de tapetes, principalmente, dobradas; pisos escorregadios (encerados, por exemplo); cordas, cordões e fios no chão (elétricos ou não); ambientes desorganizados com móveis fora do lugar, móveis baixos ou objetos deixados no chão (sapatos, roupas, brinquedos); móveis instáveis ou deslizantes; degraus da escada com altura ou largura irregular; degraus sem sinalização de término, escadas com piso muito desenhado (dificultando a visualização de cada degrau); uso de chinelos, sapatos desamarrados ou mal ajustados ou com solado escorregadio; roupas compridas, arrastando pelo chão; má iluminação; cadeira, camas e vasos sanitários muito

baixos; cadeiras sem braços; animais, entulhos e lixo em locais inapropriados.

Medidas práticas para minimizar as quedas e suas consequências entre as pessoas idosas são: educação para o autocuidado; utilização de dispositivos de auxílio à marcha (quando necessário) como bengalas, andadores e cadeiras de rodas; utilização criteriosa de medicamentos, evitando-se, em especial, os que podem causar hipotensão postural; adaptação do meio ambiente (residência e locais públicos); acomodação de gêneros alimentícios e de outros objetos de uso cotidiano em locais de fácil acesso, evitando-se a necessidade de uso de escadas e banquinhos; orientação para a re-

organização do ambiente interno à residência, com o consentimento da pessoa idosa e da família; sugerir a colocação de um diferenciador de degraus nas escadas, bem como sua iluminação adequada, corrimãos bilaterais para apoio e retirada de tapetes no início e fim da escada; colocação de pisos antiderrapantes e barras de apoio nos banheiros; evitar o uso de banheiras; orientar o banho sentado quando da instabilidade postural e orientar a não trancar o banheiro.

■ Atividades

As atividades referentes a esta unidade serão disponibilizadas no Portal.

* ANOTAÇÕES

AULA 4

MEDICAÇÃO NO PACIENTE IDOSO

■ Conteúdo

- Medicação no idoso: a automedicação, mudanças fisiológicas no organismo que afetam a biodisponibilidade a medicamentos
- Morbidades múltiplas e uso de medicamentos
- A pessoa idosa de alta dependência e a necessidade de autonomia

■ Competências e habilidades

- Identificar as diferenças fisiológicas que afetam a biodisponibilidade dos medicamentos no idoso
- Identificar medidas de como prevenir iatrogenias

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via satélite com professor interativo
- 2 h-a – presenciais com professor local
- 4 h-a – mínimo sugerido para autoestudo
- 4 h-a – presenciais de aula prática com professor local

Unidade Didática – Assistência de Enfermagem
ao Sistema à Saúde do Idoso

MEDICAÇÃO NO IDOSO

A doença e os medicamentos estão presentes no cotidiano das pessoas idosas. As alternativas para gerenciar essa situação são muito particulares. A utilização criteriosa e cautelosa dos medicamentos, sua correta utilização – dose, tipo e intervalos – e a orientação adequada das pessoas idosas e seus familiares são alguns dos elementos essenciais na manutenção da qualidade de vida do idoso.

É frequente a prescrição de mais de um tipo de medicamento para o idoso, configurando o

que denominamos polifarmácia – a prescrição, administração ou uso de quatro ou mais medicamentos do que está clinicamente indicado ao paciente.

Os fatores que contribuem para a polifarmácia são: idade avançada, sintomas e múltiplas doenças, consulta a diferentes especialidades médicas, dificuldade de expor os sintomas que vem apresentando relacionados com a medicação.

A administração de medicamentos em qualquer faixa etária pode gerar reações indesejadas (não in-

tencionais), entretanto, a incidência destas aumenta proporcionalmente com a idade.

A complexidade do regime terapêutico, o excesso de medicamentos prescritos, a duração do tratamento, o déficit de informações (doença e medicamentos), os distúrbios (cardiovasculares, hepáticos e renais) são alguns dos fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos. As interações medicamentosas são causas especiais de rea-

ções adversas em que os efeitos farmacológicos de um medicamento podem ser alterados por outro(s), quando administrados concomitantemente. A coadministração de um agente farmacológico pode interferir no perfil farmacocinético do outro e alterar a absorção, competir por sítios de ligação nas proteínas plasmáticas, modificar o metabolismo pela indução ou inibição enzimática ou ainda alterar a taxa de eliminação.

Relação entre as alterações fisiológicas e sua possível influência sobre o efeito das drogas

Propriedades farmacocinéticas	Alteração fisiológica	Possível influência sobre o efeito das drogas
Absorção	Diminui o pH gástrico	Aumento da absorção de drogas inativadas pelo ácido gástrico
	Diminui a superfície de absorção	Efeito insignificante
	Diminui o fluxo sanguíneo	Efeito insignificante
	Diminui a motilidade gastrointestinal	Efeito insignificante
Distribuição	Diminui o débito cardíaco	Redução da liberação das drogas para os órgãos de eliminação Maiores efeitos agudos sobre o sistema nervoso central
	Diminui a água corporal total	Aumento da concentração e efeito das drogas distribuídas na água corporal
	Diminui a massa corporal magra	Aumento da concentração e do efeito das drogas distribuídas na massa corporal magra
	Diminui a albumina plasmática	Aumento do efeito das drogas com ligação à albumina e interação entre as mesmas
	Aumenta a glicoproteína α_1 ácida	Efeito insignificante
	Aumenta a gordura corporal	Aumento do sequestro das drogas lipofílicas na gordura
Metabolismo	Diminui a massa hepática	Diminuição do metabolismo da fase I de algumas drogas
	Diminui o fluxo sanguíneo hepático	Diminuição do metabolismo das drogas que normalmente sofrem rápida depuração pelo fígado
Excreção	Diminui o fluxo sanguíneo renal	Diminuição da eliminação renal das drogas e metabólitos hidrossolúveis
	Diminui a taxa de filtração glomerular	Diminuição da excreção renal das drogas e metabólitos hidrossolúveis
	Diminui a secreção tubular	Diminuição da eliminação renal das drogas e metabólitos ativamente secretados na urina

Automedicação

No caso específico dos idosos, a média de medicamentos utilizados é habitualmente elevada, como demonstra uma série de estudos realizados em diferentes países, e pode variar entre três e sete medicamentos por pessoa.

A população idosa apresenta peculiaridades em relação ao uso de medicamentos, devido a alterações da massa corporal, com diminuição da proporção de água, diminuição das taxas de excreção renal e do metabolismo hepático, tendendo a aumentar as concentrações plasmáticas dos medicamentos, incrementando as taxas de efeitos tóxicos. Como consequência, cerca de 10% a 20% das internações hospitalares de idosos decorrem de reações adversas por medicamentos.

O aumento da população idosa no Brasil traz desafios cada vez maiores aos serviços e aos profissionais de saúde, pois à medida que se envelhece surgem doenças crônicas, dentre elas a hipertensão arterial sistêmica, doenças osteoarticulares, diabetes, entre outras, fazendo com que dependam de tratamento medicamentoso prolongado e contínuo. Essa população está mais sujeita aos problemas agudos (infecções e transtornos menores), o que também está relacionado ao uso de medicamentos.

Nesse contexto, tais indivíduos tornam-se grandes consumidores de medicamentos, tornando-se o grupo mais medicamentado na sociedade. Sendo assim, para obter o alívio dos problemas que os afligem, diante de quaisquer sintomas, especialmente os mais comuns, como aqueles decorrentes de “vírus banais”, o idoso busca a solução, muitas vezes através da automedicação.

A adoção da automedicação é uma prática descrita dentro do autocuidado, sendo adotada em

pelo menos uma situação pela grande maioria dos idosos. Plantas medicinais e produtos de venda livre são geralmente as alternativas selecionadas para o manejo de sintomas, em especial a dor. É importante salientar que essa prática, quando adotada, deve ser realizada com cautela principalmente numa população mais propensa aos problemas relacionados com a farmacoterapia.

A automedicação, mesmo sendo prática e na maioria das vezes utilizada para aquilo que é considerado pelo idoso como simples, deve ser auxiliada sempre que possível por profissionais da saúde para evitar o uso irracional de medicamentos e a identificação de problemas de saúde que necessitam de avaliação de um profissional mais habilitado.

Entretanto, há indícios de que as taxas de automedicação entre os idosos são menores do que aquelas encontradas na população em geral. É possível que haja, por parte da sociedade, maior observância de critérios técnicos no cuidado da saúde dos mais frágeis.

Essa atitude é em si mesma positiva, seja resultado da consciência dos riscos maiores a que estão sujeitos os idosos (tendência a apresentar reações adversas mais frequentes e mais graves), seja consequência da própria gravidade dos quadros morbidos a requerer assistência especializada.

Educar a população no uso racional de medicamentos é função de todos os profissionais da saúde, em especial os prescritores e o farmacêutico, e pode ser utilizada como estratégia para reduzir a automedicação nessa população e, conseqüentemente, muitos dos problemas relacionados à farmacoterapia.

■ Atividades

As atividades referentes a esta unidade serão disponibilizadas no Portal.

* ANOTAÇÕES

AULA 5

APLICAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE IDOSO

■ Conteúdo

- Sistematização da assistência de Enfermagem ao idoso
- Intervenções de enfermagem
- Proposta para a manutenção de um envelhecimento saudável
- Assistência de enfermagem às principais patologias associadas ao envelhecimento

■ Competências e habilidades

- Implementar a sistematização da assistência de Enfermagem ao idoso com ênfase no envelhecimento saudável
- Assistir ao idoso nas principais patologias associadas ao envelhecimento

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via satélite com professor interativo
- 2 h-a – presenciais com professor local
- 4 h-a – mínimo sugerido para autoestudo
- 4 h-a – presenciais de aula prática com professor local

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO

A consulta de enfermagem ao idoso

A atuação do enfermeiro junto ao idoso está centrada na educação para a saúde, no “cuidar”, tendo como base o conhecimento das doenças associadas

ao processo de envelhecimento e o retorno da capacidade funcional.

A consulta de enfermagem é a atividade que proporciona ao enfermeiro tais condições para a sua atuação. É uma atividade implícita nas funções do enfermeiro, que, usando sua autonomia profis-

sional, assume a responsabilidade quanto à ação de enfermagem a ser determinada em função dos problemas detectados e estabelece a intervenção de enfermagem.

A consulta de enfermagem, compreendida como uma metodologia assistencial, deve conter as fases de levantamento de dados, incluindo-se a avaliação das atividades da vida, o planejamento da assistência, a intervenção de enfermagem e a avaliação da assistência prestada.

A primeira fase, o “levantamento de dados”, consiste em uma ação contínua, envolvendo o enfermeiro, o idoso e a família num processo interativo. Cada atividade deve ser avaliada em termos de ação, buscando a identificação de rotinas anteriores, execução atual e problemas correntes e em potencial do idoso.

Após a análise dos dados, os problemas deverão ser identificados e escritos.

Para a elaboração do “planejamento da assistência de enfermagem”, devem ser considerados os recursos disponíveis em relação ao ambiente físico, a equipamentos e ao recurso pessoal, compreendido como enfermagem, família, serviços de apoio, entre outros.

O plano de enfermagem não é estático e, portanto, requer uma revisão contínua e coleta de dados adicionais a partir da avaliação inicial.

Na fase de “intervenção de enfermagem”, a enfermeira seleciona e realiza as ações de enfermagem. Essas ações devem ter como objetivos a prevenção de problemas, a promoção do conforto físico e psíquico e a diminuição da dependência do idoso, tornando-o habilitado a procurar ajuda e entender para atender sua responsabilidade para o autocuidado.

As intervenções de enfermagem devem, contudo, estar centradas nas rotinas do idoso, procurando minimizar os problemas relacionados às atividades da vida. Estão incluídas ainda as ações relativas aos cuidados técnicos, como curativos, medicações e outros procedimentos. Para a última fase, identificada como “avaliação da assistência prestada”, o critério a ser utilizado é o desempenho do idoso

em cada atividade da vida frente ao planejamento elaborado.

Nessa fase, o enfermeiro pode utilizar as práticas semelhantes às aquelas utilizadas na primeira etapa, isto é, a observação, a entrevista, o exame físico, entre outros.

Vale ressaltar a necessidade do registro desse processo, com a finalidade de proporcionar uma visão integral e assegurar o conhecimento em relação ao desenvolvimento do idoso. A documentação dos dados é um importante meio de comunicação entre os enfermeiros e permite uma avaliação efetiva das intervenções de enfermagem.

Na consulta de enfermagem, o enfermeiro deve avaliar o idoso integralmente e procurar obter informações para que possa estabelecer as intervenções de enfermagem necessárias, ministrar as orientações indicadas para aquele momento e encaminhar para outros profissionais, quando o problema detectado não for de sua competência.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Avaliar a saúde física, psíquica e social do idoso e de sua família, utilizando, para tanto, instrumentalização sistematizada (entrevista, exame físico, observação) e, assim, determinar seu grau de funcionalidade.

Proceder à análise das informações coletadas, determinando o tipo de assistência necessária, e elaborar um plano assistencial com metas estabelecidas e prioridades assinaladas, objetivando sempre a maximização das potencialidades do idoso e do contexto no qual ele está inserido.

Assistir ao idoso e à sua família segundo o planejamento proposto, reavaliando a cada momento as intervenções estabelecidas.

Manter o idoso e seus familiares informados sobre os diagnósticos e o tratamento.

Assistir integralmente ao idoso, à sua família e à comunidade na qual estiver inserido, auxiliando sua compreensão e facilitando sua adaptação às mudanças decorrentes do processo de envelhecimento.

Desenvolver ações educativas nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde do idoso.

Estimular a participação ativa do idoso e, quando necessário, de seus familiares, em seu processo de autocuidado, tornando-o(s), dessa forma, os principais responsáveis pela manutenção dos mais altos níveis de saúde e bem-estar e cuidados a serem realizados.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS PRINCIPAIS PATOLOGIAS ASSOCIADAS AO ENVELHECIMENTO

SITUAÇÃO 1

Sinais de desconforto aos esforços físicos e diminuição da mobilidade osteoarticular associado a fraturas sem causa aparente.

Diagnóstico de enfermagem

Andar prejudicado

Definição

Limitação ao movimento independente, a pé, pelo ambiente.

Intervenções de enfermagem

- Incentivar o paciente a planejar a progressão da atividade, certificando-se de incluir atividades que ele considera essencial.
- Estabelecer medidas preventivas de quedas e acidentes.
- Adotar uma alimentação equilibrada, porém voltada para a oferta dos componentes (oligo-elementos) essenciais à síntese óssea, como as calorias, o cálcio, a pró-vitamina D, magnésio, zinco, boro, vitamina K e vitamina C diariamente.
- Orientar sobre a importância da exposição ao sol, no mínimo 15 minutos, dependendo de cada caso, considerando suas características, necessidades e possibilidades.
- Orientar o idoso e a família quanto a necessidade da manutenção do tratamento e da necessidade da realização de exames periódicos para avaliar a evolução da doença.

SITUAÇÃO 2

Paciente apresentando pressão arterial sistólica maior que 140 mmHg e diastólica maior do que 90 mmHg, aferidas em situação de repouso, e monitoradas pelo MAPA (Monitorização de Pressão Arterial).

Diagnóstico de enfermagem

Excesso de volume de líquidos relacionado com o comprometimento dos mecanismos de regulação.

Definição

Retenção aumentada de líquidos isotônicos.

Intervenções de enfermagem

- Monitorar pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura, sons respiratórios pelo menos a cada quatro horas; registrar e relatar.
- Controlar o excesso de peso, com incentivo de hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física.
- Orientar e apoiar os esforços para redução do alcoolismo e tabagismo.
- Incentivar a participação em grupos de autoajuda para conhecer a natureza do problema e seu monitoramento.
- Promover medidas de educação da família, especialmente tratando-se de idosos frágeis e dependentes, nos quais a probabilidade de efeitos secundários é enorme e a necessidade de supervisão é imperativa.
- Orientar o idoso e a família quanto à necessidade da manutenção do tratamento e da necessidade da realização de exames periódicos para avaliar a evolução da doença.
- Lembrar que determinadas drogas anti-hipertensivas demoram de quatro a seis semanas para atingir seu efeito máximo, devendo-se evitar modificações do esquema terapêutico, antes do término desse período.

- Não introduzir nova droga, antes que a dose terapêutica seja atingida, evitando efeitos colaterais.
- Investigar a ocorrência de hipotensão postural ou pós-prandial antes de iniciar o tratamento.
- Estimular a medida da PA no domicílio, sempre que possível.
- Orientar quanto ao uso do medicamento, horário mais conveniente, relação com alimentos, sono, diurese e mecanismos de ação.

SITUAÇÃO 3

Idoso acamado, sequela de AVE (Acidente Vascular Encefálico) e baixo peso.

Diagnóstico de enfermagem

Integridade da pele prejudicada.

Definição

Epiderme ou derme alteradas.

Intervenções de enfermagem

- Realizar mudança de decúbito de duas em duas horas.
- Manter lençóis, roupas e pele limpos e secos.
- Hidratar a pele com óleo mineral, evitando lesões futuras.
- Orientar a família sobre os cuidados durante a mudança de decúbito.
- Orientar quanto ao uso de coxins nas articulações e superfícies ósseas.

■ Atividades

As atividades referentes a esta unidade serão disponibilizadas no Portal.

* ANOTAÇÕES

■ Referências

Básicas

JORDÃO NETTO, A. *Gerontologia básica*. São Paulo: Lemos, 1997.

NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. (Org.). *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas: Papirus, 2004.

SCORTEGAGNA, H. de M. *Vivendo e aprendendo: para um envelhecer saudável*. Passo Fundo: Ed. UPF, 2001.

Complementares

DUTHIE, E. H.; KATZ, P. R. *Geriatría práctica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. *Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 2000.

Utilizadas pelo professor

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso/Ministério da Saúde. – 1. ed., 2ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.64 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

DUTHIE, E. H. KATZ, P. R. *Geriatría práctica*. 3 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. *Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 2000.

JORDÃO NETTO, A. *Gerontologia básica*. São Paulo: Lemos, 1997.

LITVOC, Júlio e BRITO, Francisco Carlos de. *Envelhecimento: Prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

NERI, A. L.;YASSUDA, M. S. (Org.). *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas: Papirus, 2004.

SCORTEGAGNA, H, DE M. *Vivendo e aprendendo: para um envelhecer saudável*. Passo Fundo: Ed. UPF, 2001.

Módulo

■ SAÚDE DO IDOSO

Unidade Didática – Assistência de Enfermagem
às Afecções Crônico-Degenerativas

AULA 1

DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS: ESCLEROSE MÚLTIPLA, MIASTENIA GRAVE, ALZHEIMER E PARKINSON

■ Conteúdo

- Doenças crônico-degenerativas: esclerose múltipla, miastenia grave, Alzheimer e Parkinson
- Conceito, fisiopatologia, manifestações clínicas, diagnóstico, tratamento e prognóstico

■ Competências e habilidades

- Espera-se que ao final desta aula o aluno compreenda a importância do conhecimento das doenças crônicas degenerativas para construir a assistência de enfermagem baseada nas necessidades individuais do paciente

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via satélite com professor interativo
- 2 h-a – presenciais com professor local
- 5 h-a – mínimo sugerido para autoestudo

INÍCIO DE CONVERSA

A partir deste momento, estaremos trabalhando com um grupo de doenças crônicas degenerativas que afetam milhares de pessoas, principalmente os idosos. São patologias de grande impacto econômico-social, pois afetam o indivíduo na fase produtiva e ainda causam modificações na vida cotidiana e na família.

ESCLEROSE MÚLTIPLA

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença crônica do sistema nervoso central que acomete principal-

mente adultos. De acordo com a Associação Brasileira de Esclerose Múltipla, fundada em 1984, no Brasil não há dados concretos de quantas pessoas são portadoras de esclerose múltipla. Acredita-se que no Brasil exista aproximadamente 35 mil portadores e no mundo inteiro mais de 2,5 milhões de pessoas acometidas pela esclerose múltipla. Em nosso país, calcula-se que a prevalência da doença seja de dez casos para cada 100 mil habitantes.

A EM apresenta-se de forma complexa com grande impacto na vida da pessoa portadora e da sua família, pois estamos falando de uma patologia

que não tem cura, e seu tratamento visa melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Fisiopatologia

Foi descrita pelo médico neurologista Jean Martin Charcot em 1868, quando encontrou em autópsia áreas circunscritas endurecidas, às quais denominou esclerose em placas. Também é conhecida como uma doença desmielinizante, devido ao dano que a mielina sofre nesse processo. Uma fibra nervosa com-

prende um axônio, e quando áreas de mielina são danificadas surgem zonas endurecidas (cicatrices) que aparecem em diferentes zonas do cérebro e da medula espinhal. A perda de mielina interfere na transmissão dos impulsos que geram movimentos conscientes e inconscientes do organismo. Os axônios sofrem danos irreversíveis em consequência do processo inflamatório que evoluem para uma deficiência neurológica. Essas lesões ocorrem várias vezes, o que confere a característica múltipla da doença.



Figura 1 – Condução nervosa nos axônios mielinizados e desmielinizados. **A.** Na condução nervosa saltatória nos axônios mielinizados, o impulso nervoso pula de um nodo de Ranvier para o seguinte. Os canais de sódio estão concentrados nos nodos, onde ocorre despolarização axonal. **B.** Após a desmielinização, canais de sódio adicionais se redistribuem ao longo do axônio, permitindo, assim, a propagação contínua do potencial de ação nervoso a despeito da ausência de mielina. Fonte: HAUSER, S. L.; GOODIN, D. S. “Esclerose múltipla e outras doenças desmielinizantes.” In: FAUCI, A. S. et al. *Harrison medicina interna*. Tradução Ademar Laladares Fonseca e outros. 17 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2008, cap. 375.



! IMPORTANTE

A mielina é o principal envoltório das fibras nervosas que funciona como isolante elétrico permitindo a condução rápida do impulso elétrico. É composta basicamente de lípides, proteínas e fosfolípides. Sua formação ocorre durante a última parte do desenvolvimento fetal e durante o primeiro ano de vida.

Etiologia

A EM apresenta etiologia desconhecida. Acredita-se que alguns fatores de transmissão hereditária podem favorecer tanto o desenvolvimento quanto a proteção do indivíduo. Até o momento, só existem hipóteses das causas, as quais estão associadas a uma anomalia na resposta imunológica, a infecção

produzida por um vírus latente ou lento e mielinólise por enzimas.

Manifestações clínicas

A maior parte dos pacientes (85%) inicia o seu quadro clínico com a forma surto-remissão e, em cerca de dez anos, evolui para a forma clínica crôni-

ca progressiva secundária. A doença predomina na faixa etária de 18 a 50 anos e se desenvolve mais em mulheres do que em homens, sendo uma das doenças neurológicas de maior incapacitação física no adulto jovem. Curiosamente, é nas populações que vivem em áreas com condições sanitárias favoráveis que se registra maior número de casos de esclerose múltipla.

De acordo com a Associação Brasileira de Esclerose Múltipla (2008), a EM é uma doença variável, e os sintomas dependem das zonas afetadas no sistema nervoso central. Apesar de o impacto da doença variar, em sua progressão diária, os sintomas mais comuns incluem fadiga, disfunções intestinais e vesicais, problemas de visão, tremores, espasmos, alterações da fala, dificuldades para engolir, disfunções sexuais, dificuldade em executar as atividades de autocuidado (comer, tomar banho, vestir) e atividades domésticas, dificuldades de aprendizado e concentração, dificuldade de locomoção, dores e depressão. Funções cognitivas mais frequentemente comprometidas são memória, concentração, discernimento ou raciocínio. Raramente há deterioração da função intelectual.

Tipos de esclerose

Cada pessoa manifesta a EM de forma variável, não sendo possível determinar a natureza, a gravidade ou a velocidade de progressão da doença. Uma forma de identificar os tipos de esclerose se baseia no padrão e na frequência dos surtos.

Esclerose múltipla remitente-recorrente (surto-remissão) – EMRR

Curso clínico da EM que é caracterizado pela ocorrência de novos sintomas ou piora de sintomas existentes (recorrências ou exacerbações). Os sintomas podem evoluir por vários dias ou semanas e então desaparecer completa ou parcialmente. O padrão de surtos é imprevisível, até na mesma pessoa. A EMRR é responsável por aproximadamente 85% da população de pacientes portadores de EM, em qualquer dado momento.

Esclerose múltipla secundária progressiva – EMSP

Curso clínico caracterizado pela piora progressiva dos sintomas neurológicos, com episódios de surtos com recuperação incompleta no início, seguida por uma lenta e estável progressão da incapacidade sem a ocorrência de novas crises. Evolutivamente, esses portadores se tornam moderadamente ou gravemente incapacitados.

Esclerose múltipla primária progressiva – EMPP

Curso clínico caracterizado pela progressão desde o início, com ou sem raros surtos. Apesar de os sintomas piorarem com o tempo, algumas pessoas passam por períodos com sintomas estabilizados ou apresentando certa melhora. A EMPP é diagnosticada principalmente em pessoas com mais de 40 anos e é responsável por aproximadamente 15% dos pacientes com EM.

Esclerose múltipla progressiva/recidivante – EMPR

Curso clínico caracterizado por deteriorização constante do seu estado desde o início da doença, correspondendo a 5% dos pacientes com EM.

LEMBRE-SE

Remissão é a diminuição da gravidade dos sintomas ou um “retorno” ao nível de saúde igual ou semelhante a este vivenciado antes do último ataque.

Diagnóstico

Os sintomas iniciais são leves e muitas vezes não valorizados pelo portador, que acaba não procurando assistência médica. Outro fator dificultador do diagnóstico é a semelhança dos sintomas com outras doenças neurológicas. O diagnóstico baseia-se na manifestação clínica, nos distúrbios neurológicos, na idade do indivíduo e exames complementares, tais como ressonância magnética, punção lom-

bar, raios X, potencial evocado, tomografia computadorizada e mielografia.



Figura 2 – Ressonância magnética na esclerose múltipla. Imagem axial em first-echo de sequência pesada em T2 demonstra múltiplas áreas de sinal hiperintenso na substância branca, típica de esclerose múltipla.

Fonte: FAUCI, A. S. et al. *Harrison medicina interna*. 17 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2008, cap. 375.

Tratamento

O tratamento na EM, apesar de não existir cura, tem como objetivo permitir que as pessoas portadoras sejam independentes e tenham uma vida produtiva e com qualidade de vida. Ele está dividido em três categorias: tratamento dos sintomas, tratamento dos episódios agudos, quando ocorrem, e uso de agentes modificadores da doença que reduzem a atividade biológica.

Tratamento dos sintomas: o paciente pode necessitar de tratamento para cada manifestação clínica. Deverá ser tratado pelo médico neurologista com o apoio da equipe multidisciplinar, envolvendo a enfermagem, a nutrição, a fisioterapia, a terapia ocupacional e a psicologia.

Tratamento dos episódios agudos: o tratamento pode ser feito em ambulatório ou em ambiente hospitalar. O tratamento com glicocorticoide (metilprednisolona 500 a 1000 mg) durante 3 a 5 dias ou ciclo de prednisona 60 a 80 mg/dia com redução gradual em duas semanas. O tratamento pode ser feito por via oral quando a via parenteral não está disponível ou não é desejada. Os efeitos colaterais esperados são labilidade emocional, acne, desconforto gastrointestinal, retenção de líquido com ganho ponderal e perda de potássio, o que faz necessário um reajuste alimentar e acompanhamento nutricional.

Tratamento com modificadores da doença:

as drogas utilizadas com benefício terapêutico incluem Interferona β , acetato de glatirâmier e natalizumabe. A Interferona β atua na sub-regulação da expressão molecular nas células que apresentam antígeno, inibição das citocinas pró-inflamatórias, aumento das citocinas reguladoras, inibição da proliferação de células T e diminuição do tráfego de células inflamatórias no SNC. O glatirâmier induz as células supressoras para antígenos específicos e altera o equilíbrio entre as citocinas pró-inflamatórias e as reguladoras. O natalizumabe é um anticorpo monoclonal humanizado que impede a ligação dos linfócitos às células endoteliais, evitando que os linfócitos atravessem a barreira hematoencefálica e penetrem no SNC (HAUSER; GOODIN, 2008). Estudos demonstraram que os pacientes que usaram esses medicamentos tiveram menos manifestações clínicas e menos lesões novas.



! IMPORTANTE

Desde 1997, o Ministério da Saúde aprovou o uso de interferon beta 1 b (Betaferon[®]) e interferon beta 1 a (Rebif[®]), para dispensação gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Prognóstico

A EM apresenta um prognóstico de incapacidade sombrio. Segundo Hauser e Goodin (2008), a maioria dos pacientes com EM apresenta incapacidade neurológica progressiva. Quinze anos após o diagnóstico, apenas 20% não apresentam limitação funcional; de 33 a 50% terão evoluído para EMSP e precisarão de auxílio para deambulação. Aproximadamente 80% dos pacientes com 25 anos após o primeiro surto irão apresentar limitação na deambulação.

A mortalidade como consequência da EM raramente acontece, sendo mais comum ocorrer a morte associada a uma complicação da EM. Normalmente isso ocorre em indivíduos debilitados que desenvolvem pneumonia. Entretanto, alguns óbitos ocorrem por suicídio.



+ SAIBA MAIS

Em 12 de maio de 2006 foi assinada a Lei 11.303/06 que institui o dia 30 de agosto como o Dia Nacional de Conscientização sobre a Esclerose Múltipla.

MIASTENIA GRAVE

A miastenia grave (MG) é uma doença autoimune que ocorre por um distúrbio neuromuscular. Ela se manifesta por fraqueza e fadigabilidade dos músculos esqueléticos.

A MG tem uma prevalência de 1 a 7 casos em 10.000. O pico de incidência ocorre na terceira década de vida, acometendo mais as mulheres, e na sexta década de vida, sendo mais comum em homens, apesar de poder ocorrer em qualquer fase.

LEMBRE-SE

Acetilcolina é um neurotransmissor importante na passagem do estímulo nervoso ao músculo. Quando a Acetilcolina (ACh) se liga aos receptores de acetilcolina (AChR) na porção pós-sináptica da junção neuromuscular, permite a entrada de sódio e produz a despolarização na região da placa motora da fibra muscular, desencadeando o processo de contração muscular.

Sem causa definida, não há como prevenir a MG. Fatores estressores, tais como extremos de temperatura, infecções, excesso de atividade e estresse cotidiano, devem ser evitados e/ou controlados para evitar o desenvolvimento das crises. A complicação mais grave da MG é a crise miastêmica. Na crise, os sintomas estão exacerbados e podem levar a uma insuficiência respiratória, sendo necessário suporte ventilatório invasivo e internação em uma unidade de terapia intensiva (UTI).

Fisiopatologia

A miastenia grave é uma doença autoimune causada por anticorpos anti-AChR específicos que

agem contra os receptores da acetilcolina (AChR). A membrana muscular pós-sináptica sofre uma redução no número de receptores, e suas fendas pós-sinápticas tornam-se achatadas, o que reduz a eficiência da transmissão neuromuscular.

Não está esclarecida completamente como a resposta autoimune se inicia e se mantém na MG. Sabe-se que os anticorpos anti-AChR são imunoglobulinas G e dependem das células T. Estudos demonstraram uma relação da MG com alteração do timo. Em 75% dos pacientes com MG, o timo apresenta-se anormal; em 65%, o timo é hiperplásico e não necessariamente está com o volume aumentado. Dos pacientes com MG, 10% desenvolvem timomas (tumores do timo).

+ SAIBA MAIS

O timo é um órgão linfático que está localizado na porção ântero-superior da caixa torácica. Ao longo da vida, o timo involui, o que acarreta diminuição da produção de linfócitos T.

Manifestações clínicas

Fraqueza e fadiga dos músculos são as principais manifestações clínicas presentes na MG. Ao acordar, ou quando está descansado, o portador de MG sente-se forte e disposto, mas no final do dia sente-se muito cansado. A fraqueza aumentada durante o uso repetitivo da musculatura leva à fadiga. Esse cansaço crescente é uma característica para o diagnóstico de MG.

Diferentes grupos musculares estão envolvidos na evolução da doença. Os músculos oculares extrínsecos, faciais, mastigadores e os músculos da deglutição são mais frequentemente envolvidos. Devido à fraqueza dessas musculaturas, são esperadas as seguintes manifestações clínicas: ptose palpebral, diplopia, alterações da expressão facial, dificuldade para mastigar e engolir, disfagia e disfonia. O emagrecimento pode estar presente devido à fraqueza da musculatura da mastigação e deglutição. A fraqueza na musculatura dos membros é proximal e pode ser assimétrica. Quando a fraqueza compromete a musculatura respiratória a ponto de exigir assistência ventilatória, diz-se que a pessoa está em crise miastêmica.

Algumas pessoas apresentam fraqueza restrita dos músculos oculares extrínsecos por mais de três anos, sem evolução para outras musculaturas. Tais casos são denominados de MG ocular.

As síndromes miastênicas congênitas (SMC) formam um grupo de distúrbios neuromusculares de causa não autoimune que manifestam os sintomas na lactância ou na segunda infância. Devido a uma alteração genética, o exame de anticorpos específicos para MG anti-AChR apresentará resultado negativo.

Dependendo da gravidade dos sintomas e de sua repercussão funcional no portador de MG, durante a avaliação pode-se utilizar a classificação dinâmica para identificar diferentes formas clínicas da doença.

Quadro 1 – Formas clínicas da miastenia grave, baseadas na gravidade dos sintomas e na repercussão funcional apresentadas no momento do exame

Forma clínica	Sintomas, sinais e repercussão funcional
I	Fraqueza ocular. Força normal nos demais músculos.
II	Tetraparesia moderada, fraqueza dos músculos do pescoço, semiptose, incapacidade relativa ao esforço, pequenas restrições às atividades de vida diária.
III	Fraqueza mais acentuada, sintomas e sinais em músculos de nervos cranianos bulbares, limitação maior às atividades de vida diária.
IV	Sintomas subjetivos e sinais objetivos de comprometimento respiratório, porém sem necessidade de assistência ventilatória.
V	Insuficiência respiratória e necessidade de ventilação mecânica.

Fonte: KNOBEL, E. *Condutas no paciente grave*. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

Diagnóstico

O diagnóstico é realizado através do exame clínico e da correlação com as queixas de fraqueza e fadiga, sem perda dos reflexos, sem déficit de sensibilidade ou de outra função neurológica. Exames laboratoriais são necessários para confirmação da hipótese diagnóstica e para exclusão de outros distúrbios neuromusculares. Métodos diagnósticos incluem a pesquisa de anticorpos anti-AChR e eletromiografia de fibra única. Na pesquisa de anticorpos anti-AChR, cerca de 85% dos casos de MG apresentam resultado positivo e 50% nos casos de MG ocular; casos negativos podem ocorrer em até 40%, e o resultado não é descartado.

Outros exames podem ser utilizados para o diagnóstico, como a excitação nervosa repetitiva, em

que choques elétricos estimularão os nervos a uma frequência de duas a três vezes por segundo e os potenciais de ação serão registrados – uma queda de 15% representa um diagnóstico para MG altamente provável. O teste da anticolinesterase é um teste farmacológico utilizado com cautela devido aos efeitos colaterais que pode provocar, tais como bradiarritmia e assistolia. Um inibidor da acetilcolinesterase (enzima responsável pela degradação da acetilcolinesterase) é administrado, e observa-se a diminuição da fraqueza muscular. Podem ser utilizados neostigmina 2 mg ou edrofônio 2 mg via oral ou intramuscular. Atropina 0,5 mg deve ser administrada antes do teste para evitar efeitos colaterais. A elevação da pálpebra em pacientes com ptose constitui a resposta mais evidente para o diagnóstico.

Ressonância magnética e tomografia computadorizada podem ser solicitadas em portadores de MG ocular para exclusão de outras lesões nos nervos cranianos.

Tratamento

Os tratamentos disponíveis incluem anticolinesterásicos, imunossupressores, timectomia e plasmaférese ou imunoglobulina endovenosa.

Anticolinesterásicos

Considerados como tratamento de primeira linha na MG, agem liberando mais acetilcolina na junção pós-sináptica da membrana muscular; produzindo melhora parcial ou total da fraqueza e fadiga. A Piridostigmina é prescrita de 30 a 60 mg três ou quatro vezes ao dia por via oral. A overdose com o anticolinesterásico produz efeito contrário, piorando a fraqueza muscular.

Imunossupressores

A azatioprina e a ciclosporina são drogas usadas para induzir uma supressão ao sistema imunológico de médio a longo prazo. Beneficia-se desse tratamento aqueles refratários ao tratamento com anticolinesterásicos e que podem tolerar os efeitos colaterais dos imunossupressores.

Timectomia

A cirurgia é realizada para remoção do timo ou para remoção do timoma. Estudos demonstraram que, em 85% dos portadores de MG que removem o timo na ausência do tumor, houve melhora clínica importante; e em 35% dos casos ocorreu remissão sem uso de medicamentos. Portanto, há um consenso de que a timectomia deve ser realizada para todos os portadores de MG a partir da puberdade até os 55 anos, na ausência de contraindicações. Na presença do timoma, a remoção é necessária para evitar a disseminação tumoral, mesmo quando o timoma for benigno.

Plasmaférese e imunoglobulina endovenosa

A indicação para plasmaférese e para imunoglobulina é a mesma: melhorar o estado do paciente

gravemente enfermo, principalmente antes da timectomia. Essa é uma medida útil e temporária. Na plasmaférese são removidos mecanicamente os anticorpos patogênicos das células sanguíneas, que depois são devolvidas ao paciente. São necessários equipamento especial, acesso venoso de grosso calibre e equipe especializada para realizar o processo. É recomendada a administração de imunoglobulina (Ig) na dose de 2g/kg, durante três a cinco dias. Apesar do seu mecanismo de ação desconhecido, a Ig produz melhora rápida durante um período de fraqueza miastênica.

Prognóstico

Com acompanhamento adequado, a pessoa com MG pode ter uma vida produtiva. O prognóstico do portador de MG tem melhorado em virtude dos progressos no tratamento farmacológico. O portador de MG deve ser consultado rotineiramente para avaliação geral, da musculatura da mastigação, fonação, pálpebra, extraoculares, deambulação e respiração.

DOENÇA DE ALZHEIMER

A doença de Alzheimer (DA) é uma doença degenerativa, progressiva e sem fator etiológico conhecido. Ela compromete o cérebro e se manifesta de forma precoce, principalmente pelo déficit de memória recente. Atualmente ela é a principal causa de demência em idosos, sendo responsável por 85% dos casos após os 65 anos.

Acomete principalmente pessoas idosas, com uma prevalência de 30 a 40% com 85 anos ou mais. Apesar de existir uma forma familiar que afeta pessoas mais jovens, a prevalência abaixo dos 65 anos chega a 1%.

Atualmente, nos Estados Unidos, cerca de 4,5 milhões de americanos são portadores de DA. No Brasil, apesar de não existirem dados oficiais, o número de portadores de DA é estimado em 1,2 milhão.

Denominada como “peste negra”, “mal do século”, “epidemia silenciosa”, foi descrita e documentada pela primeira vez em 1906 por Alois Alzheimer. Ele intitulou seu achado como uma grave e peculiar doença dos neurônios do córtex cerebral. Descreveu

o achado clínico, anatômico e microscópico do caso de Frau August D., 51 anos, internada no Sanatório de Psiquiatria de Frankfurt AM Maim, em 25 de novembro de 1901, sob os cuidados do Dr. Alzheimer.

A DA costuma ser categorizada como forma hereditária ou familiar de início precoce, que é extremamente incomum e para a qual foram determinadas alterações genéticas específicas; sua forma esporádica mais comum ocorre com as pessoas acima dos 65 anos.

A alteração anatômica observada é a atrofia do córtex cerebral, especialmente dos lobos temporais com redução da quantidade de neurônio. Em estudos histológicos é possível visualizar emaranhados neurofibrilares (filamentos com proteína tau), placas neuríticas (cerne de amiloide extracelular) e degeneração granular-vacuolar. O processo se inicia no hipocampo e córtex entorrinal e espalha-se até envolver áreas difusas do córtex de associação, nos lobos temporal, parietal e frontal.

SAIBA MAIS

Trecho da apresentação oral de Alois Alzheimer, em 3 de novembro de 1906 ao descrever o primeiro caso da doença, no momento intitulado “sobre uma grave e peculiar doença dos neurônios do córtex cerebral”. Posteriormente, a patologia estudada por Alois seria chamada de Doença de Alzheimer, em homenagem ao seu descobridor.

Trata-se de uma mulher de 51 anos de idade que começou a ter crises de ciúmes infundados de seu marido como primeira manifestação de sua doença.

Logo ficou muito aparente uma perda progressiva de memória; não encontrava o caminho para voltar para casa e se perdia tentando conseguir; levava seus pertences pessoais daqui para lá e os escondia em lugares inapropriados; de vez em quando acreditava que alguém queria matá-la e gritava muito e alto.

No hospital aparentava estar totalmente “indefesa” e desorientada no tempo e no espaço. Em certas ocasiões, comentava não saber o que dizia, que era como se fosse uma outra pessoa que estava lá apenas de passagem e que não era capaz de melhorar essa falha; também pedia desculpas por ainda não ter terminado suas tarefas domésticas.

Por vezes, fazia um estardalhaço dizendo que o médico queria lhe ferir e se retirava do local cheia de indignação, com uma expressão de temor porque o médico havia tentado abusar sexualmente dela e desonrá-la. Completamente delirante, prendia a roupa de cama no corpo, gritando, chamava seu marido e filha e parecia ter alucinações auditivas. Confabulava durante horas com uma voz horrível.

Sempre que não entendia uma situação, começava a dizer insultos em voz alta para quem a estava examinando. Só com muito esforço e insistência era possível fazer com que ela atendesse a alguma solicitação. A memória era a função mais gravemente comprometida. Se alguém lhe mostrasse um objeto pessoal seu, ela o identificava corretamente, mas imediatamente se esquecia.

Fonte: <http://www.alzheimermed.com.br/>

Manifestações clínicas

A principal e mais precoce característica clínica é o déficit de memória. O paciente tem dificuldade em memorizar eventos recentes, informações e experiências novas. A doença começa de forma gradual, e afeta, além da memória, outras funções

cognitivas, como a orientação, praxias, julgamento, linguagem e processamento visuoespacial.

Lentamente, os problemas cognitivos começam a interferir na vida diária, como dirigir um automóvel, fazer compras no supermercado, efetuar pagamentos bancários e manter a rotina da casa. Evolui

para incapacidade de trabalhar por esquecer-se de informações e por se confundir com facilidade. A linguagem é comprometida inicialmente pela incapacidade de denominação, seguida da compreensão e por último a fluência das palavras. A praxia surge, e aparecem os problemas na execução de atividades motoras sequenciais. Atividades como comer, vestir, copiar figuras e resolver adivinhações simples são dificultadas devido ao déficit visuoespacial.

A depressão está frequentemente associada à DA. Em casos avançados da evolução da doença, o portador pode apresentar quadros de agitação e desinibição comportamental.

Diagnóstico

O diagnóstico médico é realizado através da coleta da história de perda de memória, alteração comportamental e dificuldade do raciocínio. A avaliação neurológica inclui exames seriados do estado mental e testes neuropsicológicos. No momento não existe exame laboratorial ou de imagem que possa confirmar o diagnóstico de DA. A tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) são exames úteis utilizados para identificar a atrofia cerebral e excluir outras causas de demência. O eletroencefalograma (EEG) pode evidenciar uma lentificação generalizada, mas não específica para DA.

Exames como hemograma, perfil metabólico, testes da função da tireoide e nível de vitamina B12 são solicitados para acompanhar o paciente, investigar outras afecções e excluir transtornos metabólicos e infecciosos.

O diagnóstico médico definitivo só pode ser comprovado pela autópsia, em que são observados os emaranhados neurofibrilares e as placas neuríticas ao exame microscópico. Testes genéticos com pesquisa do alelo apo-ε podem identificar casos familiares de DA.

Tratamento

A DA não tem tratamento específico. Como não há cura da doença nos dias atuais, o tratamento é paliativo. Os sintomas cognitivos são tratados com inibidores da acetilcolinesterase e memantina

(NMMDA). Os inibidores da acetilcolinesterase podem retardar inicialmente a progressão da doença, sendo prescritas drogas como donepezil, galantamina e rivastigmina. O grupo chamado de memantina é formado por drogas antagonistas dos receptores NMMDA. A memantina é prescrita como monoterapia em casos graves e utilizada em associação aos inibidores de acetilcolinesterase nos casos moderados.

De acordo com a gravidade dos sintomas neuropsiquiátricos, eles também podem ser tratados com antidepressivos, estabilizadores de humor ou neurolépticos.

Além do tratamento medicamentoso, são necessários o acompanhamento domiciliar do portador da DA e atenção especial ao cuidador. Diversos estudos têm demonstrado o impacto emocional de cuidar de um portador de DA, principalmente quando ele é um membro da família.

Prognóstico

Trata-se de uma doença de evolução clínica progressiva com períodos ocasionais de estabilização. A sobrevida pode chegar a 20 anos, mas é em média de oito anos. O portador de DA torna-se gradativamente dependente de outros para todas as atividades da vida diária. O quadro terminal é caracterizado pelo mutismo, incontinência e contratura dos membros. A morte está associada a complicações como a pneumonia, devido à debilitação física que a DA causa em sua fase final.

DOENÇA DE PARKINSON

A doença de Parkinson (DP) foi descrita pela primeira vez pelo médico londrino James Parkinson em 1817. Ele estabeleceu três dos quatro critérios utilizados para diagnóstico da doença. A tríade clínica estabelecida por James é composta de tremor, bradicinesia e instabilidade postural. Posteriormente, médicos identificaram a rigidez muscular como aspecto fundamental da doença.

A DP é a forma mais comum de um grupo de distúrbios neurodegenerativos progressivos. Embora definida clinicamente como um distúrbio do

movimento, hoje é sabido que a DP é acompanhada de uma variedade de sintomas não motores, como perturbações autonômicas, sensoriais, do sono, cognitivas e psiquiátricas.

Apresenta início a partir dos 60 anos, e os homens são afetados em frequência um pouco maior que as mulheres. Estima-se que a DP afete de 750.000 a 1 milhão de pessoas nos Estados Unidos, sendo a principal causa de doença neurológica em pessoas com mais de 65 anos.

Fisiopatologia

A causa etiológica da DP é multifatorial. Estudos genéticos têm comprovado que diversos genes estão associados ao parkinsonismo familiar. Eles estão presentes em indivíduos mais jovens, com os genes denominados PARKIN.

Na doença de Parkinson idiopática ocorre a morte precoce dos neurônios dopaminérgicos pigmentados na parte compacta da substância negra, que é a base da doença, mas a causa continua desconhecida.

Manifestações clínicas

As manifestações normalmente aparecem em idade mais avançada, exceto nos casos familiares, em que a doença pode se manifestar na adolescên-

cia. A família observa que existe algo de errado com a marcha, observa a presença de tremores ou a presença de dor em extremidades sem causa aparente.

As manifestações são divididas didaticamente em duas formas: tremulante e rígido-acinética. Na forma tremulante encontramos um indivíduo que apresenta tremor ao repouso, unilateral, de início insidioso e piora progressiva ao longo dos meses ou anos, evoluindo para comprometimento das outras extremidades e de segmento cervical. Esta é a forma característica do DP idiopático: tremores ao repouso que desaparecem ao realizar uma atividade como pegar um copo.

Na forma rígido-acinética nota-se uma lentidão para realizar atividades diárias, andar lento e com passos curtos. O déficit motor pode estar presente em um dos hemisférios, o que pode ocasionar um diagnóstico de doença cerebrovascular.

Além das manifestações motoras, a doença leva a alterações cognitivas, comportamentais, disautonômicas, olfatórias e distúrbios do sono. Gradativamente apresenta uma lentidão para achar as palavras, fenômeno conhecido como “na ponta da língua”. Com o tempo, a demência evolui progressivamente, manifestando dificuldade para executar atividades diárias, apesar de manter funções de linguagem e a memória relativamente preservada.

! IMPORTANTE

Bradicinesia é a pobreza do movimento automático. Observa-se a lentidão para realizar tarefas habituais. A marcha é realizada com pequenos passos lentos em associação com o balançar dos braços.

O **tremor** do parkinsonismo ocorre em repouso. Sua característica peculiar é o movimento de amplitude moderada como se estivesse contando notas.

A **rigidez** está presente quando observada menor amplitude. Esse sinal aparece quando o membro é deslocado passivamente pelo examinador e se verificam, superpostos à rigidez, curtos períodos de liberação muscular rítmicos e intermitente.

A **instabilidade postural** está relacionada à incapacidade de equilibrar-se, com histórias de quedas frequentes.

Discinesia é caracterizada por movimentos coreiformes, em que há um movimento da extremidade de forma involuntária, flutuante, como se estivesse dançando.

Distonias são contrações mantidas, envolvendo músculos agonista e antagonista ao mesmo tempo, mantendo uma postura anômala daquele membro.

Há relatos de DP associado à exposição a alguns pesticidas e metais ambientais. O parkinsonismo secundário é constituído de um grupo cuja causa é conhecida, como o parkinsonismo medicamentoso, o vascular, e outras, como as encefalites, neurosífilis e tumores. Outro grupo de causas do chamado parkinsonismo atípico costuma ter diagnóstico diferencial mais difícil como: atrofia de múltiplos sistemas (AMS), a paralisia supranuclear progressiva (PSP), a degeneração corticobasal e a demência dos corpúsculos de Lewy.

Parkinsonismo medicamentoso

Diversas drogas podem causar parkinsonismo. Mais comumente estão associadas ao uso de neurolépticos (por exemplo, haloperidol) e aos bloqueadores do canal de cálcio com ação antivertiginosa (por exemplo, flunarizina). Alguns antieméticos, como a metoclopramida, também podem ser causadores de parkinsonismo medicamentoso. As alterações motoras costumam ser simétricas com evolução mais branda. Os sintomas podem ou não regredir com a retirada total da medicação.

Parkinsonismo vascular

Está relacionado a múltiplos infartos, e a cada novo episódio de acidente vascular cerebral há piora dos sintomas. Apresenta-se com alteração da marcha, instabilidade postural e história de quedas frequentes.

Diagnóstico

A avaliação clínica e exames laboratoriais (hemograma, sódio, potássio, ureia, creatinina, cálcio, magnésio, sorologia para sífilis e HIV) e de neuroimagem (tomografia computadorizada de crânio e ressonância magnética) são importantes para afastar causas de parkinsonismo secundário e atípico de forma a estabelecer o tratamento mais adequado ao portador de DP.

O diagnóstico da DP baseia-se na clínica e no histórico. O diagnóstico diferencial é difícil, e podem ocorrer diagnósticos errôneos de 10 a 25% dos ca-

sos. A tomografia por emissão de pósitrons (PET) é útil na confirmação do diagnóstico, mas não distingue confiavelmente entre a DP e as formas atípicas.

A pesquisa genética não tem lugar na prática geral.

Tratamento

O tratamento é multifatorial e multidisciplinar, sendo necessário o acompanhamento da enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional.

O tratamento visa aumentar os níveis de dopamina no SNC, sendo utilizadas inicialmente drogas agonistas de dopamina (pramipexole e ropinirol). As principais drogas utilizadas no tratamento, além dos agonistas dopaminérgicos, são selegilina, amantadina, levodopa e inibidores da catecol-O-metiltransferase (COMT).

Visto que não há tratamento curativo, o ajuste medicamentoso deve ser feito somente à medida que os sintomas estiverem afetando o paciente do ponto de vista funcional, ocupacional ou social.

Todas as drogas com efeito parkinsoniano, como, por exemplo, a metoclopramida e o haloperidol, devem ser suspensas.

Há registros de que a intervenção cirúrgica com estimulação cerebral profunda subtalâmica é benéfica em pacientes com sintomas intratáveis de discinesia, tremor e rigidez.

Prognóstico

A doença avança em todos os casos, mas o grau de progressão varia de um paciente para outro. Alguns medicamentos têm efeitos colaterais proeminentes, como a discinesia. Os efeitos colaterais graves de medicações e demência ocorrem geralmente em cinco anos. Nos casos avançados podem ocorrer alucinações com animais e crianças. Na terminalidade da DP ocorre pneumonia por aspiração, seps e embolias pulmonares.

■ Atividades

As atividades referentes a esta unidade serão disponibilizadas no Portal.

AULA 2

DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS: OSTEOPOROSE E TUMORES DE PRÓSTATA

■ Conteúdo

- Osteoporose e tumores de próstata: conceito, fisiopatologia, manifestações clínicas, diagnóstico, tratamento e prevenção

■ Competências e habilidades

- Espera-se que ao final desta aula o aluno compreenda a importância do conhecimento da osteoporose e dos tumores de próstata para construir a assistência de enfermagem baseada nas necessidades individuais do paciente

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h/a – via satélite com professor interativo
- 2 h/a – presenciais com professor local
- 5 h/a – mínimo sugerido para autoestudo

INÍCIO DE CONVERSA

O envelhecimento populacional, uma tendência mundial, fez com que doenças características da população idosa tenham uma maior prevalência, o que predispõe ao aparecimento de maior número de pessoas incapacitadas se não tratadas adequadamente. A osteoporose é uma dessas doenças, sendo característica predominante do sexo feminino.

Os tumores de próstata comumente ocorrem no homem idoso e, quando associados aos sintomas do trato urinário inferior, têm importante impacto

na qualidade de vida, por interferir diretamente nas atividades diárias e no padrão do sono.

OSTEOPOROSE

A osteoporose é definida como uma doença sistêmica progressiva que leva a uma desordem esquelética, caracterizada por força óssea comprometida, predispondo a um aumento do risco de fratura.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a osteoporose como a “epidemia silenciosa do século”. É uma doença previsível e tratável, contudo

muitas mulheres desconhecem que têm osteoporose até sofrerem uma fratura.

A osteoporose afeta mais de 10 milhões de indivíduos nos Estados Unidos, porém apenas uma pequena parcela desse total é diagnosticada e tratada. A doença é predominante no sexo feminino, existindo três casos em mulheres para cada caso em homem.

Os fatores de risco mais importantes são: idade, descendência caucasiana, baixo peso corporal, baixa ingestão de cálcio, história familiar de osteoporose, menopausa precoce e terapia com esteroides. Fatores como tabagismo e excesso de consumo de álcool também são valorizados.

LEMBRE-SE

O tecido ósseo é um tecido conjuntivo dos mais resistentes e rígidos do nosso corpo. Constituinte principal do esqueleto, ele serve de suporte para partes moles, protege os órgãos vitais, aloja a medula óssea, além de proporcionar apoio aos músculos esqueléticos para a movimentação do organismo.

Fisiopatologia

Os receptores para estrógeno estão presentes no tecido ósseo, e a produção de estrógeno na menarca, juntamente com atividade física com carga e alimentação com cálcio, são os pilares para determinar o pico de massa óssea no adulto.

O metabolismo do cálcio sofre importantes mudanças no processo de envelhecimento, especialmente no período da menopausa, quando vários fatores precipitam o seu balanço negativo e a aceleração da perda da massa óssea.

A ingestão e a absorção de cálcio proveniente da alimentação são diminuídas com a idade, provavelmente por redução dos níveis de vitamina D que, por sua vez, pode ser decorrente da redução da exposição à luz solar. A exposição à luz solar é fundamental para ação da vitamina D ao promover a absorção intestinal de cálcio.

A diminuição de estrógeno na menopausa resulta em um declínio na atividade osteoblástica. A redução da atividade física também leva a uma redução da massa óssea de forma gradual. Pessoas acamadas podem perder de 200 a 300 mg/dia de cálcio.



Figura 1 – Imagem comparando aspecto do osso normal com o osso com osteoporose.

Fonte: <http://brissosilino.wordpress.com>

Manifestações clínicas

As principais manifestações clínicas são as fraturas vertebrais e do quadril, seguidas por fraturas de pulso e fêmur, embora possam ocorrer fraturas em qualquer local do esqueleto.

Na fratura vertebral a pessoa idosa comumente apresenta uma deformação na posição da coluna, chamada de “corcunda de viúva” e pode até levar à diminuição de tamanho da pessoa, por aumento da curvatura. Na maioria dos casos a fratura é assintomática, e a identificação ocorre de forma acidentalmente durante uma radiografia feita com outra finalidade.

Fraturas dos ossos do quadril e do fêmur normalmente requerem internação e intervenção cirúrgica. São casos de difícil cicatrização e levam a imobilização no leito por semanas, acarretando complicações tromboembólicas e pneumonias. Trazem dificuldade de locomoção temporária ou permanente, podendo necessitar muitas vezes do uso de apoio para deambulação (por exemplo, bengala ou andador).

O pulso, por ser um ponto de apoio, é uma área na qual o osso com osteoporose tem pouca estrutura para sustentar o peso do corpo e normalmente ocorre fratura.

Diagnóstico

A fratura é muitas vezes a primeira manifestação da doença. Mesmo apresentando os fatores de risco para osteoporose, a maior parte da população desconhece o diagnóstico. A doença progride de forma lenta e raramente causa sintomas. A suspeita diagnóstica ocorre na presença dos fatores de risco.

A OMS oferece critérios de normatização diagnóstica através da densidade óssea. Essa avaliação diagnóstica é obtida com o exame de imagem chamado densitometria óssea – um método que visa à medida da densidade mineral óssea por meio do seu conteúdo (BMC), determinando, assim, a resistência óssea.



Figura 2 – Densitometria óssea do fêmur proximal.

Fonte: www.cdeclinica.com.br

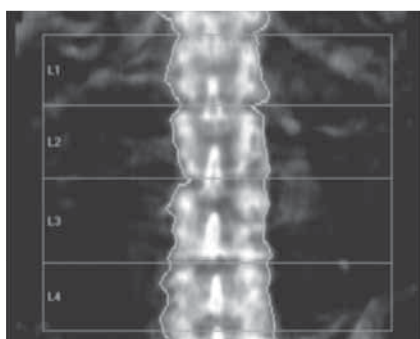


Figura 3 – Densitometria óssea da coluna.

Fonte: www.cdeclinica.com.br

São classificados quatro grupos distintos segundo o número de desvios padrão (SD), através da avaliação da coluna lombar e fêmur proximal ou radiodistal.

Até -1 SD, entende-se o resultado densitométrico como **normal**;

Abaixo de -1 SD até $-2,5$ SD, classifica-se como **osteopenia**;

Abaixo de $-2,5$ SD, o termo **osteoporose** é aplicável;

Abaixo de $-2,5$ SD, associado à fratura óssea, atribui-se o termo **osteoporose estabelecida**.

Outros exames podem ser solicitados não para o diagnóstico, mas para o acompanhamento do paciente a fim de excluir outras doenças. A avaliação geral inclui hemograma, cálcio sérico e urinário de 24h, provas da função renal e hepática.

Tratamento

O tratamento requer manutenção suficiente da ingestão de cálcio e vitamina D por toda a vida, bem como exercícios com carga moderada. A vitamina D deve ser suplementada em indivíduos com risco de sua deficiência, principalmente em idosos.

A terapia de reposição de estrogênio é mais eficiente quando iniciada dentro dos cinco anos após a menopausa. Podem ser administrados estrógenos conjugados, micronização estradiol e estrógeno transdérmicos, pois são eficientes na redução da perda óssea da coluna e do colo do fêmur.

O Raloxifeno é um modulador seletivo do receptor do estrógeno e atua prevenindo a perda óssea da coluna e do quadril, mas com menos eficácia que a terapia de reposição de estrogênio. O aspecto positivo a ser considerado é que raloxifeno 60 mg/dia não estimula o endométrio, evitando a hiperplasia endometrial e mamária.

As mulheres que fazem uso da reposição hormonal para prevenção óssea e consequente diminuição das fraturas devem ser acompanhadas e monitorizadas, devido ao risco de incidência de eventos cardiovasculares e câncer de mama.

Os bisfosfonatos (alendronato, risedronato, ibandronato, zolendronato) constituem um grupo de

medicações de primeira linha para prevenção e tratamento da osteoporose, utilizados em mulheres, em homens e em pessoas que apresentam perda de massa óssea em decorrência do uso de corticoides. Os bisfosfonatos aliam potente ação redutora de ocorrência de fraturas osteoporóticas com comodidade de uso, já que podem ser administrados em regimes intermitentes (por via oral, em doses semanais ou mensais).

A opção de tratamento muito utilizada no passado foi a calcitonina, mas hoje apresenta indicação limitada, já que os trabalhos científicos

conduzidos com essa substância não conseguiram demonstrar um potente benefício no tratamento da osteoporose como aquele obtido com o uso das medicações anteriormente mencionadas. A calcitonina é reservada para situações especiais como em pessoas que apresentem intolerância ou contraindicação a outros medicamentos para osteoporose.

A Sociedade Brasileira de Densitometria Clínica (2003) recomenda o exame densitométrico da coluna lombar e do fêmur proximal anualmente para acompanhamento da evolução do tratamento.



+ VOCÊ SABIA?

Os estrogênios atuam na inibição da reabsorção do osso.

Prevenção

A dieta é um dos fatores importantes na prevenção e no tratamento da osteoporose. Recomenda-se o consumo diário de alimentos que contenham cálcio associado a atividade física para o fortalecimento da estrutura óssea.

O risco de fraturas deve ser minimizado. Esforços devem ser feitos para eliminar os fatores de risco modificáveis, como cigarro e uso excessivo de álcool.

PARA PREVENIR OSTEOPOROSE

- Consumo diário de leite e verduras verde-escuras (por exemplo, brócolis e espinafre).
- Atividade física diária.
- Exposição ao sol de 10 a 15 minutos antes das 10h da manhã.

TUMORES DE PRÓSTATA

Hiperplasia prostática benigna

A hiperplasia prostática benigna (HPB) é um aumento não maligno da glândula prostática que acomete os homens no processo de envelhecimento.

Estima-se que 50% dos homens com mais de 50 anos irão desenvolver durante a vida evidências histológicas de HPB. Metade desse grupo apresentará sintomas do trato urinário inferior (STUI).

O curso clínico no indivíduo sintomático pode apresentar períodos de melhora e piora espontânea. Estudos afirmam que a taxa de melhora é de cerca de 40% com placebo ou conduta expectante.

Em geral, o homem procura atendimento quando as manifestações estão presentes, principal-

mente os sintomas miccionais irritativos, tais como noctúria, frequência urinária aumentada e urgência miccional. Os mesmos sintomas do trato urinário inferior presentes na HPB podem ser sintomas comuns a outras doenças sistêmicas, como diabetes melito, e doenças neurológicas, como doença de Parkinson, esclerose múltipla e doença cerebrovascular.

Trata-se de uma patologia com percentual de complicações sérias reduzido. Retenção urinária, infecções urinárias graves ou insuficiência renal raramente estão presentes. Portanto, o objetivo do acompanhamento do indivíduo com HPB é o alívio dos sintomas e a melhora da qualidade de vida.

Fisiopatologia

O crescimento da próstata e o desenvolvimento da HPB ocorrem sob a influência da diidrotestosterona, forma mais metabolicamente ativa da testosterona que atua como andrógeno intracelular.

A HPB se desenvolve predominantemente no tecido prostático periuretral que leva à obstrução da via de saída da bexiga, sendo responsável pelas manifestações dos sinais e sintomas. A musculatura da bexiga responde ao aumento da resistência da via de saída causada pela obstrução mecânica e pelo aumento do tônus muscular prostático e colo da bexiga urinária. À medida que a resistência aumenta, a bexiga responde aumentando a força de contração; resultando em alterações mecânicas na função da bexiga.

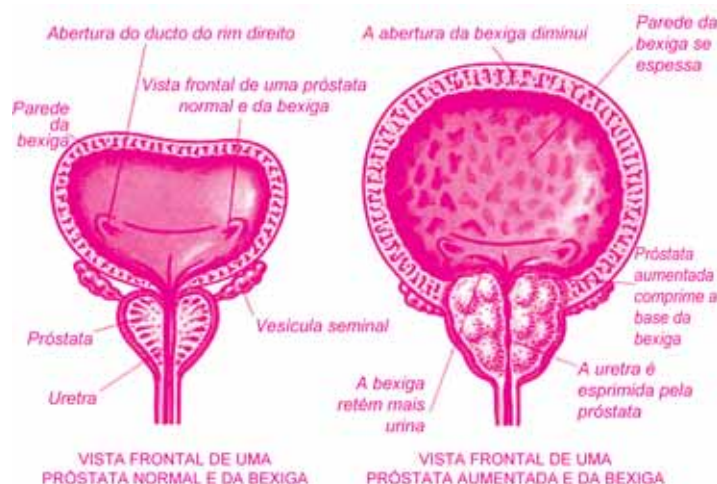


Figura 4 – *Próstata e bexiga normal e aumentada na HPB.*

Fonte: www.labciribelli.com.br/prostata.htm

Manifestações clínicas

Os três principais aspectos que determinam o quadro clínico da HPB são: presença de sintomas, crescimento prostático e obstrução infravesical. Essas manifestações são variáveis entre os homens, enquanto alguns apresentam sintomas do trato urinário inferior na ausência de crescimento prostático, outros, no entanto, com aumento do volume da próstata, podem ser assintomáticos ou apresentam sintomatologia leve, sem alterações na rotina de vida.

Manifestações do trato urinário inferior

Irritativas	Obstrutivas
Aumento da frequência	Hesitação
Noctúria	Baixo fluxo
Urgência miccional	Dificuldade de início e término da micção
Incontinência urgente	Sensação de esvaziamento incompleto

A Organização Mundial da Saúde adotou e difundiu o questionário International Prostatic Symptom

Score (I-PSS) desenvolvido pela Associação Americana de Urologia. Trata-se de um questionário validado que consiste em sete perguntas relacionadas aos sintomas de HPB e obstrução da via de saída da bexiga. O questionário prevê que o paciente respon-

da as questões sem o auxílio médico, utilizando-se de linguagem leiga e direta. O somatório final das respostas obtidas permite a classificação dos sintomas apresentados em leves (0 a 7), moderados (8 a 19) e intensos (20 a 35).

ESCORE INTERNACIONAL DE SINTOMAS PROSTÁTICOS						
No último mês...	Nenhuma	Menos de 1 vez em 5	Menos da metade das vezes	Metade das vezes	Mais da metade das vezes	Quase sempre
1. Quantas vezes ficou a sensação de não esvaziar totalmente a bexiga?	0	1	2	3	4	5
2. Quantas vezes teve de urinar novamente menos de duas horas após ter urinado?	0	1	2	3	4	5
3. Quantas vezes observou que, ao urinar, parou e recomeçou várias vezes?	0	1	2	3	4	5
4. Quantas vezes observou que foi difícil conter a urina?	0	1	2	3	4	5
5. Quantas vezes observou que o jato urinário estava fraco?	0	1	2	3	4	5
6. Quantas vezes teve de fazer força para começar a urinar?	0	1	2	3	4	5
7. Quantas vezes, em média, teve de se levantar à noite para urinar?	0	1	2	3	4	5
Escore total dos sintomas	x	x	x	x	x	x
Escore total						x

Diagnóstico

De acordo com o Projeto Diretrizes Hiperplasia Prostática Benigna (2006), na história clínica deverão ser enfocados: início e evolução dos sintomas, antecedentes cirúrgicos, história familiar de câncer prostático, disfunção sexual, hematúria, infecções do trato urinário, doenças neurológicas, diabetes, estenose uretral, retenção urinária prévia, cálculo vesical e o agravamento dos sintomas após o uso de medicações, tais como anticolinérgicas ou alfa-agonistas.

Exame físico

O exame físico deverá ser iniciado por uma inspeção do abdome e da genitália, buscando altera-

ções relacionadas, como: globo vesical palpável, anomalias genitais, dermatite amoniacal ou a presença de secreção uretral.

Exame digital da próstata

O exame digital da próstata (EDP) é fundamental na avaliação dos pacientes com sintomas do trato urinário inferior. Neste exame, devem ser avaliadas a contração e a sensibilidade do esfíncter anal, reflexo bulbo-cavernoso, características prostáticas (volume, consistência, regularidade, limites, sensibilidade e mobilidade), vesículas seminais e parede retal.



Figura 5 – Exame digital da próstata.

Fonte: www.unidadurologia.com

Dosagem sérica do antígeno prostático específico

A dosagem sérica do antígeno prostático específico (PSA) é recomendada em indivíduos com expectativa de vida de mais de dez anos. PSA é uma proteína produzida por células prostáticas benignas e malignas. Sua dosagem pode estar elevada em função do aumento da próstata, de inflamação ou câncer.

Urinálise

Exames de urina podem ser solicitados para avaliação dos elementos anormais e sedimentos, sendo possível detectar a presença de hematúria microscópica e a infecção do trato urinário.

Creatinina

A dosagem sérica de creatinina é recomendada na presença de história sugestiva de doença renal ou retenção urinária.

Os testes diagnósticos adicionais são recomendáveis naqueles indivíduos com classificação moderada e agravamento dos sintomas.

Urofluxometria

A urofluxometria permite avaliar e medir a taxa de fluxo urinário, identificando a obstrução da via de saída da urina. A medida da urina residual pode

ser realizada por cateterismo vesical ou por ultrassonografia e avalia o volume de urina presente na bexiga após o ato de micção e a mecânica da função da bexiga.

Urodinâmica

A avaliação urodinâmica avalia a pressão intra-vesical e intra-abdominal através da introdução de transdutores de pressão dentro da bexiga e do reto. Através dessa avaliação é possível obter informações sobre a natureza dos sintomas e a presença ou ausência de obstrução da via de saída.

Estudo de fluxo/pressão

É uma modalidade invasiva, mas muito útil na distinção de obstrução da via de saída causada por HPB daquela causada por função detrusora diminuída.

Cistoscopia

Usada tanto no curso da avaliação do paciente para uma terapia invasiva em potencial, como ressecção cirúrgica, quanto na avaliação de uma condição como a hematúria.

Urografia excretora e ultrassonografia transretal

Utilizadas para avaliação de uma patologia concomitante ou no planejamento de uma intervenção cirúrgica.

Quadro 1 – Métodos diagnósticos utilizados para HPB

Métodos diagnósticos em HPB		
	Método	Indicação
1ª linha	História clínica Exame físico Exame digital da próstata PSA* Exame de urina	Todos os pacientes com sintomas relacionados a hiperplasia prostática benigna.
2ª linha	Laboratoriais Creatinina Citologia urinária Volume pós-miccional Urofluxometria	Suspeita de dano renal Suspeita de tumor vesical ou câncer Possibilidade de STUI não relacionado a HPB
3ª linha	Ultrassonografia Curva fluxo/pressão	Avaliação de pacientes com necessidade de tratamento invasivo.
4ª linha	Uretrocistoscopia Uretrocistografia Urografia excretora	Investigação de doenças associadas a STUI

* Apenas para pacientes com expectativa de vida de mais de dez anos.

Fonte: Sociedade Brasileira de Urologia e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Projeto Diretrizes: HPB, 2006.

Tratamento

A HPB é uma condição tão frequente na população masculina geriátrica que sua presença pode ser considerada como um achado normal. São as sequelas ou complicações da HPB que vão ditar a necessidade de tratamento do paciente.

O tratamento medicamentoso é considerado por alguns autores como a primeira linha terapêutica para homens diagnosticados com sintomas do trato urinário inferior (STUI) por HPB. Entretanto, o padrão-ouro para o tratamento de HPB continua sendo a cirurgia de ressecção transuretral da próstata (RTUP).

Atualmente estão disponíveis quatro opções de tratamento medicamentoso: α -bloqueadores, inibidores da 5 α -redutase, fitoterápicos e a terapia combinada.

α -bloqueadores ou antagonistas α -adrenérgicos

A utilização de α -bloqueadores baseia-se no aumento do tônus da musculatura lisa prostática e do colo da bexiga, mediada por receptores α -adrenérgicos. Os antagonistas dos receptores α -adrenérgicos inibem esse processo, reduzem os sintomas de 40 a 50% e melhoram as taxas de fluxo

de 40 a 50% após uma a duas semanas de tratamento. Estão disponíveis para o tratamento da HPB os medicamentos: terazosina, alfuzosina, daxazosina e tansulozina. São administrados uma vez ao dia no período noturno para evitar a hipotensão ortostática, devido a seu efeito vasodilatador.

Inibidores da 5 α -redutase

Os inibidores da 5 α -redutase (Finasterida e Dutasterida) apresentam eficiência e segurança, atuando na diminuição do tamanho da próstata e consequente redução dos sintomas do trato urinário inferior. Pacientes com aumento prostático assintomático ou com sintomas leves podem utilizar inibidores da 5 α -redutase com objetivo de prevenir a progressão da HPB, mas devem estar cientes dos efeitos colaterais, tais como impotência, redução da libido e disfunção ejaculatória durante o uso do medicamento.

Terapia combinada

A combinação de α -bloqueadores e 5 α -redutase pode ser útil em pacientes com HPB e alto risco de progressão para a retenção urinária ou procedimento cirúrgico.

Fitoterápicos

Extratos de saw palmetto (*Serenoa repens*) são os mais estudados e utilizados, principalmente na Europa. Estudos clínicos estruturados não estão disponíveis para recomendar a utilização de fitoterápicos no tratamento da HPB.

Terapia minimamente invasiva

Os procedimentos minimamente invasivos vêm ganhando destaque, através da termoterapia transuretral por micro-ondas e a ablação prostática pela inserção de uma agulha transuretral. São terapias baseadas na aplicação de calor diretamente à próstata, para que ocorra aquecimento, necrose e redução da glândula prostática ou destruição de parte do tecido.

Tratamento cirúrgico

O padrão-ouro para o tratamento cirúrgico de portadores de HPB sintomática é a ressecção transuretral da próstata (RTUP). Esse procedimento obtém os melhores resultados, de 80 a 90% de melhora dos sintomas e do aumento do fluxo urinário. A escolha do acesso cirúrgico (cirurgia aberta ou por endoscópio e da fonte de energia (eletrocautério ou laser) são decisões técnicas, baseadas no volume prostático, na preferência individual do cirurgião e na presença de comorbidades do paciente. Como todo procedimento invasivo, a RTUP apresenta complicações, tais como sangramento e necessidade de transfusão no pós-operatório, desenvolvimento de disfunção erétil, incontinência urinária, ejaculação retrógrada e estreitamento uretral.

CÂNCER DE PRÓSTATA

Depois do câncer de pele, o câncer de próstata é comumente diagnosticado em homens de todas as idades. Atualmente o número de casos de neoplasia de próstata ultrapassa os tumores de pulmão e cólon, e a incidência anual vem aumentando expressivamente nas últimas décadas.

O número de casos de câncer de próstata varia geograficamente, com áreas de maior ou menor prevalência. Estudos epidemiológicos indicam que um em cada 11 homens brancos nos Estados Unidos de-

seenvolverá câncer de próstata clinicamente significativo. O risco entre os homens negros é ainda maior: um em cada dez desenvolverá essa neoplasia. Embora nos Estados Unidos o câncer de próstata seja duas vezes mais frequente nos indivíduos negros do que em brancos, isso não parece se repetir nos demais países. No Brasil, essa forma de neoplasia parece ser menos comum em negros. Atualmente, o câncer de próstata já é o terceiro tumor maligno mais diagnosticado no Brasil e o quinto que mais mata.

Esse tipo de câncer é bastante raro antes dos 50 anos, e sua incidência aumenta progressivamente com a idade. Cerca de 60% dos homens acima dos 80 anos apresentam neoplasia primária da próstata quando a glândula é estudada através de cortes seriados. Apenas 5% desses casos manifestam-se clinicamente, indicando que os tumores descobertos incidentalmente têm uma evolução mais benigna. Apesar de serem raros os casos em indivíduos jovens, alguns estudos demonstraram uma maior agressividade do tumor quando o câncer de próstata ocorre nesse grupo.

São considerados como possíveis fatores de risco para câncer de próstata a idade, raça, história familiar, dieta rica em gordura e deficiência de selênio.

Fisiopatologia

O câncer de próstata normalmente surge na porção periférica da próstata, a qual pode ser palpável no exame digital da próstata (EDP). A presença de consistência endurecida ou com nódulos no EDP podem ser considerados como suspeita de câncer de próstata.

Apesar de PSA elevado não ser diagnóstico de câncer de próstata, ele é um indicador para realização de biópsia na intenção de confirmar ou excluir o diagnóstico.

+ SAIBA MAIS

A dosagem do PSA sérico aumenta de acordo com a idade do homem.

Um valor de 4,0 ng/ml é considerado normal.

Um valor de 2,5 a 3,0 ng/ml pode ser indicador de biópsia em homens com menos de 60 anos.

Manifestações clínicas

Os tumores da próstata só produzem manifestações clínicas quando a neoplasia atinge a cápsula prostática, ou seja, quando a doença já se apresenta relativamente avançada. Nas fases iniciais, o tumor só pode ser identificado através de exames clínicos de rotina, o que justifica a realização do exame digital prostático (toque retal) anual em todo homem com mais de 50 anos de idade.

Com a presença do tumor em estágio avançado, podem ocorrer sintomas devido à obstrução urinária, tais como dificuldade e aumento da frequência de micção, retenção urinária, força diminuída do jato urinário, hematúria e ejaculação dolorosa.

Diagnóstico

O exame digital prostático (EDP) representa a forma mais acurada de identificar casos de adenocarcinoma da próstata, sendo sua sensibilidade de 67% a 69% e sua especificidade de 89% a 97%. Quando comparado a outros métodos, o EDP provou ser o mais eficiente no diagnóstico precoce do câncer de próstata.

Na suspeita de anormalidade no EDP ou no aumento do PSA, a biópsia de próstata é indicada e direcionada com ultrassonografia transretal. O câncer de próstata é classificado de acordo com o padrão histológico da amostra de tecido prostático obtido na biópsia. A tomografia computadorizada tem pouco valor diagnóstico para o tumor de próstata, mas é utilizada para investigação de metástase óssea.

Tratamento

As opções de tratamento local do câncer de próstata são: prostatectomia radical, braquiterapia, irradiação externa, crioterapia, terapia hormonal e acompanhamento clínico expectante.

Há controvérsia acerca do melhor tratamento para o câncer de próstata clinicamente localizado. A idade é um fator importante, sendo considerada a expectativa de vida, a exposição aos riscos e as complicações dos métodos.

Para o homem com expectativa de vida de mais de dez anos, a terapia curativa é normalmente indicada. Para homens mais idosos há uma política de não tratamento inicial, considerando que eles morrem por outras causas que não o câncer quando o tumor é detectado em estágio localizado.

Prostatectomia radical

É a remoção cirúrgica de todo o tecido hiperplásico, podendo ser realizada por técnica aberta através da incisão cirúrgica ou por abordagem transuretrais.

Braquiterapia

Na braquiterapia ou radioterapia interna é colocado um implante radioativo o mais perto possível das células cancerosas. No lugar de um grande equipamento de radioterapia, o material radioativo é acondicionado e isolado em sementes ou cápsulas que serão introduzidas por meio de cateteres e agulhas, sendo colocados diretamente em contato com o tecido cancerígeno. As substâncias radioativas mais comumente usadas são o céσιο, o irídio, o iodo, o fósforo e o paládio.

Crioterapia

É uma terapia utilizada para fazer a ablação do tumor. Através da inserção de sondas que produzem temperaturas baixíssimas ocorre a destruição do tecido tumoral por congelamento. Após, haverá necrose tecidual, e o material necrótico será retirado pelos macrófagos.

Terapia hormonal

A terapia hormonal é uma forma de controlar, mas não curar, o câncer de próstata. A terapia com estrogênio é usada para inibir as gonadotropinas responsáveis pela atividade androgênica testicular (que promove o crescimento da malignidade). A terapia alivia os sintomas, reduz o tumor, diminui a dor e melhora a qualidade de vida.

Prevenção

Até o momento, não são conhecidas formas específicas para prevenir o câncer de próstata. A lite-

ratura reconhece que a adoção de hábitos de vida saudáveis é capaz de evitar o desenvolvimento de diversas doenças, entre elas o câncer.

POSSÍVEIS FATORES DE RISCO PARA CÂNCER DE PRÓSTATA

- Idade (aumento da incidência com o avanço da idade)
- Raça (alta incidência em afro-americanos)
- História familiar
- Dieta (relação com dietas ricas em gordura)



■ Atividades

As atividades referentes a esta unidade serão disponibilizadas no Portal.

* ANOTAÇÕES

AULA 3

APLICAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DOENÇA CRÔNICO-DEGENERATIVA

■ Conteúdo

- O raciocínio diagnóstico: principais sinais e sintomas encontrados no histórico e no exame físico de enfermagem aplicado ao paciente com doença crônico-degenerativa
- Agrupamento dos dados, diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem

■ Competências e habilidades

- Espera-se que ao final desta aula o aluno compreenda o papel do enfermeiro e a aplicação da SAE

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via satélite com professor interativo
- 2 h-a – via satélite com professor local
- 4 h-a – presenciais de aula prática com o professor local
- 4 h-a – mínimo sugerido para autoestudo

INÍCIO DE CONVERSA

Assim como já foi trabalhado em outras unidades temáticas, finalizamos mais uma etapa com a sistematização da assistência de enfermagem. Algumas doenças que não podem ser evitadas se estalam em nossas vidas e nos roubam nossa identidade, nossa dignidade e nossa relação com a família e com o mundo. Ao cuidar das pessoas, devemos pensar além das manifestações clínicas e das necessidades humanas, devemos pensar na história desse ser humano que nasceu, cresceu e agora vive

muitas vezes dependente de cuidados externos dia e noite. Para construir um cuidado individualizado, cabe-nos aplicar a sistematização da assistência de enfermagem. Utilizaremos, para tanto, a taxonomia da NANDA (2007-2008).

Neste momento apresentaremos situações e diagnósticos mais comuns diante de um indivíduo portador de doença crônico-degenerativa. As intervenções de enfermagem estão apresentadas de um modo generalista baseadas nos sinais e sintomas apresentados nas situações.

SITUAÇÃO 1

Senhor de 66 anos apresenta fadiga e fraqueza nas pernas no período noturno. Tem a necessidade de ir ao banheiro uma ou duas vezes durante a noite.

Diagnóstico de enfermagem

Risco de lesão.

Definição

Risco de lesão como resultado de condições ambientais interagindo com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo.

Intervenções de enfermagem

- Organizar o ambiente oferecendo espaço para deambulação com segurança (por exemplo, retirar a mesa de centro de vidro, luminárias, cabides).
- Orientar quanto ao ambiente, onde estão os seus pertences, onde é o banheiro.
- Manter uma luz acesa no período do sono.
- Incentivar a pessoa a solicitar ajuda.
- Manter a cama no nível mais baixo durante a noite.
- Ensinar o uso apropriado de muletas, bengalas, cadeiras e andadores.
- Providenciar barras de apoio das mãos no banheiro.
- Usar colchão no chão.
- Dispor o urinol na mesa de cabeceira ou cadeira próximo à cama.
- Orientar a mudar de posição lentamente e se levantar após ficar sentado na cama por alguns minutos.

SITUAÇÃO 2

Senhora de 67 anos mora sozinha e utiliza prótese em membro inferior direito há três meses. Já escorregou uma vez no banheiro, mas nada sofreu.

Diagnóstico de enfermagem

Risco de queda.

Definição

Suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar danos físicos.

Intervenções de enfermagem

- Avaliar a postura e marcha, amplitude dos movimentos das articulações, a força, o tônus e a massa muscular.

- Remover tapetes soltos ou fixá-los.
- Remover móveis e objetos em excesso.
- Organizar o ambiente oferecendo espaço para deambulação com segurança.
- Proteger as pontas dos móveis com material de borracha ou silicone.
- Colocar telas protetoras em janelas de prédios com mais de um andar.
- Utilizar tapete antiderrapante no box do chuveiro.
- Evitar o uso de chinelo.
- Utilizar sapatos ajustados e amarrados com solado antiderrapante.
- Não permitir que animais, entulhos e lixo fiquem em locais inapropriados.
- Não utilizar produtos que deixem o chão escorregadio (por exemplo, cera).

SITUAÇÃO 3

Senhora de 78 anos aposentada há quatro anos após trabalhar os últimos 25 anos em uma agência de operação financeira. Chegou certo dia a sua casa aos prantos. Quando questionada sobre o fato ocorrido, ela verbaliza que não conseguiu pagar as contas da casa, pois não compreendia as ordens dadas pelo caixa eletrônico, e constantemente tem se esquecido dos fatos vividos.

Diagnóstico de enfermagem

Confusão crônica.

Definição

Uma deterioração irreversível, prolongada e/ou progressiva do intelecto e da personalidade, caracterizada por capacidade diminuída para a interpretação dos estímulos ambientais e para processos de pensamento intelectual, e manifestada por distúrbios da memória, da orientação e do comportamento.

Intervenções de enfermagem

- Discutir métodos alternativos de enfrentamento (por exemplo, deixar os dados registrados em local para consulta ou convidar um amigo ou familiar para acompanhá-la).
- Encorajar a discussão dos problemas diários com familiares e amigos.
- Manter a pessoa orientada no tempo e no espaço.

- Discutir os eventos correntes e compartilhar seus interesses (viagens, trabalhos manuais, revistas).
- Rever com o cliente e familiares as atividades que necessitam de acompanhamento.
- Discutir com a família a importância de proporcionar tarefas (por exemplo, receber as correspondências, molhar as plantas, fazer a lista de compras).

SITUAÇÃO 4

Alteração no padrão da sexualidade como resposta a um problema de saúde.

Diagnóstico de enfermagem

Disfunção sexual.

Definição

O estado em que o indivíduo passa por mudanças na função sexual, durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, que é vista como insatisfatória, não compensadora e inadequada.

Intervenções de enfermagem

- Explicar que o envelhecimento normal afeta a capacidade reprodutora, mas tem pouco efeito sobre o funcionamento sexual.
- Explorar o interesse, a atividade, a atitude e o conhecimento relativos ao funcionamento sexual.
- Se pertinente, discutir os efeitos das doenças crônicas sobre o funcionamento sexual.
- Explicar os efeitos de determinados medicamentos sobre o funcionamento sexual (por exemplo, cardiovasculares, antidepressivos, anti-hipertensivos, sedativos, álcool).
- Discutir com as mulheres a qualidade da lubrificação vaginal e os lubrificantes hidrossolúveis disponíveis.
- Incentivar as perguntas e, se necessário, encaminhar para o urologista ou ginecologista.

SITUAÇÃO 5

Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras, associada a diminuição da massa muscular e contraturas presentes.

Diagnóstico de enfermagem

Mobilidade física prejudicada.

Definição

Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.

Intervenções de enfermagem

- Auxiliar na transferência da cadeira para o vaso sanitário.
- Instalar barras de apoio para as mãos.
- Estimular e auxiliar a mudança de decúbito com coxim de conforto a cada duas horas.
- Manter pés apoiados evitando queda plantar.
- Apoiar a mão e o pulso em alinhamento natural.
- Aplicar óleo de girassol nas proeminências ósseas a cada mudança de decúbito.
- Avaliar presença de edema de extremidade e manter membros elevados de 10 a 20 graus.
- Estimular a participação do paciente no autocuidado conforme a recuperação da mobilidade física.
- Sentar o paciente em cadeira com apoio nos pés por duas horas, uma vez ao dia.

SITUAÇÃO 6

Paciente apresenta nível de consciência reduzido, respondendo lentamente com olhar às solicitações verbais vigorosas.

Diagnóstico de enfermagem

Risco para aspiração.

Definição

Risco de entrada de secreções gastrointestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas.

Intervenções de enfermagem

- Realizar higiene oral a cada quatro horas.
- Investigar a posição da língua, garantindo que não esteja para trás, ocluindo as vias aéreas.
- Liberar a boca e orofaringe de secreções com um lenço ou por aspiração.
- Manter o paciente lateralizado e com a cabeça elevada em 30°.

SITUAÇÃO 7

Senhora de 55 anos relata fadiga e fraqueza no meio da manhã durante os afazeres domésticos.

Diagnóstico de enfermagem

Intolerância à atividade

Definição

Energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas.

Intervenções de enfermagem

- Verificar os sinais vitais após atividade e após o repouso.
- Observar alterações de perfusão periférica e do padrão respiratório.
- Estabelecer períodos de repouso, em intervalos durante o dia e após as refeições.
- Realizar as atividades com momentos de pausa.
- Sentar, em vez de ficar em pé durante as atividades, exceto se não for possível.
- Manter os braços apoiados para reduzir o esforço da musculatura respiratória.
- Interromper a atividade se houver sinal de fadiga.

SITUAÇÃO 8

Senhor de 81 anos apresenta tremores nos membros superiores em repouso e dificuldade para levar o alimento à boca.

Diagnóstico de enfermagem

Déficit no autocuidado para alimentação.

Definição

Capacidade prejudicada de desempenhar ou completar atividades de alimentação.

Intervenções de enfermagem

- Avaliar a musculatura da mastigação, da fonação e dos membros superiores, força, tônus e massa muscular.
- Posicionar o paciente sentado com a cabeça a 90° durante as refeições.
- Ofertar alimentos macios e cortados em pequenos pedaços.
- Oferecer copos, pratos e talheres adaptados, como por exemplo pratos com bordas altas, ta-

lheres com cabo forrados para uma preensão firme, copo especial para os líquidos e faca arredondada para cortar.

- Encorajar a pessoa a usar dentaduras e óculos.
- Proporcionar o contato social durante a refeição.
- Auxiliar a higiene oral após as refeições.

SITUAÇÃO 9

Senhora de 79 anos está sem vontade de tomar banho. Ela mora em um asilo onde o banheiro é comunitário.

Diagnóstico de enfermagem

Déficit no autocuidado para banho/higiene.

Definição

Capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de banho/higiene por si mesmo.

Intervenções de enfermagem

- Avaliar a postura e marcha, amplitude dos movimentos das articulações, força, tônus e massa muscular.
- Incentivar a pessoa a usar óculos ou o aparelho auditivo.
- Auxiliar no banho de aspersão ou na cadeira de rodas.
- Ofertar materiais para higiene, ofertando o sabonete, xampu, abrindo o registro da água.
- Proporcionar privacidade durante o banho.
- Auxiliar nos movimentos de limpeza.
- Auxiliar a lavar e secar o corpo onde a pessoa não consegue alcançar.
- Auxiliar e ofertar material para higiene oral.

SITUAÇÃO 10

Paciente apresenta dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos.

Diagnóstico de enfermagem

Comunicação verbal prejudicada

Definição

Habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e usar um sistema de símbolos.

Intervenções de enfermagem

- Olhar nos olhos estabelecendo contato direto ao falar.
- Falar pausadamente e de forma clara.
- Orientar o paciente no tempo e no espaço, informando hora, data e o local onde se encontra.
- Oferecer meios de informação como televisão, rádio, Internet e revistas.
- Fazer questionamentos para os quais a resposta pode ser sim ou não.
- Utilizar outros meios de comunicação, como escrever ou apontar imagens em cartão de ajuda.

SITUAÇÃO 11

Pessoa acamada e em uso de medicamentos constipantes.

Diagnóstico de enfermagem

Risco de constipação.

Definição

Risco de diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por passagem de fezes difícil ou incompleta e/ou passagem de fezes excessivamente duras e secas.

Intervenções de enfermagem

- Avaliar o abdome quanto a forma, tensão, sensibilidade e presença de massa palpável.
- Questionar, registrar e acompanhar a frequência e as características das evacuações.

- Estabelecer local privado, fechar portas, colocar biombos, fechar janelas que dão acesso a circulação externa.
- Dar preferência a realizar a evacuação com auxílio de comadres ou cadeira higiênica em detrimento da fralda.
- Orientar o paciente a criar o hábito de ir ao banheiro para evacuar sempre no mesmo horário, mesmo quando não houver vontade.
- Orientar a ingestão hídrica se não existirem contraindicações, como doença cardíaca congestiva ou insuficiência renal.
- Orientar a ingestão de fibras, consumindo frutas, verduras cruas e cereais.
- Informar a equipe nutricional sobre a frequência intestinal e necessidade de alteração da dieta enteral.
- Conhecer as drogas que o paciente está recebendo e determinar quais podem causar diminuição da motilidade gastrointestinal, como, por exemplo, sedativos, antidepressivos, diuréticos, opiáceos e uso excessivo de laxante.

Atividade

As atividades referentes a esta unidade serão disponibilizadas no Portal.

*** ANOTAÇÕES**

■ Referências

Básicas

JORDÃO NETTO, A. *Gerontologia básica*. São Paulo: Lemos, 1997.

ELIOPOULOS, C. *Enfermagem Gerontológica*. 5. ed. São Paulo: Ed. Artmed, 2005.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

Complementares

DUTHIE, E. H.; KATZ, P. R. *Geriatría práctica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. *Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 2000.

Utilizadas pelo professor

ALZHEIMERMED. *Informação & solidariedade*. 2004-2005. Disponível em: <http://www.alzheimer-med.com.br>. Acesso em: 29 de jul. 2009.

Associação Brasileira de Esclerose Múltipla. *Quais são os sintomas?* 2008. Disponível em: <<http://www.abem.org.br>>. Acesso em: 23 de jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CARPENITO-MOYET, L. J. *Manual de diagnósticos de enfermagem*. Tradução Regina Garcez. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DUTHIE, E. H.; KATZ, P. R. *Geriatría práctica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

ELIOPOULOS, C. *Enfermagem Gerontológica*. 5. ed. São Paulo: Ed. Artmed, 2005.

FAUCI, A. S. *et al. Harrison medicina interna*. Tradução Ademar Valadares Fonseca e outros. 17. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Internamericana do Brasil, 2008, cap. 366 e 375.

FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. *Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 2000.

JORDÃO NETTO, A. *Gerontologia básica*. São Paulo: Lemos, 1997.

KNOBEL, E. *Condutas no paciente grave*. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008*/Tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: 2008.

PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2005.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

Módulo

■ SAÚDE DA MULHER E DO NEONATO

Unidade Didática – Assistência de Enfermagem
na Concepção e Gestação

AULA 1

ESTRUTURA E FUNÇÃO GÊNICA, E O GENOMA

■ Conteúdo

- Células eucariontes: organelas, membranas e núcleo
- Base cromossômica da hereditariedade
- O ciclo celular
- O Dogma central: DNA → RNA → Proteína
- Estrutura e funcionamento dos genes e genoma

■ Competências e habilidades

- Revisar seus conhecimentos acerca da organização e do funcionamento das células eucarióticas
- Entender como o material genético é armazenado, processado e transformado em informação pelas nossas células

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via satélite com professor interativo
- 2 h-a – presenciais com professor local
- 4 h-a – mínimo sugerido para autoestudo
- 4h-a – atividade teórico-prática

Unidade Didática – Assistência de Enfermagem
na Concepção e Geração

INÍCIO DE CONVERSA

Olá, queridos alunos! Mais uma vez nos encontramos para avançarmos um pouco mais nos conhecimentos fundamentais para a construção de uma sólida carreira na enfermagem.

Nesta aula revisaremos os principais componentes celulares, dando ênfase ao núcleo e seus componentes responsáveis pela hereditariedade, rumo ao entendimento dos princípios da genética humana. Espero que todos gostem desse tema e acompanhem com entusiasmo ao longo deste módulo.

Vamos lá?

! IMPORTANTE

Sugiro que antes de com  armos esta aula você d   uma revisada nas particularidades das células eucariontes nos Capítulos 1 – “A célula e seus componentes: membrana plasmática, citoplasma e organelas celulares” e 2 – “O núcleo celular, ciclo celular, introdução à histologia” do livro 2!

Que tal?

CÉLULAS EUKARIOTES: ORGANELAS, MEMBRANAS E NÚCLEO

A célula eucariótica, do grego *eu* (*verdadeiro*) e *cario* (*núcleo*), possui um sistema de membra-

na complexo e apresenta em seu interior uma dinâmica estrutural compartimentada, ou seja, uma divisão de funções metabólicas entre as organelas citoplasmáticas: retículo endoplasmático liso e rugoso (RER), mitocôndrias, organoplastos, lisossomos, peroxissomo e complexo golgiense. No entanto, um importante aspecto evolutivo das células eucarióticas é a individualização de um núcleo ou carioteca, delimitado por membrana nuclear ou cariomembrana, restringindo em seu interior o material cromossômico. Acredita-se que o surgimento das células eucariontes tenha partido do processo de emissão de prolongamentos ou invaginações da membrana plasmática em células primitivas, que foram adquirindo crescente complexidade    medida que se multiplicavam.

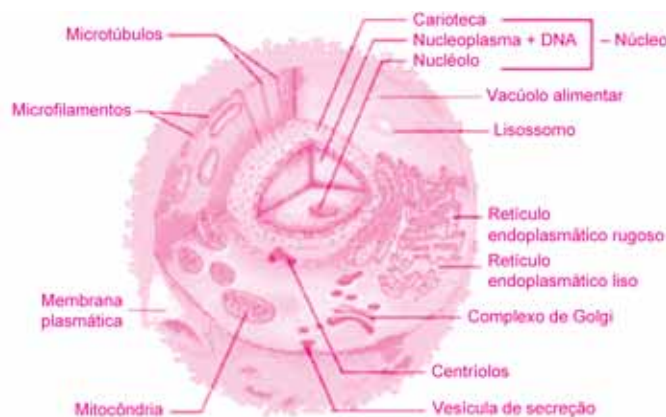


Figura 1 – Célula eucari  nte animal e seus componentes.

Fonte: <http://www.vestibulandoweb.com.br/biologia/teoria/celula-eucarionte.asp>

Núcleo celular

Uma das principais características da célula eucari  nte é a presença de um núcleo de forma variável, porém bem individualizado e separado do restante da célula. Ele é constituído pela carioteca, pelo ca-

rioplasma e suas estruturas principais: o nucléolo e a cromatina (Figura 2).

Veremos mais adiante que a cromatina nada mais    que a forma mais descondensada dos cromossomos!

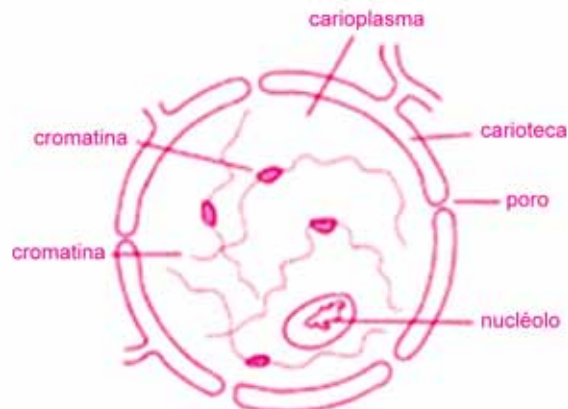


Figura 2 – Núcleo celular e seus componentes.

Base cromossômica da hereditariedade

+ SAIBA MAIS

Em 1893, o cientista francês Eduard Girard Balbiani comprovou a importância do núcleo no controle das atividades celulares, por meio de um simples experimento com amebas.

Uma ameba nucleada, que se dividia normalmente, foi cortada em dois fragmentos. A parte nucleada cresceu e reproduziu-se, a parte anucleada degenerou e morreu. Quando o núcleo foi transplantado para o fragmento anucleado, a ameba regenerou as suas funções vitais e foi capaz de se dividir.

Dessa forma Balbiani concluiu que o núcleo é a estrutura que controla a divisão celular e as atividades metabólicas das células eucariotas.

A cromatina é constituída por uma longa fita dupla de DNA associada a muitas moléculas de proteínas, chamadas histonas. Quando a célula está em

divisão, os filamentos de cromatina espiralizam-se como linha em carretel, para formar os cromossomos (Figura 3).

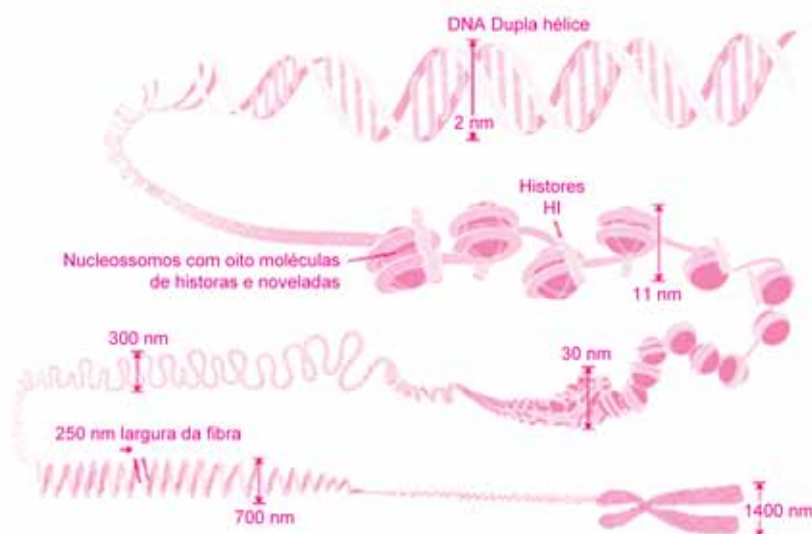


Figura 3 – Diferentes níveis de condensação da cromatina.

Fonte: Modificado de <<http://genetica.ufcspa.edu.br/cromat2.jpg>>

Cada espécie tem um conjunto cromossômico típico (cariótipo) quanto ao seu número e morfologia. Os genes estão dispostos linearmente ao longo dos cromossomos, e cada gene possui uma posição precisa ou *locus*. O mapa gênico, gráfico da localização cromossômica dos genes, também é típico de cada espécie, sendo, via de regra, idêntico em todos os indivíduos de uma mesma espécie. O ho-

mem apresenta cromossomos diploides e haploides; serão diploides quando possuírem dois conjuntos complexos de cromossomos, ou seja, aos pares, encontrados em cada célula somática; haploides quando possuírem um único conjunto de cromossomos, encontrados nas células gaméticas ou sexuais. O estudo dos cromossomos, sua estrutura e sua herança denomina-se citogenética.

VOCÊ SABIA?

A posição relativa de alguns genes parece ter sido altamente conservada na evolução recente, até mesmo entre espécies tão diversas quanto homem e camundongo!

Nas células somáticas humanas são encontrados 23 pares de cromossomos. Destes, 22 pares são semelhantes em ambos os sexos e são denominados cromossomos autossômicos. Eles são numerados de 1 a 22, sendo 1 o maior. O par restante compreende os cromossomos sexuais, de morfologia diferente entre si, que recebem o nome de X e Y. O cromossomo Y possui genes que determinam a masculinidade. Nos humanos, a falta de um Y faz uma mulher.

A falta mesmo de pequenas partes de um cromossomo tem um efeito devastador na saúde, pois muitos genes são deletados. Para detectar anomalias cromossômicas, os geneticistas usam arranjos chamados cariótipos, que ordenam os pares de cromossomos dos maiores até os menores (Figura 4). Veremos os tipos de alterações cromossômicas e as anomalias decorrentes destas na Aula 3.



Figura 4 – Cariótipo feminino humano normal.

O estudo morfológico dos cromossomos mostrou que há dois exemplares idênticos de cada cromossomo, em cada célula diploide. Portanto, nos núcleos existem pares de cromossomos homólogos. Cada um dos pais contribui com metade de cada par dos 23 cromossomos de seus filhos, 22 autossômicos e um sexual. As mulheres sempre contribuem com o cromossomo X, por possuírem apenas esse tipo de cromossomo sexual em seus gametas. Os homens podem contribuir com um X ou um Y, portanto, é o pai quem determina o sexo da criança. Denominamos n o número básico de cromossomos de uma espécie, assim, as células diploides apresentarão em seu núcleo $2n$ cromossomos e as haploides n cromossomos.

Nos estágios de metáfase e prometáfase mitótica os cromossomos estão em seu máximo grau de condensação, o que faz com que sejam mais facilmente visualizados sob microscopia ótica. Nesses estágios os cromossomos apresentam uma região

estrangulada, fundamental nos processos de divisão celular, denominada *centrômero* ou *constrição primária*. O centrômero é um ponto de referência citológico básico, dividindo os cromossomos em dois braços: p (de *petit* – pequeno) para o braço curto e q (de *queue* – cauda) para o longo. Os braços são indicados pelo número do cromossomo seguido de p ou q; por exemplo, 15p é o braço curto do cromossomo 15.

A classificação dos cromossomos (Figura 5) é feita de acordo com a posição do centrômero: metacêntricos apresentam o centrômero posicionado na região central; submetacêntricos apresentam o centrômero dividindo desigualmente os “braços” maiores e menores; acrocêntricos mostram os centrômeros próximos às extremidades e geralmente apresentam um “satélite”; telocêntricos apresentam centrômeros terminais. Os humanos possuem apenas cromossomos dos tipos metacêntrico, submetacêntrico e acrocêntrico.

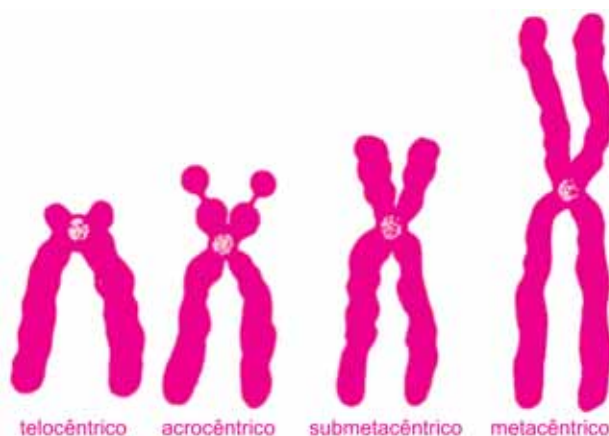


Figura 5 – Classificação dos cromossomos quanto à posição do centrômero

Fonte: Modificado de <http://www.infoescola.com/biologia/cromossomos/>

As extremidades terminais dos cromossomos denominam-se telômeros. Os telômeros desempenham papel fundamental, lacrando as pontas dos cromossomos de modo a impedir a adesão destes entre si, mantendo assim sua estabilidade e integridade durante os processos de divisão celular. A redução dos telômeros ao longo de sucessivas divisões celulares está intimamente relacionada à morte e ao processo de envelhecimento celular.

O ciclo celular

Como vocês perceberam, até aqui vimos conceitos fundamentais para o entendimento dos processos de divisão celular. Os seres vivos fazem reposição de suas células somáticas, o tempo todo. Precisamos de novas células para crescer, repor as células epiteliais após o banho ou para a regeneração de uma ferida, por exemplo. Para isso nossas células desenvolveram mecanismos que lhes permite fazer cópias geneticamente idênticas a si mesmas. Nesse processo, chamado de mitose, cada célula original dá origem a duas células-filhas iguais, que assumirão as funções da célula original. Por isso dizemos que a mitose

é uma divisão equacional, e é representada pelo símbolo E!

O ciclo celular das células somáticas é compreendido pelo processo de divisão e/ou multiplicação celular e outra etapa, a interfase. Tal como o próprio nome diz “*inter*” (entre) e “*fase*” (período), consiste em um período entre as divisões celulares. Embora seja um momento em que a célula não está em divisão, muitos eventos importantes estão acontecendo em seu interior. Esses eventos foram divididos didaticamente em outras subetapas, conhecidas pelos seguintes nomes: fase G1, fase S e fase G2 (G de *gap*, intervalo em inglês, e S de síntese):

G1 – É conhecida como fase de crescimento, quando ocorre a síntese intensa de várias moléculas importantes para a sobrevivência da célula, como proteínas estruturais, enzimas e RNA.

S – Nesta fase o principal evento é a duplicação do material genético (síntese).

G2 – É chamada de fase de preparação, pois nela ocorre a síntese de moléculas e organelas relacionadas ao processo de divisão celular.

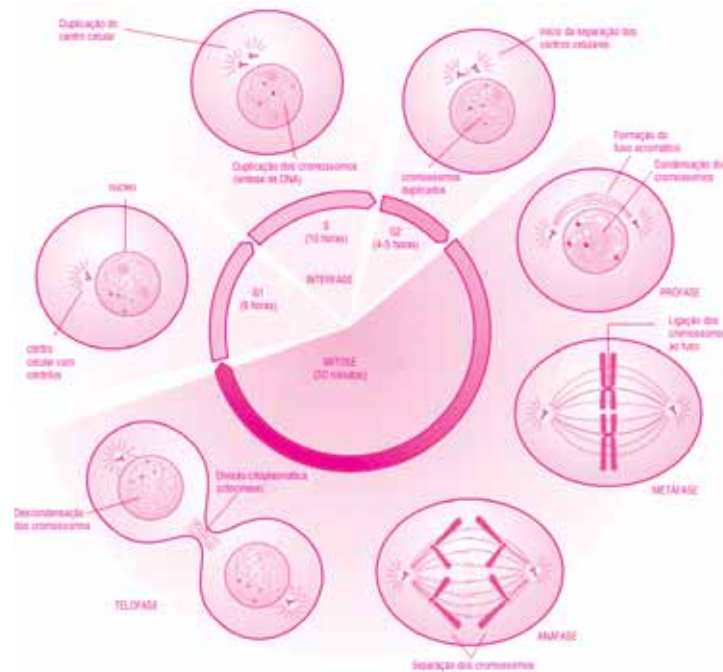


Figura 6 – O ciclo celular: mitose.

Fonte: http://www.moderna.com.br/moderna/didaticos/em/biologia/temasbio/transparencias/celulas_9.pdf

A mitose se divide em quatro fases:

Prófase – nesta fase ocorre o início da condensação dos cromossomos, formação do fuso mitótico e desintegração da carioteca e nucléolo.

Metáfase – é nesta fase que os cromossomos estão em seu estágio de condensação máxima. Eles migram para a região equatorial da célula, formando a placa metafásica.

Anáfase – ocorre a separação das cromátides-irmãs, devido à divisão dos centrômeros. Esses novos cromossomos-irmãos são tracionados pelas fibras do fuso mitótico para os pólos opostos da célula, dividindo igualmente o conteúdo genético para a formação de duas células novas.

Telófase – a chegada dos cromossomos irmãos aos pólos da célula caracteriza o início desta fase. Os cromossomos começam a se descondensar, as fibras do fuso se desfazem, o envoltório nuclear reaparece juntamente com os novos nucléolos (um em cada novo núcleo). É nesta fase também que ocorre a citocinese (divisão do citoplasma).

Mas células não se dividem apenas para reposição de células mortas e crescimento, também se dividem para produzir células que “carreguem” suas informações genéticas, os gametas! O processo de divisão celular que dá origem aos gametas é chamado de meiose (Figura 7). Ele ocorre a partir de uma célula germinativa diploide que duplica seus cromossomos, da mesma forma que ocorre na mitose. Entretanto, na meiose ocorrem duas divisões celulares consecutivas e apenas uma duplicação do material genético, ou seja, sem um intervalo – interfase – entre uma divisão e outra. Dessa maneira, uma única célula diploide germinativa produz quatro células haploides gaméticas. Por isso dizemos que a meiose é uma divisão reducional, e é representada pelo símbolo R!

Interfase – Antes do início da meiose I as células passam por um processo semelhante ao que ocorre durante a interfase das células somáticas. Os núcleos passam pelo intervalo G1, que precede o período de síntese de DNA, período S, quando o teor de DNA é duplicado, e pelo intervalo G2.

+ SAIBA MAIS

Em organismos pluricelulares complexos existe a necessidade de adaptação ao ambiente, e para isso é necessário que existam diferenças genéticas entre indivíduos de uma população que permitam que alguns representantes sobrevivam, caso ocorra uma pressão seletiva do ambiente. Para evitar que todos os descendentes de uma população sejam geneticamente idênticos, seres complexos fazem reprodução sexuada, na qual ocorre troca de material genético entre indivíduos envolvidos, gerando descendentes geneticamente diferentes dos pais.

Meiose I

Prófase I – A prófase I é de longa duração e muito complexa. Os cromossomos homólogos se associam formando pares, ocorrendo permuta (*crossing-over*) de material genético entre eles.

Vários estágios são definidos durante esta fase: leptóteno, zigóteno, paquíteno, diplóteno e diacinese.

Leptóteno

Os cromossomos tornam-se visíveis como delgados fios que começam a se condensar, mas ainda formam um denso emaranhado. Nesta fase inicial, as duas cromátides-irmãs de cada cromossomo estão alinhadas tão intimamente que não são distinguíveis.

Zigóteno

Os cromossomos homólogos começam a combinar-se estreitamente ao longo de toda a sua extensão. O processo de pareamento ou sinapse é muito preciso.

Paquíteno

Os cromossomos tornam-se bem mais espiralados. O pareamento é completo, e cada par de homólogos aparece como um bivalente (às vezes denominados tétrade porque contém quatro cromátides).

Neste estágio ocorre o *crossing-over*, ou seja, a troca de segmentos homólogos entre cromátides não irmãs de um par de cromossomos homólogos.

Diplóteno

Ocorre o afastamento dos cromossomos homólogos que constituem os bivalentes. Embora os cromossomos homólogos se separem, seus centrômeros permanecem intactos, de modo que cada conjunto de cromátides-irmãs continua ligado inicialmente. Depois, os dois homólogos de cada bivalente mantêm-se unidos apenas nos pontos denominados quiasmas.

Diacinese

Neste estágio os cromossomos atingem a condensação máxima.

Metáfase I – Há o desaparecimento da membrana nuclear. Forma-se um fuso e os cromossomos pareados se alinham no plano equatorial da célula com seus centrômeros orientados para pólos diferentes.

Anáfase I – Os dois membros de cada bivalente se separam e seus respectivos centrômeros com as cromátides-irmãs fixadas são puxados para pólos opostos da célula. Os bivalentes distribuem-se independentemente uns dos outros e, em consequência, os conjuntos paterno e materno originais são separados em combinações aleatórias.

Telófase I – Nesta fase os dois conjuntos haploides de cromossomos se agrupam nos pólos opostos da célula.

Meiose II

A meiose II tem início nas células resultantes da telófase I, sem que ocorra a Intérfase. A meiose II também é constituída por quatro fases:

Prófase II – É bem simplificada, visto que os cromossomos não perdem a sua condensação durante a telófase I. Assim, depois da formação do fuso e do desaparecimento da membrana nuclear, as células resultantes entram logo na metáfase II.

Metáfase II – Os 23 cromossomos subdivididos em duas cromátides unidas por um centrômero prendem-se ao fuso.

Anáfase II – Após a divisão dos centrômeros, as cromátides de cada cromossomo migram para pólos opostos.

Telófase II – Forma-se uma membrana nuclear ao redor de cada conjunto de cromátides.

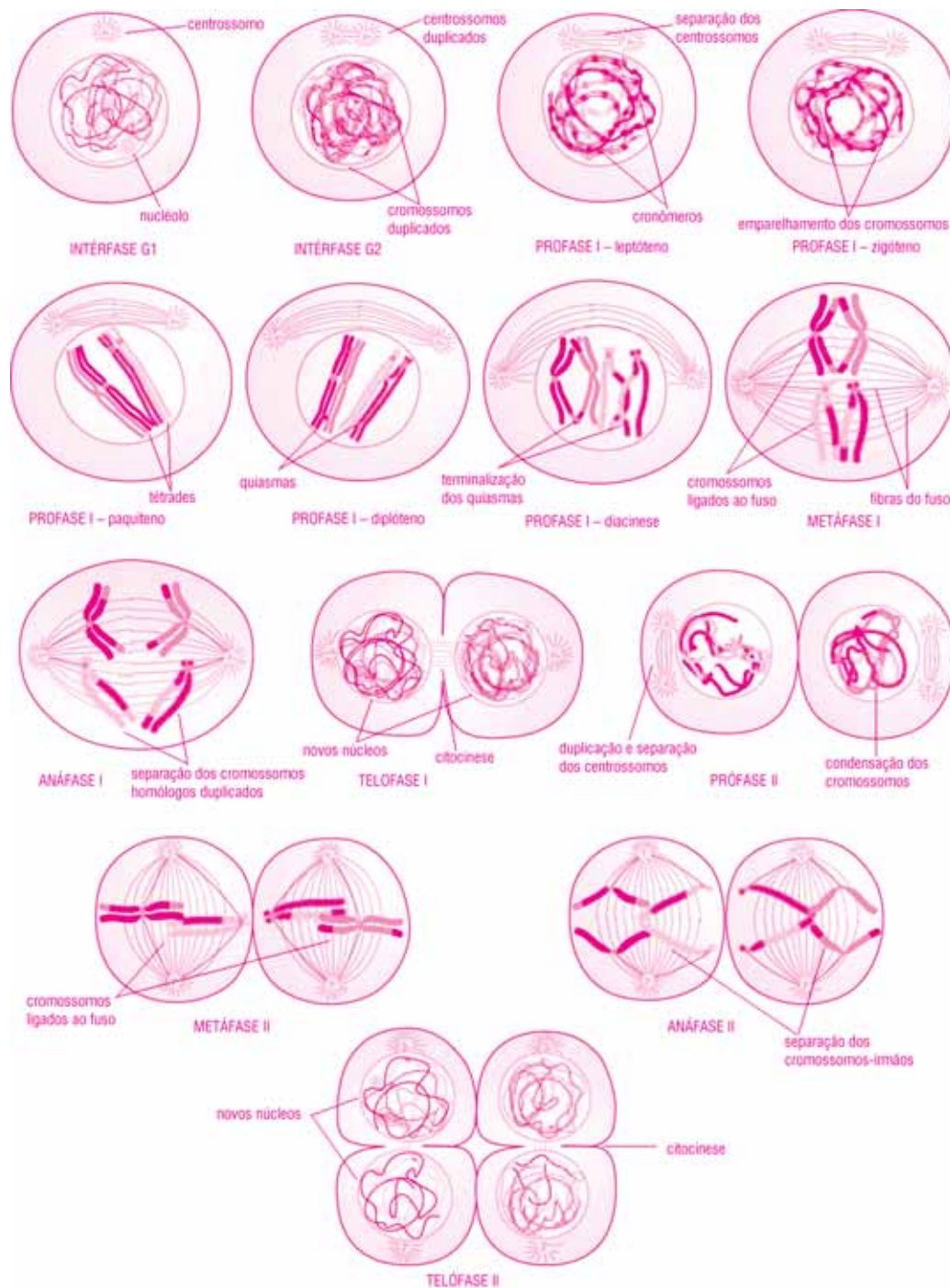


Figura 7 – Fases da meiose.

Fonte: http://www.moderna.com.br/moderna/didaticos/em/biologia/temasbio/transparencias/celulas_11.pdf

VOCÊ SABIA?

O *crossing-over*, que é a troca de material genético entre cromossomos homólogos durante a meiose, é um dos principais responsáveis pela variabilidade genética entre indivíduos de uma mesma espécie. Caso nossas células não fizessem essas recombinações, e não houvesse nenhuma mutação nos gametas, toda a prole de um casal seria geneticamente idêntica!

O dogma central da biologia



O dogma central define o paradigma da biologia molecular, em que a informação é perpetuada através da replicação do DNA e é traduzida através de dois processos: a transcrição que converte a informação do DNA em uma forma mais acessível (uma fita de RNA mensageiro) e através da tradução que converte a informação contida no RNA em proteínas. Que tal analisarmos esses processos com mais detalhes?

Estrutura e funcionamento dos genes e o genoma

Antes de tudo, precisamos conhecer um pouco como a ciência chegou ao patamar de conhecimentos, a respeito do material genético, com que nos

deparamos hoje em dia. Apesar da constatação de que o DNA desempenhava um papel imprescindível na hereditariedade, a comunidade científica ainda relutava um pouco para considerá-lo como o carregador da informação genética. Em 1953, James Watson e Francis Crick, baseados em vários trabalhos da época sobre o DNA, publicaram na revista científica *Nature* um trabalho denominado “Molecular Structure of Nucleic Acids – A Structure for Deoxyribose Nucleic Acid” (Estrutura molecular dos ácidos nucleicos – Uma Estrutura para o Ácido Desoxirribonucleico), que descrevia a estrutura do DNA. Watson e Crick descreveram o DNA como uma dupla fita, enrolada em hélice ao redor de um eixo, sendo as fitas antiparalelas. (Figura 8)



Figura 8 – Esquema da molécula de DNA – fita dupla e antiparalelas.

O DNA possui uma estrutura periódica que se repete a cada 10 nucleotídeos. As bases nitrogenadas das duas fitas estão voltadas para o interior da

hélice e pareiam de forma complementar entre si, na qual Adenina se liga a Timina e Guanina se liga a Citosina. (Figura 9)

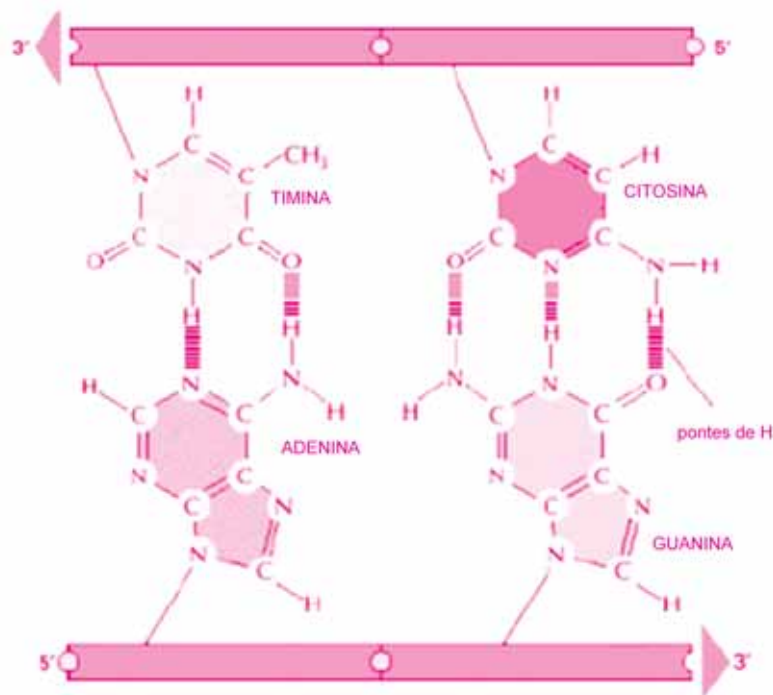


Figura 9 – Esquema de uma fita de DNA mostrando as ligações entre as bases nitrogenadas e suas estruturas químicas.

Somente depois do modelo de Watson e Crick o DNA foi considerado o material genético, pois sua própria estrutura já dava fortes indícios de como ocorreria a sua propagação (replicação) e como era guardada a informação genética. O reconhecimento final do trabalho de Watson e Crick veio em 1963, com o recebimento do Prêmio Nobel.

Replicação do DNA

A replicação (autoduplicação, duplicação) é o processo pelo qual uma molécula de DNA se duplica dando origem a duas moléculas idênticas à molécula inicial e envolve um conjunto de proteínas (Figura 10). O primeiro passo para a replicação do DNA é a abertura das fitas, feita pela enzima helicase. Para manter as fitas desenroladas,

proteínas chamadas SSBP (*single strand binding protein* – proteínas ligadoras de fita simples) se ligam nas fitas recém-desenroladas evitando que se associem de novo. Com o desenrolamento das fitas em um ponto, as regiões adjacentes sofrem um “superenrolamento”, o que dificultaria a continuação do processo. As topoisomerases resolvem esse problema fazendo cortes em uma das fitas de DNA, que se desenrola, e religando-as, diminuindo a tensão provocada por esse “superenrolamento”. A síntese de novas fitas é feita pela enzima DNA-polimerase, mas esta não pode sintetizar outra fita a partir de nucleotídeos livres. Dessa forma, a DNA polimerase precisa de um “Primer”, ou iniciador, que é um pedaço de RNA sintetizado por uma RNA polimerase especial chamada Primase.

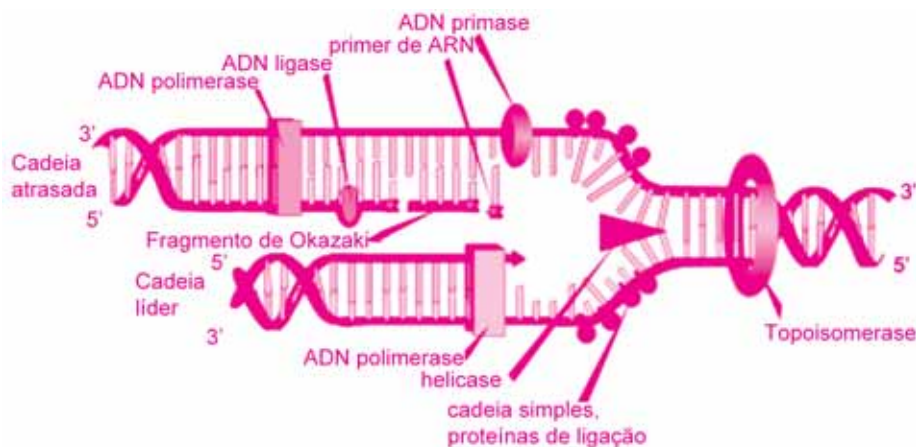


Figura 10 – Molécula de DNA em replicação e todas as enzimas envolvidas no processo.

Fonte: <http://www.users.med.up.pt>

Após a síntese do primer de RNA, a DNA polimerase III pode começar a polimerização no sentido 5' - 3'. Como as fitas de DNA são antiparalelas, e a DNA polimerase caminha em um sentido no DNA, apenas uma das fitas será sintetizada continuamente, cujo nome é fita contínua ou cadeia líder, e a outra fita será sintetizada descontinuamente, chamada fita descontínua ou cadeia atrasada. A síntese da fita descontínua é feita em pequenas partes, formando pequenos fragmentos de aproximadamente 100 bases, chamados fragmentos de Okazaki. Logo após a síntese das fitas pela DNA-polimerase III, entra em cena a DNA-polimerase I, que retira os primers de RNA (atividade exonucleásica 5' - 3') e os substitui por nucleotídeos de DNA (desoxinucleotídeos). Após a substituição do primer, o primeiro nucleotídeo do fragmento de Okazaki não está ligado ao último nucleotídeo do fragmento anterior, então uma enzima chamada ligase catalisa essa ligação. Dessa forma, as duas fitas de DNA já estão terminadas e naturalmente se enrolam, formando a dupla hélice.

Transcrição e Tradução do DNA

A Transcrição é o processo de formação de uma fita de RNA complementar a uma região do DNA.

Os RNA formados durante a transcrição podem ser de três tipos: o RNAm (mensageiro) é aquele RNA que contém a sequência que codifica uma proteína; o RNAt (transportador), que carrega os aminoácidos até os ribossomos e possibilita a leitura da informação contida no RNAm durante a tradução; e o RNAr (ribossômico), que faz parte da estrutura dos ribossomos. A enzima responsável pela transcrição é a RNA polimerase.

Para iniciar a transcrição, a RNA polimerase deve reconhecer um local específico onde começará a síntese. Esse local chama-se promotor. O reconhecimento da RNA polimerase aos promotores se dá graças ao fator sigma, que liga-se à RNA polimerase fazendo com que esta tenha maior afinidade com as sequências promotoras. Os promotores contêm sequências consenso localizadas antes do início da transcrição, a distâncias específicas. Existem vários tipos de promotores e fatores sigma correspondentes, e é essa variedade que permite que as funções celulares possam ser reguladas mantendo o equilíbrio das atividades celulares. A RNA polimerase liga-se ao promotor e inicia a síntese da fita de RNA complementar à fita molde até parar em uma região chamada terminador, que também é uma sequência de consenso.

Nos eucariotos a transcrição ocorre no núcleo, e a tradução ocorre no citoplasma. O RNA recém-sintetizado nos eucariotos ainda precisa passar por várias modificações antes de estar pronto (retirada

dos íntrons, adição de uma cauda de poli Adenina, adição de 7-Metil Guanosina na primeira base do RNA e outras) (Figura 11).

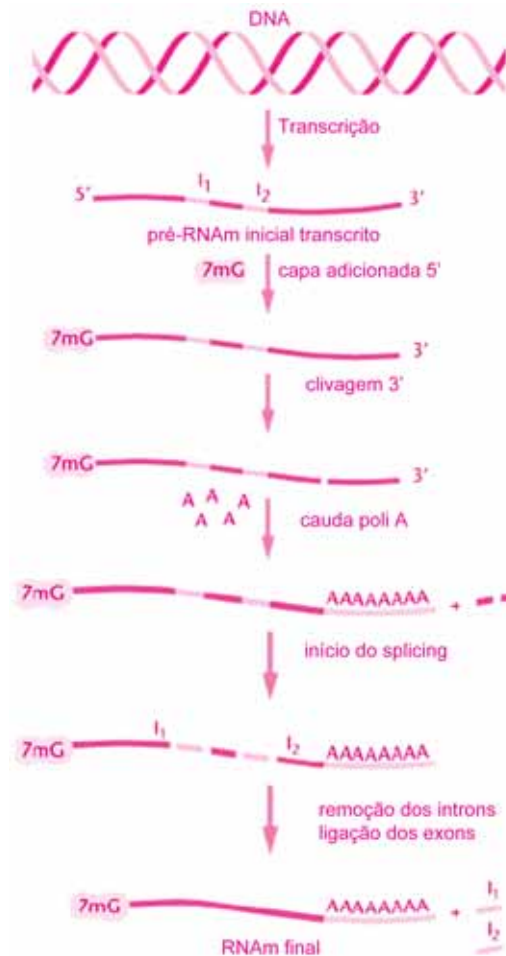


Figura 11 – Transcrição da fita de DNA com a adição da capa 7mG e cauda poli A na formação do RNAm.

Fonte: www.users.med.up.pt

A Tradução converte a informação na forma de trincas de nucleotídeos em aminoácidos (código genético), que darão origem a uma proteína. A transcrição ocorre em uma estrutura citoplasmática chamada ribossomo, formada por várias proteínas

e RNAr. O ribossomo é dividido em duas subunidades, uma subunidade menor (30S em bactérias e 40S em eucariotos) e uma subunidade maior (50S em bactérias e 60S em eucariotos).

+ SAIBA MAIS

O código genético relaciona os códons com os aminoácidos. Como existem somente 20 aminoácidos para serem codificados por 61 códons, muitos têm mais que um códon; por isso diz-se que o código genético é degenerado (redundante). Outra característica é que o código genético é universal, ou seja, é utilizado praticamente por todos os seres vivos.

		Segunda Letra				
		U	C	A	G	
Primeira letra	U	<div>UUU</div> <div>UUC</div> Fenilalanina <div>UUA</div> <div>UUG</div> Leucina	<div>UCU</div> <div>UCC</div> <div>UCA</div> <div>UCG</div> Serina	<div>UAU</div> <div>UAC</div> Tirosina <div>UAA</div> <div>UAG</div> Código de parada (stop codon)	<div>UGU</div> <div>UGC</div> Cisteína <div>UGA</div> Código de parada (**) <div>UGG</div> Triptófano	U C A G
	C	<div>CUU</div> <div>CUC</div> <div>CUA</div> <div>CUG</div> Leucina	<div>CCU</div> <div>CCC</div> <div>CCA</div> <div>CCG</div> Prolina	<div>CAU</div> <div>CAC</div> Histidina <div>CAA</div> <div>CAG</div> Glutamina	<div>CGU</div> <div>CGC</div> <div>CGA</div> <div>CGG</div> Arginina	U C A G
	A	<div>AUU</div> <div>AUC</div> <div>AUA</div> Isoleucina <div>AUG</div> Metionina (Iniciación)	<div>ACU</div> <div>ACC</div> <div>ACA</div> <div>ACG</div> Treonina	<div>AAU</div> <div>AAC</div> Asparagina <div>AAA</div> <div>AAG</div> Lisina	<div>AGU</div> <div>AGC</div> Serina <div>AGA</div> <div>AGG</div> Arginina	U C A G
	G	<div>GUU</div> <div>GUC</div> <div>GUA</div> <div>GUG</div> Valina	<div>GCU</div> <div>GCC</div> <div>GCA</div> <div>GCG</div> Alanina	<div>GAU</div> <div>GAC</div> Ácido Aspártico <div>GAA</div> <div>GAG</div> Ácido Glutâmico	<div>GGU</div> <div>GGC</div> <div>GGA</div> <div>GGG</div> Glicina	U C A G

O início da tradução se dá quando a subunidade menor liga-se ao códon de iniciação AUG (correspondente a uma metionina) e logo em seguida o met-tRNA e a subunidade maior ligam-se ao complexo, tudo isso com o auxílio de fatores de iniciação (IFs). O ribossomo possui dois sítios de entrada do RNAt, o sítio P (peptídeo) e o sítio A (aminoácido). O primeiro RNAt entra no sítio P, e o segundo entra no A, algumas enzimas da subunidade maior do ribossomo fazem a ligação do primeiro aminoácido com RNAt com um dipeptídeo.

Através de um processo chamado translocação, o ribossomo se desloca um códon à frente de forma

que o dipeptídeo-RNAt fica no sítio P. A partir daí, esse processo se repete, formando um tripeptídeo no sítio A, que é translocado para o sítio P, formando assim sucessivamente a proteína.

A tradução termina quando o ribossomo encontra um códon de terminação (UGA, UAG e UAA), que não codifica nenhum aminoácido.. A esses códons se liga um fator para terminação da síntese (RF – Releasing Factor).

Após a tradução as proteínas ainda têm de passar por algumas modificações para que possam exercer adequadamente suas funções.

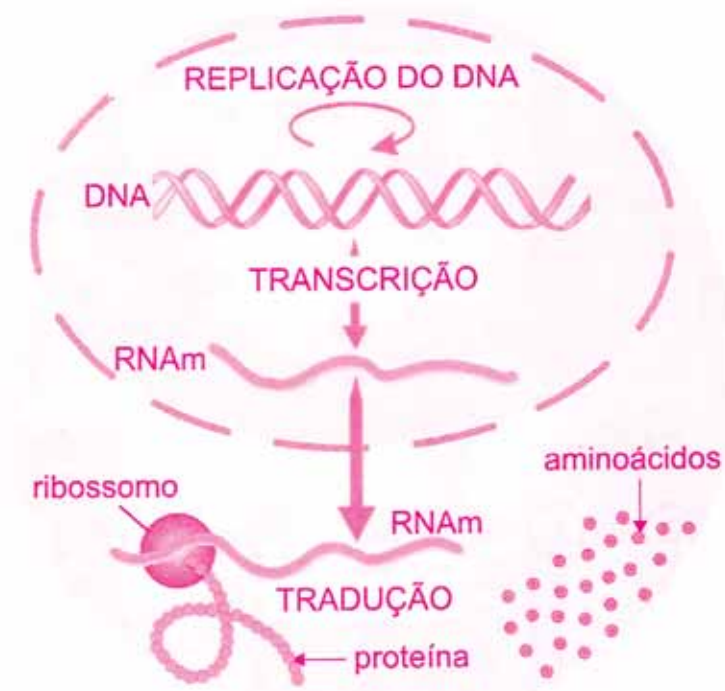


Figura 12 – Esquema de uma célula realizando todos os processos para a síntese proteica: Replicação, Transcrição e Tradução.

Fonte: Modificado de <http://www.users.med.up.pt>

■ Atividades

As atividades referentes a esta unidade serão disponibilizadas no Portal.

* ANOTAÇÕES

AULA 2

PADRÕES DE HERANÇA GÊNICA NA ESPÉCIE HUMANA

■ Conteúdo

- Genética mendeliana
- Herança autossômica
- Heranças relacionadas ao sexo
- Padrões não clássicos de herança
- Herança multifatorial

■ Competências e habilidades

- Conhecer os experimentos de Mendel e qual a importância de seus estudos
- Compreender os diferentes tipos de herança e correlacioná-los com doenças humanas

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via s t lite com professor interativo
- 2 h-a – presenciais com professor local
- 4 h-a – mínimo sugerido para autoestudo
- 4 h-a – atividade teórico-prática

INÍCIO DE CONVERSA

O conceito de um fator hereditário como determinante das características de um indivíduo foi introduzido primeiramente por Gregor Mendel em 1865, embora ele não tenha se referido a esse conceito como gene. Até as descobertas de Mendel, tinha-se a noção de uma herança mesclada, ou seja, tanto o espermatozoide como o óvulo deveriam conter

a essência de cada indivíduo, que ao se cruzarem estariam mesclando tais essências para formar um novo ser. Com seus experimentos Mendel propôs uma nova teoria para explicar a herança, chamada de teoria da herança particulada. Segundo Mendel, deveriam existir unidades genéticas independentes, as quais seriam herdadas de geração a geração. Na época, as ideias de Mendel não foram aceitas. Toda-

via, por volta de 1900, três cientistas conseguiram, de maneira independente, chegar aos mesmos resultados de Mendel, cujo trabalho pioneiro tornou-se, então, o paradigma da análise genética.

Nesta aula veremos os principais conceitos da genética e os processos de herança!

Monoibridismo e a primeira lei de Mendel

Todos já devem ter ouvido falar nos famosos experimentos de Mendel com ervilhas. Vamos agora descrever detalhadamente como ele os concebeu e realizou.

As ervilhas (*Pisum sativa*) eram fáceis de se obter e de se cultivar. Essa espécie apresentava uma diversidade de formas e cores, facilmente identificáveis. A ervilha poderia ser cruzada artificialmente, bem como autopolinizada de maneira espontânea. Eram baratas e ocupavam pouco espaço. Outro fato importante é que essas ervilhas apresentavam um tempo de geração relativamente curto, produzindo uma descendência farta. Mendel usou uma gama de características, e para cada uma obteve linhagens puras resultantes de autopolinizações ou de cruzamentos dentro de uma mesma população, realizados durante dois anos. Isso foi decisivo para os trabalhos de Mendel, pois a partir daquelas linhagens puras, qualquer alteração surgida teria um significado científico, ou seja, ele estabeleceu um controle para seus experimentos. Mendel estudou sete características: forma da ervilha, cor da ervilha, cor das pétalas, forma da vagem, cor da vagem, posição da flor na planta, altura da haste.

Para cada uma dessas características Mendel estabeleceu pares de linhagens puras, referentes ao estado da respectiva característica. Assim, quanto à forma da ervilha, esta poderia ser lisa ou rugosa; quanto à cor da ervilha, amarela ou verde; a cor das pétalas, púrpura ou branca; a forma das vagens, inflada ou sulcada; a cor das vagens, verde ou amarela; a posição das flores, axial ou terminal; e o tamanho das hastes, longo ou curto.

Em seguida, Mendel realizou cruzamentos entre duas linhagens de uma mesma característica. Daí esse seu primeiro estudo ser referido como monoibridismo ou herança monofatorial.

Como Mendel obteve os resultados? Em um de seus mais famosos experimentos, Mendel cruzou plantas de flores brancas masculinas, com plantas de flores púrpuras femininas, ambas de linhagens puras, denominadas como geração parental (P). Os descendentes desse cruzamento, a chamada primeira geração filial (F1), tinham todas flores púrpuras. Num segundo experimento, ele cruzou flores brancas femininas com flores púrpuras masculinas. Realizou, assim, um cruzamento recíproco. O mesmo resultado foi obtido, ou seja, todas as plantas da primeira geração filial (F1) para aquele cruzamento apresentavam flores púrpuras.

Uma primeira conclusão tirada por Mendel a partir desses experimentos era de que a teoria da herança mesclada não conseguia explicar aqueles resultados, pois não havia uma cor intermediária, todas eram púrpuras. Num segundo experimento, Mendel pegou algumas das plantas da geração F1 e realizou uma autopolinização, ou seja, na mesma flor, transferiu o pólen para o estigma, obtendo uma segunda geração denominada de F2. O resultado foi surpreendente, Mendel contou uma a uma todas as plantas obtidas desse experimento, identificando-as quanto à sua cor. Obteve 924 plantas (geração F2), das quais 705 púrpuras e 224 brancas, uma proporção muito próxima a 3:1. Como explicar que cruzando duas plantas, uma branca e outra púrpura, obtêm-se apenas púrpuras (F1), e autopolinizando as flores púrpuras dessa F1, ressurgem na geração F2 algumas plantas com flores brancas?

É importante frisar que talvez esta tenha sido a primeira vez que um cientista usou uma análise quantitativa para avaliar seus dados. Foi um marco importante para a genética. Mendel repetiu os mesmos experimentos para as demais características estudadas, obtendo resultados muito semelhantes. Ele entendeu que as plantas de flores púrpuras de F1 tinham a capacidade de produzir, apesar de em proporções diferentes, uma geração F2 com plantas de flores brancas e púrpuras. O fato de na geração F1 aparecer apenas flores púrpuras, poderia ser explicado pela dominância do estado de caráter púrpura sobre o estado de caráter branco, o qual não

se expressava. O fenótipo púrpura seria dominante sobre o fenótipo branco, o qual seria recessivo com relação   púrpura.

Num outro experimento, Mendel analisou a cor das ervilhas. Ele usou duas linhagens puras de plantas originárias de ervilhas verdes e plantas originárias de ervilhas amarelas. Quando cruzou as duas linhagens, Mendel observou que todas as ervilhas produzidas eram amarelas. Ele plantou essa geração F1 obtendo plantas adultas que foram, então, autopolinizadas. Mendel observou as ervilhas produzidas nessa geração F2 e obteve a seguinte proporção: $\frac{3}{4}$ de ervilhas amarelas e $\frac{1}{4}$ de ervilhas verdes, uma relação 3:1 como no caso da cor das pétalas. As ervilhas verdes de F2, quando plantadas e autopolinizadas, produziam uma terceira geração F3 com apenas ervilhas verdes.

As ervilhas amarelas de F2, quando plantadas e autopolinizadas, produziram uma terceira geração F3 com a seguinte proporção: das 519 plantas autopolinizadas, 353 ($\frac{2}{3}$) davam tanto ervilhas amarelas como ervilhas verdes, na proporção 3:1. As 166 ($\frac{1}{3}$) restantes são davam ervilhas amarelas.

A aparente relação 3:1 na geração F2 poderia ser mais bem interpretada como uma relação 1:2:1. Isso quer dizer: $\frac{1}{4}$ amarelo puro; $\frac{2}{4}$ amarelo impuro; $\frac{1}{4}$ verde puro. Essa nova relação era válida para todas as demais características analisadas. Dessa relação 1:2:1, Mendel tirou algumas importantes conclusões:

Como Mendel não constatou mesclagem de fenótipos, ele concluiu que deveria haver determinantes hereditários de natureza particulada;

Havia uma relação de dominância na geração F1, ou seja, para cada par de estados de caracteres analisados, um era dominante sobre o outro que era recessivo, o qual não se expressava naquela primeira geração, vindo a ressurgir nas gerações seguintes. Por exemplo, no caso da cor da ervilha, o fator determinando a cor amarela seria dominante e o outro fator determinando a cor verde seria recessivo. Esses fatores hoje são chamados de genes.

Esses pares de genes, quando da formação dos gametas ou células sexuais, seriam segregados ou

separados. Assim, cada gameta carregaria apenas um são membro de cada par de genes.

Quando os gametas se unem para formar um novo indivíduo, essa união   aleatória com relação a qual gene está em qual gameta. Este foi um modelo proposto por Mendel para explicar os resultados obtidos.

Para testar seu novo modelo, ele fez um outro cruzamento, desta vez cruzou uma amarela da F1 com uma verde pura da geração parental P. De acordo com seu modelo, era de se esperar uma relação 1:1 entre sementes amarelas e verdes. Ele obteve 58 amarelas e 52 verdes, uma relação muito próxima de 1:1, confirmando, assim, seu modelo de segregação igual. A confirmação de seu modelo recebeu o nome formal de primeira lei de Mendel:

“Cada caráter é determinado por um par de fatores (genes) que se separam na formação dos gametas, indo um fator para cada gameta que  , portanto, puro.”

Conceitos importantes da genética mendeliana

Na genética, como em toda a biologia, se faz necessário a utilização de diversos conceitos, importantes para a compreensão de certos processos e fen menos. Na genética mendeliana, usamos quatro conceitos importantes relacionados ao estado de determinada característica.

O termo heterozigoto ou híbrido é usado para designar os indivíduos que carregam um par de genes diferentes, por exemplo, um dominante e um recessivo (**Aa**). Já o termo homozigoto é usado para designar indivíduos de linhagens puras, que carregam um par de genes iguais, dominantes ou recessivos (**AA** ou **aa**). Dessa maneira, um indivíduo **AA**   dito homozigoto dominante; um indivíduo **Aa**, heterozigoto; e um indivíduo **aa**, homozigoto recessivo.

Outros dois conceitos muito comuns são o de genótipo e fenótipo. Como vimos anteriormente, no caso da cor das ervilhas, se um indivíduo for **Aa** e outro for **AA**, isso quer dizer que temos dois genótipos (cada par de genes) diferentes, que expressam o mesmo fenótipo, a cor amarela, já que **A** domina sobre

a, e, portanto, tanto **Aa**, como **AA** irão determinar a cor amarela. Muitas vezes utiliza-se o termo alelo para designar um gene. Assim, o par de alelos (ou genes) **AA** determina a cor amarela, e o par de alelos (ou genes) **aa**, a cor verde. É bom saber que o gene

até pouco tempo atrás era um conceito puramente abstrato, ou seja, a existência desse fator hereditário só podia ser inferida da observação das relações matemáticas precisas nas gerações filiais originadas de dois indivíduos parentais geneticamente diferentes.

	ALELO DOMINANTE		ALELO RECESSIVO	
Nariz		Aquilino		Reto
Lobo da orelha		Destacado		Colado
Queixo		Com covinha		Sem covinha
Queixo		Prognato		Reto
Lábios		Grossos		Finos
Olhos		Escuros		Azuis
Cabelos		Escuros		Loiros
Língua		Capacidade de enrolar		Sem capacidade de enrolar
Calvície (nos homens)		Sim		Não
Dedo mindinho		Curvado		Reto
Curvatura do polegar		Curvado		Reto

Figura 1 – Exemplos de algumas características monogênicas humanas.

Fonte: http://www.crv.educacao.mg.gov.br/sistema_crv/index.asp?...

Diíbrido e a segunda lei de Mendel

Vamos ver agora o caso em que existem dois genes que controlam a expressão de duas características distintas, o chamado diíbrido. Além da cor da ervilha, vamos estudar também sua forma. Vimos que sua cor, amarela e verde, é determinada pelos genes **A** e **a**. Aos genes que controlam a forma da ervilha, lisas ou rugosas, denominaremos de **R** e **r**. O que acontece quando estudamos cruzamentos de plantas puras que diferem em duas características? Uma linhagem pura **RRaa**, ao se autopolinizar, vai produzir sementes lisas e verdes apenas. Já uma linhagem pura **rrAA**, ao se autopolinizar, produz somente sementes rugosas e amarelas. Mendel cruzou

essas duas linhagens e obteve na geração F1 sementes lisas e amarelas apenas, como era de se esperar.

Ao cruzar os indivíduos dessa geração F1, ele obteve sementes lisas e amarelas; lisas e verdes; rugosas e amarelas, e rugosas e verdes, na proporção 9:3:3:1. Ele repetiu o experimento para outros pares de características e obteve a mesma relação.

Mendel, em seguida, quis comparar a proporção de cada estado de caracteres, na geração F2, num cruzamento diíbrido para ver se era equivalente à proporção num cruzamento monófrido. Por exemplo: será que a relação entre amarela e verde num cruzamento diíbrido é igual à relação entre amarelo e verde num cruzamento monófrido?

Mendel contou todas as sementes amarelas da F2, não importando se eram rugosas ou lisas. O mesmo ele fez para as verdes. Depois contou as lisas e as rugosas, da mesma maneira, chegando às seguintes proporções: 3:1 (amarelas e verdes) e 3:1 (lisas e rugosas). A mesma proporção encontrada para as mesmas características analisadas num cruzamento monóibrido. Mendel concluiu que os dois sistemas de herança são independentes. A relação 9:3:3:1 seria uma combinação aleatória de duas proporções 3:1, enunciando, então, a segunda lei de Mendel ou diíbridismo:

“Os fatores (genes) para dois ou mais caracteres não se fundem no heterozigoto, mas se distribuem independentemente para os gametas, onde se recombina ao acaso.”

Tipos de herança

Na prática clínica, a maior importância da genética é seu papel na etiologia de um grande número de distúrbios de cromossomos.

Os distúrbios monogênicos, denominados mendelianos, caracterizam-se por seus padrões de transmissão nas famílias. A fim de estabelecer o padrão de transmissão, a primeira etapa é obter informações sobre a história familiar do paciente e resumir os detalhes na forma de um heredograma, por meio de sinais e símbolos padronizados, que veremos com mais detalhes na Aula 4.

A obtenção de história familiar abrangente é uma primeira etapa fundamental na análise de qualquer distúrbio. Uma história familiar adequada deve in-

cluir informações sobre os parentes, nos vários ramos da família pelo menos até os avós e seus irmãos, os pais, os irmãos, os tios e os primos em primeiro grau do paciente. A história deve conter detalhes como nomes, datas de nascimento, morte, mortes precoces de lactentes, partos de natimortos e abortos espontâneos. Deve-se documentar a consanguinidade dos pais, bem como antecedentes geográficos e étnicos.

Existem quatro padrões básicos de herança monogênica:

- herança autossômica dominante
- herança autossômica recessiva
- herança dominante ligada ao X
- herança recessiva ligada ao X

A distinção entre a herança autossômica e ligada ao X depende da localização cromossômica do gene. Um critério de exclusão de herança ligada ao X é a transmissão do fenótipo de homem (pai) para homem (filho).

Uma herança é dominante quando um fenótipo é expresso da mesma maneira em homozigotos e heterozigotos e é recessiva quando somente expresso em homozigotos.

Herança autossômica dominante

Na herança autossômica dominante um fenótipo é expresso da mesma maneira em homozigotos e heterozigotos. Toda pessoa afetada em um heredograma possui um genitor afetado, que, por sua vez, possui um genitor afetado, e assim por diante, como no heredograma a seguir:

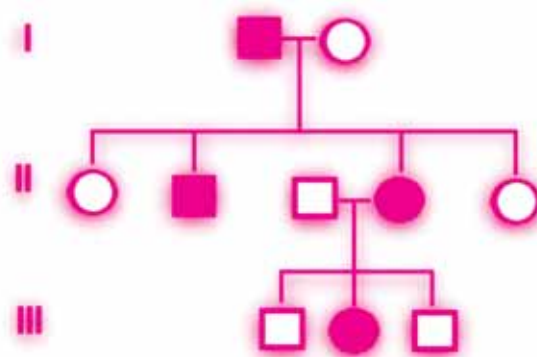


Figura 2 – Heredograma de uma doença autossômica dominante.

Nos casamentos que produzem filhos com uma doença autossômica dominante, um genitor geralmente é heterozigótico para a mutação e o outro ge-

nitor é homozigótico para o alelo normal. Pode-se escrever os genótipos dos pais como:

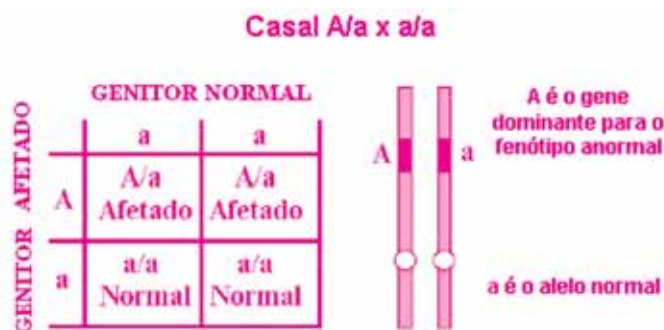


Figura 3 – Esquema de genótipos dos pais.

Cada filho desse casamento tem uma chance de 50% de receber o alelo anormal (A) do genitor afetado e, portanto, ser afetado (A/a), e uma chance de 50% de receber o alelo normal (a) e, assim, não ser afetado (a/a).

Critérios da Herança Autossômica Dominante:

- O fenótipo aparece em todas as gerações, e toda pessoa afetada tem um genitor afetado.
- Qualquer filho de genitor afetado tem um risco de 50% de herdar o fenótipo.

- Familiares fenotipicamente normais não transmitem o fenótipo para seus filhos.
- Homens e Mulheres têm a mesma probabilidade de transmitir o fenótipo aos filhos de ambos os sexos.

Herança autossômica recessiva

Os distúrbios autossômicos recessivos expressam-se apenas em homozigotos, que, portanto, devem ter herdado um alelo mutante de cada genitor. Desse modo:

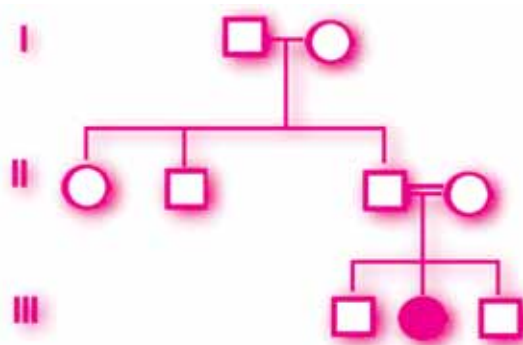


Figura 4 – Heredograma de uma doença autossômica recessiva.

O risco de seus filhos receberem o alelo recessivo de cada genitor e serem afetados é de 1/4. A maioria dos genes dos distúrbios autossômicos recessivos está pre-

sente em portadores dos genes. Eles podem ser transmitidos nas famílias por numerosas gerações sem jamais aparecer na forma homozigótica. A chance de isso

acontecer é aumentada se os pais forem aparentados. A consanguinidade dos genitores de um paciente com um distúrbio genético é uma forte evidência em favor da herança autossômica recessiva daquela afecção.

Crítérios da Herança Autossômica Recessiva:

- O fenótipo é encontrado tipicamente apenas na irmandade do probando e o fenótipo salta gerações.
- O risco de recorrência para cada irmão do probando é de 1 em 4.
- Os pais do indivíduo afetado em alguns casos são consanguíneos.

- Ambos os sexos têm a mesma probabilidade de serem afetados.

Herança dominante ligada ao X

Um fenótipo ligado ao X é descrito como dominante se ele se expressar regularmente em heterozigotos.

Em um heredograma dominante ligado ao X, todas as filhas e nenhum filho de homens afetados são afetados; se alguma filha não for afetada ou algum filho for afetado, a herança deve ser autossômica.

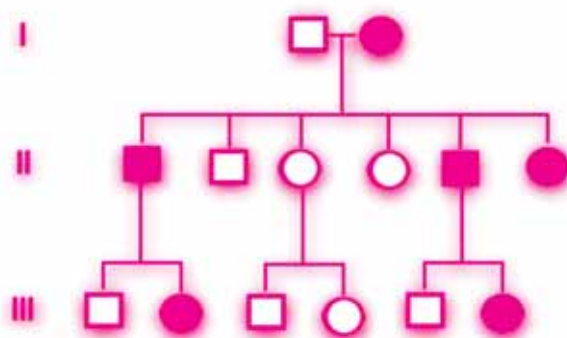


Figura 5 – Heredograma de uma doença dominante ligada ao X.

Crítérios da Herança Dominante Ligada ao X:

Os homens afetados com companheiras normais não têm nenhum filho afetado e nenhuma filha normal. Os filhos de ambos os sexos de portadores possuem um risco de 50% de herdar o fenótipo.

Herança recessiva ligada ao X

Uma mutação ligada ao X se expressa fenotipicamente em todos os homens que a recebem, mas apenas nas mulheres que são homozigóticas para a mutação. Mulheres heterozigotas podem expressar o fenótipo.

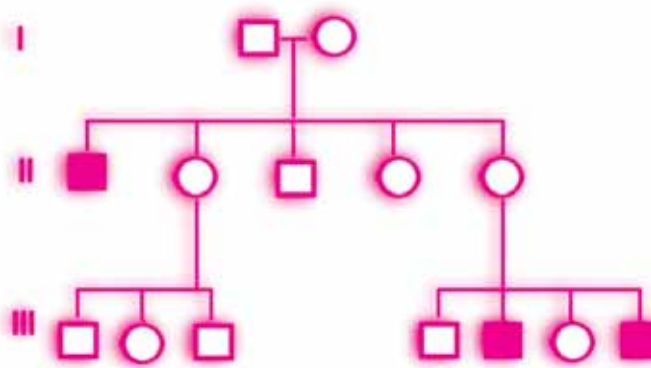


Figura 6 – Heredograma de uma doença recessiva ligada ao X.

O gene de um distúrbio ligado ao X às vezes está presente num pai e numa mãe portadora e, então, as filhas podem ser homozigóticas afetadas.

Critérios da Herança Recessiva Ligada ao X:

A incidência do fenótipo é muito mais alta em homens do que em mulheres.

O gene responsável pela afecção é transmitido de um homem afetado para todas as suas filhas.

O gene jamais se transmite diretamente do pai para o filho, mas sim de um homem afetado para todas as suas filhas.

As mulheres heterozigóticas geralmente não são afetadas, mas algumas expressam a afecção com intensidade variável.

Padrões não clássicos de herança monogênica

Alelos múltiplos: quando existem três ou mais tipos de genes que ocupam o mesmo *locus* – sendo assim, um indivíduo terá sempre dois genes para uma determinada característica, porém na população existirá mais que dois genes possíveis para o loco em questão. Por exemplo, Sistema ABO – tipos sanguíneos são determinados por três alelos: I^A , I^B e i . I^A e I^B são co-dominantes e ambos são dominantes sobre i .

Herança limitada ao sexo: genes localizados nos autossomos com manifestação diferenciada nos sexos. Por exemplo: calvície hereditária.

Herança ligada ao Y: também denominada *holândrica*. Genes localizados no Y e, portanto, todos os homens de uma família vão apresentar a característica em questão, e no Y existem genes próximos ao centrômero no braço curto que são responsáveis pela diferenciação gonadal, dando origem aos testículos. Exemplo: Hipertricose auricular.

Herança poligênica: herança quantitativa – vários pares de genes atuam aditivamente na expressão de uma característica que apresenta variação contínua na população. Pode ser multifatorial quando sofre influência de fatores ambientais, por exemplo, peso, estatura, cor da pele e a maior parte das características.

Poligene – gene que individualmente exerce um leve efeito em um traço, mas, em conjunção com poucos ou muitos genes, controla uma característica quantitativa. A herança de traços poligênicos, portanto, depende da ação cumulativa ou aditiva de

vários ou muitos genes, cada um dos quais produz uma pequena proporção do efeito total.

Herança mitocondrial: é caracterizado por uma herança materna. A mãe transmite seu DNA a toda prole. Suas filhas, por sua vez, o transmitem, mas seus filhos não. O ovócito é bem suprido de mitocôndrias, mas o espermatozoide contém poucas, e mesmo essas poucas não persistem na progênie.

Mosaicismo: é caracterizado por apresentar em um mesmo indivíduo ou tecido pelo menos duas linhagens celulares, que diferem geneticamente, mas provêm de um único zigoto.

Mosaicismo somático: quando ocorre uma mutação durante o desenvolvimento embrionário manifestando-se como anormalidade segmentar ou desigual, dependendo do estágio em que a mutação ocorreu e da linhagem da célula somática na qual ela se originou.

Mosaicismo da linhagem germinativa: quando ocorre uma mutação numa célula da linhagem germinativa ou precursora, persistindo em todos os descendentes clonais da célula e depois em certa proporção dos gametas.

Impressão (Imprinting) genômica: é a expressão diferencial do material genético, ao nível cromossômico ou alélico, dependendo se esse material foi herdado do genitor masculino ou feminino.

Herança multifatorial: as influências ambientais moldam muitas características humanas. Tanto as características mendelianas quanto as poligênicas podem ser influenciadas pelo ambiente; os padrões dermatoglíficos, a cor da pele, as suscetibilidades a doenças e mesmo a inteligência e o comportamento são moldados tanto por genes quanto pelo ambiente.

Critérios para uma herança multifatorial (riscos empíricos):

- correlação genética entre parentes
- associação com o sexo
- situação em que um dos progenitores é afetado
- casos com mais de um membro da família afetado
- associação com a gravidade da doença

■ Atividade

Verifique no Portal, na ferramenta galeria da unidade didática, as atividades e orientações a serem desenvolvidas nesta aula.

AULA 3

ASPECTOS GÊNICOS E CROMOSSÔMICOS DA VARIAÇÃO GENÉTICA

■ Conteúdo

- Interações gênicas
- Mutações gênicas
- Mutações cromossômicas

■ Competências e habilidades

- Entender os vários tipos de interações e alterações que podem ocorrer com o material genético

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via satélite com professor interativo
- 2 h-a – presenciais com professor local
- 4 h-a – mínimo sugerido para autoestudo
- 4 h-a – atividade teórico-prática

INÍCIO DE CONVERSA

O DNA pode sofrer mutações de várias formas, muitas inclusive inofensivas e tantas outras reparadas por enzimas presentes em nossas células. Mas existem alterações que podem perturbar todo o desenvolvimento de um indivíduo ou que decorrem em síndromes e doenças muito graves.

Veremos nesta aula os principais tipos de interações e alterações que o nosso material genético está sujeito a sofrer.

INTERAÇÃO GÊNICA

A interação gênica ocorre quando dois ou mais genes controlam um mesmo caráter. Esses genes podem, ou não, estar localizados em um mesmo cromossomo. São fatores que contribuem para a alteração das proporções. Os tipos de interações são: interação gênica epistática e interação gênica não epistática.

As interações epistáticas apresentam as seguintes características:

Ocorrem quando dois ou mais genes determinam a produção de enzimas que catalisam diferentes etapas de uma mesma via biossintética.

A epistasia envolve a supressão gênica interalélica, ou seja, os alelos de um loco gênico encobrem a expressão de outro alelo pertencente a outro loco gênico (não alelo).

O alelo (ou gene) que mascara a expressão do outro é denominado de epistático, e o alelo (ou gene) cuja ação é suprimida é denominado de hipostático.

Quando se verifica epistasia entre dois locos gênicos, o número de fenótipos entre os descendentes será menor que quatro. A proporção 9:3:3:1 se modifica, dando origem a uma combinação daquela proporção.

Quadro 1 – Tipos de epistasias

Tipo	Forma epistática	Relação Fenotípica esperada
1. Epistasia dominante	(A)	12:3:1
2. Epistasia recessiva	(a)	9:3:4
3. Genes duplos dominantes com efeito cumulativo	(A,B)	9:6:1
4. Genes duplo dominantes sem o efeito cumulativo	(A,B)	15:1
5. Genes duplos recessivos com efeito cumulativo	(a,b)	9:6:1
6. Genes duplos recessivos sem o efeito cumulativo	(a,b)	9:7
7. Interação dominante e recessiva	(A,b)	13:3

A interação gênica não epistática caracteriza-se pela ação entre dois ou mais pares de genes, localizados em cromossomos diferentes, que atuam, de modo complementar, na determinação de um mesmo caráter.

Penetrância: É a probabilidade de um gene ter qualquer expressão fenotípica. Quando alguns indivíduos têm o genótipo apropriado e não o expressam de modo algum, diz-se que o gene exibe penetrância reduzida e que há falta de penetrância do gene nesses indivíduos.

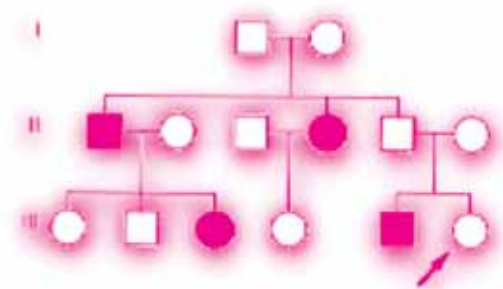


Figura 1 – Heredograma da deformidade da mão fendida, demonstrando falta de penetrância do gene no pai do consulente (indicado pela seta).

Expressividade: É o grau de expressão do fenótipo. Quando a manifestação de um fenótipo difere em pessoas que apresentam o mesmo genótipo diz-se que o fenótipo tem expressividade variável.

Pleitropia: Quando um único gene ou par de genes anormal produz efeitos fenotípicos diversos diz-se que sua expressão é pleitrópica.

Mutações

Uma mutação é definida como qualquer alteração permanente do DNA. Pode ocorrer em qualquer célula, tanto em células da linhagem germinativa como em células somáticas. As mutações envolvem Mutações Cromossômicas (quebra ou rearranjo dos cromossomos) e Mutações Gênicas.

Mutações gênicas

Substituição de Nucleotídeos: A substituição de um único nucleotídeo (ou mutação de ponto) numa sequência de DNA pode alterar o código de uma trinca de bases e levar à substituição de uma trinca de bases por outra.

Mutações de Sentido Trocado: Alteram o “sentido” do filamento codificador do gene ao especificar um aminoácido diferente.

Mutações Sem Sentido: Normalmente a tradução do RNAm cessa quando um códon finalizador (UAA, UAG e UGA) é alcançado. Uma mutação que gera um dos códons de parada é denominada mutação sem sentido.

Mutações no Processamento do RNAm: O mecanismo normal pelo qual os íntrons são excisados do RNA não processado e os éxons unidos para formar um RNAm maduro dependem de determinadas sequências de nucleotídeos localizadas nos sítio aceptor (intron/exon) e no sítio doador (exon/intron). As mutações podem afetar as bases necessárias no sítio doador ou aceptor da emenda, interferindo na emenda normal do RNA naquele sítio ou podem envolver substituições de bases dos íntrons, podendo criar sítios doadores ou aceptores alternativos que competem com os normais durante o processamento do RNA.

Deleções e Inserções: Causadas pela inserção ou deleção de um ou mais pares de bases.

Deleção e Inserção de Códon: Quando o número de bases envolvidas não é múltiplo de três, a mutação altera a leitura da tradução a partir do ponto de mutação, resultando numa proteína com sequência de aminoácidos diferentes. Quando o número de bases envolvidas é múltiplo de três, a mutação resulta numa proteína com a adição ou falta de aminoácidos. Quando ocorre a inserção de elementos repetitivos há o interrompimento das sequências codificantes.

Mutações em Sequências Promotoras: Envolvem mutações nas sequências promotoras CAT e TATA box.

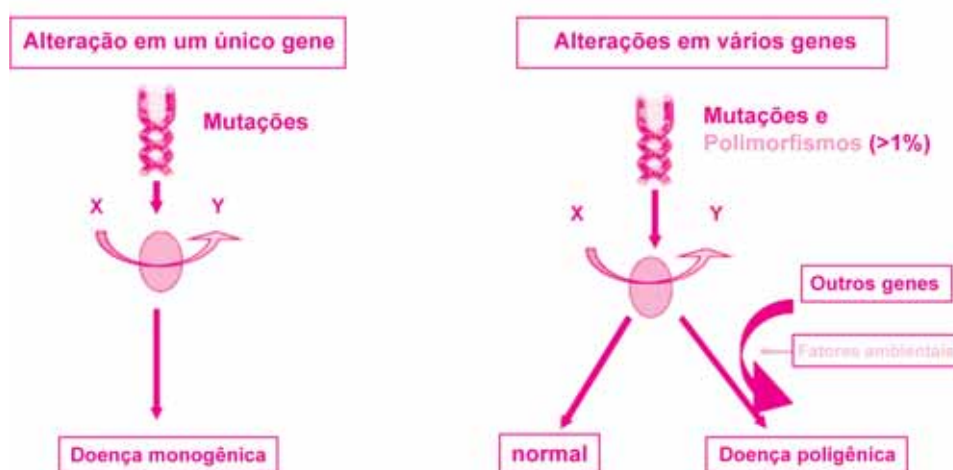


Figura 2 – Alterações genéticas.

Mutações cromossômicas

A mutação cromossômica é o processo de mudança que resulta em partes rearranjadas do cromossomo, números anormais de cromossomos individuais, ou números anormais de conjuntos cromossômicos.

Muitas mutações cromossômicas levam a anomalias de funcionamento da célula e do organismo. Existem dois motivos básicos para isso. Primeiro, as mutações cromossômicas podem resultar em número ou posição anormal de genes. Segundo, se a mutação cromossômica envolver quebra de cromossomos, o que em geral ocorre, a quebra pode ocorrer no meio de um gene, perturbando assim seu funcionamento.

As mutações cromossômicas são importantes em vários níveis diferentes da biologia. Primeiro, em

pesquisas, elas fornecem meios de se obter especiais de genes, perfeitamente adequados para responder determinadas dúvidas biológicas. Segundo, as mutações cromossômicas são importantes em nível aplicado, especialmente na medicina, e na criação de animais e plantas. Finalmente, as mutações cromossômicas têm sido instrumentais em moldar genomas como parte do processo evolutivo.

Tipos de alterações na estrutura dos cromossomos

Deleção ou deficiência: Perda simples de um segmento cromossômico (Figura 3). A maioria das deleções humanas surge espontaneamente na linhagem

germinativa de um genitor normal de uma pessoa afetada. Assim, não são encontrados sinais da deleção nos cromossomos de células somáticas dos genitores. Entretanto, algumas deleções humanas são produzidas por irregularidades meióticas em um genitor heterozigoto para outro tipo de rearranjo.

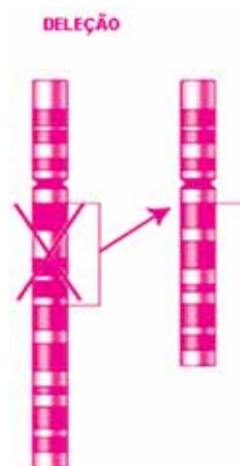


Figura 3 – Ilustração de uma deleção cromossômica.

Duplicação: A presença de duas cópias de uma região cromossômica (Figura 4). O conjunto cromossômico que contém a duplicação geralmente se apresenta junto com um conjunto cromossômico padrão. As células de tal organismo terão, logicamente, três cópias da região cromossômica em questão, mas, apesar disso, as duplicações heterozigotas em geral são chamadas de duplicações porque portam o produto de um evento de duplicação.

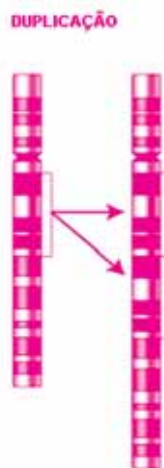


Figura 4 – Ilustração de uma duplicação cromossômica.

Inversão: Um segmento de um cromossomo pode girar 180 graus e se reunir ao cromossomo, resultando em uma mutação cromossômica do tipo inversão (Figura 5). Ao contrário das deleções e duplicações, as inversões não envolvem mudança na quantidade geral de material genético, de modo que as inversões são geralmente viáveis e não apresentam anomalias particulares em nível fenotípico. Em alguns casos, uma das quebras cromossômicas está dentro de um gene de função essencial, e então esse ponto de quebra atua como uma mutação gênica ligada à inversão. A localização do centrômero em relação ao segmento invertido determina o comportamento genético do cromossomo. Se o centrômero estiver fora da inversão, diz-se que ela é paracêntrica, enquanto as inversões que envolvem o centrômero são pericêntricas.



Figura 5 – Ilustração de uma inversão cromossômica.

Translocação: Dois cromossomos não-homólogos podem trocar partes para produzir uma mutação cromossômica (Figura 6). Consideraremos as translocações recíprocas o tipo mais comum. Um segmento de um cromossomo é trocado com um segmento de um outro não homólogo, de modo que são gerados simultaneamente dois cromossomos transloca-

dos. A troca de partes de cromossomos entre não-homólogos estabelece novas relações de ligação, as quais são reveladas se os cromossomos translocados forem homozigotos, e mesmo quando são heterozigotos. Além disso, as translocações podem alterar drasticamente o tamanho de um cromossomo, bem como a posição de seus centrômeros.

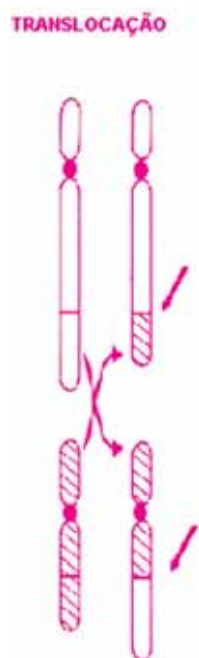


Figura 6 – Ilustração de uma translocação cromossômica.

Alteração do número de conjuntos cromossômicos

Quando a mutação cromossômica altera o número de conjuntos cromossômicos inteiros, ocorrem euploides alterados. Quando a mutação cromossômica altera pares dos conjuntos, há uma aneuploidia.

Os poliploides, como os triploides ($3\times$) e os tetraploides ($4\times$), são comuns no reino vegetal e também estão presentes no reino animal. Um número ímpar

de conjuntos cromossômicos torna o organismo estéril, pois não há um parceiro para cada cromossomo na meiose, enquanto números pares de conjuntos podem produzir proporções de segregação do tipo padrão. Os aloploiploides (poliploides formados pela combinação de conjuntos de espécies diferentes) podem ser produzidos cruzando duas espécies correlatas, e então duplicando os cromossomos da prole com o uso de colchicina, ou podem ser feitos pela fusão de células somáticas. Essas técnicas têm aplicações importantes nos cultivos, pois os aloploiploides combinam características de ambas as espécies parentais. A poliploidia pode resultar em um organismo de dimensões maiores. Tal descoberta permitiu que fossem feitos avanços importantes na horticultura e nos cultivos.

Os aneuploides também foram importantes na criação de genótipos específicos de culturas, embora a aneuploidia em si geralmente resulte em um genoma desbalanceado com um fenótipo anormal. Os exemplos de aneuploides incluem monossômicos, ($2n-1$), trissômicos ($2n+1$) e dissômicos ($n+1$). As condições aneuploides são bem estudadas em humanos. A síndrome de Down (trissomia do 21), síndrome de Klinefelter (XXY) e síndrome de Turner ($45, X$) são exemplos bem documentados.

O nível espontâneo de aneuploidias em humanos é bem alto e gera uma grande parte das condições patológicas nas populações humanas. A maioria dos casos de aneuploidia resulta de não disjunção cromossômica na meiose, ou não disjunção cromatídica na mitose. A não disjunção mitótica pode levar a mosaicos somáticos.

Atividade

Verifique no Portal, na ferramenta Galeria da Unidade Temática, as atividades e orientações a serem desenvolvidas nesta aula.

* ANOTAÇÕES

AULA 4

DOENÇAS GENÉTICAS

■ Conteúdos

- Doenças humanas de origem genética
- Síndrome de Down: aspectos genéticos, clínicos e éticos
- Projeto Genoma Humano

■ Competências e habilidades

- Conhecer as principais doenças de origem genética que acometem os humanos e como construir heredogramas
- Entender os aspectos mais importantes relacionados à Síndrome de Down
- Conhecer o Projeto Genoma Humano e suas implicações

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via satélite com professor interativo
- 2 h-a – presenciais com professor local
- 4 h-a – mínimo sugerido para autoestudo
- 4 h-a – atividade teórico-prática

Unidade Didática – Assistência de Enfermagem
na Concepção e Gestação

Início de conversa

Nesta aula você conhecerá algumas das doenças de origem genética mais comuns. Abordaremos rapidamente algumas delas e com mais detalhes a Síndrome de Down, por ser a mais frequente. Por fim, teremos um breve histórico e apontamentos sobre o Projeto Genoma Humano. Aproveite!

Heredogramas

Também chamado de *pedigree* ou genealogia, representa as relações de parentesco entre indivíduos e o padrão de certa herança em uma família.

A história familiar desempenha um papel central na genética clínica e nos estudos das doenças genéticas. Obtida e interpretada de maneira adequada, é uma das mais úteis e acessíveis ferramentas para os clínicos que cuidam de pacientes com doenças genéticas. Ela auxilia na determinação correta do diagnóstico e do prognóstico, assim como propicia a interpretação mais exata das informações da história familiar, possibilitando que o profissional ofereça o aconselhamento genético aos indivíduos afetados ou seus familiares.

A história familiar não necessita ser longa, mas deve ser cuidadosa, abordando os seguintes aspectos:

tos: dados importantes sobre a doença em questão (data de início, evolução da doença, por exemplo), sobre os parentes de primeiro grau do afetado (ir-

mãos e pais) e outros familiares informativos, consanguinidade, origem genética entre outros, mantendo sempre atualizada.



Figura 1 – Símbolos utilizados na construção de heredogramas.

Algumas das principais doenças humanas de origem genética

Doença de Huntington (DHq)

É uma doença neurodegenerativa fatal de herança autossômica dominante caracterizada por movimentos involuntários e demência progressi-

va. O aparecimento da doença se dá entre os 30-50 anos de idade, sendo 38 a idade média de aparecimento. O gene foi mapeado no cromossomo 4p16 em 1981 por técnicas de genética molecular. É possível identificar os indivíduos portadores do gene.

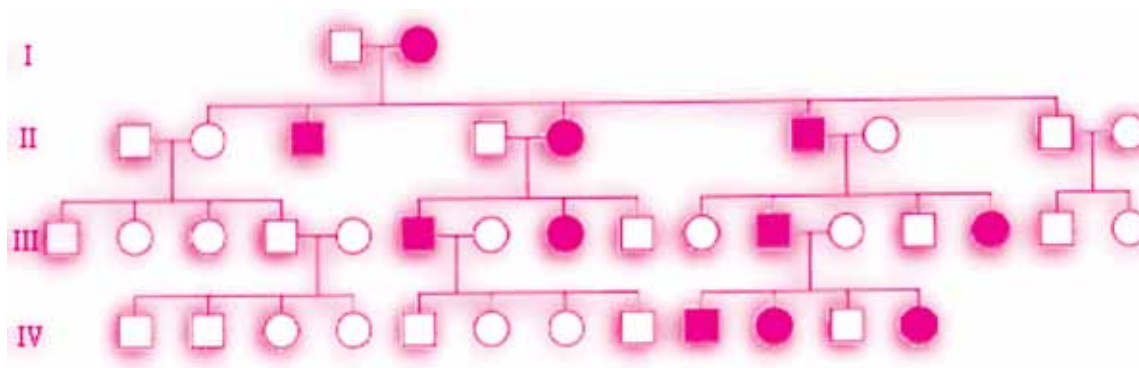


Figura 2 – Heredograma de uma família com Doença de Huntington.

■ Neurofibromatose de Von Recklinghausen (NF1)

É um distúrbio comum do sistema nervoso caracterizado por manchas café com leite e tumores cutâneos fibromatosos. O gene é clinicamente observado em praticamente todas as pes-

soas (penetrância completa). Cerca de metade dos casos de NF1 resulta de uma mutação nova e no heredograma mostrado na Figura 3. O probando (indicado por uma seta) parece ser um gene mutante novo, pois seus pais e avós não são afetados.

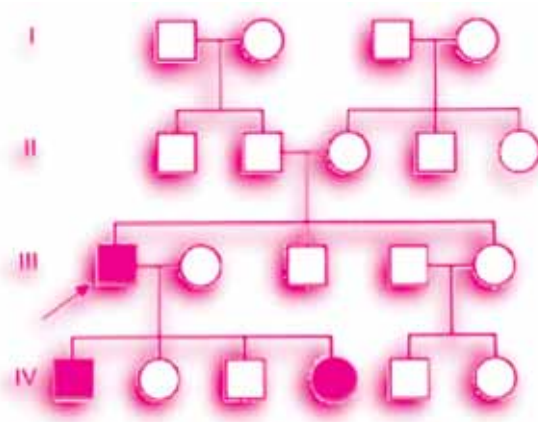


Figura 3 – Heredograma de uma família com NF1.

Fibrose cística

Doença autossômica recessiva caracterizada por doença pulmonar crônica, insuficiência pancreática exócrina, aumento da concentração de cloreto no suor. O defeito básico é uma mutação do gene que codifica a proteína reguladora da fibrose cística, provavelmente envolvida no transporte de ânions através da membrana celular.

Doença de TAY-SACHS

Distúrbio neurológico degenerativo, autossômico recessivo, que se desenvolve quando a criança tem seis meses de idade. Há uma deterioração mental e física intensa desde a lactância, a morte ocorre entre dois e três anos de idade. O defeito básico são mutações no *locus* da subunidade A da hexosaminidase A. A deficiência ou ausência da subunidade A da hexosaminidase leva ao acúmulo do gangliosídeo GM2, principalmente nos neurônios.

Raquitismo hipofosfatêmico

Distúrbio dominante ligado ao X. Caracteriza-se por capacidade reduzida de reabsorção tubular renal do fosfato filtrado.

Síndrome de Rett

Distúrbio dominante ligado ao X caracterizado por uma síndrome de retardamento mental acentuado.

Hemofilia A

Distúrbio recessivo ligado ao X clássico. É um distúrbio da coagulação caracterizado por tempo de sangramento prolongado. Causado por mutações no gene que codifica o fator VIII, componente da cascata da coagulação. A deficiência do fator VIII resulta numa formação defeituosa de fibrina, comprometendo a capacidade de coagulação.

Distrofia muscular de Duchene (DMD)

Distúrbio recessivo ligado ao X caracterizado por uma fraqueza muscular progressiva. O defeito básico é uma anormalidade do gene estrutural da proteína distrofina, causando níveis nulos ou bastante reduzidos de distrofina no músculo. Normalmente, a distrofina é ligada à membrana muscular e ajuda a manter a integridade da fibra muscular; na ausência, a fibra muscular degenera.

Síndrome de Klinefelter

Distúrbio genético provocado pela presença de um cromossomo X adicional no homem, sendo que o cariótipo comum é 47, XXY, sua forma clássica, ou 46, XY/47, XXY, sua forma mosaico. A incidência é de aproximadamente 1:500 homens. O característico é que esses homens apresentem testículos pequenos e firmes, maturação sexual retardada, azoospermia e ginecomastia. Como as características do hipogonadismo somente são

evidentes na puberdade, o diagnóstico da condição é tardio. A redução da massa testicular deve-se, geralmente, a esclerose e hialinização dos tú-

bulos seminíferos. O comprimento característico dos testículos é inferior a 2 cm com volume de 12 cm³.



Figura 4 – Esquema demonstrando padrão fenotípico de portador da Síndrome de Klinefelter.

Fonte: Modificado de <http://www.aurorahealthcare.org>

Os níveis elevados de LH e FSH também são característicos. Os níveis de testosterona podem variar de normais para baixos e diminuir com a idade. Os níveis séricos de estradiol frequentemente elevam-se. Os níveis de estrogênio relativamente mais elevados do que os de testosterona provocam a aparência feminizada da ginecomastia. Aproximadamente 10% desses pacientes apresentam mosaïcismo cromossômico.

Os mosaicos exibem características menos graves da Síndrome de Klinefelter e podem ser férteis, já que podem ser um clone normal das células que se encontram dentro dos testículos. Deficiência mental leve e doença pulmonar restrita ocorrem com maior frequência nesses pacientes do que na população geral. A infertilidade é reversível e, posterior-

mente na vida, a maior parte desses homens precisará de terapia de reposição de androgênios para terem máxima virilização e função sexual normal.

Distúrbio XX ou síndrome reversa sexual

Uma variante da Síndrome de Klinefelter. Os sinais são similares, à exceção de altura média menor do que o normal, hipospádia comum e incidência diminuída de deficiência mental. Esses pacientes possuem complemento cromossômico 46, XX. Esse paradoxo é explicado pelo fato de que suas células têm expressão de antígeno H-Y e supostamente possuem um cromossomo Y em algum lugar de seus genomas. A síndrome XYY tem a mesma incidência que a Síndrome de Klinefelter,

mas sua expressão fenotípica é mais variável. O sêmen desses homens pode variar de azoospermático a normal.

Esses pacientes são excessivamente altos e tiveram acne pustular. Uma porcentagem deles apresenta comportamento antissocial. A maioria exibe níveis normais de LH e testosterona, mas o nível de FSH depende da extensão do dano às células germinativas. Não há nenhum tratamento para a infertilidade desses pacientes.

Síndrome de Turner

Apresenta fenótipo feminino e anormalidades típicas, geralmente associadas a dificuldades do aprendizado e infertilidade; muitas vezes, fenotipicamente normal. A constituição cromossômica mais constante é 45, X sem um segundo cromossomo sexual X ou Y. As anormalidades típicas mais comuns abrangem baixa estatura, disgenesia gonadal, fácies incomum típica, pescoço alado, linha posterior de implantação dos cabelos baixa, anormalidades renais e cardiovasculares.

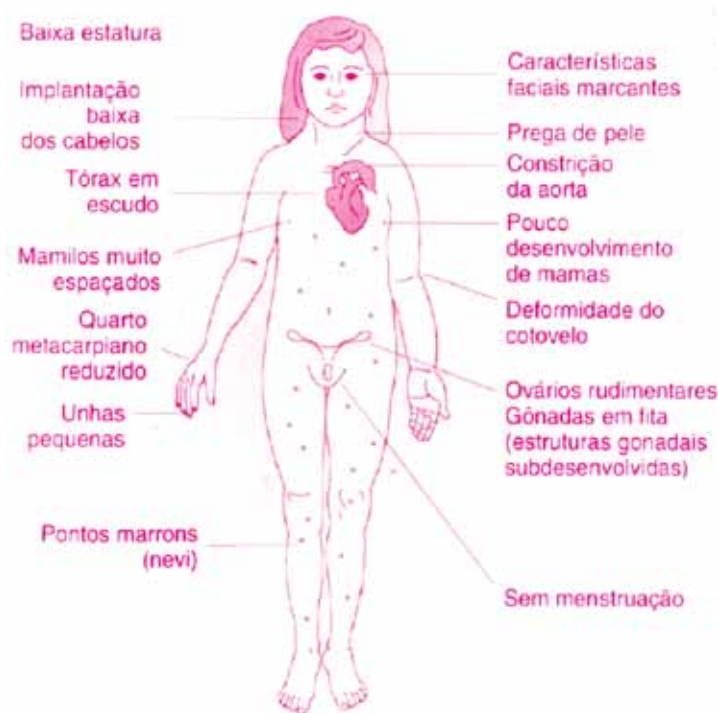


Figura 5 – Esquema demonstrando padrão fenotípico de portador da Síndrome de Turner.

Fonte: Modificado de <http://www.danbio.wordpress.com>

Síndrome de Down

Esculturas dos Olmec que viveram no México entre 1500 a.C. e 300 d.C. são as primeiras evidências do conhecimento da síndrome de Down. Após esse período é difícil encontrar nas artes algo que sugira o seu conhecimento, até o século XX. Existem controvérsias se algumas pinturas entre os séculos XIV e XVI representam pessoas com Síndrome de

Down. Com o conhecimento que temos hoje da sua frequência e de seu fenótipo, é difícil acreditar que ela só tenha sido identificada em 1866. É provável que a ausência dessas evidências se deva às altas taxas de mortalidade infantil da época.

Coube a John Langdon Down a primeira descrição clínica da Síndrome, em 1866. Influenciado pelo racismo, denominou mongoloides aqueles in-

divíduos com o grupo de características observadas, nome nunca utilizado na Rússia, território de origem da raça mongol. Lá eles eram chamados de “Down’s”.

Em face da discordância quanto ao termo, considerado como ofensivo tanto por pesquisadores orientais como por pais de pacientes no ocidente, bem como pela delegação da Mongólia junto à Organização Mundial de Saúde, a denominação mongolismo foi excluída da Revista *Lancet* em 1964, das publicações da OMS em 1965 e do *Index Medicus* em 1975. Hoje esse termo é considerado arcaico.

A síndrome de Down é a síndrome de malformações congênicas mais frequente, atingindo aproximadamente um em cada 600 nascimentos. Embora exista uma grande quantidade de informações médicas sobre essa doença, em nosso meio elas são pouco conhecidas dos médicos e outros profissionais de saúde. Assim, o nascimento de uma criança com síndrome de Down é, muitas vezes, um acontecimento embaraçoso para aqueles que a atendem. As dificuldades vão desde a habilidade para firmar o diagnóstico até a tranquilidade para informá-lo à família, preparando-a para aceitar a criança e ajudá-la em seu desenvolvimento.

Também o acompanhamento do paciente Down tem sido deficiente. As suas potencialidades, seu ritmo de crescimento e as complicações mais frequentes em cada período de sua vida são, geralmente, pouco conhecidos dos médicos. Os objetivos mais importantes deste trabalho são:

Auxiliar no estabelecimento do diagnóstico, chamando a atenção para os dados clínicos mais frequentes e marcantes desta síndrome.

Alertar para as malformações que podem estar associadas, exigindo atenção diferenciada.

Informar sobre as alterações cromossômicas mais frequentes e suas implicações para o aconselhamento genético.

Auxiliar no acompanhamento clínico dos pacientes, chamando a atenção para as complicações mais comuns em cada fase da vida e para as particularidades do crescimento e desenvolvimento.

Contribuir para uma melhor relação com a família, trazendo orientações que ajudem na transmissão do diagnóstico e esclarecimentos sobre algumas dúvidas comuns dos pais.

O diagnóstico clínico da síndrome de Down geralmente não apresenta nenhuma dificuldade. Entretanto, a cariotipagem é indicada na confirmação como base de informação genética. Embora o cariótipo específico responsável pela síndrome tenha pouco ou nenhum efeito sobre o fenótipo do paciente, é essencial à determinação do risco de recorrência.

Os tipos de alteração cromossômica que determinam a síndrome são:

Trissomia simples (padrão): a pessoa possui 47 cromossomos em todas as células (ocorre em cerca de 95% dos casos de síndrome de Down). A causa da trissomia simples do cromossomo 21 é a não disjunção cromossômica.

Translocação: o cromossomo extra do par 21 fica “grudado” em outro cromossomo. Nesse caso, embora indivíduo tenha 46 cromossomos, ele é portador da síndrome de Down (cerca de 3% dos casos de síndrome de Down). Os casos de mosaicismos podem originar-se da não disjunção mitótica nas primeiras divisões de um zigoto normal.

Mosaico: a alteração genética compromete apenas parte das células, ou seja, algumas células têm 47 e outras 46 cromossomos (ocorre em cerca de 2% dos casos de síndrome de Down). Os casos de mosaicismos podem originar-se da não disjunção mitótica nas primeiras divisões de um zigoto normal.



Figura 6 – Esquema das principais manifestações clínicas que acometem pessoas portadoras da síndrome de Down.

Fonte: <http://www.medicina.ufmg.br/down/down-principal.htm>

A história do tratamento e do prognóstico dos pacientes com síndrome de Down pode, sucintamente, ser dividida em três grandes períodos:

Período que antecede a identificação da alteração cromossômica, quando os pacientes eram rejeitados, institucionalizados e mesmo os cuidados básicos de saúde lhes eram, muitas vezes, negados. O auge desse período coincide com a eutanásia, praticada pelos nazistas.

Com a descoberta da anomalia cromossômica, inicia-se uma fase de interesse e pesquisa nas áreas médica e educacional.

O terceiro período começa com o reconhecimento, nos países desenvolvidos, do direito de toda criança, independentemente de sua capacidade mental. Começaram a ser instituídos programas educacionais adequados.

Hoje a institucionalização caminha para sua extinção, e as pessoas com síndrome de Down demonstram muito melhor desempenho quando integradas à família e à sociedade.

+ SAIBA MAIS

O desenvolvimento motor e psicossocial de indivíduos acometidos pela síndrome de Down é bastante diferente dos não-portadores da síndrome. Na tabela abaixo estão mostradas algumas dessas diferenças de desenvolvimento.

TABELA DE DESENVOLVIMENTO

	Idade - Down		Idade - Esperada	
	Media	Faixa	Media	Faixa
Movimento				
- sentar sozinho	11 meses	06-30 meses	06 meses	05-09 meses
- engatinhar	15 meses	08-22 meses	09 meses	06-12 meses
- ficar em pé	20 meses	01-03 anos	11 meses	08-17 meses
- andar sozinho	26 meses	01-04 anos	14 meses	09-18 meses
Linguagem				
- Primeira palavra	23 meses	01-04 anos	12 meses	08-23 meses
- Frase com 2 palavras	03 anos	01-07 anos	02 anos	15-32 meses
Pessoal/Social				
- Sorriso em resposta	03 meses	01-05 meses	01 mês	01-03 meses
- Comer com as mãos	18 meses	10-24 meses	10 meses	07-14 meses
- Beber no copo	23 meses	12-32 meses	13 meses	09-17 meses
- Controle esfíncter anal	04 anos	02-07 anos	22 meses	16-42 meses
- Uso da colher	29 meses	13-39 meses	14 meses	12-20 meses
- Vestir-se	07 anos	03-08 anos	04 anos	03-05 anos

Tabela traduzida de: Selikowitz, M.: DOWN SYNDROME THE FACTS, Oxford Univ. Press, 1990

Resultados, limitações e problemas decorrentes do diagnóstico pré-natal da síndrome de Down

Os resultados dos testes para diagnóstico pré-natal em geral são fornecidos quando o feto está entre a 10^a e 18^a ou até a 22^a semanas. A síndrome é detectável por análise citogenética de células das vilosidades coriônicas ou do líquido amniótico, geralmente quando a mãe tem idade avançada, o que leva a uma preocupação com o risco de síndrome

de Down no feto. Um princípio comumente aceito para realização do diagnóstico pré-natal é o de que o risco de que o feto tenha a síndrome seja maior que o risco de o procedimento de amniocentese ou coleta do material das vilosidades coriônicas usados para a obtenção de tecido fetal para análise cromossômica levar à perda do feto. Quando a criança é afetada, surge uma outra questão polêmica: interrupção da gestação, ou aborto seletivo.



Figura 5 – Criança com síndrome de Down.

Fonte: <http://www.medicina.ufmg.br/down/down-principal.htm>

Na interrupção da gestação, devem ser analisados os aspectos legais, técnicos e emocionais. Na maioria dos países desenvolvidos, é legalmente aceita a indicação de interrupção da gravidez de fetos com anormalidades graves. Pela legislação brasileira, são legalmente permitidos apenas abortos por estupro ou perigo de vida para a mãe.

De qualquer forma, não é uma decisão fácil para o casal, que deve então procurar um aconselhamen-

to genético para ser informado acerca dos aspectos práticos e psicológicos da interrupção de uma gravidez. A informação genética é uma atividade que deve ser multidisciplinar, envolvendo o médico, o geneticista, um bom laboratório de apoio e o psicólogo que irá trabalhar com as pessoas da família, dando toda a orientação e o amparo de que, certamente, necessitarão.

Observe o seguinte diálogo, mencionado no livro *From Life or death: Ethics and Options* editado por D.H.Labby, que ilustra quão difícil é lidar com esses assuntos.

Médico A – “Acerca da interrupção de uma gestação, quero sua opinião. O pai era sífilítico. A mãe, tuberculosa. Dos quatro filhos nascidos, o primeiro era cego, o segundo morreu, o terceiro era surdo e mudo e o quarto também era tuberculoso. O que você teria feito?”

Médico B – “Eu teria interrompido a gravidez.”

Médico A – “Então você teria assassinado Beethoven.”

Projeto Genoma Humano

O Projeto Genoma Humano (*Human Genome Project*, HGP) é uma das maiores façanhas da história da humanidade. Ele é traduzido como um esforço da pesquisa internacional para sequenciar e mapear todos os genes dos seres humanos, que no seu conjunto é conhecido como genoma. Integrado ao HGP, esforços semelhantes vêm sendo empregados para a caracterização de genomas de vários outros organismos, uma vez que a maioria dos organismos vivos apresenta muitos genes que são similares ou homólogos, ou seja, com funções semelhantes. A identificação das sequências e das funções dos genes desses organismos se traduz no potencial para explicar a homologia dos genes nos seres humanos, podendo ser usados como modelo animal na pesquisa biomédica.

O HGP, iniciado formalmente em 1990 e projetado para durar 15 anos, tinha como principais objetivos: determinar a ordem, ou sequência, de todas as bases do nosso DNA genômico; identificar e mapear os genes de todos os 23 pares de cromossomos humanos; armazenar essa informação em bancos de dados; desenvolver ferramentas eficientes para ana-

lisar esses dados e desenvolver meios de usar essa informação para estudo da Biologia e da Medicina.

O HGP começou como uma iniciativa do setor público, tendo a liderança de James Watson, na época chefe dos Institutos Nacionais de Saúde dos Estados Unidos (NIH). Diversas escolas, universidades e laboratórios participam do projeto, usando recursos do NIH e Departamento de Energia Norteamericano (DOE).

Basicamente, 18 países iniciaram programas de pesquisas sobre o genoma humano. Os maiores programas desenvolvem-se na Alemanha, Austrália, Brasil, Canadá, China, Coreia, Dinamarca, Estados Unidos, França, Holanda, Israel, Itália, Japão, México, Reino Unido, Rússia, Suécia e União Europeia.

Com a entrada da iniciativa privada no Projeto Genoma, dando preferência a uma abordagem dirigida apenas aos genes que apresentam interesse para a cura de doenças, o setor público passou a rever seu cronograma, e o processo de sequenciamento foi acelerado. Em fevereiro de 2001, simultaneamente ao anúncio da empresa norteamericana Celera, o HGP anunciou o primeiro esboço contendo a sequência de 3 bilhões de pares de ba-

ses, cerca de 90% quase completos do código genético humano.

Os números de genes existentes, segundo os cálculos de ambas as equipes de pesquisadores, são pouco mais que 30 mil, significativamente menor do que inicialmente se pensava (50 a 140 mil genes). Os resultados foram publicados em duas revistas diferentes. A revista inglesa *Nature* publicou o trabalho dos pesquisadores do HGP, liderados por Francis Collins, então diretor do NHGRI (National Human Genome Research Institute), e a norte-americana *Science*, o trabalho dos pesquisadores da Celera, liderados pelo cientista Craig Venter.

Com previsão para terminar em 2003, dois anos antes do que inicialmente se pensava, Francis

Collins chamou a publicação da sequência quase completa do genoma humano em 2001 como “the end of the beginning” (o final do início).

O verdadeiro resultado do HGP é a possibilidade de melhorar o diagnóstico, o tratamento e a prevenção das doenças, e a maioria dos benefícios ainda estão por acontecer para a humanidade. Com essa imensa variedade de dados de sequências, será possível alcançar propósitos impossíveis de se imaginar no início dos estudos acerca do genoma humano.

■ Atividade

Verifique no Portal, na ferramenta Galeria da Unidade Temática, as atividades e orientações a serem desenvolvidas nesta aula.

* ANOTAÇÕES

AULA 5

BIOTECNOLOGIA E SUAS IMPLICAÇÕES NA MEDICINA HUMANA

■ Conteúdo

- Tecnologia do DNA recombinante
- Clonagem do DNA e suas aplicações médicas
- Terapia gênica e produtos transgênicos

■ Competências e habilidades

- Conhecer as técnicas biotecnológicas mais comumente usadas na área médica
- Entender as implicações decorrentes do estudo e desenvolvimento de novas tecnologias para diagnóstico e tratamentos

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via satélite com professor interativo
- 2 h-a – presenciais com professor local
- 4 h-a – mínimo sugerido para autoestudo
- 4 h-a – atividade teórico-prática

Unidade Didática – Assistência de Enfermagem
na Concepção e Gestação

INÍCIO DE CONVERSA

Biotecnologia é o nome dado ao conjunto de procedimentos e técnicas de manipulação de ácidos nucleicos e proteínas (biologia molecular) que permitem aplicações médicas na área de diagnósticos e procedimentos terapêuticos ou alteração da estrutura genética de seres vivos para a obtenção de produtos para uso humano. Nesta aula, analisaremos alguns aspectos interessantes dessas tecnologias.

BIOTECNOLOGIA E SUAS IMPLICAÇÕES NA MEDICINA HUMANA

A genética e biologia molecular têm vivenciado intensas mudanças ao longo dos últimos anos. A identificação das enzimas de restrição, enzimas que clivam o DNA em sítios específicos, facilitou enormemente a manipulação direta e clonagem do material genético. Além disso, a introdução de técnicas utilizando essas enzimas promoveu o estudo da variabilidade genética, o qual é de extrema im-

portância, entre outros motivos, para o mapeamento dos genes envolvidos em doenças hereditárias. Desse modo, os RFLP (*restriction fragment length polymorphism* – polimorfismos no comprimento de fragmentos restritos) passaram a ser investigados.

Posteriormente, o avanço tecnológico permitiu o desenvolvimento da técnica de PCR, a qual permite a amplificação de uma sequência específica de DNA milhões de vezes em um curto período de tempo. A introdução dessa técnica em muito facilitou os estudos genéticos, a identificação de genes envolvidos em um grande número de patologias e o desenvolvimento de testes diagnósticos e prognósticos.

Mais recentemente, microchips contendo matrizes de alta densidade de sondas de DNA passaram a ser utilizados. Essa tecnologia promete revolucionar a área da genética molecular, permitindo a realização de estudos envolvendo uma grande quantidade de hibridizações ou sequenciamentos a uma velocidade antes inimaginável.

Tecnologia do DNA recombinante

Até a década de 1970, o DNA era o componente celular mais difícil de ser analisado. Sua sequência de nucleotídeos de enorme tamanho e monotonia química era geralmente analisada por meios indiretos como a sequência de proteínas e análise genética. A partir da década de 1970, novas tecnologias foram desenvolvidas, permitindo o isolamento e a purificação de genes específicos, num processo chamado de clonagem gênica. Na verdade, muitas dessas técnicas são provenientes da Microbiologia, Bioquímica, Imunologia e Genética Microbiana e permitiram que a análise do DNA ganhasse um novo enfoque. O DNA tornou-se, então, a molécula mais fácil de ser analisada, sendo possível isolar regiões específicas, obtê-las em grande quantidade e determinar a sua sequência numa velocidade de milhares de nucleotídeos por dia.

A tecnologia do DNA recombinante, como se convencionou denominar esse conjunto de técnicas, tem uma ampla aplicação. Ela pode ser usada para estudar mecanismos de replicação e expressão gênica, na determinação da sequência de um gene e

consequentemente da proteína que ele codifica, ou no desenvolvimento de culturas microbianas capazes de produzir substâncias úteis, tais como a insulina humana, hormônio de crescimento, vacinas e enzimas industriais em grandes quantidades. Sua aplicação comercial ou biotecnológica parece ter um potencial inesgotável.

Como consequência do desenvolvimento dessa tecnologia atualmente é possível realizar investigação de paternidade e o diagnóstico de doenças genéticas e infecciosas através da análise de DNA.

Reação em cadeia da Polimerase (PCR)

A técnica da reação em cadeia da polimerase (Polymerase Chain Reaction PCR) foi concebida por Kary Mullis e colaboradores em 1984, e desenvolvida na Cetus Corporation. A técnica é conceitualmente muito simples e mimetiza o processo natural de replicação do DNA *in vivo*.

Numa simples reação, permite a amplificação específica de segmentos de DNA raros ou em pequenas quantidades numa mistura de DNA, representando, assim, uma alternativa à clonagem gênica. À mistura da reação são adicionados os seguintes componentes à sequência-alvo: 1) um par de primers flanqueando a sequência a ser amplificada; 2) todos os quatro desoxirribonucleotídeos trifosfatos (dNTPs); 3) uma DNA polimerase termoestável.

O método baseia-se na repetição de três etapas (Figura 1), todas conduzidas sucessivamente sob condições controladas de diferentes temperaturas, mantidas em aparelhos específicos para esse fim:

Etapa 1: desnaturação do DNA a 94°C por 1 minuto. Essa temperatura permite a separação das fitas duplas de DNA, tornando-as simples fita, preparando o DNA para a etapa seguinte de anelamento dos primers.

Etapa 2: a segunda etapa do ciclo envolve o anelamento dos primers no terminal 3' do molde de DNA simples fita. Para isso a temperatura é diminuída para 50°C por 1 a 1,5 minuto.

Etapa 3: a etapa de polimerização envolve a utilização da Taq polimerase, que funciona eficientemente entre 72-74°C (2 minutos), adicionando bases nucleotídicas.

tídicamente complementares ao molde de DNA utilizado, iniciando a reação a partir dos primers iniciadores.

Assim, ciclos repetidos de desnaturação, anelamento dos primers e polimerização amplificam rapidamente a sequência de interesse. A cada ciclo o número de cópias da sequência entre os sítios dos primers é dobrado; portanto, a sequência desejada aumenta exponencialmente.

A técnica de PCR é tão eficiente em amplificar sequências específicas, que o DNA isolado de uma única célula humana pode ser analisado para mutações associadas com várias doenças genéticas. Esse procedimento permite a recuperação e rápida amplificação de sequências inteiras entre quaisquer dois terminais cujas sequências sejam conhecidas; a sequência amplificada pode ser então ligada a vetores de clonagem.

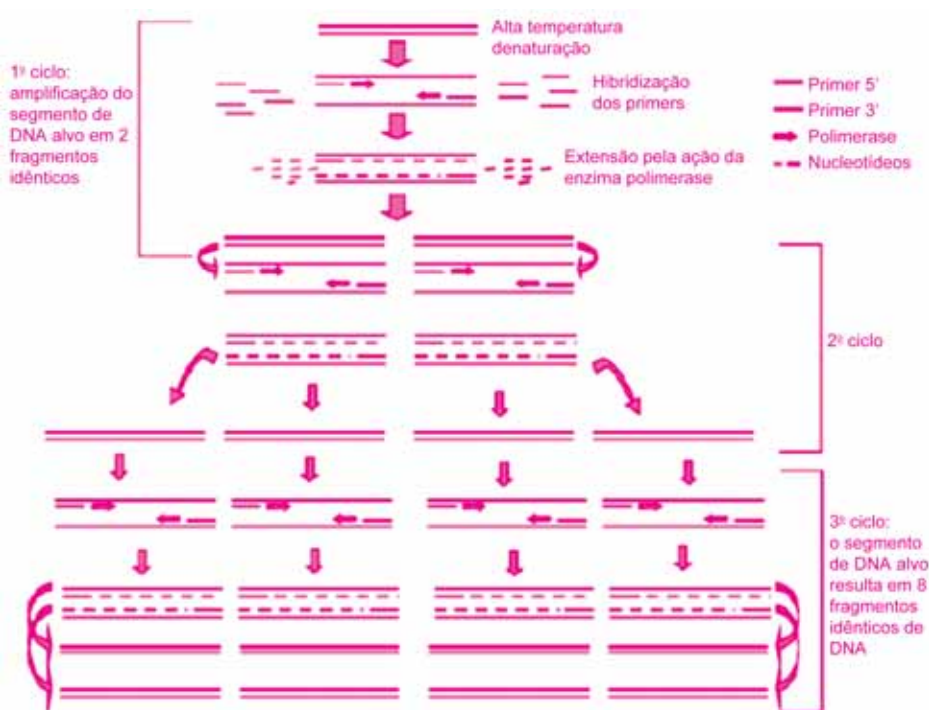


Figura 1 – Esquema demonstrando as etapas de uma Reação em Cadeia da Polimerase.

Aplicações na medicina

O primeiro trabalho documentado sobre as aplicações dos produtos da PCR data de 1985 e relata a mutação que causa a anemia falciforme.

Nos dias de hoje, a biologia molecular tem contribuído muito com a medicina, principalmente no que diz respeito a diagnósticos de doenças. Distrofia muscular do tipo Duchene e do tipo Becker, fibrose cística do pâncreas e AIDS são apenas alguns exemplos de doenças que podem ser diagnosticadas por técnicas de biologia molecular.

O PCR é a técnica mais usada para diagnósticos de doenças. Por PCR, pode-se também detectar mutações em oncogenes (p53, K-ras e BRCA 1 e 2); detec-

tar a causa de infecções através de marcadores moleculares específicos, canalizando o tratamento de forma eficiente; verificar tendência genética a infarto através da tipagem do gene ACE (enzima conversora de angiotensina) e fazer vários diagnósticos pré-natais.

Como exemplo de um diagnóstico feito por PCR, pode-se citar o diagnóstico da Distrofia Muscular de Duchene (DMD), caracterizada por uma degeneração progressiva e irreversível dos músculos esqueléticos. É determinada por um gene do cromossomo X, e o padrão de herança é recessivo ligado ao X, afetando apenas indivíduos do sexo masculino.

O gene da DMD foi clonado em 1987 e possui 2,5 milhões de pares de bases, de onde cerca de 99% são íntrons.

A identificação da deleção em pacientes com suspeita de DMD é extremamente importante para o prognóstico clínico e o aconselhamento genético.

Terapia gênica

A terapia gênica que foi criada com o objetivo de corrigir as doenças genéticas, hoje, devido à sua versatilidade tecnológica, a maioria das doenças adquiridas e genéticas passou a ser alvo potencial de estudo. O princípio baseia-se em transferir gene(s) ou segmento(s) de ácidos nucleicos (DNA ou RNA) nas células dos pacientes através de vetores, *in vivo* ou *ex vivo*, para suprir uma disfunção gênica ou atribuir

uma nova função. O câncer é a principal doença pesquisada, e estudos de casos de AIDS e doenças vasculares estão aumentando. Um dos fatores mais determinantes para sucesso de terapia gênica ainda é a construção de um bom vetor, ou seja, aquele capaz de carregar tamanhos variáveis de genes, transfectando quaisquer células com especificidade controlável, seja *in vivo* ou *in vitro*. Além disso, é necessário que o vetor possua um mecanismo de regulação de expressão do gene terapêutico para que a quantidade do produto gênico e o tempo de expressão sejam modulados. Acredita-se que melhorias concretas estejam por vir em futuro próximo.

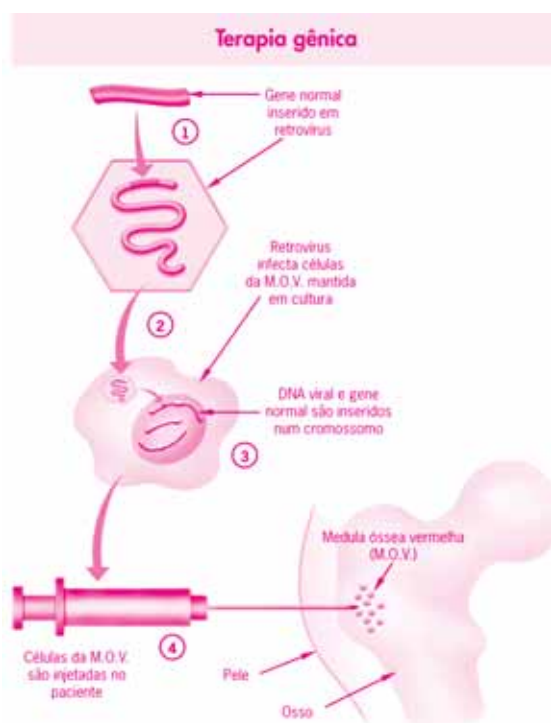


Figura 2 – Esquema demonstrando etapas da terapia gênica.

Fonte: http://biologiacesarsezar.editorasaraiva.com.br/navitacontent/_userFiles/File/Biologia_Cesar_Sezar/Bio3_170.jpg

Aplicações da clonagem gênica

A aplicação mais bem-sucedida da clonagem gênica tem sido o desenvolvimento de proteínas animais em micro-organismos transformados que sintetizam versões recombinantes. Muitas proteínas de valor farmacêutico são sintetizadas por animais em pequenas quantidades, e sua purificação é difícil e cara.

A clonagem gênica oferece a possibilidade mais barata e reproduzível de gerar essas proteínas através do crescimento em larga escala de bactérias recombinantes (Figura 3). Uma das primeiras proteínas humanas a serem clonadas foi a insulina, em 1978.

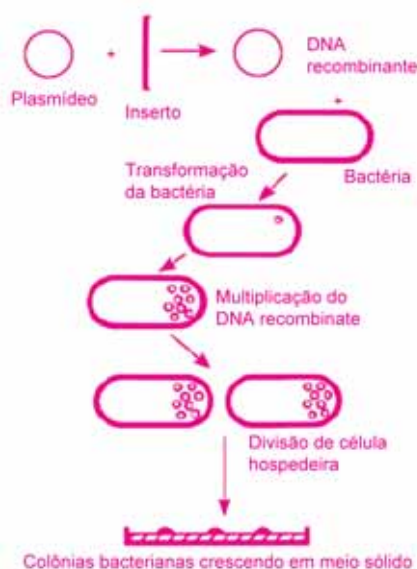


Figura 3 – Esquema demonstrando a tecnologia do DNA recombinante.

Existem proteínas para as quais os benefícios da clonagem gênica são óbvios. Entre elas incluem-se os interferons, que estão presentes no corpo em quantidade tão pequena, uma vez que são sintetizados em resposta a ataques virais, e sua purificação é quase impossível pelos meios convencionais.

A clonagem gênica ofereceu o único meio viável de obter grande quantidade dessas proteínas. E ainda mais importante, a clonagem gênica pode fornecer preparações ultrapuras das proteínas com problemas de contaminação.

O Fator VIII, uma proteína da cascata da coagulação do sangue, encontra-se deficiente na forma mais predominante de hemofilia, e era obtida de doadores de sangue humano. Sua purificação envolvia dificuldades em remover partículas virais, que podem estar presentes no sangue. Hepatite e HIV poderiam ser passados a hemofílicos via injeções de fator VIII. A obtenção do fator VIII recombinante, livre de contaminações, bem como outras proteínas listadas no Quadro 1, representa hoje uma realização significativa para a tecnologia da clonagem gênica.

Quadro 1 – Proteínas humanas recombinantes.

Proteínas	Valor Terapêutico
Fator VIII da coagulação	Tratamento de hemofilia A
Insulina humana	Tratamento de diabetes
Interferon	Agente anticâncer Tratamento de hepatite 8
Interleucina-2	Supressão de doenças auto-imunes Aumento de sobrevivência de transplantes cardíacos
Eritropoietina	Tratamento de anemia
Hormônio do crescimento	Tratamento de deficiência do hormônio
Ativador do plasminogênio tecidual	Tratamento de trombose coronariana

Objetivos ou utilidade do estudo do DNA re-combinante:

Identificação da estrutura genética do organismo a que o DNA pertence ou pertenceu

Identificação de pessoas desaparecidas

Identificação de criminosos

Testes de paternidade duvidosa

Uma amostra de DNA é extraída e purificada, a partir de glóbulos brancos do sangue de uma pessoa.

O DNA extraído é submetido a tratamento com enzimas de restrição, ocorrendo a fragmentação.

Os fragmentos obtidos são separados um dos outros através de eletroforese (técnica que permite separar os fragmentos de DNA de acordo com seu tamanho e carga elétrica).

Comparação dos fragmentos obtidos com o DNA de outra pessoa (amostra de DNA de um cadáver com seus parentes próximos; amostra de sangue encontrado no local de um crime e suspeito do mesmo; criança e pais).

A eletroforese do DNA cortado fornece um padrão típico de barras (faixas) de cada pessoa. Para cada indivíduo, obtém-se, portanto, um padrão de barras (parecido com o código de produtos de supermercados) que consiste nas “impressões digitais” do DNA.

Com exceção de gêmeos univitelínicos, não existem dois indivíduos cujo DNA seja igual. Moléculas de DNA de pessoas diferentes são cortadas em pontos específicos diferentes.

Todas as bandas presentes no DNA da criança têm de ter vindo do pai ou da mãe, caso contrário, a paternidade será excluída. No caso de uma paternidade duvidosa, e se o pai apresentar todas as bandas de DNA que não se encontrarem na mãe, a paternidade estará confirmada (confiabilidade 99,999999%).

Multiplicação do DNA extraído e posterior estudo:

Estudo exaustivo do gene: identificação, determinação dos nucleotídeos e, conseqüentemente, da sequência de aminoácidos na proteína que o gene codifica e, portanto, de sua função.

Comparação de genes de organismos diferentes, fornecendo informações sobre alterações ocorridas no DNA ao longo do processo evolutivo das espécies (por exemplo, comparação do DNA do homem e do chimpanzé).

Expressão de genes em bactérias: introdução de genes (extraídos de outros seres vivos) em bactérias, instruindo-as a produzir determinadas substâncias que antes não produziam (insulina, hormônio de crescimento).

Produção de animais e vegetais transgênicos.

■ **Atividade**

Verifique no Portal, na ferramenta Galeria da Unidade Temática, as atividades e orientações a serem desenvolvidas nesta aula.

* **ANOTAÇÕES**

AULA 6

GAMETOGÊNESE, FECUNDAÇÃO, IMPLANTAÇÃO E PRIMEIRAS SEMANAS DO DESENVOLVIMENTO

■ Conteúdo

- Gametogênese masculina e feminina
- Fecundação e implantação uterina
- Desenvolvimento na 1ª semana pós-fecundação e implantação
- Desenvolvimento na 2ª semana pós-fecundação
- Desenvolvimento na 3ª semana pós-fecundação

■ Competências e habilidades

- Compreender como ocorre a gametogênese
- Entender o processo de fecundação e implantação do embrião
- Conhecer e inter-relacionar os eventos das três primeiras semanas do período embrionário

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via satélite com professor interativo
- 2 h-a – presenciais com professor local
- 4 h-a – mínimo sugerido para autoestudo
- 4 h-a – atividade teórico-prática

Unidade Didática – Assistência de Enfermagem
na Concepção e Gestação

INÍCIO DE CONVERSA

Olá novamente! Nestas duas últimas aulas desta unidade temática, abordaremos os princípios da embriologia humana. Conheceremos como nossos organismos se preparam para gerar uma nova vida e as mudanças por que esse novo ser passa, no período que chamamos de embrionário. O assunto é muito interessante, e tenho certeza de que você irá adorar!



! IMPORTANTE

Sugiro que antes de começarmos esta aula você dê uma olhada na aula 3 – “Morfologia dos sistemas nervoso central e periférico, urogenital e glandular”, da unidade temática “Anatomia e Fisiologia dos Sistemas”, no livro 2; para revisar o sistema urogenital feminino e masculino!

Gametogênese

A gametogênese é o processo pelo qual os gametas são produzidos nos organismos dotados de reprodução sexuada. Nos animais, a gametogênese acontece nas gônadas, órgãos que também produzem os hormônios sexuais, que determinam as características que diferenciam os machos das fêmeas.

O evento fundamental da gametogênese é a meiose, que reduz à metade a quantidade de cro-

mossomos das células, originando células haploides. Na fecundação, a fusão de dois gametas haploides reconstitui o número diploide característico de cada espécie.

Em linhas gerais, a gametogênese masculina (ou espermatogênese) e a gametogênese feminina (ovogênese ou ovulogênese) seguem as mesmas etapas (Figura 1). Veremos cada uma delas a seguir.

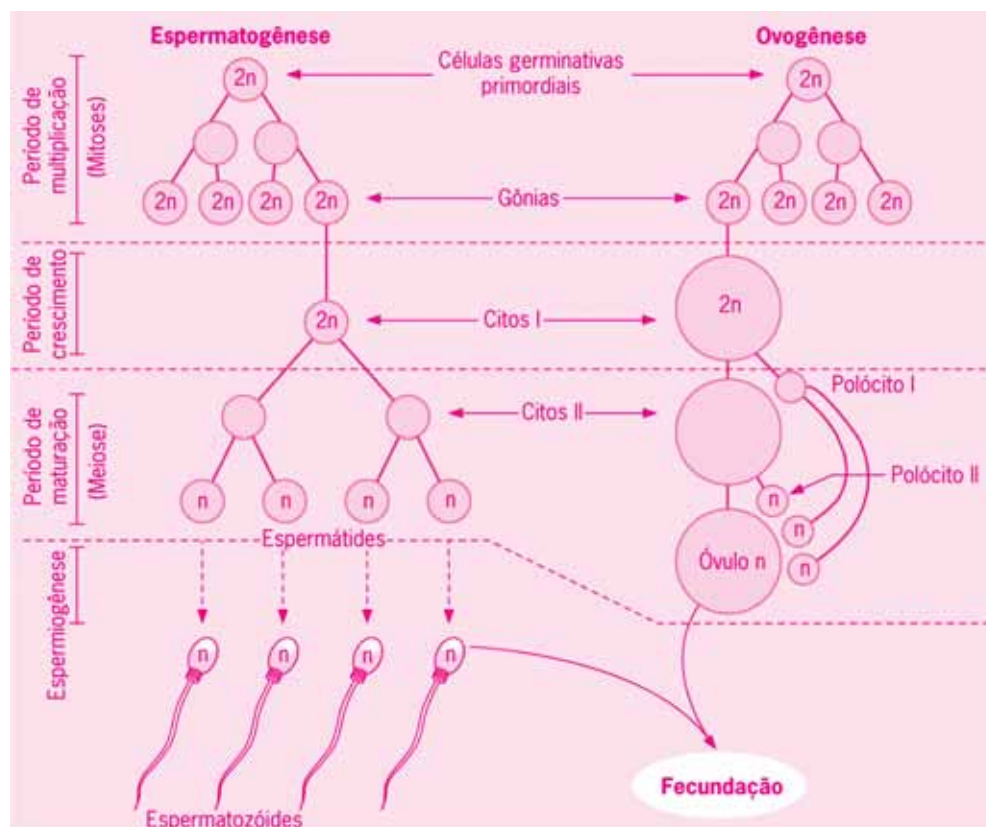


Figura 1 – Esquema das gametogêneses masculina e feminina.

Espermatogênese

Processo que ocorre nos testículos, gônadas masculinas. Secretam a testosterona, hormônio sexual responsável pelo aparecimento das características sexuais masculinas: aparecimento da barba e dos pelos corporais em maior quantidade, massa muscular mais desenvolvida, timbre grave da voz, entre outras.

As células dos testículos estão organizadas ao redor dos túbulos seminíferos, nos quais os espermatozoides são produzidos. A testosterona é secretada pelas células intersticiais. Ao redor dos túbulos seminíferos estão células responsáveis pela nutrição e pela sustentação das células da linhagem germinativa, ou seja, as que irão gerar os espermatozoides.

VOCÊ SABIA?

Nos mamíferos, geralmente os testículos ficam fora da cavidade abdominal, em uma bolsa de pele chamada bolsa escrotal. Dessa forma, a temperatura dos testículos permanece aproximadamente 1°C inferior à temperatura corporal, o que é ideal para a espermatogênese.

A espermatogênese divide-se em quatro fases:

Fase de proliferação ou de multiplicação: Tem início durante a vida intrauterina, antes mesmo do nascimento do menino, e se prolonga praticamente por toda a vida. As células primordiais dos testículos, diploides, aumentam em quantidade por mitoses consecutivas e formam as espermatogônias.

Fase de crescimento: Um pequeno aumento no volume do citoplasma das espermatogônias as converte em espermatócitos de primeira ordem, também chamados espermatócitos primários ou espermatócitos I, também diploides.

Fase de maturação: Também é rápida, e corresponde ao período de ocorrência da meiose. Depois da primeira divisão meiótica, cada espermatócito de primeira ordem origina dois espermatócitos de segunda ordem (espermatócitos secundários ou espermatócitos II). Como resultam da primeira divisão da meiose, já são haploides, embora possuam cromossomos duplicados. Com a ocorrência da segunda divisão meiótica, os dois espermatócitos de segunda ordem originam quatro espermátides haploides.

Espermiogênese: É o processo que converte as espermátides em espermatozoides, perdendo quase todo o citoplasma. As vesículas do complexo golgiense fundem-se, formando o acrossomo, localizado na extremidade anterior dos espermatozoides. O acrossomo contém enzimas que perfuram as membranas do óvulo, na fecundação. Os centríolos migram para a região imediatamente posterior ao núcleo da espermátide e participam da formação do flagelo, estrutura responsável pela movimentação dos espermatozoides. Grande quantidade de mitocôndrias, responsáveis pela respiração celular e pela

produção de ATP, concentram-se na região entre a cabeça e o flagelo, conhecida como peça intermediária (Figura 2).

Ovogênese

Nos ovários, encontram-se agrupamentos celulares chamados folículos ovarianos, onde estão as células germinativas, que originam os gametas, e as células foliculares, responsáveis pela manutenção das células germinativas e pela produção dos hormônios sexuais femininos.

Nas mulheres, apenas um folículo ovariano entra em maturação a cada ciclo menstrual, período compreendido entre duas menstruações consecutivas e que dura, em média, 28 dias. Isso significa que, a cada ciclo, apenas um gameta torna-se maduro e é liberado no sistema reprodutor da mulher.

Os ovários alternam-se na maturação dos seus folículos, ou seja, a cada ciclo menstrual, a liberação de um óvulo, ou ovulação, acontece em um dos dois ovários.

A ovogênese é dividida em três etapas:

Fase de multiplicação ou de proliferação: É uma fase de mitoses consecutivas, quando as células germinativas aumentam em quantidade e originam ovogônias. Nos fetos femininos humanos, a fase proliferativa termina por volta do final do primeiro trimestre da gestação. Portanto, quando uma menina nasce, já possui em seus ovários cerca de 400.000 folículos ovarianos. É uma quantidade limitada, ao contrário dos homens, que produzem espermatogônias durante quase toda a vida.

Fase de crescimento: Logo que são formadas, as ovogônias iniciam a primeira divisão da meiose, interrompida na prófase I. Passam, então, por um notável crescimento, com aumento do citoplasma e grande acumulação de substâncias nutritivas. Esse depósito citoplasmático de nutrientes chama-se vitelo, e é responsável pela nutrição do embrião durante seu desenvolvimento. Terminada a fase de crescimento, as ovogônias transformam-se em ovócitos primários (ovócitos de primeira ordem ou ovócitos I). Nas mulheres, essa fase perdura até a

puberdade, quando a menina inicia a sua maturidade sexual.

Fase de maturação: Dos 400.000 ovócitos primários, apenas 350 ou 400 completarão sua transformação em gametas maduros, um a cada ciclo menstrual. A fase de maturação inicia-se quando a menina alcança a maturidade sexual, por volta de 11 a 15 anos de idade. Quando o ovócito primário completa a primeira divisão da meiose, interrompida na prófase I, origina duas células. Uma delas não recebe citoplasma e desintegra-se a seguir, na maioria das vezes sem iniciar a segunda divisão da meiose. É o primeiro corpúsculo polar (polócito). A outra célula, grande e rica em vitelo, é o ovócito secundário (ovócito de segunda ordem ou ovócito II). Ao sofrer a segunda divisão da meiose, origina o segundo corpúsculo polar, que também morre em pouco tempo, e o óvulo, gameta feminino, célula volumosa e cheia de vitelo. Na gametogênese feminina, a divisão meiótica é desigual porque não reparte igualmente o citoplasma entre as células-filhas. Isso permite que o óvulo formado seja bastante rico em substâncias nutritivas.

Fecundação

Para a formação de um novo indivíduo, os gametas fundem-se aos pares, um masculino e outro feminino, que possuem papéis diferentes na formação do descendente. Essa fusão é a fecundação ou fertilização.

Ambos trazem a mesma quantidade haploide de cromossomos, mas apenas os gametas femininos possuem nutrientes, que alimentam o embrião durante o seu desenvolvimento. Por sua vez, apenas os gametas masculinos são móveis, responsáveis pelo encontro dentro do corpo da mulher.

Além da membrana plasmática, o óvulo possui outro revestimento mais externo, a membrana vitelínica. Quando um espermatozoide faz contato com a membrana vitelínica, a membrana do acrossomo funde-se à membrana do espermatozoide (reação acrossômica), liberando as enzimas presentes no acrossomo. As enzimas do acrossomo dissolvem a membrana vitelínica e abrem caminho para a penetração do espermatozoide. A fusão da membrana do espermatozoide com a membrana do óvulo faz com que o núcleo do espermatozoide penetre no óvulo. Nesse instante, a membrana do óvulo sofre alterações químicas e elétricas, transformando-se na membrana de fertilização, que impede a penetração de outros espermatozoides.

No interior do óvulo, o núcleo do espermatozoide, agora chamado pró-núcleo masculino, funde-se com o núcleo do óvulo, o pró-núcleo feminino. Cada pró-núcleo traz um lote haploide de cromossomos, e a fusão resulta em um lote diploide, o zigoto. Nessa célula, metade dos cromossomos tem origem paterna, e metade, origem materna.



Figura 2 – Espermatozoide e óvulo humanos.

Fonte: <http://www.clinimater.com.br/anatomia.htm>

A fecundação compreende todos os eventos desde a penetração da membrana do óvulo pelo acrossoma do espermatozoide até a união dos cromossomos do espermatozoide e do óvulo em um só núcleo, restaurando o número diploide de cromossomos.

Após o depósito dos espermatozoides na vagina, a fecundação ocorre na extremidade superior da tuba uterina (Figura 3). O grande número de espermatozoides liberados aumenta a possibilidade de que alguns possam atravessar o útero e a tuba uterina e coletivamente contribuir para a dispersão enzimática das células foliculares retidas em torno do óvulo liberado.

A reprodução humana dispõe de um mecanismo hormonal bastante complexo. As células intersticiais dos testículos produzem androgênios, como a testosterona, os quais estimulam o desenvolvimento e a manutenção dos caracteres sexuais masculinos secundários e as glândulas anexas masculinas, a próstata e a vesícula seminal.

Os ovários produzem os hormônios sexuais femininos, progesterona e estradiol. O estradiol controla as alterações do corpo feminino na época da puberdade ou maturidade sexual alargando a pel-

ve, desenvolvendo os seios, promovendo o crescimento do útero, da vagina e genitália externa. A progesterona é necessária para completar cada ciclo menstrual, para a implantação do embrião e para a manutenção da gravidez. Os ciclos menstruais são regulados por interações complexas entre FSH, LH, prolactina, estradiol e progesterona. A ovulação é estimulada por uma intrincada sequência de controles de retroalimentação (*feedback*), que incluem o hormônio liberador de gonadotrofina, o LH, o estradiol e também o FSH e a progesterona. Os anticoncepcionais orais contêm análogos sintéticos de estradiol e progesterona e funcionam impedindo a secreção do hormônio liberador da gonadotrofina.

A placenta produz os hormônios proteicos gonadotrofina coriônica e lactogênio placentário e os hormônios esteroides progesterona e estradiol.

A lactação está sob um controle hormonal muito complexo, que inclui o estradiol e a progesterona, além da prolactina, o hormônio do crescimento, a insulina, bem como o ACTH. A secreção de leite pelas glândulas alveolares é regulada pela prolactina, porém o transporte do leite do alvéolo para o mamilo é controlado pela ocitocina, que estimula a contração das células mioepiteliais que espremam os alvéolos.

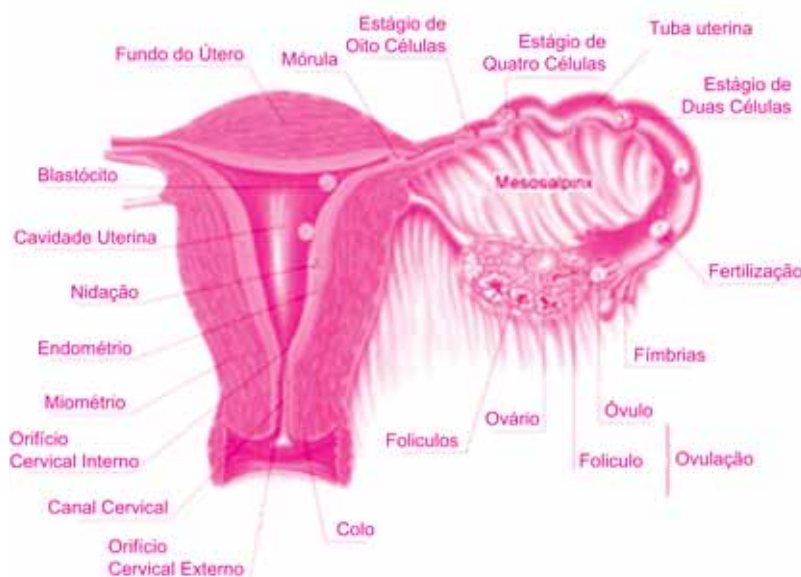


Figura 3 – Esquema do processo de fecundação no sistema reprodutor feminino.

Fonte: <http://www.clinimater.com.br/anatomia.htm>

Desenvolvimento embrionário

A ativação do óvulo pela fecundação inicia divisões mitóticas, denominadas clivagem. A clivagem frequentemente conduz a um estágio multicelular conhecido como blástula, contendo uma cavidade interior, a blastocela. A massa total da blástula é menor do que a do ovo.

A gastrulação converte a blástula em um embrião bilateral (gástrula) que possui o plano básico do adulto. A conversão ocorre através de movimentos morfogenéticos das células embrionárias. Os folhetos germinativos (ectoderma, mesoderma e endoderma) tornaram-se evidentes durante a gastrulação.

Seguindo-se à gastrulação, os rudimentos de órgãos derivados de um ou mais folhetos germinativos são logo estabelecidos. Em todos os animais, o sistema nervoso, a camada epidérmica da pele e as regiões bucal e anal são derivadas do ectoderma; o revestimento do intestino e as diversas regiões associadas ao intestino, tais como o fígado e o pâncreas, são derivados do endoderma, e as camadas musculares, os vasos sanguíneos e o tecido conjuntivo são derivados do mesoderma.

A posição é o primeiro fator na determinação do destino das células embrionárias e na regulação do curso do desenvolvimento. A posição determina a natureza do meio citoplasmático e do meio celular circundante, os quais, interagindo com o núcleo, regulam a ativação sequencial dos genes e, desse modo, o destino final da célula.

O embrião humano é incubado no interior do útero, onde ele chega sob a forma de blástula (blastocisto), seguindo-se à fecundação na parte superior da tuba uterina. O córion e a alantoide adaptaram-se para a troca de gases, alimentos e dejetos entre as correntes sanguíneas embrionária e uterina. As partes do córion-alantoide e da parede uterina relacionadas com as trocas constituem a placenta.

A gemelação, ou nascimentos múltiplos, nos mamíferos, resulta da liberação de mais de um óvulo dos ovários da separação dos blastômeros na clivagem do ovo, ou da formação de mais de um centro embrionário dentro do blastocisto.

Primeira semana do desenvolvimento

O desenvolvimento humano tem início com a fertilização, mas uma série de eventos deve ocorrer antes que esse processo possa se iniciar (ex.: gametogênese).

Os ovócitos são produzidos pelo ovário (ovogênese) e são dali expelidos durante a ovulação. O ovócito é varrido para a tuba uterina, onde pode ser fertilizado.

Os espermatozoides são produzidos nos túbulos seminíferos dos testículos (espermatogênese) e armazenados no epidídimo. A ejaculação durante o ato sexual resulta no depósito de milhões de espermatozoides na vagina. Muitos atravessam útero e penetram nas tubas uterinas.

Quando um ovócito secundário entra em contato com um espermatozoide, ele completa a segunda divisão meiótica. Em consequência, são formados um óvulo maduro e um segundo corpo polar. O núcleo do óvulo maduro constitui o pronúcleo feminino.

Após a penetração do espermatozoide no citoplasma do óvulo, sua cabeça se separa da cauda, aumenta de tamanho e torna-se o pronúcleo masculino. A fertilização completa-se quando os cromossomos paternos e maternos se misturam durante a metáfase da primeira divisão mitótica do zigoto, a célula que dá origem ao ser humano.

Enquanto percorre a tuba uterina, o zigoto sofre uma clivagem (uma série de divisões mitóticas), em certo número de células pequenas chamadas blastômeros. Cerca de três dias depois da fertilização, uma esfera de 12 a 16 blastômeros, chamada mórula, penetra no útero.

Logo se forma uma cavidade na mórula, convertendo-a em um blastocisto que consiste em uma massa celular interna, ou embrioblasto, que vai originar o embrião, uma cavidade blastocística e uma camada externa de células, o trofoblasto, que envolve a massa celular interna e a cavidade blastocística, e forma depois a parte embrionária da placenta.

De quatro a cinco dias após a fertilização, a zona pelúcida desaparece, e o blastocisto prende-se ao epitélio endometrial, processo chamado de nidação ou implantação embrionária. As células do sincio-trofoblasto invadem, então, o epitélio endometrial e o seu estroma subjacente. Simultaneamente, o hipo-

blasto começa a formar-se na superfície profunda da massa celular interna. Ao final da primeira sema-

na, o blastocisto está superficialmente implantado no endométrio.



Figura 4 – Fases da multiplicação embrionária.

Fonte: Modificado de http://bi0space.blogspot.com/2007_11_01_archive.html

Segunda semana do desenvolvimento

A rápida proliferação e diferenciação do trofoblasto são características importantes da segunda semana do desenvolvimento. Esses processos ocorrem durante a implantação do blastocisto.

As várias alterações endometriais resultantes da adaptação dos tecidos endometriais à implantação do blastocisto são conhecidas coletivamente como reação decidual.

Ao mesmo tempo, forma-se o saco vitelínico primário, e o mesoderma extraembrionário cresce a partir do citotrofoblasto. O celoma extraembrionário se forma a partir dos espaços que se desenvolvem no mesoderma extraembrionário. Esse celoma torna-se a cavidade coriônica. O saco vitelino primário vai diminuindo gradativamente, enquanto o saco vitelínico secundário cresce.

Enquanto essas mudanças extraembrionárias ocorrem, os seguintes desenvolvimentos são reconhecíveis: aparece a cavidade amniótica como um espaço entre o citotrofoblasto e a massa celular interna; a massa celular interna diferencia-se num disco embrionário bilaminar,

consistindo no epiblasto, relacionado com a cavidade amniótica, e no hipoblasto, adjacente à cavidade blastocística; a placa pré-cordial desenvolve-se como um espessamento localizado do hipoblasto, indicando a futura região cranial do embrião e o futuro sítio da boca.

Terceira semana do desenvolvimento

Grandes mudanças ocorrem no embrião com a sua passagem do disco embrionário bilaminar para um disco embrionário trilaminar, composto de três camadas germinativas. Esse processo de formação de camadas germinativas é denominado gastrulação.

A linha primitiva

A linha primitiva aparece no início da terceira semana como um espessamento na linha média do epiblasto embrionário na extremidade caudal do disco embrionário. Ela dá origem a células mesenquimais que migram ventralmente, lateralmente e cranialmente entre o epiblasto e o hipoblasto.

Tão logo a linha primitiva comece a produzir células mesenquimais, a camada epiblastica passa a chamar-

se ectoderma embrionário, e o hipoblasto, endoderma embrionário. As células mesenquimais produzidas pela linha primitiva logo se organizam numa terceira camada germinativa, o mesoderma intraembrionário.

As células migram da linha primitiva para as bordas do disco embrionário, onde se juntam ao me-

soderma extraembrionário que recobre o âmnio e o saco vitelino. Ao final da terceira semana, existe mesoderma entre o ectoderma e o endoderma em toda a extensão, exceto na membrana orofaríngea, na linha média ocupada pela notocorda (derivada do processo notocordal) e da membrana cloacal.



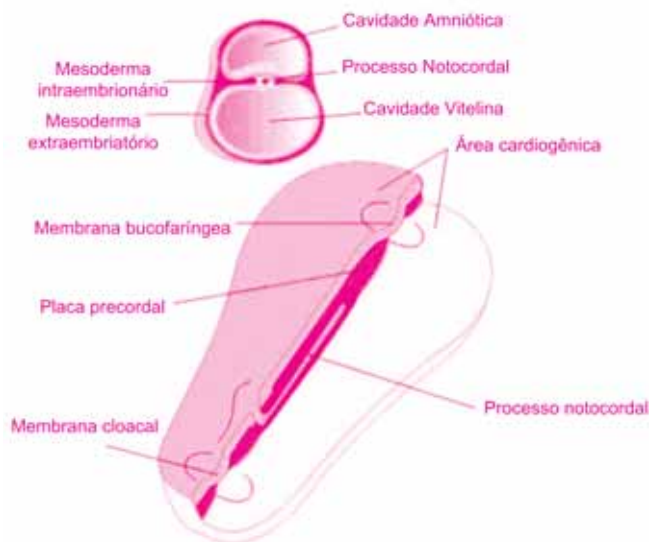
Figura 5 – Formação da linha primitiva.

Fonte: Modificado de <http://www.anatomiaonline.com/embrio/3sem.htm>

Formação da notocorda

Ainda no começo da terceira semana, o nó primitivo produz células mesenquimais que formam o processo notocordal. Este se estende cefalicamente, a partir do nó primitivo, como um bastão de células entre o ectoderma e o endoderma. A fosseta primitiva penetra no processo notocordal para formar o canal

notocordal. Quando totalmente formado, o processo notocordal vai do nó primitivo à placa procordal. Surgem aberturas no soalho do canal notocordal que logo coalescem, deixando uma placa notocordal. A placa notocordal dobra-se para formar a notocorda. A notocorda forma o eixo primitivo do embrião em torno do qual se constituirá o esqueleto axial.



Fonte: Modificado de <http://www.anatomiaonline.com/embrio/3sem.htm>

Formação do tubo neural

A placa neural aparece como um espessamento na linha média do ectoderma embrionário, em posição cefálica ao nó primitivo. A placa neural é induzida a formar-se pelo desenvolvimento da notocorda e do mesênquima que lhe é adjacente. Um

sulco neural longitudinal forma-se na placa neural; o sulco neural é flanqueado pelas pregas neurais, que se juntam e se fundem para originarem o tubo neural. O processo de desenvolvimento da placa neural e o seu dobramento para formar o tubo neural é chamado neurulação.

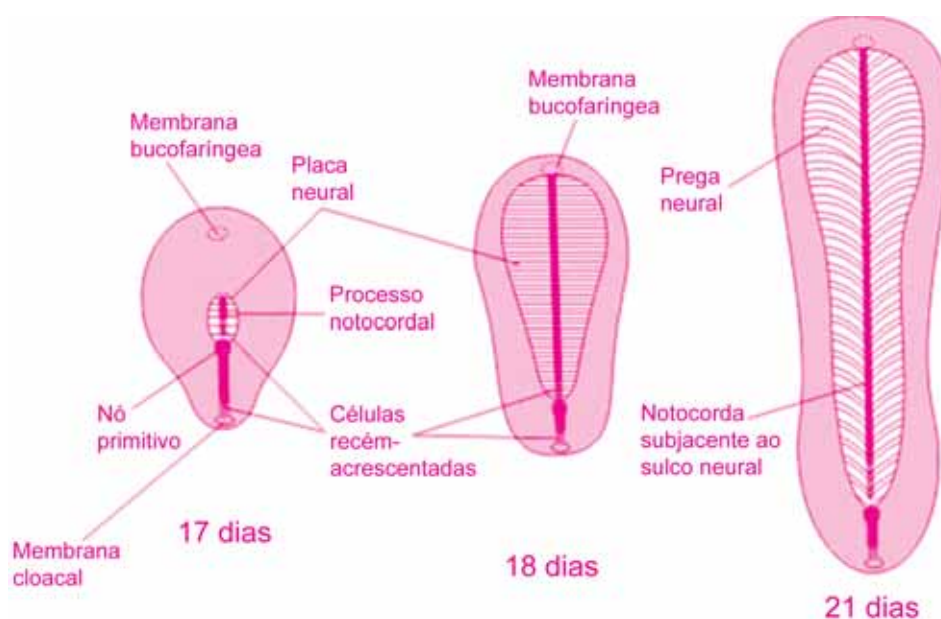


Figura 7 – Formação do tubo neural.

Fonte: Modificado de <http://www.anatomiaonline.com/embrio/3sem.htm>

Formação da crista neural

Com a fusão das pregas neurais para formar o tubo neural, células neuroectodérmicas migram ventrolateralmente para constituírem a crista neural, entre o ectoderma superficial e o tubo neural. A crista neural logo se divide em duas massas que dão origem aos gânglios sensitivos dos nervos cranianos e espinhais. As células da crista neural dão origem a várias outras estruturas.

Formação dos somitos

O mesoderma de cada lado da notocorda se espessa para formar as colunas longitudinais do mesoderma paraxial. A divisão dessas colunas mesodérmicas paraxiais em pares de somitos começa cefalicamente, no final da terceira semana. Os somitos são agregados compactos de células mesenquimais,

de onde migram células que darão origem às vértebras, costelas e musculatura axial.

Formação do celoma

O celoma intraembrionário surge como espaços isolados no mesoderma lateral e no mesoderma cardiogênico. Esses espaços celômicos coalescem em seguida para formarem uma cavidade única em forma de ferradura, que, no final, dará origem às cavidades corporais.

Formação do sangue e vasos sanguíneos

Os vasos sanguíneos aparecem primeiro no saco vitelínico em torno da alantoide e no córion. Desenvolvem-se no embrião pouco depois. Aparecem espaços no interior de agregados do mesênquima, que logo ficam forradas por endotélio derivado

das células mesenquimais. Esses vasos primitivos unem-se a outros para constituírem um sistema cardiovascular primitivo.

Ao final da terceira semana, o coração está representado por um par de tubos endocárdicos ligados aos vasos sanguíneos do embrião e das membranas extraembrionárias (saco vitelino, cordão umbilical e saco coriônico).

As células do sangue primitivas derivam sobretudo das células endoteliais dos vasos sanguíneos das paredes do saco vitelínico e da alantoide.

Formação das vilosidades coriônicas

As vilosidades coriônicas primárias tornam-se vilosidades coriônicas secundárias, ao adquirirem um eixo central do mesênquima. Antes do fim da

terceira semana, ocorre a formação de capilares nas vilosidades, transformando-as em vilosidades coriônicas terciárias. Prolongamentos citotrofoblastos que saem das vilosidades juntam-se para formarem um revestimento citotrofoblástico externo que ancora as vilosidades pedunculares e o saco coriônico ao endométrio. O rápido desenvolvimento das vilosidades coriônicas durante a terceira semana aumenta muito a área da superfície do córion disponível para a troca de nutrientes e outras substâncias entre as circulações materna e embrionária.

Atividade

Verifique no Portal, na ferramenta galeria da unidade didática, as atividades e orientações a serem desenvolvidas nesta aula.

*** ANOTAÇÕES**

AULA 7

PERÍODOS EMBRIONÁRIO E FETAL

■ Conteúdo

- Período embrionário: quarta a oitava semana de desenvolvimento
- Embriões humanos
- Período fetal: terceiro mês ao nascimento

■ Competências e habilidades

- Compreender os estágios embrionários tardios
- Conhecer as várias fases de um embrião humano
- Entender o período fetal e suas implicações até o momento do parto

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via satélite com professor interativo
- 2 h-a – presenciais com professor local
- 4 h-a – mínimo sugerido para autoestudo
- 4 h-a – atividade teórico-prática

INÍCIO DE CONVERSA

Queridos alunos! Esta é nossa última aula desta unidade temática. Espero que tenham aproveitado bastante e que os novos conhecimentos sejam de grande valia na construção de sua carreira! Abordaremos, nesta aula, o final do período embrionário e o período fetal até o momento do parto. Bons estudos!

QUARTA A OITAVA SEMANAS DO DESENVOLVIMENTO

Estas cinco semanas são chamadas com frequência de período embrionário, porque é um tempo

de desenvolvimento rápido do embrião. Todos os principais órgãos e sistemas do corpo são formados durante este período.

No começo da quarta semana, as dobras nos planos mediano e horizontal convertem o disco embrionário achatado em um embrião cilíndrico em forma de “C”. A formação da cabeça, da cauda e as dobras laterais é uma sequência contínua de eventos que resulta numa constrição entre o embrião e o saco vitelínico. Durante a flexão, a parte dorsal do saco vitelínico é incorporada ao embrião, e dá origem ao intestino primitivo.

Com a flexão ventral da região cefálica, a cabeça embrionária em desenvolvimento incorpora parte do saco vitelino como intestino anterior. A flexão da região cefálica também resulta na membrana orofaríngea e no posicionamento ventral do coração, além de colocar o encéfalo em formação na parte mais cefálica do embrião. Enquanto a região caudal dobra-se ventralmente, uma parte do saco vitelínico é incorporada à extremidade caudal do embrião, formando o intestino posterior. A porção terminal do intestino posterior expande-se para constituir a cloaca. O dobramento da região caudal também resulta na membrana cloacal na alantoide e na mudança do pedículo do embrião para a superfície ventral deste.

O dobramento do embrião no plano horizontal incorpora parte do saco vitelínico como intestino médio. O saco vitelínico permanece ligado ao intestino médio por um estreito duto vitelínico. Durante o dobramento no plano horizontal, são formadas as paredes laterais e ventral do corpo.

Ao se expandir, o âmnion envolve o pedículo do embrião, o saco vitelínico e a alantoide, formando então um revestimento epitelial para a nova estrutura chamada cordão umbilical.

As três camadas germinativas, derivadas da massa celular interna durante a terceira semana, diferenciam-se nos vários tecidos e órgãos, de modo que, ao final do período embrionário, os primórdios de todos os principais sistemas de órgãos já foram estabelecidos. O aspecto externo do embrião é muito afetado pela formação do encéfalo, coração, fígado, somitos, membros, ouvidos, nariz e olhos. Com o desenvolvimento das estruturas, a aparência do embrião vai-se alterando, e essas peculiaridades caracterizam o embrião como inquestionavelmente humano.

Como os primórdios de todas as estruturas internas e externas essenciais são formados durante o período embrionário, a fase compreendida entre a quarta e a oitava semanas constitui o período mais crítico do desenvolvimento. Distúrbios do desenvolvimento nesse período podem originar grandes malformações congênicas do embrião.

Estimativas razoáveis da idade dos embriões podem ser feitas a partir do dia que marcou o início do último período menstrual, da data estimada da fertilização, de medições de comprimento e das características externas do embrião.

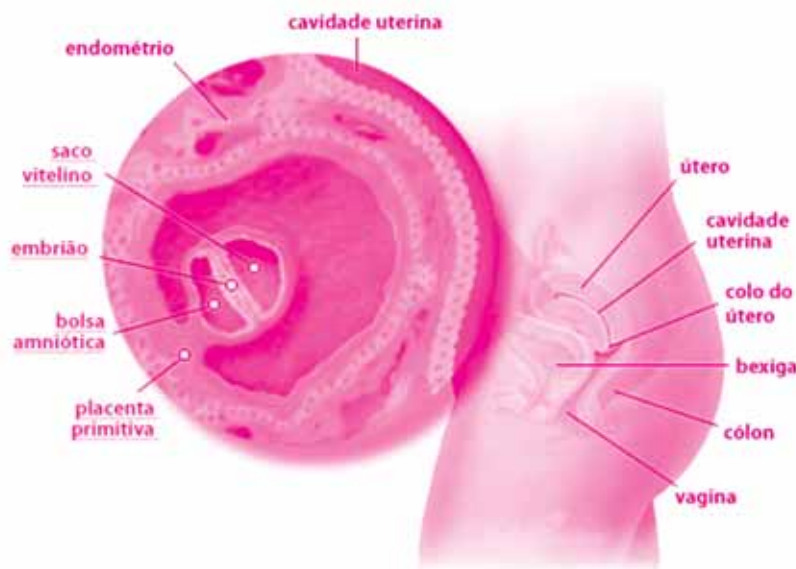


Figura 1 – Esquema mostrando embrião de quatro semanas.

Fonte: <http://brasil.babycenter.com/pregnancy/desenvolvimento-fetal/>

PERÍODO FETAL DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

O período fetal começa nove semanas após a fertilização e termina com o nascimento. Ele caracteriza-se por um rápido crescimento corporal e pela diferenciação dos sistemas de órgãos. Uma mudança óbvia é a diminuição relativa do ritmo de crescimento da cabeça em comparação com o resto do corpo.

Aparecem lanugem (ou lanugo) e o cabelo, e a pele é recoberta pela *vemix caseosa* no início da vigésima semana. As pálpebras estão fechadas durante a maior parte do período fetal, mas começam a reabrir-se por volta das 26 semanas. Até então, usualmente, o feto é incapaz de sobreviver extrauterinamente, sobretudo pela imaturidade do seu sistema respiratório.

Até cerca de 30 semanas, o feto tem uma aparência avermelhada e enrugada devido à delgadez de sua pele e à ausência relativa de gordura subcutânea. Em geral, a gordura desenvolve-se rapidamente durante as últimas seis a oito semanas, dando ao feto uma aparência lisa e rechonchuda. Essa fase terminal destina-se especialmente à formação dos tecidos e à preparação dos sistemas envolvidos na transição do meio intrauterino para o extrauterino, particularmente o sistema respiratório.

Fetos prematuros nascidos entre a 26^a e a 36^a semanas costumam sobreviver, mas fetos a termo têm maiores chances de sobrevivência.

As alterações que ocorrem no período fetal não são tão dramáticas quanto as que se dão na fase em-

brionária, mas são muito importantes. O feto é menos vulnerável aos efeitos teratogênicos de drogas, vírus e radiação, mas esses fatores podem interferir no desenvolvimento funcional normal, sobretudo do cérebro e dos olhos.

Existem várias técnicas disponíveis para avaliar as condições do feto e para diagnosticar, antes do parto, possíveis anormalidades do desenvolvimento. Hoje em dia, o médico pode determinar se um feto possui ou não certa doença ou uma malformação congênita utilizando a amniocentese e a ultrassonografia. O diagnóstico pré-natal pode ser feito com precocidade suficiente para permitir o aborto seletivo de um feto defeituoso, se esta for a decisão da mãe e se o procedimento for legal.

Na gravidez múltipla, as membranas fetais e placenta(s) variam de modo considerável, dependendo da derivação dos embriões e do momento em que ocorreu a divisão das células embrionárias. O tipo comum de gêmeos é o dizigótico, com dois âmnios, dois córions e duas placentas que podem ou não estar fundidas.

Gêmeos monozigóticos representam cerca de um terço de todos os gêmeos; derivam de um zigoto. Esses gêmeos apresentam comumente dois âmnios, um córion e uma placenta. Gêmeos nessa situação são sempre monozigóticos, e seus cordões umbilicais estão frequentemente emaranhados. Outros tipos de nascimentos múltiplos (trigêmeos e assim por diante) podem derivar de um ou mais zigotos.

+ SAIBA MAIS

A avaliação do desenvolvimento e crescimento fetal representa uma importante tarefa do obstetra durante a assistência pré-natal. Existem diferentes formas de se calcular a idade gestacional de um feto. Uma forma bastante utilizada pelos obstetras consiste em iniciar a contagem pelo primeiro dia do último ciclo menstrual. Daí a importância da gestante ter certeza da data do seu último ciclo menstrual, podendo assim fornecer corretamente a idade gestacional de seu feto. O cálculo da idade gestacional a partir do momento em que ocorreu a ovulação (idade de ovulação) ou a concepção (idade de concepção) é uma forma muito difundida entre os embriologistas, sendo esses dois momentos quase idênticos.

Período fetal

A passagem do período embrionário para o período fetal não é exatamente definida, mas considera-se que ocorra na 8ª semana após a ovulação ou na 10ª semana após a última menstruação. As principais estruturas fetais já foram formadas durante o período embrionário; o período fetal caracteriza-se pelo crescimento e maturação dessas estruturas. O feto já pode ser observado pelo ultrassom.

Terceiro mês

O feto é medido através de uma medida conhecida como comprimento cabeça-nádega, alcançando cerca de 6 a 7 cm. Essa forma de medida

se justifica, pois com o crescimento intrauterino do feto, o seu corpo irá sofrer uma flexão, dificultando a medida convencional. O útero pode ser palpado acima da sínfise púbica, osso que compõe a pelve feminina, facilmente palpável na altura dos pelos pubianos. Os ossos começam a se formar. Os dedos das mãos e dos pés se diferenciam, sendo recobertos por unhas. Os genitais externos começam a se desenvolver, mas ainda não se consegue distinguir o sexo. Nesse período, o crescimento é muito rápido. O feto começa a realizar movimentos rápidos e desordenados, imperceptíveis para a mãe, mas é possível auscultar seus batimentos cardíacos.

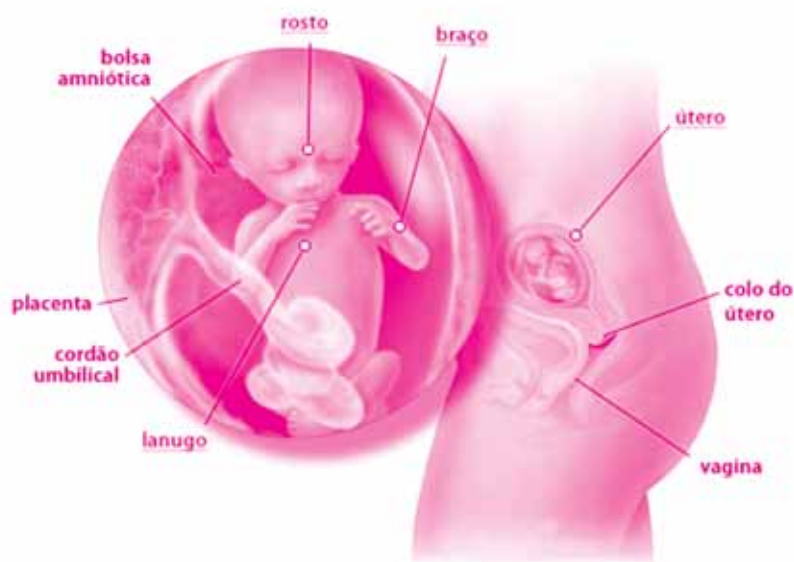


Figura 2 – Esquema mostrando o feto com três meses.

Fonte: <http://brasil.babycenter.com/pregnancy/desenvolvimento-fetal/>

Quarto mês

O feto mede aproximadamente 12 cm, pesando cerca de 110g. A partir dessa fase, o feto irá apresentar um período de crescimento acelerado, que irá permanecer até o sexto mês, ganhando cerca de 85g por semana. A grande transformação deste mês é que já se pode determinar o sexo fetal. As primeiras fezes do feto, chamadas de mecônio, começam a ser

formadas, sendo constituídas de células epiteliais, pelos presentes no líquido amniótico, elementos descamados do sistema digestório e genitourinário, enzimas e bile. O rim inicia a excreção de urina, apesar de a placenta exercer a função de eliminar os resíduos metabólicos. No final deste mês, o útero poderá ser palpado na altura da cicatriz umbilical e a gestante já pode sentir o movimento do feto.

Quinto mês

Este mês representa o ponto médio da gestação. O feto pesa um pouco mais que 300g. A pele se torna menos transparente e mais espessa. Todo o corpo é recoberto por uma lanugem, e a cabeça já possui pelos, o que irá proteger o feto durante sua sobrevivência no meio líquido. O feto começa a deglutir o líquido amniótico, surgindo consequentemente os movimentos intestinais.

Sexto mês

Ao final do sexto mês, o feto pesa cerca de 630g. Inicia-se a deposição de gordura corporal sob a pele. A cabeça mantém-se relativamente grande. Pode-se reconhecer pálpebras e sobrancelhas.

Sétimo mês

O feto mede cerca de 25 cm e pesa 1.110g. A membrana pupilar que recobria os olhos desaparece. Os olhos estão parcialmente abertos. A pele é delgada, avermelhada e enrugada, sendo coberta por uma cera. Os pulmões e o sistema vascular estão prontos para permitir as trocas de gases, mas esta é dificultada pela ausência de uma substância denominada surfactante, que impede o fechamento dos pulmões após o nascimento. A partir deste mês, o feto experimenta seu período de crescimento máximo, ganhando cerca de 200g por semana.



Figura 3 – Esquema mostrando o feto com sete meses.

Fonte: <http://brasil.babycenter.com/pregnancy/desenvolvimento-fetal/>

Oitavo mês

O feto alcança 28 cm de comprimento e pesa cerca de 1.800g. A pele mantém-se avermelhada e enrugada. Há uma aceleração da maturação dos órgãos. Em serviços hospitalares com unidades especializadas, o feto nascido neste período apresenta chances de sobrevivência.

Nono mês

O feto já atinge 32 cm de comprimento e pesa cerca de 2.500g. O corpo se torna arredondado pela deposição de gordura. A lanugem desaparece da superfície corporal. A pele da face perde o seu aspecto enrugado. A circunferência da cabeça e do abdome são aproximadamente iguais. Ocorre uma diminuição do ritmo

de crescimento do feto, o ganho de peso diminui para 70g por semana. As crianças nascidas neste período possuem excelentes chances de sobrevivência.

Nesta fase, o feto está completamente formado, pesando cerca de 3.000 a 3.600g e medindo aproximadamente 50 cm.

FETO A TERMO

O período em que o feto é considerado a termo varia entre a 38ª semana e a 42ª semana de gestação.



Figura 4 – Esquema mostrando o feto a termo.

Fonte: <http://brasil.babycenter.com/pregnancy/desenvolvimento-fetal/>

■ Atividade

Verifique no Portal, na ferramenta galeria da unidade didática, as atividades e orientações a serem desenvolvidas nesta aula.

* ANOTAÇÕES

■ Referências

Básicas

BROWN, T. A. *Genética: um enfoque molecular*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

GILBERT, S. F. *Biologia do desenvolvimento*. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2002.

ALBUQUERQUE, E. *Biologia, Genética, Histologia e Embriologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

Complementar

MUSTACCHI, Z.; PERES, S. *Genética baseada em evidências: síndromes e heranças*. São Paulo: CID, 2000.

STEARNS, S. C.; HOEKSTRA, R. F. *Evolução: uma introdução*. São Paulo: Atheneu, 2003.

Utilizada pelo Autor

BORGES-OSÓRIO, M. R.; ROBINSON, W. M. *Genética humana*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

GRIFFITHS, A. J. F.; MILLER, J. H.; SUZUKI, D. T.; LEWONTIN, R. C.; GELBART, W. M. *Introdução à*

genética. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

JORDE, L. B.; CAREY, J. C.; BAMSHAD, M. J.; WHITE, R. L. *Genética médica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

LEWIS, R. *Genética humana: conceitos e aplicações*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

MOTTA, P. A. *Genética humana aplicada à psicologia e toda a área biomédica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

OTTO, P. G.; OTTO, P. A.; FROTA-PESSOA, O. *Genética humana e clínica*. 2. ed. São Paulo: Roca, 2004.

RINGO, J. *Genética básica*. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SADLER, T. W. *Langman – Embriologia médica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

THOMPSON, M. W.; MACINNES, R. R.; WILLARD, H. F. Thompson & Thompson. *Genética médica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.

Módulo

■ SAÚDE DA MULHER E DO NEONATO

Unidade Didática – Assistência de Enfermagem
Durante o Parto e o Puerpério

AULA 1

A CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA MULHER E DO PRÉ-NATAL

■ Conteúdo

- Histórico da assistência de saúde à mulher no Brasil e no mundo (séculos XIX e XX)
- Trabalho, gênero, saúde e educação
- A origem da assistência pré-natal no Brasil

■ Competências e habilidades

- Espera-se que ao final desta aula o aluno conheça a relação da nossa história da saúde com o PAISM e a contribuição dessa realidade para nossa educação, trabalho e especificamente na saúde reprodutiva no Brasil

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via satélite com professor interativo
- 2 h-a – presenciais com professor local
- 4 h-a – mínimo sugerido para autoestudo

Unidade Didática – Assistência de Enfermagem
Durante o Parto e o Puerpério

INÍCIO DE CONVERSA

Futuros enfermeiro, para falarmos da história da assistência de saúde à mulher, faremos uma retrospectiva da trajetória e veremos as dificuldades e as conquistas que até este momento foram realizadas e o que ainda é necessário continuar fazendo.

MERCADO DE TRABALHO

A conquista da mulher por um espaço no mercado de trabalho teve início com a Primeira e Segunda

Guerras Mundiais (1914-1918 e 1939-1945), quando os homens foram para as frentes de batalha e as mulheres passaram a assumir os negócios da família e a posição dos homens no mercado de trabalho. Mas a guerra acabou, e com ela a vida de muitos homens que lutaram pelo país. Alguns dos que sobreviveram ao conflito foram mutilados e impossibilitados de voltar ao trabalho. Foi nesse momento que as mulheres se sentiram na obrigação de deixar a casa e os filhos para levar adiante os projetos e o trabalho que eram realizados por seus maridos.

No século XIX, a consolidação do sistema capitalista proporcionou inúmeras mudanças no processo produtivo das empresas, na organização do trabalho feminino e na rotina das famílias. Com o desenvolvimento tecnológico e o intenso crescimento industrial, boa parte da mão de obra feminina foi transferida para as fábricas.

O mercado de trabalho, a princípio, absorvia todos os braços disponíveis, inclusive os das crianças. Os salários, já insuficientes, tendiam a diminuir diante do grande número de pessoas em busca de emprego e da redução dos preços de venda dos produtos provocada pela necessidade de competição (a lei da oferta e da procura). Isso sem contar que as inovações tecnológicas, muitas vezes, substituíam inúmeros trabalhadores antes necessários à produção.

No final do século XIX, em meio ao intenso movimento de trabalhadores, as mulheres articularam a luta sufragista, que reivindicava e defendia a cidadania com plenos direitos de trabalho, educação e voto. No Brasil a instrução da mulher não chegava a representar uma preocupação social. Poucas eram as que tinham acesso à instrução e à educação, e as que seguiam esse caminho eram criticadas pela sociedade. Em 1930, as mulheres brasileiras conquistaram o direito de frequentar curso de nível superior e o direito ao voto feminino.

As tragédias e atrocidades vividas durante e após a Segunda Guerra Mundial criaram um sentimento, nos líderes mundiais, da necessidade da criação de um mecanismo de cooperação internacional que construísse a paz, prevenisse guerras futuras, garantisse os direitos humanos e promovesse o progresso social e econômico. Como consequência a essa postura surgiu a Organização das Nações Unidas, oficializada pela Carta das Nações Unidas. Essa carta tem como objetivos principais o respeito aos direitos e às liberdades fundamentais do indivíduo, a manutenção da paz e segurança internacional e promoção do desenvolvimento social, com melhorias nas condições de vida.

A criação das Nações Unidas simboliza a necessidade de um mundo de tolerância, paz e solidariedade entre as nações.

A ONU foi fundada oficialmente por 51 países em 24/10/1945, logo após a Segunda Guerra Mundial, em São Francisco, Califórnia.

A primeira Conferência Mundial sobre a Mulher foi realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1975 no México. Esses encontros têm contribuído para o avanço da igualdade real e efetiva entre mulheres e homens e o contínuo processo de desenvolvimento.

Na IV Conferência Mundial sobre as Mulheres, em Beijing, na China, foi incorporado ao documento o reconhecimento pela luta das mulheres e o compromisso com a igualdade de direitos e a dignidade humana intrínseca das mulheres e dos homens, com o fortalecimento dos consensos e progressos das Conferências Mundiais anteriores, nomeadamente:

I Conferência Mundial sobre as Mulheres, realizada no México em 1975, em que foram identificados três objetivos prioritários: igualdade, desenvolvimento e paz.

II Conferência de Copenhague (Dinamarca), de 1980, que separou três domínios merecedores de particular atenção: o acesso à educação, às oportunidades de emprego e os serviços de cuidados de saúde apropriados semelhantes aos dos homens.

III Conferência de Nairóbi (Quênia), de 1985, em que foi declarado, pela primeira vez, que todos os problemas humanos eram também problemas das mulheres. Assim, elas passam a ter direito legítimo de participar no processo de tomada de decisões e na gestão de todas as questões humanas.

São Direitos Humanos já reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais (ONU):

Direitos Reprodutivos “são os direitos das mulheres de regular sua própria sexualidade e capacidade reprodutiva, bem como de exigir que os

homens assumam responsabilidades pelas consequências do exercício de sua própria sexualidade”. Em nosso país, a discussão acerca dos direitos reprodutivos deu-se na década de 1980, com o processo de redemocratização do Brasil. Exemplo importante é o Programa de Assistência Integral da Mulher – PAISM, que incorporou ideias feministas sobre a saúde reprodutiva e sexual. Os direitos reprodutivos estão intimamente ligados à sexualidade do ser humano. Englobam não somente as funções do aparelho genital ou do processo reprodutivo, mas também o direito de cada cidadão buscar o seu próprio prazer. Ao considerarmos que o sexo entre homens e mulheres não é somente uma necessidade biológica, reconhecemos o direito de cada cidadão de ter prazer, manter relações sexuais, sem, necessariamente, o intuito da reprodução. Sendo assim, podemos claramente separar os direitos reprodutivos dos direitos sexuais.

Gênero e educação

Com um estudo da Organização Internacional do Trabalho (OIT), o Brasil revela a persistência – e a reprodução – de profundas desigualdades e discriminação de gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro e, portanto, na sociedade em seu conjunto. De acordo com o estudo, o nível de escolaridade das mulheres é claramente superior ao dos homens, mas persistem importantes diferenças de remuneração no mercado de trabalho brasileiro relacionadas ao sexo e à raça das pessoas.

Certas categorias de mulheres são particularmente vulneráveis a desigualdades no mercado de trabalho: as mulheres no meio rural, aquelas que estão no setor informal, as mulheres migrantes, as jovens, as mais idosas e as deficientes.

Em ambos os extremos, as jovens e as idosas deparam-se com desvantagens particulares nos mercados de trabalho.

As mulheres jovens tendem a ter índices de desemprego mais elevados do que os homens da sua idade. A pandemia do vírus HIV também aumentou a vulnerabilidade das mulheres devido ao seu acesso limitado à proteção social e à segurança eco-

nômica. As mulheres mais velhas deparam-se com uma constante discriminação no mercado do trabalho e têm frequentemente de assumir responsabilidades de assistência à família, para além do seu trabalho fora de casa.

E, assim, ao longo do tempo, percebemos a perpetuação das relações de poder entre os sexos na nossa história social. Esse tempo todo foi permitida a construção de um modelo social que vem impedindo a mulher de ser sujeito pleno de sua própria história.

Com todas essas dificuldades citadas, as mulheres conquistaram um espaço de respeito dentro da sociedade. As relações ainda não são de igualdade e harmonia entre os gêneros feminino e masculino. O homem ainda atribui à mulher a dupla jornada, já que o lar é sua responsabilidade, mas muitos valores sobre as mulheres já estão mudando. O homem também está em conflito com o papel que foi construído socialmente para ele: hoje ser homem não é nada fácil, pois as mulheres passaram a exigir dele um novo comportamento que ainda está construindo.



Disponível em www.eja.org.br/cadernosdeaja/mulheretrabalho/mt – 2009

A crescente inserção da mulher no mercado de trabalho e a elevação de sua renda têm como resultado a queda da taxa de fecundidade e/ou adiamento de projetos pessoais, como a maternidade e o aumento do nível de instrução, sendo esses dois aspectos caracterizados como fundamentais da história da mulher.

Em casa, as mulheres convivem com a violência doméstica. De acordo com dados do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), 70% da violência contra a mulher tem lugar dentro da residência familiar e é cometida pelo companheiro.

O estupro e a violência doméstica são uma das causas significativas de incapacidade e de morte entre as mulheres em idade reprodutiva, sendo que um de cada cinco dias de falta ao trabalho são em decorrência da violência doméstica.

Em 1949, com a publicação do livro de Simone de Beauvoir *O Segundo Sexo*, que passou a contestar as teses naturalistas vigentes, a autora ensinou que as características associadas tradicionalmente à condição feminina não são de origem de imposições da natureza, e sim de mitos disseminados pela cultura. Esse livro foi escrito numa época de transição e reconstrução marcante e dolorosa de pós-guerra da Europa, e é um grito de libertação para todas as mulheres. Essa experiência mostra de forma aberta e simples temas como: a sexualidade na infância, a menstruação, o erotismo, o desejo e a iniciação sexual, a religiosidade repressora, a cultura de dominância masculina e machista e a desqualificação cultural da feminilidade, o sexismo na literatura, o defloramento e a brutalidade masculina na relação sexual, a virgindade, o orgasmo, o lesbianismo, a dominação masculina no casamento tradicional, a prostituição, a velhice, o suicídio, entre muitos outros assuntos que nos intrigam. Para Simone de Beauvoir, nenhuma educação pode impedir a menina de tomar consciência de seu corpo e de sonhar com seu destino; quando muito, poderá impor-lhe estritos recalques que pesarão mais tarde sobre toda a sua vida sexual. A educação deveria ajudá-la a aceitar-se sem complacência nem vergonha. Foi de grande polêmica na época e continua até hoje para algumas culturas.

O movimento feminista na década de 1960 passou a defender a hierarquia entre os sexos como uma construção social. A luta pela igualdade de direitos incorporou o questionamento das raízes culturais das desigualdades. Esse movimento foi responsável por várias mudanças nas sociedades ocidentais, como: o direito ao voto (para as mulheres); crescimento das oportunidades de trabalho para mulheres e salários mais próximos aos dos homens, porém muito longe ainda de oportunidades e promoções equiparadas; direito ao divórcio; controle sobre o próprio corpo em questões de saúde, inclusive quanto ao uso de preservativos e ao aborto.

A criação dos Conselhos dos Direitos da Mulher, das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, de programas específicos de saúde integral e de prevenção e atendimento às vítimas de violência sexual e doméstica foi reconhecida pelo estado brasileiro e os governos federal e estaduais entre 1970-1980, devido ao fortalecimento do movimento com associações comunitárias, sindicatos e partidos políticos.

Também nesta década, consolidam-se novas formas de estruturação e de mobilização, embasadas na criação de redes/articulações setoriais, regionais e nacionais, a exemplo da Articulação de Mulheres Brasileiras – AMB, da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – Rede Saúde e de articulações de trabalhadoras rurais e urbanas, pesquisadoras, religiosas, negras, lésbicas, entre outras.

O sentido da luta das mulheres não está relacionado apenas aos seus interesses imediatos, mas aos interesses gerais da humanidade. Com essas lutas pelos direitos das mulheres e a questão de gênero foi gerada a *Declaração* sobre a eliminação da violência contra a mulher em Viena (1993), na Conferência Mundial de Direitos Humanos.

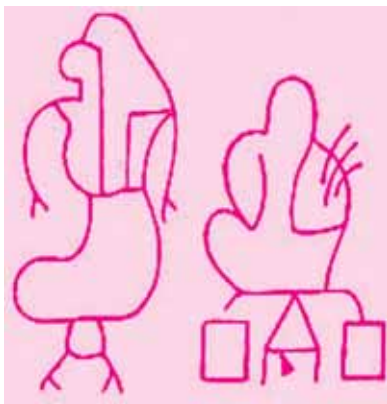
ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Breve história

Registros antigos apontam importante papel da mulher leiga como assistente do parto. Na mitologia antiga, há a presença de deusas (feminino) durante

o parto, e não deuses (masculino). Estudos antropológicos do século passado em tribos primitivas relatam a presença da figura da mãe (ou outra parente feminina com mais intimidade com a parturiente). Além disso, figuras pré-históricas e desenhos egípcios antigos demonstram mulheres em parturição, sentadas ou de cócoras; e no velho testamento são relatados assentos de parturição e parteiras.

Hieróglifos exprimindo "parturição".



Fonte www.amigasdoparto.com.br/poutras3.html

Registros de até 6 a 7 mil anos a.C., como desenhos e esculturas, nos dão uma ideia de como era o parto nessas épocas.

Ilustração da obra de Rösslin, representando um parto de 1513.



Fonte_ www.amigasdoparto.com.br/poutras3.html

A Medicina, enquanto instituição, incorporou essa prática como uma das suas atribuições, intitulando-a Arte Obstétrica, historicamente na Europa entre os séculos XVI e XVIII, estendendo-se ao Brasil na inauguração das escolas de Medicina e Cirurgia na Bahia e Rio de Janeiro, em 1808. Desde o momento da sua constituição, essa arte centra seus estudos no parto, posteriormente sobre a gravidez, dentro do enfoque biológico por forte influência da anatomia patológica.



Obstetrícia, derivado do latim, relaciona-se com o verbo *obstare*, que significa permanecer ao lado, ou a mulher que está ao lado assistindo à parturiente. Em alguns países de língua inglesa, usou-se e ainda se usa *midwife* (parteira). Sinônimo de obstetrícia é a *tocologia*, palavra do grego *tokos* (parto) e *logos* (teoria ou tratado).

A medicalização do parto

A partir da Idade Média, na Europa, especialmente depois do século XVII, os homens começaram a entrar no quarto de parir. A cirurgia foi incorporada à medicina, e o parto passou a ser estudado como mecanismo físico. No Brasil, a participação masculina na arte obstétrica ocorreu após a fundação da primeira escola médica, em 1808 por Dom João VI. Com a presença definitiva da figura masculina no processo de gestar e partejar surgiu a incorporação do conhecimento anatomopatológico que propiciou atitudes ousadas, como a decisão por interromper uma gestação por risco de saúde da mulher em situações de anormalidade anatômicas femininas (congenitas ou adquiridas) ou em situações patológicas envolvendo doenças maternas.



Fonte: www.amigasdoparto.com.br/

Cena de parto pioneira: mulher dá à luz sentada numa cadeira, assistida por parteiras e um homem.

Na França, Ambrosio Paré (1509-1590) descreveu muitos aspectos do ciclo gravídico-puerperal, como movimentos de mutação dos ossos pélvicos durante a parturição, as correções das roturas perineais e a laqueadura do cordão umbilical no nascimento.

Foi sob a influência da escola obstétrica francesa, liderada por François Mauriceau, que o parto horizontal (em que a mulher fica deitada) foi introduzido.

A posição horizontal facilitava as intervenções médicas, como o uso do fórceps. O desenvolvimento da técnica levou a profissão das parteiras ao declínio.



Fonte: bebe.com.br/gravidez/saude/conteudo_244641.php

O fórceps simbolizou a arte da obstetrícia médica, influenciando sua aceitação como disciplina técnica e científica e consolidando definitivamente o conceito de que o parto é um evento perigoso. Assim, o parto acabou sendo caracterizado como evento médico, cujo significado aparentemente privado, íntimo e feminino, passa a ser vivido de maneira pública com a presença de estranhos.



Fonte: www.amigasdoparto.com.br/poutras3.html

O período do Renascimento, com início no século XVI e término no século XIX, época chamada de verdadeiro ressurgimento da ciência e da arte obstétrica devido a maior atuação e dedicação para anatomia e fisiologia, é marcado pela contribuição do grande pintor Leonardo da Vinci (1452-1519) com os seus profundos conhecimentos de anatomia, por haver dissecado pessoalmente vários cadáveres e confeccionado um tratado com mais de 100 volumes, que permaneceu inédito até os fins do século XIX.

Os médicos sempre deixaram claro que o aprimoramento da obstetrícia aconteceu somente porque eles adentraram a sala de parto, e as parteiras contrariadas diziam que eles, ao conquistarem as salas de parto, descaracterizaram os rituais femininos, com um excesso de medicalização e interferências desnecessárias, nocivas ao processo natural. Com o aprimoramento do saber médico, o índice de mortalidade materna começou a diminuir, o que contribuiu para a aceitação da hospitalização perante a sociedade. Para as mulheres, ter seus filhos em hospitais passou a parecer mais seguro e interessante por não sentir dor durante o parto.

A origem do pré-natal

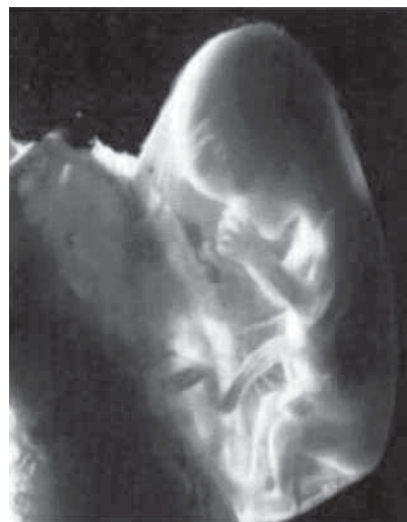
As primeiras ações para melhorar o bem-estar tanto da mãe como do bebê tiveram origem nos modelos desenvolvidos na Europa no início do século XX, e as preocupações obstétricas limitavam-se ao parto.

Nessa época, em 1901, ninguém achava que a mulher devesse ter seu filho em hospital e muito menos internar-se antes do parto. O parto era um fenômeno bem feminino, e quem auxiliava eram as parteiras, as comadres, religiosas ou mulheres experientes da família.

Os primeiros serviços de atendimento pré-natal só surgiram no Brasil nos anos 1920-1930, sendo que só no pós-guerra eles realmente se estabeleceram. Mas, até aquele momento, se pensava em diminuir os riscos para a saúde das mulheres e se preocupava muito pouco com o bebê. Vivia-se um período em que o parto cesariano raramente era

praticado, pois representava a morte para 40% das mulheres. Logo depois, nos anos 1950-1960, com a diminuição das taxas de morte materna, é que se começou a preocupar decididamente com o feto e sua saúde ainda dentro do corpo da mãe.

Foi aí que se começou a ver como o bebê era alimentado pela placenta e do quanto de oxigênio ele precisava para se manter vivo. Os médicos aos poucos foram se dando conta de como ele crescia e quais eram suas adaptações para viver fora do organismo materno.



Fonte: maesdeprimeiraviagem.spaces.live.com

A institucionalização do parto e a assistência pré-natal tinham como principal objetivo desenvolver um recém-nascido saudável e reduzir as elevadas taxas de mortalidade infantil que existiam no final do século passado e na primeira metade deste. A assistência pré-natal primeiramente surgiu como um processo de puericultura intrauterina, como uma preocupação social com a demografia e com a qualidade das crianças nascidas, e não como proteção à mulher.

Humanização da assistência

A atenção humanizada é ampla e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que têm como objetivo a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal.

Atualmente, o objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, período de mudanças físicas e emocionais que cada mulher vivencia de forma distinta, assegurando também, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.

É muito importante que a equipe de saúde esteja preparada para viver este evento social que é o nascimento de forma harmônica com a gestante e seus familiares. A gestação, o parto e o puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas e enriquecedoras para todos que dela participam.

A gestação é um processo fisiológico que geralmente decorre sem complicações, mas devemos sempre avaliar e acompanhar atentamente de forma individualizada cada situação. É importante nos permitir criar vínculos, percebendo as necessidades da nossa paciente, respeitando cada momento para promover o bem-estar, e garantindo a segurança para a mãe e o bebê.

Uma atenção pré-natal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco.

A gestação de baixo risco deve ser acompanhada sem grandes interferências. O pré-natal deve ser iniciado o mais precocemente possível, e as consultas devem ser mensais até a 30ª semana, quinzenais ou semanais até a 37ª semana, e semanais até o parto. O aumento do número de consultas nas últimas semanas de gestação é importante para melhorar a avaliação obstétrica e propiciar apoio emocional ao parto.

No Brasil, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) estabelece que o número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre.

A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. O acompanhamento da mulher, no ciclo grávido-puerperal, deve ser iniciado o mais precocemente possível, e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a consulta de puerpério.

Em boa parte do mundo e aqui no Brasil, o modelo de assistência obstétrica é caracterizado por um alto grau de medicalização e abuso de práticas evasivas e desnecessárias. Esse processo de medicalização implicou profundas mudanças nas diversas práticas de assistência à gravidez e ao parto, privando não só a mulher como seu companheiro e familiares de uma maior participação para a recepção de um novo membro da família. Assim, em 1996 a Organização Mundial de Saúde elaborou as recomendações que prestam assistência obstétrica, visando o mínimo possível de intervenção que não esteja compatível com a segurança da mãe e da criança. Essas recomendações foram introduzidas pelo Ministério da Saúde no Brasil, em 2000.

Prêmios para as instituições

Para incentivar as instituições a iniciar um processo de humanização do parto e incorporação das recomendações da OMS, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo um conjunto de medidas que visa melhorar a qualidade no atendimento à mulher gestante e à parturiente. Uma delas foi a instituição do Prêmio Galba de Araújo, criado em 1999, que reconhece e premia as unidades de saúde integradas à rede SUS, destacando bons exemplos de maternidades. Esse prêmio tem como propósito revelar ao Brasil experiências inovadoras na Gestão Pública, privilegiando o acolhimento da mulher no momento do parto e estimulando as maternidades a tratarem com mais respeito e dignidade as mulheres brasileiras, contribuindo, assim, para que as gestantes sejam atendidas com presteza, solidariedade e gentileza.

Garantindo uma assistência pré-natal efetiva

O que desejamos atingir com uma atenção efetiva? Estudos baseados em evidências afirmam que existem controvérsias por diferenças de opinião em relação ao que desejamos atingir e a melhor forma de fazê-lo.

O que mais desejamos atingir depende do que consideramos mais importante. Diferentes comunidades, grupos, indivíduos podem ter diferentes opiniões sobre isso. Alguns podem dar prioridade à experiência pessoal de parto de cada mulher, mesmo que isso possa significar algum sacrifício em termos de segurança.

Existe também a “atenção baseada em evidências” que foi definida como “o uso consciente, criterioso e explícito das melhores evidências atuais para tomar decisões sobre o atendimento a pacientes individuais”.

Para o enfermeiro, o mais importante é conhecer o que está acontecendo com a gestante e saber que, por trás de toda pergunta aparentemente ingênua, feita por uma delas, poderão existir importantes demandas emocionais latentes. E o estabelecimento de uma escuta ativa, aliada a uma prática de comunicação/informação adequada junto às gestantes, irá contribuir para que essas mulheres ganhem autonomia, passando a participar da promoção de sua saúde e da saúde do seu bebê.

No Brasil se aproveita o período gestacional para proporcionar às mulheres, especialmente as de baixa renda e cultura, atendimento ampliado, objetivando rastrear a saúde, em geral, consubstanciando o programa Assistência Integral à Saúde da Mulher. Em países pobres como o nosso, devido à precariedade da assistência médica, o pré-natal talvez represente a única oportunidade para as mulheres serem atendidas.

Apoio às gestantes

Os resultados da gravidez e do parto dependem muito das políticas sociais e da organização de atenção à saúde no país em que vive a mulher. Sua saúde, uso e resposta aos serviços e sua capacidade de seguir as orientações oferecidas são afetados pelas

próprias circunstâncias sociais e pelas políticas mais amplas sociais, financeiras e de atenção à saúde.

A maioria dos países industrializados fornece recursos financeiros diretos para famílias com crianças, e esses recursos variam entre os países. Também possui legislação para proteger o feto, o recém-nascido e a mãe dos efeitos prejudiciais gerais e específicos do trabalho, para proteger empregos, permitindo aos pais mantê-los enquanto cuidam dos filhos, e para proporcionar manutenção de renda dos pais em caso de desemprego.

O objetivo da assistência pré-natal é atender aos interesses maternos e fetais, como:

- 1 – Identificar associações mórbidas e prover seu devido tratamento (dentição, sífilis, câncer genital, anemias, cardiopatia, nefropatias, diabetes, obesidade, desnutrição, endocrinopatias etc.).
- 2 – Garantir o estado geral da gestante.
- 3 – Prevenir a ocorrência de entidades específicas à gestação (doença hipertensiva gestacional).
- 4 – Propiciar adaptação perfeita do organismo materno às solicitações do ciclo gravídico-puerperal.
- 5 – Orientar hábitos de vida adequados à gestação em relação à higiene alimentar e corporal e as terapêuticas iatrogênicas.
- 6 – Prover assistência psicológica, contribuindo para a solução de problemas e conflitos.
- 7 – Favorecer o preparo psicológico para o parto, salientando as vantagens do parto normal.
- 8 – Instruir a gestante no que se refere aos princípios fundamentais da puericultura neonatal.

Os objetivos fundamentais do pré-natal em relação ao conceito:

- 1 – Prevenção de malformações.
- 2 – Garantir a perfeita estruturação do organismo fetal, identificando a restrição do crescimento do conceito.
- 3 – Prevenção do abortamento, parto prematuro e do óbito perinatal.

- 4 – Prevenção da sífilis e outras infecções e infestações.
- 5 – Diagnosticar e dar assistência aos casos de incompatibilidade sanguínea feto-materno.
- 6 – Prover terapêutica intrauterina de patologias fetais (obstrução uretral, hidrocefalia e outros).
- 7 – Avaliar as condições de maturidade e vitalidade fetais, quando indicado o parto prematuro.

Histórico dos Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil

Com a institucionalização da proteção de saúde materno-infantil no Brasil, os programas de saúde materno-infantil foram amplamente utilizados nos serviços de saúde pública, na década de 1970, até meados da década de 1980, como resposta do governo a alguns problemas sanitários selecionados como prioritários.

Apesar dos vários programas, dois delinearam os contornos da assistência à mulher:

- Programa Materno-Infantil (PMI), de 1975;
- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1984.

Como vocês já tiveram a oportunidade de ver em outras disciplinas, vamos relembrar.

No Programa Materno-Infantil (PMI) a mulher era considerada mera reprodutora, sendo objeto central apenas para garantir a vida e a saúde do nascituro. Ela foi constituída pelos seguintes subgrupos:

- Assistência materna: gestação, parto e puerpério;
- Assistência à criança e ao adolescente: controle de crianças menores de 5 anos e do grupo de 5 a 14 anos;
- Expansão da assistência materno-infantil: integração de grupos comunitários, controle e orientação;
- Suplementação alimentar: prevenção de desnutrição materna, gestação e lactação (Programa coordenado pelo INAM);
- Atividades educativas;
- Capacitação de recursos humanos.

Nessa época as enfermeiras realizavam o atendimento às gestantes nos centros de saúde, e elas assumiam as responsabilidades do maior número de consultas durante a gravidez, em que a consulta de enfermagem aparece como instrumento de atenção individual e também responsável pelo cadastramento, treinamento, supervisão e controle do serviço.

O Ministério da Saúde passou a dar prioridade para esse Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher-PAISM, por ter amplo respaldo do movimento de mulheres e por representar, no conjunto das suas concepções, um substancial avanço em relação à proposta anterior (Programa Materno-Infantil). As ações básicas de assistência integral à saúde da mulher englobam planejamento familiar, pré-natal de baixo risco, prevenção de câncer cervicouterino e de mamas, prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis, a assistência ao parto e puerpério. E logo foram atendidas as sugestões das ações relacionadas à sexualidade na adolescência e à mulher na terceira idade.

Inserção dos profissionais nos programas: o papel da enfermagem

Desde o primeiro programa de saúde materno-infantil, a enfermagem foi caracterizada pela concepção de “execução” de tarefas, e, de acordo com o local onde se realizam os cuidados, indica-se o que deve ser feito e descrevem-se procedimentos tradicionais na assistência à mãe e à criança.

Quanto à prática da enfermagem profissional, a situação era, contudo, legal nos termos da Lei nº 2.604/55, que dispunha sobre o exercício profissional em geral e o da enfermagem obstétrica. Essa Lei não respondia às necessidades sentidas pela categoria, que questionava, principalmente, a condição ambígua de ser a enfermeira universitária e de desempenhar um papel subsidiário (situação que só foi modificada em 1986, quando é promulgada a Lei nº 7.498 de 25/06/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406 de 08/06/87).

Atualmente, a consulta de enfermagem na rede básica de saúde é realizada de acordo com o roteiro

estabelecido pelo Ministério de Saúde (2000). Garantido pela Lei do Exercício Profissional e o Decreto nº 94.406/87, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro.

O Manual Técnico de Assistência Pré-natal do Ministério da Saúde estabelece que as mulheres que têm acesso ao serviço de saúde devem ser informadas sobre programas, palestras e atividades, assim como orientação quanto ao exercício da sexualidade, fisiologia da reprodução, regulação da fertilidade e os riscos do aborto provocado, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, câncer cervicouterino e de mama, e melhoria dos hábitos higiênicos e dietéticos.

Podemos executar nossas atividades no serviço optando por discussões individuais, em grupo ou por outras formas mais compatíveis com sua estrutura organizacional.

A consulta de Enfermagem proporciona orientação de medidas favoráveis que visam a abordagem apropriada às necessidades peculiares das mulheres com quem interagimos durante as consultas do pré-natal, nas unidades básicas de saúde. É bom lembrar que os contatos frequentes nas consultas entre enfermeiros e clientela possibilitam melhor monitoramento do bem-estar da gestante, o desenvolvimento do feto e a detecção precoce de quaisquer problemas.

A participação das enfermeiras, em nível central, em que pese um certo grau de qualidade da contribuição da enfermagem na área, através da capacitação e do desenvolvimento de recursos de enfermagem na área materno-infantil, foi limitada por condições históricas que impediram sua expansão e fortalecimento.

No período de 1970 e 1985, e mesmo na década de 1985 a 1995, muitas proposições emergem de eventos técnico-científicos promovidos pela classe, com assessoria, principalmente, da OPAS/OMS. Neles, verificam-se diretrizes e conceitos sobre assistência de enfermagem dirigida à mãe e à criança que, no plano do discurso, são até bem avançados. Nesses períodos, alguns modelos de prática também surgem liderados por docentes

de enfermagem. Mas nesse contexto ainda é possível evidenciar alguns problemas como a caracterização de um papel (de desempenho) da enfermeira, suas funções específicas, divergências existentes quanto à prática da consulta e à prática da execução do parto e da auditoria dos cuidados pela enfermeira.

Programas de Assistência à Mulher no Brasil – ações e atividades para o enfermeiro

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983 pelo Ministério da Saúde, prevê assistência que incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica de ginecologia, pré-natal, parto e puerpério, no climatério, planejamento familiar, DST, câncer no colo uterino e de mama e outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.

A saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitadas nesse período as demandas relativas à gravidez e ao parto.

Responsabilidades dos enfermeiros

A Lei 7.498/86, no art.1 inciso II, determina que o enfermeiro como integrante da equipe de saúde deve:

Participar no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde.

Prestar assistência de enfermagem a gestante, parturiente e puérpera.

Resolução do COFEN dispõe sobre atuação de enfermeiro na assistência a mulher no ciclo gravídico puerperal.

A atuação do enfermeiro no PAISM pode ser de três formas:

A) Administrativa: na coordenação da unidade, planejamento das ações de enfermagem, supervisão das ações programadas e avaliação das ações e dos funcionários que as executam.

B) Assistencial: prestar assistência à mulher em idade fértil, na adolescência e fase adulta, na fase

gravídico-puerperal, no climatério e à mulher vítima de violência sexual e doméstica.

C) Nas funções educativas: quando para a população de forma individual ou em grupo e quando para funcionários com treinamentos.

É interessante também o trabalho com equipe multiprofissional, para realizar uma assistência muito mais completa, como a contribuição dos

profissionais de psicologia, fisioterapeutas, da educação física, nutrição, terapia ocupacional, e por que não dizer, uma bibliotecária, tanto para a equipe de saúde, como principalmente para a família. Cada um tem um universo de conhecimentos e experiências que pode estar enriquecendo essa assistência para receber melhor o futuro cidadão.

* ANOTAÇÕES

AULA 2

A GESTAÇÃO E O PRÉ-NATAL

■ Conteúdo

- Sistematização da assistência de enfermagem no processo de gestação
- Sinais e sintomas de gravidez
- Alterações do organismo materno
- Consulta de enfermagem no pré-natal
- Anamnese obstétrica

■ Competências e Habilidades

- Espera-se que ao final desta aula o aluno conheça a necessidade do pré-natal, para organizar a assistência, identificar as queixas mais comuns da gestante e conduzir cada caso
- Incentivar, promover e orientar sobre a importância da participação do pai, importância do vínculo filho-pai para o desenvolvimento saudável da criança
- Identificar e referenciar para o alto risco quando indicado

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via satélite com professor interativo
- 2 h-a – presenciais com professor local
- 4 h-a – presenciais de aula prática com professor local
- 4 h-a – mínimo sugerido para autoestudo

Unidade Didática – Assistência de Enfermagem
Durante o Parto e o Puerpério

INÍCIO DE CONVERSA

A sistematização é de fundamental importância para planejar, direcionar as ações de enfermagem e organizar o registro dos dados. Além disso, conduz à priorização dos procedimentos a serem realizados e, se necessário, ao redimensionamento de recursos humanos e materiais, facilitando a avaliação da

assistência prestada, porque permite verificar se os padrões mínimos estabelecidos foram alcançados.

Identificadas as condições de risco, algumas delas podem ser tratadas e eliminadas, enquanto outras devem ser controladas, a fim de diminuir seu impacto sobre a gravidez. Assim, os profissionais de saúde devem permanecer alerta para observar com

mais rigor os sinais precoces de alterações e preparar-se para iniciar imediatamente o tratamento.

Definição de assistência pré-natal

A assistência pré-natal compreende um conjunto de atividades com vistas à promoção da saúde da mulher grávida e do feto, bem como a identificação de riscos para ambos, para uma assistência adequada e oportuna.

A gestação e o trabalho de parto, dentro da visão biológica, representam uma função primária do sistema reprodutor feminino e podem ser considerados como um processo normal. O conhecimento sobre a reprodução humana é essencial para a compreensão dessa fase do processo reprodutivo. A duração da gestação é variável, mas pode-se dizer que a época da concepção ao nascimento dura aproximadamente 267 dias ou 38 semanas. Durante esse tempo, o organismo materno passa por várias mudanças fisiológicas. E as adaptações envolvem não só o aparelho reprodutor, mas outros sistemas e adaptações emocionais.

Protocolo de enfermagem da assistência ao Pré-natal de baixo risco

Consulta de enfermagem no pré-natal

A assistência pré-natal reduziu consideravelmente a morbimortalidade da mãe e do bebê. A identificação precoce de potenciais problemas leva a imediata avaliação e tratamento. Essa assistência deverá iniciar no primeiro trimestre da gestação, a fim de permitir, precocemente, ações preventivas, educativas e terapêuticas. A consulta de enfermagem na rede básica de saúde é realizada de acordo com o roteiro estabelecido pelo Ministério de Saúde e é garantida pela Lei do Exercício Profissional e o Decreto nº 94.406/87, e o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro.

Atividades da enfermeira na rede básica

A paciente com atraso menstrual poderá ter consulta agendada com prontuário pelo enfermeiro, ou

poderá ser recepcionada prontamente, ou ainda ter consulta agendada pelo sistema Hygia (é um sistema que efetua a gestão da saúde pública em municípios e estados).

A enfermeira realiza a consulta de enfermagem e o teste de gravidez.

Sendo o resultado do teste de gravidez negativo, é bom repetir caso o atraso persista por sete dias, e oferecer aconselhamento contraceptivo. A enfermeira conversará com a paciente, explicando sobre a necessidade de atendimento médico, e nessa ocasião agendará como caso novo na ginecologia se necessário e também fará as orientações conforme as “ansiedades” da mulher.

■ Primeira consulta de enfermagem

- O profissional seguirá este roteiro:
- Abrir cartão de gestante, observar as relações afetivas da mulher frente à nova condição de ser gestante.
- Orientar quanto à importância do pré-natal e os direitos da gestante, como os trabalhistas, por exemplo (texto para autoestudo no portal).
- Preocupações relativas à gestação: primeiros sintomas, desconfortos, sexualidade na gravidez, orientações sociais e trabalhistas e outras ansiedades.
- Avaliar situação vacinal, solicitando carteira de vacina e/ou encaminhando para sala de vacina local ou outras.
- Agendar consulta médica no pré-natal de 20 a 30 dias a partir da data das solicitações de exames.
- Fazer exame das mamas (tipo de mamilo, cuidados com as mamas, avaliar experiências anteriores, utilizar o álbum seriado).
- Solicitar os exames laboratoriais protocolados pelo programa.
- Solicitar exames laboratoriais de rotina e outros, se necessário.

Os seguintes exames serão solicitados na primeira consulta:

- Grupo sanguíneo e fator Rh;
- Sorologia para sífilis (VDRL);
- Glicemia em jejum
- Exame sumário de urina (Tipo I);
- Dosagem de hemoglobina (Hb);
- Teste anti-HIV.

Quanto ao teste anti-HIV na gravidez, deve ser sempre voluntário e acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste.

- Negativo: se a gestante se enquadrar em um dos critérios de risco (portadora de alguma DST, prática de sexo inseguro, usuária ou parceira de usuário de drogas (injetáveis), o exame deve ser repetido após três meses ou no momento da internação para o parto).
- Positivo: a gestante terá indicação do uso de AZT a partir da décima quarta semana, para redução do risco de transmissão vertical, devendo ser encaminhada para o serviço de referência.
- Quando indicado, devem também ser solicitado:
 - Hemograma
 - Coombs indireto
 - Cultura de urina com antibiograma
 - Exame bacterioscópico do conteúdo vaginal
 - Parasitológico de fezes
 - Ações complementares
 - Serviço odontológico, “Projeto Meu Bem Querer”.
 - Profilaxia do Tétano: Será feita com a aplicação da vacina dupla (contra tétano e difteria) ou na sua falta, com a vacina antitetânica, no seguinte esquema:
 - 1ª dose: após o 4º mês de gestação
 - 2ª dose: 60 dias após a 1ª (mínimo 30 dias após).
 - 3ª dose: 60 dias após a 2ª (mínimo 30 dias após).

Observações: Se a gestante já tiver recebido esquema incompleto, completar com as doses restantes.

Consulta subsequente

Não sendo constatado risco obstétrico, o intervalo entre as consultas pode ter o seguinte calendário: intervalo de quatro semanas até a 32ª semana de gestação e de duas semanas até a 36ª semana. A partir disso, as consultas devem ser agendadas com intervalos de uma semana até a ocorrência do parto. No entanto, esse calendário deve ser alterado de acordo com as necessidades de cada gestante.

Roteiro

Leitura do prontuário
 Anamnese atual
 Cálculo e anotação da idade gestacional
 Exame físico geral e obstétrico
 Determinação do peso
 Controle da pressão arterial
 Inspeção das mucosas
 Inspeção das mamas
 Mensuração da altura uterina e circunferência abdominal
 Palpação obstétrica
 Ausculta do BCF
 Pesquisa de edema
 Toque vaginal, exame especular.
 Interpretação de exames laboratoriais e solicitação de outros exames, se necessário.
 Acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados
 Realização de ações e práticas educativas
 Agendamento de consultas subseqüentes



Ações preventivas e educativas

Nas décadas de 1950 e 1960, na Europa e na América do Norte, “o parto natural” e a “psicoprofilaxia” surgiram como opções ao que se considerava uma obstetrícia excessivamente médica, com seu uso liberal de analgésicos e parto cirúrgico. Muitos programas diferentes surgiram aproximadamente ao mesmo tempo, todos com um único objetivo comum: o uso de modalidades psicológicas ou físicas e não farmacêuticas para a prevenção da dor no parto.

Atualmente, a maioria dos cursos tem como objetivo instruir quanto aos hábitos de saúde, controle do estresse, redução da ansiedade, promoção de relacionamentos familiares, sentimentos de capacidade, promoção da autoestima e da satisfação,

alimentação bem-sucedida do lactente, adaptação pós-parto tranquilo.

E mais importante, promover o sentimento de segurança da mulher à medida que o parto se aproxima. Essas orientações também podem ser realizadas durante as consultas de forma individual somente com o esposo ou acompanhante, apresentando várias sugestões para os futuros pais, como: leitura de um determinado livro, assistir filmes e até mesmo simulações para determinada situação como, por exemplo, trabalho de parto, parto, banho do RN (recém-nascido), curativo do coto umbilical e outros.

Outros conteúdos para o curso dão oportunidade de conhecer o trabalho de parto e o parto com detalhes adequados e explicar as terminologias médica e obstétrica, bem como o uso de exames, medica-

mentos e outras intervenções. Os cursos podem ser um veículo para mudanças de atitudes, podem promover maior autoconfiança e questionamento das rotinas e recomendações profissionais.

A gestante será submetida a exames físico geral e especial e tocoginecológico, que podem detectar patologias subclínicas, ainda não diagnosticadas. Seu reconhecimento e tratamento previnem possível agravamento durante a evolução da gestante.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), por intermédio de sua Comissão de Peritos, definiu a proteção à maternidade: “tem por objeto salvaguardar a saúde das mulheres durante a gravidez e o aleitamento, ensinar os cuidados a serem dispensados às crianças, permitir o parto normal e dar à luz a filho sadio”.

Processo de enfermagem na assistência pré-natal

O processo de enfermagem é uma abordagem deliberativa de solução de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, tendo o objetivo de propiciar uma estrutura para que as necessidades individuais da paciente, da família e da comunidade sejam satisfeitas.

O processo de enfermagem se inicia com o levantamento sistemático dos dados da paciente. Os dados podem ser obtidos por meio de entrevista, exame físico, observação, revisão dos registros e relatos de diagnósticos.

Para sua implementação na consulta de enfermagem à gestante, torna-se imprescindível a substituição do modelo biomédico para o de levantamento de dados, pois a enfermagem possui seu próprio corpo de conhecimento, baseado na teoria científica, tendo como foco a saúde e o bem-estar da paciente.

Preocupa-se com os aspectos psicológico, espiritual, social e físico do indivíduo e não somente com a condição médica diagnosticada da paciente. Utilizaremos um instrumento que contemple todos os aspectos citados com sua necessidade básica, compreendendo os processos fisiológico, orgânico e emocional, os fatores sociológicos, econômicos,

espiritual e cultural, entre outros, envolvidos no período gestacional.

O diagnóstico de enfermagem foi definido na IX Conferência da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) em 1990 como “um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais, ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem e para atingir resultados, pelo qual o enfermeiro é responsável”.

O diagnóstico de enfermagem fornece a base para o planejamento de intervenções, implementação e avaliação, que constituem as fases seguintes do processo de enfermagem. O levantamento sistemático de dados possibilita compreender a gestante em sua totalidade, organizar a prática assistencial, sendo um meio para documentá-la, facilitando, assim, a estruturação de intervenções de enfermagem individualizadas para as diferentes respostas humanas aos problemas reais ou potenciais de saúde ou aos processos vitais.

Após a confirmação da gravidez, o acompanhamento pré-natal deve ser iniciado o mais precocemente possível. A gestante deve ser assídua e ter consciência da importância das consultas. Se for do desejo da gestante, ela poderá ter o acompanhante e este ser incentivado a participar.

Primeira consulta

É preciso levar em consideração que na primeira consulta a gestante poderá estar muito ansiosa ou estressada, e devemos proporcionar um ambiente agradável e tranquilo para que ela se sinta bem acolhida e que volte sempre para podermos continuar acompanhando sua gestação.

Primeiramente, faremos uma entrevista para conhecer melhor nossa paciente e para que ela nos conheça também. Vamos obter informações pessoais, incluindo idade, estado civil, instrução e profissão. Logo são investigados os dados de saúde da paciente e de sua família. E, por último, informações quanto à história obstétrica, como segue.

Anamnese geral e obstétrica

É muito importante que todos os dados colhidos na anamnese e no exame físico estejam claramente anotados no prontuário e na carteira de gestante para que toda a equipe de saúde tenha acesso a essas informações. Os principais elementos da identificação na anamnese geral são: idade, cor e profissão, sendo ainda importantes o estado civil e a procedência.

Idade – A idade ideal para a primeira parturição (nubilidade) vai dos 18 aos 27 anos. Chamamos “primigesta jovem” quando a gravidez ocorre antes dos 18 anos, sendo esse período dividido em duas partes, dos 15 aos 17 anos, nas quais não há quase complicações obstétricas, e as que dão à luz antes dos 15 anos, chamadas primigestas “giovanissime” (termo cunhado por autores italianos), nas quais a desproporção cefalopélvica e as distócias funcionais são frequentes. Do mesmo modo, após os 27 anos denominamos de “primigestas idosas”, sendo estas quase desprovidas de problemas na parturição, a não ser um grau menor da elasticidade dos tecidos moles. Quanto às múltiparas, deveriam dar à luz somente até os 35 anos. Após esse período, há sempre maior incidência de trissomias (1:800 aos 20 anos e 1:80 aos 40 anos). Portanto, os partos deveriam, de preferência, ocorrer entre 18 e 35 anos.

Cor – A bacia da mulher negra é “justa minor” (todas as medidas levemente diminuídas), porém, o parto ocorre sem problemas pela maior plasticidade do polo céfalico do feto da mesma cor. Há, no entanto, um aumento da desproporção cefalopélvica no casal de parturiente negra e cônjuge branco.

Profissão – As intoxicações profissionais de ação lenta comprometem a evolução gravídica. É o que se dá com as produzidas pelo álcool, chumbo, fósforo, nicotina, café, óxido de carbono, sulfureto de carbono etc. Em gestantes que se ocupam de tarefas rudes e que exigem atividade muscular acrescida, existe uma maior propensão a abortamentos, partos pré-termo e rotura prematura de membranas. Aquelas que trabalham em presença de raios X quando grá-

vidas, expõem-se, entre 2 e 4 semanas, a malformações (e.g. microcefalia, microftalmia) e após a 20ª semana a supressão de medula óssea.

Estado civil – Pacientes com estado civil indeterminado e consequentemente com mais de um parceiro sexual estão predispostas a adquirirem um número maior de doenças sexualmente transmissíveis. A influência dessa condição é notória, posto que abundam estatísticas mostrando a incidência elevada de problemas e maior morbidade e mortalidade materna e fetal entre as mães solteiras.

Procedência – Segundo a procedência da paciente, já temos orientação no sentido de imaginar a possibilidade de doenças que poderão influir grandemente na gestação.

Após a anamnese geral inicia-se o questionário especializado. A inter-relação da Ginecologia e da Obstetrícia é inegável na clínica diária. Assim, é preciso apurar o passado ginecológico e obstétrico da paciente, pormenorizado a seguir:

Antecedentes menstruais

Data da menarca, caracteres do ciclo menstrual e data da última menstruação são os dados a serem obrigatoriamente registrados na anamnese obstétrica e ginecológica. Grande número de pacientes apresenta distúrbios menstruais que tanto podem ter causa orgânica como decorrer de disfunção do sistema neuroendócrino. Em nosso meio, a menarca ocorre frequentemente dos 10 aos 14 anos. As menstruações duram, em média, de três a cinco dias, seu intervalo varia de 28 a 30 dias, e a quantidade de sangue perdido é de 100 a 150 g. Nas mulheres com ciclos irregulares e imprevisíveis, é difícil, através da anamnese e do exame físico, precisar a idade gestacional do feto, nesses casos uma ultrassonografia precoce é de extrema valia para avaliar a idade gestacional.

Quando a paciente se refere a uma amenorreia (ou falta de menstruação) súbita em história menstrual fisiológica, o diagnóstico de gravidez se confirma em 90% das vezes.

Antecedentes sexuais

Quanto a idade ou estado civil, a paciente poderá ou não ter vida sexual ativa. Se a tem, é necessário saber há quanto tempo e se o ritmo de relações sexuais é frequente ou esporádico. Procura-se saber se a libido e o orgasmo estão presentes, o que permite obter dados importantes sobre o psiquismo da paciente. Nesse tópico da anamnese revelam-se problemas íntimos, tais como desajustamentos conjugais e angústias deles decorrentes. Os meios anticoncepcionais habitualmente utilizados merecem registro. Alguns deles podem causar certa ansiedade: o método da tabelinha, pelas falhas a que está sujeito; o coito interrompido, pela insatisfação que propicia.

Dispareunia significa coito doloroso, e pode ser causado por inflamação vulvovaginal ou por vaginismo – constrição espástica da musculatura da vagina durante o ato sexual. Sinusiorragia é sinônimo de perda sanguínea no coito e pode traduzir a presença de cervicite aguda ou subaguda, de pólipos mucosos endocervicais ou de carcinoma do colo do útero.

As perguntas sobre os antecedentes sexuais devem sempre ser feitas com naturalidade, sem a preocupação de obter respostas satisfatórias na primeira consulta. Se a paciente é solteira e não se tem certeza de se a acompanhante sabe de sua vida sexual, é preferível deixar as perguntas para um momento em que médico e paciente estejam na sala de exame, apenas com a presença da enfermeira, habilidosamente mantida a certa distância para não ouvir o relato.

Corrimento

Secreção vaginal aumentada caracteriza corrimento, motivo frequente de queixa ginecológica. O corrimento quase sempre provém da vagina e/ou do colo do útero. As causas mais comuns desse sintoma são as vulvovaginites. Pelos caracteres do corrimento é possível supor a sua etiologia. *Trichomonas* produzem corrimento amarelado e fétido. A secreção causada por monília

é branca, em pequenos grumos, quase sempre pruriginosa (coceira). Cervicite crônica produz corrimento amarelado, de aspecto catarral. Para se admitir que a paciente apresenta corrimento é preciso obter a informação de que a secreção vaginal se encontra permanentemente aumentada. Aumento fisiológico da quantidade de secreção se verifica nos momentos de excitação sexual.

Sintomas mamários

As mamas, pela sua localização, são objeto de “autoexame”, com relativa frequência. Assim, a queixa de nódulo mamário é muitas vezes comprovada pelo exame físico. Sua presença pode corresponder a fibroadenoma ou carcinoma. Displasia mamária (doença benigna da mama) pode também aparecer sob a forma de espessamento do parênquima, acompanhado de dor que se intensifica no período pré-menstrual.

Ficar atenta caso apresente durante o exame físico sangramento pela papila, pois pode ser uma expressão clínica de papiloma ou de carcinoma do duto. Eczema crônico da aréola faz pensar na possibilidade da doença de Paget.

Antecedentes obstétricos

Indaga-se, pela ordem, sobre as gestações anteriores, obedecendo à sua cronologia, como evoluíram, como foram os partos, sobre a vitalidade dos conceitos (feto), a eventualidade de abortamentos e do intervalo interpartal.

Grávida, gesta e para, como sufixos, referem-se às gestações e partos havidos e não aos conceitos. Exemplificando: após a primeira parturição gemelar a paciente continua *primigesta e primípara*.

Quanto aos abortos, é muito importante saber se foram seguidos de processo febril e de curetagem. A infecção pós-aborto pode acarretar dor pélvica e obstrução tubária. A curetagem, algumas vezes, provoca obstrução do óstio uterino das tubas ou destruição do endométrio, determinando sinéquias que caracterizam a síndrome de Asherman; fibrose da cavidade uterina decorrente de curetagem, pro-

cesso infeccioso endometrial cujos sintomas principais e a amenorreia, detectado através de exame de imagem. Os abortos espontâneos repetidos falam a favor da disendocrinia (*qualquer perturbação funcional das glândulas endócrinas*) ou de insuficiência cervical.

Quando a primeira gestação ocorre após 10 anos de união conjugal, trata-se de primiparidade tardia. Quanto à paridade, chamamos grande múltipara aquela com cinco partos ou mais. Elas são mais propensas a fetos grandes, distócias funcionais (anomalias das contrações) e síndromes hemorrágicas. As múltiparas, principalmente as que tiveram partos mal assistidos, apresentam, às vezes, roturas do períneo e relaxamento do assoalho pélvico ou distopia genital (deslocamento dos órgãos genitais da sua posição anatômica) que neste caso podem ser prolapso do útero, cistocele e retocele.

O intervalo interpartal é em média de dois anos, e quando maior que dez equivale a uma “reestreia funcional”.

História da gravidez atual

Da gravidez atual registram-se detalhadamente os sinais de gravidez, como amenorreia, movimentos fetais e eventual queda de ventre (insinuação), que nas primíparas ocorre quinze dias antes do parto, e nas múltiparas, durante o trabalho de parto. Utilizando a data da última menstruação (DUM) calcula-se a data provável do parto e, por conseguinte, a idade gestacional cronológica.

A data provável do parto será aproximadamente 280 dias (40 semanas) a contar do primeiro dia da última menstruação. Na prática usamos a regra de *Nägele*, segundo a qual somamos 7 ao dia da DUM e subtraímos 3 do mês da DUM.

Por exemplo, se a última menstruação foi em 10 de novembro (mês 11) temos $10 + 7 = 17$ e $11 - 3 = 8$, portanto a data provável do parto será dia 17 de agosto (mês 8). Costumamos admitir que, para a primípara, a prática recomenda somar 10 dias em vez de 7.

Como calcular a idade gestacional

A idade da gestação é definida como o tempo transcorrido entre o primeiro dia da última menstruação (DUM) até a data atual (dia em que está realizando o cálculo). Pode ser aferida em dias, semanas ou meses completos.

Exemplo: DUM = 28/11/08 Data atual = 08/06/09

Novembro = 3 dias

Dezembro = 31 dias

Janeiro = 31 dias

Fevereiro = 28 dias

Março = 31 dias

Abril = 30 dias

Mai = 31 dias

Junho = 08 dias

Total = 193 dias

193 dias dividido por 7 (uma semana)

IG = 27 semanas e 5 dias.

Há que se ter em mente que a gestação são 9 meses completos. Assim, quando dizemos que a gestação tem 36 semanas, isso corresponde ao início do 9º mês, que se completará com 40 semanas.

Conhecer precisamente a idade gestacional do feto é imperativo para o manejo obstétrico correto! Portanto, atenção deve ser redobrada quando estamos calculando a idade gestacional. A unidade clínica de medida apropriada é expressada em semanas de gestação já completadas.

Exame físico

A maioria das pacientes sente algum grau de constrangimento durante o exame obstétrico e, para diminuirmos esse desconforto e tornar o exame mais aceitável, ele deve ser realizado em um local reservado, onde não haja interrupções acidentais. O pudor da paciente deve ser sempre respeitado porque, apesar de estarmos acostumados com esse tipo de exame, ela frequentemente não está.

O tipo de exame a ser realizado deve ser explicado antes de ser iniciado, pois tudo que é desconhecido é mais temido. Para a proteção do examinador, é de grande valor a presença de alguém da enferma-

gem na sala durante a realização do exame, e algumas pacientes gostam de contar com a presença do esposo ou de sua acompanhante.

Devemos iniciar pelo exame físico geral. Condições como pulso, pressão arterial, temperatura e peso devem ser aferidos e anotados. No tórax, examinam-se principalmente os aparelhos circulatório e pulmonar. Quanto ao abdome, inspecionam-se e descrevem-se os órgãos, além da presença de outros elementos (fígado, baço, ascite, eventuais tumores etc.), excetuando-se o útero. É importante também observar a presença de edema e varizes nos membros inferiores.

Exame físico especial (obstétrico)

Inspeção

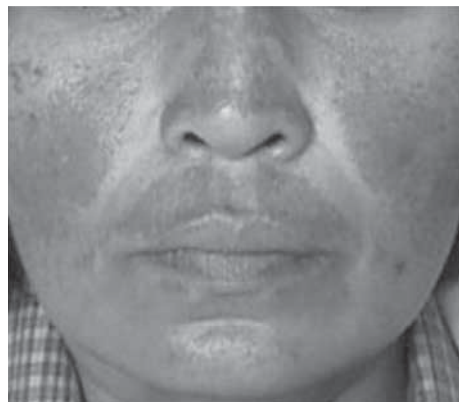
A inspeção geral inclui o aspecto da gestante, que no dizer de Briquet tem o rosto cheio, olhar vivo, respiração ativa, cintura alargada e curva dos quadris aumentada. Devido ao aumento do volume abdominal, a grávida desloca para trás o seu centro de gravidade. Assim, acentua a lordose e afasta os pés para aumentar a sua base de sustentação. (Shakespeare denominou esta postura “orgulho da gravidez”). O andar da grávida é pesado e arrastado (marcha anserina, do latim “anserinus”, relativo ou semelhante ao pato ou ao ganso).

A inspeção obstétrica propriamente dita deve verificar, na cabeça, a lanugem (sinal de Halban) e o cloasma ou “máscara gravídica”, que é a hiperpigmentação causada pela secreção aumentada de hormônio melanotrófico. No pescoço verificamos pequeno aumento da tireoide.

À expressão das mamas aparece o colostro, havendo também o aparecimento da aréola secundária (sinal de Hunter) e, em número de 12 a 15, dos tubérculos de Montgomery (glândulas sebáceas). Na parede abdominal podem ser apreciadas as estrias gravídicas (víbices), formadas pela superdistensão das fibras elásticas e a “linea nigra”, que nada mais é que a pigmentação da primitiva “linea alba”, puboumbilical. As estrias podem ser de dois tipos: as recentes são violáceas, e as antigas, esbranquiça-

das. Quanto à forma, o útero é geralmente ovoide, sendo globoso na gemelidade.

A inspeção dos genitais externos mostra o arroxeamento da vulva e da vagina (sinal de Jacquemier-Kluge) e a eventual presença de varizes, tumores ou ainda Bartholinite.



Fonte: Domínio público. Disponível em – www.exposto.com.pt/index-sintomas 2009

Relação feto-pélvico

Atitude fetal – é a relação entre as partes do feto. A atitude normal do feto é a de flexão. O feto está flexionado, com a cabeça sobre o peito, braços e pernas dobradas, com as pernas aproximadas do abdômen.

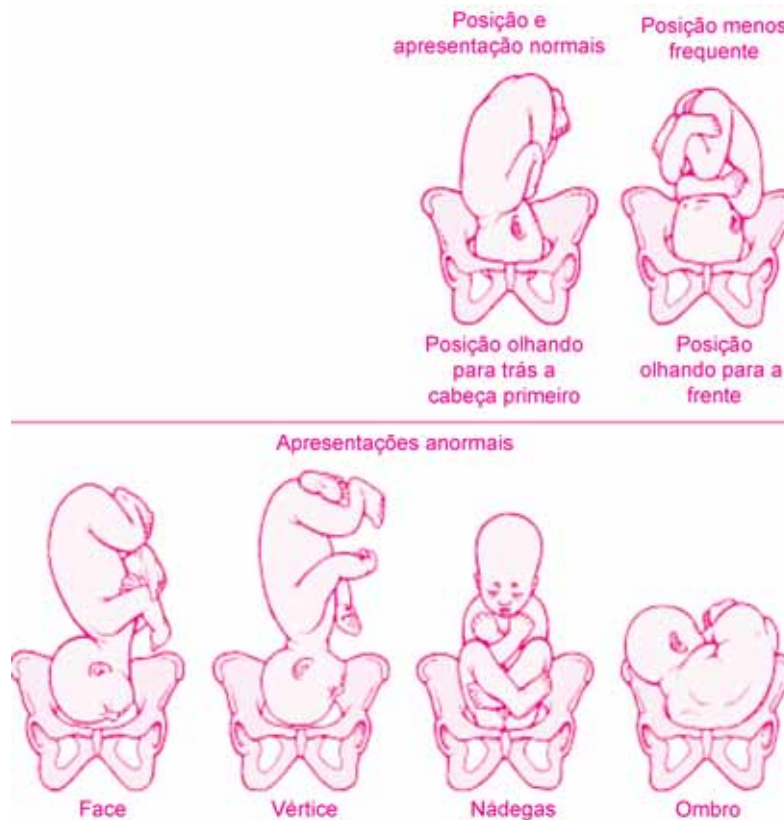
Situação fetal – é a relação entre o eixo longitudinal do feto e o eixo longitudinal da mãe. O ideal é uma relação paralela em que os eixos longos da mãe e do feto coincidam. Em casos graves, o feto está atravessado no útero (situação transversa), o que determina uma cesariana.

Apresentação fetal – é determinada pela parte do corpo do feto que está mais baixo na pelve materna. Podem ocorrer as apresentações cefálica pélvica ou córmica.

A apresentação cefálica (primeiro que nasce é a cabeça) é a mais comum, ocorrendo em aproximadamente 95% dos partos. As apresentações pélvicas (o que nasce primeiro são as nádegas) ocorre em aproximadamente 45% dos partos.

Posição fetal – indicação mais específica da relação feto-pélvica, é a relação entre alguns pontos de

referência da parte que se apresenta com os quatro quadrantes da pelve materna; anterior posterior, lado esquerdo e lado direito.



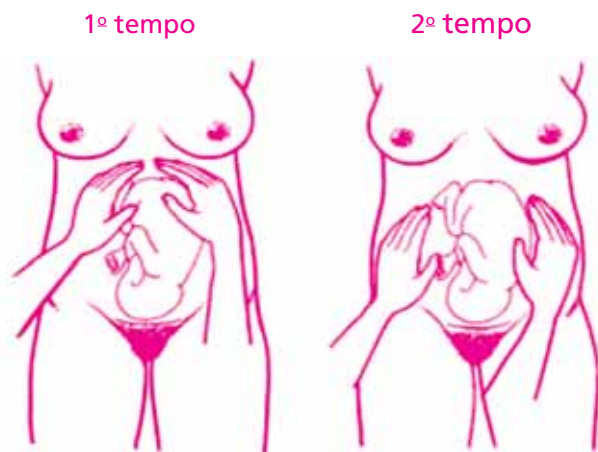
Fonte: Domínio público. Disponível em www.manualmerck.net/artigos/ 2009

Palpação

O palpar obstétrico tem como finalidade reconhecer a situação e a apresentação fetal.

A palpação obstétrica deve ser realizada antes da medida da altura uterina. Ela deve iniciar-se pela delimitação do fundo uterino, bem como de todo o contorno da superfície uterina (esse procedimento reduz o risco de erro da medida da altura uterina). A identificação da situação e da apresentação fetal é feita por meio da palpação obstétrica, procurando identificar os pólos cefálico e pélvico e o dorso fetal, facilmente identificado a partir do terceiro trimestre. Pode-se, ainda, estimar a quantidade de líquido amniótico.

Manobras de palpação:





Fonte: Disponível em www.medicina.ufsc.br/sobre/arquivos/med7012.pdf – 2009

Duas são as escolas que sistematizaram a palpitação obstétrica: a escola francesa (mais utilizada no Brasil) e a escola alemã.

A *escola francesa* compreende três tempos: exploração da escava, do fundo uterino e a verificação do dorso fetal. Com as mãos espalmadas explora-se a escava e averigua-se se está ocupada (polo cefálico), parcialmente ocupada (polo pélvico) ou vazia (nas apresentações córmicas). A seguir palpa-se o fundo uterino e por último as laterais, para definir o dorso fetal.

A *escola alemã* compreende quatro tempos:

Exploração do fundo uterino: identificar a região fetal que ocupa o fundo uterino.

Exploração dos flancos: identificar o dorso fetal e os membros.

Exploração da mobilidade cefálica: movimentos de lateralidade, executados pelos dedos apoiados na frente e no occipício, que permitem verificar se a cabeça está alta e móvel, ou ajustada e fixa, em relação ao estreito superior.

Exploração da escava: identificar se existe apresentação fetal no estreito superior da bacia.



Fonte: DEPAUL. J. A. H. Leçons de clinique obstétricale. Paris: Delahaye, 1876.

Completa-se a palpitação pela medida da altura uterina (AU), utilizando fita métrica. Como pontos de referência para a medida são usados a altura uterina, a sínfise púbica e o fundo uterino, palpado com a face ulnar da mão. Antes de medir a altura uterina deve-se solicitar que a paciente esvazie a bexiga, pois a bexiga cheia pode alterar a AU em até 3 cm.

Mensuração obstétrica

Objetivo:

- Estimar o crescimento fetal, correlacionando-se a medida da altura uterina com o número de semanas de gestação. Padrão de referência: curvas de altura uterina para idade gestacional desenhadas a partir dos dados do Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP). Existem ainda outras curvas nacionais e internacionais utilizadas por alguns serviços isoladamente.

TÉCNICA DE MEDIDA DA ALTURA UTERINA

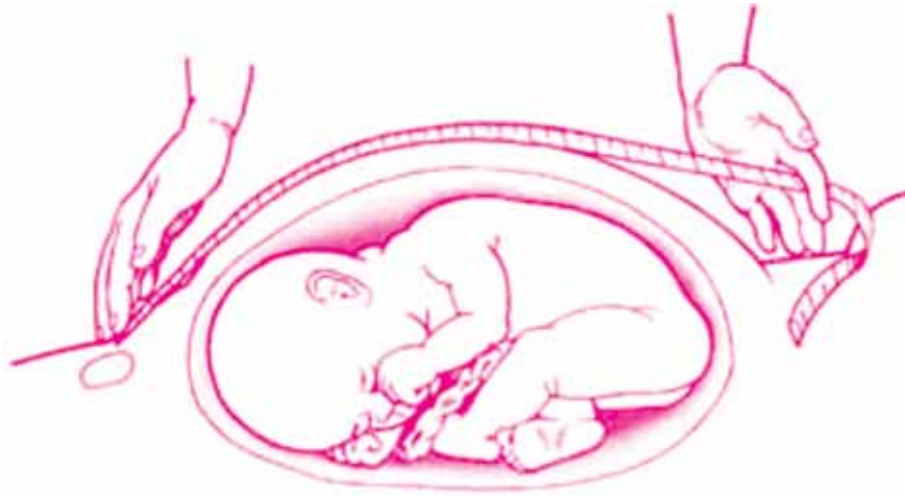
Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto;

Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino;

Por meio da palpação, procurar corrigir a comum dextroversão uterina;

Fixar a extremidade inicial (0cm) da fita métrica, flexível e não extensível, na borda superior da sínfise púbica, passando-a entre os dedos indicador e médio. Proceder à leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino;

Anotar a medida, em centímetros, na ficha e no cartão, e marcar o ponto na curva da altura uterina.



Fonte: Domínio público. Disponível em www.medicina.ufsc.br/sobre/arquivos/med7012.pdf – 2009

Na figura anterior, é mostrada a técnica de medição, na qual a extremidade da fita métrica é fixada na margem superior do púbis com uma mão, deslizando a fita entre os dedos indicador e médio da outra mão até alcançar o fundo do útero com a margem cubital dessa mão. A gestante deve ser posicionada em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto e com a bexiga vazia (a não ocorrência desse fato pode aumentar a altura uterina).

A mensuração da altura uterina deve ser indicada com a delimitação da borda superior da sínfise púbica e do fundo uterino. A extremidade da fita métrica (ponto zero) deve ser fixada sobre a borda superior da sínfise púbica. A seguir, desliza-se a borda cubital da mão sobre a linha mediana do abdômen até o fundo uterino.

O aumento uterino está relacionado com a idade gestacional. A enfermeira deve estar atenta à compatibilidade dos valores obtidos.

Nos primeiros meses de gestação, o útero é intra-pélvico. A partir da 12ª semana de gestação, pode

ser palpado no ventre materno. Situa-se a meia distância entre a sínfise púbica e o umbigo na 16ª semana; na 20ª semana, ao nível da cicatriz umbilical; na 28ª semana, entre esta e o xifoesteno, no termo, junto às rebordas costais.

AUSCULTA DOS BATIMENTOS CARDÍACOS FETAIS (BCF)

O objetivo da ausculta é constatar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos batimentos cardíacos fetais (BCF).

É considerada normal a frequência cardíaca fetal entre 120 a 160 batimentos por minuto. A ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) deve ser feita com estetoscópio de Pinard. Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto. Identificar o dorso fetal. Além de realizar a palpação, deve-se perguntar à gestante em qual lado ela sente mais os movimentos fetais; o dorso estará no lado oposto.

Segurar o estetoscópio de Pinard pelo tubo, encostando a extremidade de abertura mais ampla no local previamente identificado como correspondente ao dorso fetal, encostar o pavilhão da orelha na outra extremidade do estetoscópio, fazer com a

cabeça leve pressão sobre o estetoscópio e só então retirar a mão que segura o tubo.

Procurar o ponto de melhor ausculta dos BCF, ou seja, o “foco da escuta” (audibilidade máxima dos batimentos cardíacos), na região do dorso fetal.



Fonte: Domínio público. Disponível em www.medicina.ufsc.br/sobre/arquivos/med7012.pdf – 2009

Pela ausculta pode-se reconhecer ruídos fetais e maternos, avalia-se os batimentos cardíacos fetais quanto a ritmo, frequência e intensidade. Permite também verificar a vitalidade do feto, a prenhez única ou múltipla e confirmar o diagnóstico da apresentação e posição feitas pelo palpar.

Os ruídos fetais compreendem o batimento cardíaco e o sopro funicular (por compressão do cordão e sincrônico com o anterior). Os batimentos cardíacos fetais são audíveis a partir da 20ª semana quando utilizamos o estetoscópio de Pinard ou a partir da 12ª semana quando utilizamos o Sonar-Doppler. Alguns fatores como a acuidade auditiva do examinador, espessura do panículo adiposo da paciente e quantidade de líquido amniótico podem dificultar a detecção dos batimentos cardíacos fetais em idades gestacionais mais precoces.

As apresentações cefálicas têm o seu foco abaixo da latitude umbilical, e as pélvicas, acima; as apresentações direitas no seu lado e as esquerdas também. Os ruídos de origem materna são representados pelo

sopro uterino (produzido pela passagem do sangue pelos vasos da parede uterina, isócrono com o pulso materno) e pelo sinal de Boero (boa audibilidade da aorta abdominal materna nos casos de óbito fetal), sendo ambos sincrônicos com o pulso materno e ruídos acessórios (borborismos intestinais)

Uma desaceleração ou não alteração de frequência cardíaca fetal, após contração uterina, movimentação fetal ou estímulo mecânico, requer encaminhamento da gestante para a maternidade ou para um serviço de maior complexidade. O aumento transitório no BCF concomitante a essas situações é sinal de boa vitalidade fetal.

Exame pélvico

O exame pélvico é realizado com a paciente em decúbito dorsal e com os pés ou joelhos apoiados em perneiras (posição de litotomia), o que irá expor a genitália externa. Devemos manter os joelhos e as pernas da paciente cobertas, pois essa medida ajuda a preservar o pudor da paciente.

Usando um foco de luz adequado, inicialmente realizamos a inspeção da genitália externa.

Observa-se inicialmente os genitais externos, com especial atenção quanto à presença de tumores, corrimento, prolapso genital, rotura de períneo, incontinência urinária e perda de líquido via vaginal.

Toque

O toque no início da gestação auxilia no diagnóstico obstétrico (amolecimento do colo ou sinal de Hegar), útero aumentado e globoso (sinal de Nobel-Budin), corpo uterino amolecido etc. No trabalho de parto apreciam-se as condições da vagina, se é permeável e se há presença de septos, as características do colo (dilatação, espessura, esvaecimento e centralização) e, através dele, a bolsa das águas, se íntegra ou rota, e nesse caso, a cor do líquido amniótico. Pelo toque confirmam-se a apresentação, a posição e sua variedade. Por último, verificam-se as condições da bacia, particularmente o conjugado diagonal (e, por conseguinte, o conjugado verdadeiro), o arco anterior, as espinhas ciáticas e o cóccix.

É de boa técnica fazer o toque vaginal com as mãos rigorosamente lavadas e revestidas de luvas esterilizadas, entreabrindo-se a vulva com os dedos de uma das mãos, e obedecendo os preceitos de assepsia e antisepsia.

Exame especular

Em alguns casos, como na necessidade de subsídios para um diagnóstico de bolsa rota ou para uma amnioscopia, faz-se necessário o exame especular, através do qual visualizamos as paredes e a cavidade vaginal além do colo uterino, conseguindo também colher material para exames. Para tal rotineiramente utilizamos o espéculo de Collin. Existem três tamanhos de espéculo vaginal (o número um é o menor), que serão utilizados de acordo com o grau de relaxamento vaginal que a paciente apresenta. Devemos expor o introito vaginal com uma das mãos e introduzir o espéculo com as valvas coadaptadas, com o maior diâmetro rodado em aproximadamente 10° em relação ao eixo vertical da vulva (para evitar a uretra). Deve-se introduzir o espéculo rea-

lizando uma rotação até que as duas valvas fiquem em relação direta com as paredes vaginais anterior e posterior; a seguir terminar a introdução e então abrir o espéculo.

Duração da gestação

Tendo como base o primeiro dia da última menstruação (DUM), a gestação dura, em média, 280 dias, 40 semanas ou 10 meses lunares, aproximadamente, o mesmo que nove meses do calendário solar. Por conveniência, dividem-se os nove meses da gestação em três trimestres, cada um representando um período de três meses.

Nem todas as gestações vão a termo. Uma gestação que termina antes de o feto ser viável é chamada de aborto. Uma gestação que termina após a data de viabilidade e antes do termo é chamada parto prematuro. Uma gestação terminada 42 semanas de gestação é chamada pós-datismo ou gestação prolongada.

É considerada gestação a termo (quando o bebê não é mais considerado prematuro) a partir de 37 semanas completas e 42 semanas incompletas de gravidez.

A duração da gestação é, geralmente, calculada contando o primeiro dia do último período menstrual (DUM). Usando a regra de Nagele, a data provável do parto (DPP) é determinada somando sete dias ao primeiro dia da última menstruação e subtraindo três meses ou somando nove meses.

A enfermeira pode utilizar medida da altura uterina e toque vaginal, além da informação sobre a data do início dos movimentos fetais, para determinar aproximadamente a idade gestacional e a data provável do parto quando a gestante não se lembrar da DUM.

Sinais e sintomas da gravidez

É muito importante diagnosticar ou confirmar a gestação. Muitos sinais característicos da gestação auxiliam na confirmação. Os sinais e sintomas da gestação dividem-se em três categorias. É muito importante lembrar que muitos sinais e sintomas presentes na gestação podem aparecer também em outras circunstâncias.

Sinais de presunção (*sugerem gestação*)

Náuseas: aparecem por volta da sexta semana de gravidez, principalmente pela manhã, normalmente desaparecendo após 12 semanas de gestação.

Amenorreia: Em mulher saudável que menstrua regularmente, o cessar da menstruação (amenorreia) é um forte indício de gravidez. Entretanto, não podemos considerá-lo um sintoma de gestação até que se passem 10 dias ou mais da data esperada para a menstruação. Quando o segundo período menstrual também não acontece, então esse sintoma deve ser considerado.

Aumento da frequência urinária: também com início, por volta da 6ª semana de gravidez, sendo decorrente da pressão que o útero em crescimento exerce sobre a bexiga. Normalmente melhora com o decorrer da gestação, voltando a piorar no final da mesma.

Sonolência e cansaço: são sintomas frequentes. Tem como causa provável a dilatação vascular que ocorre no organismo materno durante a gestação.

Modificações mamárias: que se iniciam na 5ª semana de gestação, havendo um processo de congestão mamária, tornando-as doloridas. Com oito semanas de gestação, as aréolas se tornam mais escuras, e surgem os chamados tubérculos de Montgomery, projeções que se tornam evidentes nas aréolas a partir desta fase da gestação.

Sinais de probabilidade (*indicam que existe uma provável gestação*)

Sinal de Hegar: quando ocorre o amolecimento do istmo uterino que ocorre entre seis a oito semanas de gravidez.

Aumento uterino: devido ao crescimento do feto, do útero e da placenta.

Sinal de Chadwick: é a coloração violácea da vulva e da vagina. Esse sinal é causado pela vascularização aumentada, ou pela congestão pélvica, devido principalmente ao aumento do estrogênio.

Sinal de Goodell: é o amolecimento da cérvix na 8ª semana. Normalmente a cérvix é bastante firme.

Contrações de Braxton Hicks: são contrações indolores que começam no início da gestação. Elas

prolongam-se durante a gestação, tornando-se notáveis à medida que ela avança. No final da gestação, essas contrações tornam-se mais fortes, podendo ser confundidas com as contrações do parto.

Testes de gravidez: quando realizados apropriadamente, são precisos em 90% a 98% dos casos. A maioria deles é baseada na presença de gonadotrofina coriônica humana (HCG), um hormônio produzido pelas vilosidades coriônicas da placenta. Esse hormônio aparece na urina ou no sangue 10 a 12 dias após a concepção.

Sinais de certeza (*modificações que evidenciam a gestação*)

Batimentos cardíacos fetais (BCF): podem ser ouvidos claramente na 10ª a 12ª semanas de gestação com um amplificador Doppler. A frequência cardíaca fetal é rápida, oscilando de 120 a 160 batimentos por minuto, cerca de duas vezes a frequência do pulso materno.

Movimentos fetais ativos (MF): durante o exame de palpação é diagnóstico de gestação. A atividade fetal pode ser percebida a partir da 18ª a 20ª semanas de gestação. A movimentação fetal é mais intensa entre a 28ª e a 32ª semana de gestação. A ultrassonografia pode detectar movimentos fetais mais cedo.

Avaliação ultrassonográfica

Solicitada de acordo com critérios de indicação:

Alteração da medida de fundo uterino em relação ao esperado: suspeita de crescimento intrauterino retardado (CIUR), gravidez múltipla, polidrâmnio, passado obstétrico: abortamentos habituais, fetos mal formados etc., quando necessário precisar a idade gestacional, nos casos a serem referenciados para pré-natal de maior complexidade, outras indicações a critério médico.

A ultrassonografia, ou ecografia, é um método diagnóstico que aproveita o eco produzido pelo som para ver, em tempo real, as reflexões produzidas pelas estruturas e órgãos. A ultrassonografia permite também, através do efeito Doppler, conhecer o sentido e a velocidade de fluxos sanguíneos. Por não utilizar radiação ionizante, como na radiografia e na tomografia

computadorizada, é um método inócuo, barato e ideal para avaliar gestantes e mulheres em idade fértil.

A ultrassonografia é um dos métodos de diagnóstico por imagem mais versáteis, de aplicação relativamente simples e com baixo custo operacional. A partir dos últimos vinte anos do século XX, o desenvolvimento tecnológico transformou esse método num instrumento poderoso de investigação médica dirigida, exigindo treino constante e uma conduta participativa do usuário.

O estudo bioquímico do líquido que envolve o bebê, o líquido amniótico, assim como o desenvolvimento de vários exames de sangue, também vem auxiliar o diagnóstico do bem-estar do feto.

Nos anos 1980, surge o exame de cardiotocografia, que avalia as condições do coração fetal frente a situações de doença materna ou durante as contrações do trabalho de parto, sendo um grande exame até os dias atuais para diagnosticar o assim chamado sofrimento fetal, em que o médico percebe a possibilidade de morte iminente do nenê, podendo recorrer à intervenção por cesárea com rapidez e eficiência.



Fonte: www.cidadaopg.sp.gov.br

Mais recentemente, já nos anos 1990, surge a dopplervelocimetria, com a possibilidade de se estudar não só o fluxo de sangue que se faz do útero

para a placenta e desta para o feto, como também até mesmo o fluxo sanguíneo dentro do organismo fetal.

NUTRIÇÃO

Outro aspecto importante do pré-natal é a avaliação a respeito da nutrição da gestante. Nas consultas se faz um acompanhamento do ganho de peso da mãe, que não deve ser inferior e nem superior ao recomendado. Devemos ter em mente que as necessidades calóricas estão aumentadas, durante a gravidez, porém a mulher deve ter uma dieta balanceada, tendo o cuidado para evitar o ganho de peso excessivo, que pode ser prejudicial.

Além disso, indica-se a reposição de duas vitaminas. O ácido fólico é indicado nas primeiras semanas de gravidez, pois ajuda a prevenir algumas malformações. O ferro (sulfato ferroso) é recomendado a todas as gestantes a partir do segundo trimestre, até o término da lactação, pois ele não pode ser suprido apenas pela dieta normal da gestante. Recomenda-se também que a gestante receba alimentos ricos em cálcio.

ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DURANTE A GESTAÇÃO

Diversas alterações ocorrem durante a gravidez, e, devido a elas, surgem distúrbios e desconfortos. A maioria dessas queixas não requer tratamento médico, porém elas exigem orientações tranquilizadoras, porque a maior parte das mulheres não consegue avaliar a gravidade de um sintoma específico.

Alterações no sistema endócrino

Mudanças significativas no perfil endócrino ocorrem durante a gestação, destacando-se quatro hormônios que desempenham um papel fundamental para a mãe e para o feto. Dois desses são os hormônios sexuais femininos estrogênio e progesterona, os quais são secretados pelo ovário durante o ciclo menstrual normal, passando a ser secretados em grandes quantidades pela placenta durante a gestação. Outros dois importantíssimos são: a gonadotrofina coriônica e a somatomamotropina coriônica humana.

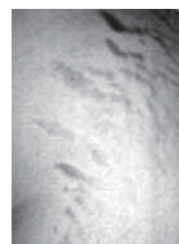
Gonadotrofina coriônica humana (HCG) – é produzida no início da gestação. No 14º dia, ela é secretada pelo tecido trofoblástico. Ela estimula a produção de progesterona e estrogênio pelo corpo lúteo, para que a manutenção da gestação ocorra até que a placenta esteja suficientemente desenvolvida e assuma a função mantenedora.

Somatotropina coriônica humana – esse hormônio é responsável principalmente pela nutrição adequada do feto, diminuindo, dessa forma, a utilização da glicose pela mãe e tornando-a disponível em maior quantidade para o feto. Ocorre também uma mobilização aumentada de ácidos graxos do tecido adiposo materno, elevando a utilização dos mesmos como fonte de energia em lugar da glicose. Um outro efeito desse hormônio é auxiliar o crescimento fetal, efeito esse (relativamente fraco) semelhante ao do hormônio do crescimento.

A maioria das glândulas endócrinas é alterada. A exemplo disso, a tireoide também é afetada, imitando, assim, os efeitos do hipertireoidismo, causando sintomas como: taquicardia, palpitações, respiração excessiva, instabilidade emocional e aumento da glândula tireoide. Mas em apenas 0,08% das gestantes ocorre realmente o hipertireoidismo. É comum ocorrer aumento dos hormônios adrenais, o que provavelmente pode contribuir para o surgimento de estrias róseas de pele. Níveis aumentados de glicocorticoides, estrogênios e progesterona modificam o metabolismo da glicose aumentando a necessidade de insulina. A insulina produzida pela placenta pode afetar as necessidades de insulina provocando, em muitos casos, a diabetes gestacional.

Estrogênio – As principais funções do estrogênio são promover: proliferação de determinadas células (por exemplo, células musculares lisas do útero), aumento da vagina, desenvolvimento dos grandes e pequenos lábios, crescimento de pelos pubianos, alargamento pélvico, crescimento das mamas e de seus elementos glandulares, além de deposição de tecido adiposo em áreas específicas femininas, tais como coxas e quadris. Ou seja, o estrogênio é responsável por desenvolver as características sexuais femininas. Durante as primeiras 15-20 semanas de gravidez o

corpo lúteo aumenta a secreção desses dois hormônios em duas a três vezes o normal; ele é responsável pela secreção do estrogênio e da progesterona, porém após a 16ª semana a placenta passa a secretar esses hormônios, aumentando de forma drástica sua produção e fazendo com que a secreção de estrogênio fique cerca de 30 vezes maior que o normal. Durante a gravidez, o estrogênio provoca uma rápida proliferação da musculatura uterina, aumento acentuado do crescimento do sistema vascular para o útero, dilatação do orifício vaginal e dos órgãos sexuais externos e relaxamento dos ligamentos pélvicos, permitindo uma maior dilatação do canal pélvico, o que facilita a passagem do feto no momento do nascimento. O estrogênio também é responsável por uma maior deposição de tecido adiposo nas mamas (algo em torno de ½ quilo) fazendo com que elas cresçam, aumentando o número de células glandular e tamanho dos dutos e preparando para a lactação. O estrogênio tem um efeito indireto nas fibras elásticas da pele. Sua elevação causa o aumento da função suprarrenal. Uma elevação na concentração do esteroide suprarrenal resulta no enfraquecimento das fibras elásticas da pele. Assim, esse hormônio tem participação no desenvolvimento das estrias gravídicas no abdômen, nas coxas e nas mamas.



Fonte: Domínio público. Disponível em www.ctv.es/.../iexplorer/hipofisis 2009

Progesterona – A progesterona também tem efeitos profundos no corpo da mulher, durante a gestação. Sua origem principal é a placenta. Ela mantém o endométrio e inibe as contrações uterinas, evitando, dessa forma, o abortamento. Este hormônio também auxilia no desenvolvimento das mamas para a lactação. Ocasionalmente causa a perda de sódio e aumenta a sensibilidade do centro respiratório.

A progesterona proporciona um mecanismo regulador, ajudando a mulher a eliminar dióxido de carbono. Ela mantém a frequência do metabolismo basal, permitindo na gestante uma sensação de calor que as outras pessoas não sentem. Reduz o tônus dos músculos lisos, reduzindo a motilidade gástrica e relaxando os esfíncteres. Essa ação ocasiona muitas queixas, como constipação intestinal, azia e varicosidades.

ALTERAÇÕES NO SISTEMA REPRODUTOR

Útero

O útero muda radicalmente durante a gestação. Antes dela, ele é um órgão pequeno, oco, em forma de pera, pesando cerca de 60g. No final da gestação, ele é uma estrutura com finas paredes musculares, que pesa em torno de 100g, capaz de abrigar o feto, a placenta e o líquido amniótico. Esse crescimento é o resultado do aumento de tamanho (hipertrofia) de células musculares preexistentes. A facilidade com que se palpa o feto, através da parede abdominal, demonstra sua fina estrutura.

As exigências do útero aumentam consideravelmente à medida que ele cresce e o feto e a placenta desenvolvem. No final da gestação, 1/6 do volume total de sangue materno está no útero. Seu crescimento é estimulado por hormônios e pela pressão do feto contra a parede uterina. No início da gestação, ocorrem contrações uterinas indolores e irregulares – Braxton Hicks. À medida que a gestação progride, essas contrações são palpáveis e de fácil detecção. Elas auxiliam a passagem do sangue para o feto, através da placenta.

Cérvix

A cérvix do útero torna-se mais curta e amolecida, durante a gestação. Deixando-a preparada para o apagamento e para a (dilatação) do orifício da cérvix, necessário para permitir a passagem do feto no parto.

O amolecimento da cérvix é devido a:

- uma influência hormonal que causa um aumento no suprimento de sangue;
- um aumento na secreção das glândulas cervicais.

As secreções das glândulas cervicais formam o tampão mucoso no canal cervical, que age como uma barreira para evitar que micro-organismos penetrem no útero. Esse tampão mucoso é expelido durante o trabalho de parto.

Ovários

Durante a gestação, os folículos nos ovários não se desenvolvem até a maturidade. Não ocorre a ovulação. O corpo lúteo persiste e produz hormônios até perto da 10ª semana de gestação, mantendo-a até que a placenta assuma a sua função.

Vagina

Ocorrem a proliferação de células e a hiperemia do tecido conjuntivo, que fazem com que as paredes vaginais tornem-se espessas, flexíveis e dilatadas para o nascimento do feto.

Mamas

Diversos hormônios, incluindo o estrogênio, a progesterona, a prolactina e o hormônio lactogênio placentário interagem durante a gestação para preparar as mamas para a lactação. As mamas crescem rapidamente nas primeiras oito semanas, devido principalmente à hipertrofia vascular. Daí em diante, elas aumentam progressivamente, ao longo da gestação, como resultado do crescimento dos dutos, estimulado pelo estrogênio, e da hipertrofia dos alvéolos, estimulada pela progesterona. O depósito de gordura tem pouca ou nenhuma influência no aumento do tamanho das mamas. Modificações ocorridas nas mamas:

- o tamanho aumenta
- as mamas se tornam cheias e sensíveis
- a pigmentação da aréola e dos mamilos escurece
- as glândulas de Montgomery tornam-se mais proeminentes, proporcionando elasticidade e lubrificação ao mamilo, preparando-o para a amamentação
- o colostro é excretado das mamas desde a décima semana de gestação, continuando até mais ou menos o sétimo dia após o parto, quando é substituído pelo leite.

- a lactação tem início com a profunda queda nos níveis de estrogênio e progesterona, que ocorre após a expulsão da placenta, provocando um aumento na produção de prolactina.

ALTERAÇÕES NO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

As principais alterações musculoesqueléticas, durante a gestação, são o relaxamento das articulações e a alteração na postura, causadas pelo crescimento do útero e ação dos hormônios. O relaxamento das articulações pélvicas é devido, principalmente, ao hormônio relaxina. Ele aumenta a preparação para um parto vaginal e causa um “andar balançante” (marcha claudicante). À medida que o útero aumenta, a lordose provoca a troca do centro de gravidade do corpo da mulher.

O crescimento uterino distende os ligamentos redondos que apoiam o útero, podendo causar uma dor aguda e rápida, quando a mulher move-se rapidamente como, por exemplo, quando se levanta de uma cadeira.

ALTERAÇÕES NO SISTEMA CARDIOVASCULAR

Este sistema sofre profundas modificações durante a gestação. Essas mudanças são essenciais para o fornecimento de oxigênio e nutrientes ao feto e ao útero em crescimento. O sangue deve chegar aos vasos uterinos com a pressão suficiente para atender a circulação placentária e garantir uma troca adequada de oxigênio entre a mãe e o feto.

O aumento do coração (hipertrofia do miocárdio) começa a ocorrer cedo na gestação. Essa modificação é devida ao aumento do débito cardíaco, a quantidade de sangue ejetado por batimento e a elevação dos níveis hormonais.

O volume de sangue injetado no sistema aumenta de 30 a 50% a capacidade cardíaca. Esse aumento já é notado a partir da 17ª semana de gestação, sendo necessária para suprir a demanda do útero e do feto em crescimento. Além disso, ele age como reserva no caso de perda sanguínea no parto. O fluxo de sangue é maior em algumas áreas do que em

outras; na pele pode aumentar até 70% na 36ª semana de gestação. Isso causa na mulher uma sensação de calor, a pele torna-se úmida, a sudorese aumenta e pode ocorrer a congestão nasal. O fluxo de sangue renal é maior, facilitando a função renal materna. A eliminação urinária aumenta para remover produtos do metabolismo tanto da mãe quanto do feto.

Como consequência do aumento do volume sanguíneo, a frequência do pulso aumenta, aproximadamente, 10 batimentos por minuto. A capacidade cardíaca (quantidade de sangue ejetada por batimento) também fica elevada. Assim, não só o coração bate mais rápido, como também, em cada batimento, ele tem de bombear mais sangue para fora. Isso significa que o período de relaxamento (período diastólico) do ciclo cardíaco diminui. Esses ajustes são bem tolerados pela maioria das mulheres. Porém, algumas gestantes com história prévia de problemas cardíacos devem ser acompanhadas cuidadosamente durante toda a gestação.

Síndrome da hipotensão supina – Ocorre quando a gestante fica em decúbito dorsal e a veia cava é comprimida, em certo grau, durante a última metade da gestação. Quando o útero grávido pressiona a veia cava inferior, o retorno do sangue venoso é reduzido, diminuindo, por sua vez, a capacidade cardíaca. Se a pressão for prolongada, a mulher pode apresentar sintomas e sinais de choque, tais como tontura ou desfalecimento, o pulso acelerado, a pele úmida, náuseas, vômitos e queda na pressão sanguínea. Tais condições podem comprometer o feto. Se a mulher deitar sobre seu lado esquerdo (a veia cava inferior é do lado direito), o retorno do sangue venoso volta a acontecer adequadamente.

Hipotensão ortostática (ou postural) – Um declínio da capacidade cardíaca pode ocorrer, quando a gestante sai de uma posição reclinada para a posição vertical.

Veias varicosas – O retorno venoso dificultado pelo útero grávido e o relaxamento do músculo liso, provocado pela ação da progesterona, são causadores de veias varicosas na vulva e na área anal (hemorroidas). Elas geralmente regredem após o nascimento do bebê.

ALTERAÇÕES NO SISTEMA URINÁRIO

A taxa de filtração glomerular (TFG) e o fluxo plasmático renal (FPR) são aumentados durante a gravidez, em decorrência de aumento do DC, diminuição da resistência vascular renal e crescimento dos níveis séricos de alguns hormônios. A elevação da excreção urinária de glicose, aminoácidos, proteínas e vitaminas são consequência dos aumentos da TFG e do FPR. Devido ao fluxo renal aumentado, as substâncias sanguíneas são filtradas com facilidade. Com a diminuição do tônus da musculatura lisa, o movimento peristáltico necessário para impulsionar a urina dos rins para a bexiga também diminui, agravando o risco de infecção urinária na gestante.

Na gestação, a infecção urinária (IU) se reveste de grande importância e interesse em razão de sua elevada incidência nesse período especial da vida da mulher. É a terceira intercorrência clínica mais comum na gestação, acometendo de 10 a 12% das grávidas. A maioria dessas infecções ocorre no primeiro trimestre da gravidez, 9% sob a forma de infecção urinária baixa (cistite) e 2% como infecção urinária alta (pielonefrite). A infecção urinária cria várias situações doentias e contribui para a mortalidade materno-infantil.

ALTERAÇÕES NO SISTEMA RESPIRATÓRIO

A circunferência torácica aumenta devido ao relaxamento dos ligamentos (graças à ação da progesterona) e ao afastamento das costelas inferiores. Desse modo, apesar da elevação do diafragma (até 4 cm) no final da gestação, a capacidade pulmonar permanece a mesma. Ocorre aumento do PO₂ e diminuição do PCO₂, causando hiperventilação.

Epístaxe – Os sangramentos e as obstruções nasais são comuns durante a gestação. Esses desconfortos parecem ocorrer devido à vascularização aumentada, causada pelo estrogênio elevado. Outra mudança que pode ocorrer é na voz da mulher. Ela pode tornar-se mais grave devido ao aumento do tamanho das cordas vocais causada pela elevação da progesterona.

ALTERAÇÕES NO SISTEMA GASTROINTESTINAL

Devido à pressão do útero em crescimento contra o reto e à porção inferior do cólon pode acontecer constantemente constipação (intestino preso). Regurgitação e azias também são queixas comuns durante o período gestacional, causadas pelo retardamento no tempo de esvaziamento gástrico e do relaxamento do esfíncter na junção do esôfago com o estômago, com consequente refluxo do conteúdo gástrico. O relaxamento do hiato diafragmático também contribui para essas queixas.

As gengivas podem se tornar esponjosas devido à ação aumentada dos hormônios e sangrar facilmente, a produção de saliva (ptialismo) muitas vezes aumenta, as náuseas com ou sem vômitos são comuns no início da gestação, parecendo ser devido ao crescente nível de estrogênio no sangue.

O movimento peristáltico do trato intestinal diminui. Isso se deve, principalmente, ao aumento de progesterona. Com o relaxamento da cárdia, o conteúdo gástrico pode atingir o esôfago, causando azia.

ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA À MATERNIDADE E À PATERNIDADE

A gestação é um acontecimento importante na vida da mulher e da sua família. É a época em que ela e os que estão próximos encaram o desafio de redefinir seus papéis, ultrapassando conflitos prévios e assumindo o papel de pais com níveis variados de estresse e ansiedade.

Alguns fatores específicos que contribuem para uma adaptação da paternidade e maternidade estão relacionados ao fato de a gestação ser desejada ou não, a situação financeira, as alterações no corpo, segurança emocional, as expectativas, o apoio de pessoas próximas.

A gestante deve ser incentivada a participar das atividades anteriores à gestação, adotando, inclusive, alguma atividade nova que não realizava antes e com moderação.

Ambos, pai e mãe, podem mostrar um declínio na satisfação conjugal durante esse período de tran-

sição. Frequentemente ocorrem eventos transitórios nas relações familiares na área da sexualidade, relacionados às necessidades e aos interesses sexuais e com as alterações fisiológicas do pós-parto.

MEMBRANAS FETAIS E LÍQUIDO AMNIÓTICO

Logo após a implantação, duas membranas formam-se em torno do embrião. Elas têm contato próximo uma com a outra. A membrana externa é chamada córion (anteriormente o trofoblasto, que adquire projeções em forma de raízes chamadas vilosidades), e a interna chamada âmnio. À medida que o embrião/feto cresce, as membranas distendem-se formando a bolsa amniótica, ou a bolsa de água.

A bolsa amniótica contém um líquido aquoso chamado líquido amniótico. Esse fluido consiste de 98% de água, contendo traços de proteína, glicose lanugem (cabelo), urina fetal e vernix caseoso.

O líquido amniótico é neutro com leve alcalinidade (pH 7,0 a 7,25). O feto flutua no líquido amniótico. Durante a gestação, o líquido amniótico aumenta de volume conforme o embrião/feto cresce. Quando o feto está a termo (na 40ª semana de gestação) existe cerca de 1.000 ml de líquido amniótico envolvendo o feto. Ele cumpre inúmeras funções para o embrião/feto, entre as quais:

- Protege das lesões externas amortecendo os golpes ou os movimentos súbitos.

- Permite liberdade de movimentos ao feto e incentiva o desenvolvimento musculoesquelético.

- Mantém uma temperatura relativamente constante no ambiente que circunda o embrião/feto.

- Protege o feto contra perda de calor.

- É uma fonte de líquido oral para o embrião/feto.

- Permite o crescimento e desenvolvimento simétrico do embrião/feto.

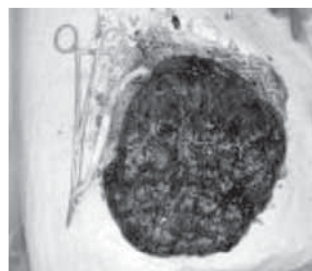
Uma quantidade excessiva de líquido amniótico é chamada de polidrâmnio. Esse quadro geralmente acompanha algum defeito congênito como a hidrocefalia anencefalia. Uma quantidade anormalmente baixa de líquido amniótico é chamada de oligodrâmnio. Esse quadro pode causar deformidades no feto.

O líquido fornece uma ampla gama de informações sobre o sexo, o estado de saúde e a maturidade do feto. A remoção de uma amostra do líquido é chamada de amniocentese.

Placenta – No final do terceiro mês de gestação, a placenta já está suficientemente desenvolvida para suprir o feto de oxigênio e nutrientes. Os produtos de excreção do metabolismo do feto são eliminados por seu intermédio. O sangue materno, rico em oxigênio e nutrientes, atinge as vilosidades coriônicas através das artérias uterinas. O dióxido de carbono e os produtos de excreção do feto são devolvidos ao sangue materno através da placenta.

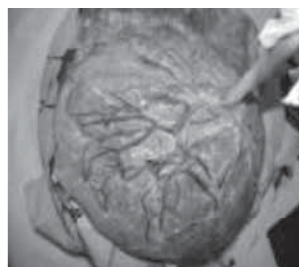


Fonte: Domínio público. Disponível em medgadget.com – 2009



Face Fetal

Fonte: Domínio público. Disponível em – www.myspace.com – 2009



Face Materna

Fonte: Domínio público. Disponível em forum.arbuz.com – 2009

AULA 3

O PARTO

■ Conteúdo

- Assistência de enfermagem durante o trabalho de parto
- Sinais e sintomas de parto
- Competência de atuação
- Acolhimento a gestante e família
- Partograma, sinais de alerta e ação
- Assistência à expulsão
- Fases do puerpério

■ Competências e habilidades

- Espera-se que ao final desta aula o aluno deverá ser capaz de prestar assistência de qualidade e humanizada ciclo gravídico-puerperal e nascimento, privilegiando o respeito, a dignidade e a autonomia das mulheres e do RN, com resgate do papel ativo da mulher no processo parturitivo
- Desenvolver ações educativas em saúde dos períodos do trabalho de parto, parto e puerpério

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via satélite com professor interativo
- 2 h-a – presenciais com professor local
- 4 h-a – mínimo sugerido para autoestudo

INÍCIO DE CONVERSA

Queridos alunos, é necessário realizar um acompanhamento pré-natal adequado para que a gestante chegue nesta fase com as orientações completas, e é importante que ela e a família saibam o que fazer

e como participar com a chegada do novo membro à família, o bebê.

A ciência médica do parto ou nascimento é a *obstetrícia*, e o médico especializado no atendimento ao parto é o *obstetra*. Também a *enfermeira/o obste-*

tra ou a obstetrix são profissionais habilitados para a assistência ao parto normal.

O momento do parto é a etapa mais significativa à parturiente, ao recém-nascido e aos familiares; a parturição depende de algumas horas e provoca profundas mudanças fisiológicas e psicológicas. Esse momento proporciona oportunidade para nós, profissionais, colocarmos em prática a habilidade para assistir o nascer com qualidade, respeitando o tempo do bebê e principalmente da parturiente. Devemos estimular e permitir à parturiente reconhecer que é capaz de vivenciar o trabalho de parto com suas forças divinas e naturais. É muito importante saber “ouvir” os primeiros sinais que o “bebê envia comunicando que está pronto para adaptar-se à próxima etapa, a vida extrauterina”.

MORTALIDADE MATERNA

O relatório da UNICEF de medidas adotadas para redução de óbitos no primeiro mês de vida da criança atua diretamente na redução da mortalidade materna. Para o aumento nacional, a agência aponta insuficiência da atenção ao pré-natal, ao parto e ao pós-parto como fatores determinantes. De acordo com o Ministério da Saúde, causas obstétricas, como o aborto, provocaram 73% das mortes de mães em 2005.

No Brasil, apenas 53% das gestantes fez mais de seis consultas durante o pré-natal, número recomendado pela Organização Mundial de Saúde – OMS.

A maioria das mães e dos médicos brasileiros prefere a cesárea ao parto natural no sistema privado, procedimento que chega a ser o triplo em relação ao SUS. Nada menos do que 79,7% das mulheres com convênio particular fazem cesárea. No SUS, a proporção fica em 27,5%. Para minimizar o problema, o Governo anuncia que vai pagar aos hospitais mais por um parto normal do que por uma cesárea, ao contrário do que acontece atualmente.

A Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, pretende pactuar com as 1,5 mil operadoras de saúde uma redução de 15% na taxa de cesáreas num

período de três anos. Estão engajados na campanha, além da ANS, a Associação Médica Brasileira, o Conselho Federal de Medicina, além de ONGs que atuam no setor.

O parto cesariano é mais frequente na região urbana (41,8%) do que na região rural (20,1%) e mostra-se também fortemente associado ao grau de instrução da mulher, aumentando progressivamente com o número de anos de estudo. Existe, portanto, grande variabilidade das taxas de cesárea segundo as diversas unidades de análise: estados, municípios, bairros ou hospitais.

O número de cesáreas chega a 49% na região centro-oeste, sendo as menores taxas registradas no norte (25%) e nordeste (20%).

Atualmente o modelo de assistência obstétrica no Brasil é caracterizado por excesso de intervenção do parto, o que tem contribuído para o aumento de taxas de cesáreas e a morbimortalidade materna e perinatal.

No ano de 2002, mais de 38.000 recém-nascidos e 2.000 mulheres morreram no país por complicações no ciclo gravídico-puerperal e em decorrência de abortos. Nesse sentido, ocorrem mais de 500.000 óbitos maternos no mundo, mais de 50 milhões de mulheres sofrem doenças ou sequelas relacionadas com a gravidez, e pelo menos 1.200.000 recém-nascidos morrem por complicações durante o ciclo gravídico-puerperal.

Estudos apontam que a alta prevalência de bebês prematuros parece estar relacionada, em grande parte, às cesarianas e às induções do trabalho de parto realizadas antes da completa maturidade fetal. Esses fatores têm sido apontados como umas das principais causas de morbimortalidade perinatal, destacando-se, entre elas, a síndrome de angústia respiratória do recém-nascido.

Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: Lançado pela Presidência da República em 8 de março de 2004, já recebeu prêmio da ONU, como exemplo de mobilização para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). O Pacto Nacional tem por objetivo articular os atores sociais, historicamente

mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, na luta contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil.

Os princípios do Pacto, entre outros, são o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos aspectos étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; a decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; e a ampla mobilização e participação de gestores e organizações sociais.

Com relação à mortalidade materna, no Brasil, o número de óbitos em mulheres no período gravídico-puerperal é muito elevado, situando-se atualmente em torno de 75 por 100 mil nascidos vivos. Dado que a gravidez e o parto são eventos naturais sem complicações associadas *a priori* e que em 92% dos casos as mortes maternas são evitáveis, esses dados são de extrema relevância e devem motivar a adoção de estratégias para o seu enfrentamento.

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Um das estratégias do Ministério da Saúde, Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, Portaria/GM nº 569, de 1º/6/2000, tem como prioridade condutas humanizadas da assistência ao trabalho de parto, que é acolher a mulher, o bebê e os familiares com dignidade, atitude ética, proporcionando um ambiente acolhedor e instituindo rotinas na maternidade para que a mulher permaneça com acompanhante. É importante evitar intervenções desnecessárias que não beneficiam e que coloquem em risco o binômio.

A assistência humanizada ao parto implica que os enfermeiros respeitem os aspectos da fisiologia feminina, sem intervenções desnecessárias, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, oferecendo suporte emocional à mulher e à sua família, garantindo os direitos de cidadania.

É importante para a parturiente a presença de acompanhante, de preferência o pai do bebê (caso ela tenha preferência), durante o parto e nascimento, com horários livres para visitas, para que esse

evento não gere mais momentos angustiantes e solitários, e sim momentos de segurança e paz, e por que não dizer “prazer”.

Para Michel Odent, médico obstetra e grande pesquisador, “para mudar o mundo, é preciso antes mudar a forma de nascer”. Ele nos lembra como todos os mamíferos se escondem, se isolam para trazer ao mundo a sua prole, pois necessitam de intimidade. Nós seres humanos também necessitamos dessa intimidade para o nosso organismo segregar certo número de hormônios bem conhecidos. Esses hormônios se desencadeiam no momento do parto. São libertados pelas estruturas primitivas do cérebro que temos em comum com todos os mamíferos, ponto de partida de qualquer intento de compreensão do processo de parto na nossa espécie.

Estudos revelaram que fisiologicamente é muito melhor para a mãe e para o filho quando a mulher se mantém em movimento durante o trabalho de parto, pois o útero contrai-se muito mais eficazmente, nesse caso a dor é menor, o fluxo sanguíneo que chega ao filho através da placenta é mais abundante e o trabalho de parto é mais curto.

Dentre as vantagens potenciais da deambulação no trabalho de parto ou parto ativo incluem-se as seguintes: aumenta-se a atividade uterina; distrai-se a parturiente do desconforto do trabalho de parto; reforça-se o controle materno sobre o próprio trabalho de parto e oportuniza-se uma interação mais próxima com o parceiro da parturiente e com os provedores de cuidado, quando estes a ajudam a caminhar.

A liberdade de movimentos e de deambulação da parturiente e a escolha de posição em todo o desenrolar do trabalho de parto são formas de cuidado que são benéficas à parturiente e que deveriam ser encorajadas. É importante que se encoraje a parturiente a se movimentar até que ela encontre um espaço físico e uma posição que melhor lhe convenha e lhe conforte. Uma vez que suas endorfinas estejam fluindo bem, elas se encontrarão mais receptivas ao processo de autodescoberta, respondendo melhor às mensagens interiores de seu corpo.

Quando a parturiente descobre o que funciona para ela, encontra seu próprio ritmo e seus próprios

mecanismos de enfrentamento. Assim, a equipe de suporte pode também relaxar e estar atenta para manter esse estado de conforto.

O parto, nestes últimos tempos, passou a ser vivenciado como um momento de intenso sofrimento físico e moral. O medo, a tensão e a dor das parturientes nesse modelo de assistência impedem o processo fisiológico do parto normal, alterando todo o processo da “cascata hormonal”, o que pode culminar com práticas intervencionistas que, na maioria das vezes, poderiam ser evitadas.

Os enfermeiros devem proporcionar a “ambiência”, criando um ambiente com acomodações apropriadas. As luzes fortes, os ruídos e o frio interferem na hora do parto, por isso, é essencial e favorável ter um ambiente o mais aconchegante possível e de segurança e tranquilidade para o empoderamento da parturiente, ou seja, que ela possa decidir como deseja vivenciar o nascimento do seu filho, sendo a protagonista desse evento.

PARTO: CONSIDERAÇÕES GERAIS

O ciclo gravídico puerperal constitui-se de três fases:

- a) Gestação ou fase evolutiva
- b) Parto ou fase resolutiva
- c) Puerpério ou fase involutiva.

No final da gestação (*gestação a termo*), surgem manifestações contraturais uterinas e outros sinais clínicos que denunciam a instalação do parto (*parto de termo*). Raramente esses sinais ocorrem antes do termo da prenhez (*parto prematuro*) e excepcionalmente, no pós-termo, ou seja, após a 42ª semana de gestação (*parto protraído ou seródio*).

Nas três situações referidas, o desfecho do parto (*expulsão do concepto e de seus anexos*) poderá ser:

Normal ou espontâneo, quando resulta do equilíbrio perfeito ou adaptativo dos fatores que nele intervêm: canal de parto (*bacia óssea e mole*), móvel (feto) e força (*contrações uterinas, da prensa abdominal e do diafragma*);

Distócico, quando um ou mais dos fatores referidos fogem da normalidade e impedem a resolução

espontânea do parto, exigindo manobras e/ou intervenções cirúrgicas para a sua ultimação.

Algumas terminologias relacionadas ao parto:

Parto normal: o que transcorre espontaneamente, pela via vaginal. Também chamado parto natural.

Parto operatório: o que exige intervenção, vaginal ou abdominal, para sua ultimação.

Parto eutócico: o que evolui em condições de normalidade.

Parto distócico: o que evolui com anormalidade de um ou mais dos fatores do parto.

Parto induzido: o que foi provocado antes de sua manifestação espontânea.

Parto dirigido: o que evolui com medidas terapêuticas corretoras de sua evolução. Também é designado parto conduzido.

Proporcionando um trabalho de parto ativo

Parto Ativo (desenvolvido pela educadora perinatal Janet Balaskas) significa que a mulher é quem faz o seu bebê nascer. Não é a parteira ou o médico quem faz o parto. É a mulher, seu corpo, sua mente e sua alma. Claro que não existe Parto Ativo sem uma equipe que aceite neutralizar sua participação em favor do protagonismo da gestante. Portanto, para um parto verdadeiramente ativo é necessário uma mulher ativa, um acompanhante (o pai do bebê ou outro por ela escolhido), ou alguém que fique ao lado apenas verificando se tudo está bem, sem intervir no processo natural do nascimento. Claro que quem observa deve se guardar com todas as competências para tomada de decisões.

O corpo da mulher já vem preparado para o parto, e até mesmo mulheres em coma conseguem ter partos normais. Sedentárias, ginastas, ativas, magras, gordas, altas ou magras, todas as mulheres têm a capacidade inata de permitir que o bebê viva, se desenvolva e nasça através de seu corpo. No entanto, o parto é um processo dinâmico, no qual o bebê faz uma série de movimentos através da pelve, até que possa sair para a luz. Ele desce, insinua seu crânio pela bacia pélvica, dobra o pescoço, gira, colabora. Enquanto isso, a mãe se move, anda, muda de

posição, pende apoiada pelo companheiro, acocora, deita. É como quando tentamos tirar um anel justo do dedo, só o movimento permite que um deslize ao redor do outro.



Fonte: www.partohumanizado.blogspot.com.br/ -2009

Segundo essa filosofia de atenção ao parto, os procedimentos médicos são destinados apenas às situações especiais, que não deveriam superar uma pequena porcentagem do total de mulheres saudáveis. O parto sempre será um processo normal e natural, para o qual as mulheres continuam estando preparadas, independente de qualquer situação como sedentarismo.

Podemos iniciar oferecendo à parturiente um banho morno porque isso traz vários benefícios: favorece a circulação, diminui o desconforto, regula as contrações, promove relaxamento e diminui o tempo do trabalho de parto. Podemos ensinar o acompanhante da parturiente a realizar massagens para aliviar pontos de tensão e promover o relaxamento, estimular a micção espontânea no trabalho de parto para diminuir a retenção urinária e o desconforto nas contrações. A dieta deve ser livre devido à necessidade de reposição de energia e hidratação, garantindo bem-estar materno-fetal.

A deambulação diminui o tempo de trabalho de parto, favorece a descida da apresentação, e a posição do parto deverá ser livre durante o trabalho de parto. Devemos também orientar quanto à respiração para promover o autocontrole e oxigenação materno-fetal e principalmente a respiração espontânea durante as contrações. Se a parturiente encontrar dificuldade para respirar durante as contrações, peça para ela inspirar e soprar lentamente de modo a restabelecer a respiração normal. Lembre-se de que uma respiração profunda após a contração deve ser estimulada para promover o relaxamento e a reoxigenação da placenta.

A parturiente deve ser acompanhada por uma equipe devidamente capacitada, privilegiando sempre o bem-estar do binômio mãe/bebê, evitando sempre métodos invasivos. As intervenções devem ser realizadas somente quando realmente for necessário, não como rotina.

FASES CLÍNICAS DO PARTO

Sinais e sintomas do trabalho de parto

O parto pode ser dividido em três estágios distintos. Compreender os sinais e estágios do trabalho de parto ajudará você a orientar e preparar a parturiente a ter uma experiência saudável ao dar à luz.

O trabalho de parto envolve várias fases, e a gestante em geral dispõe de um tempo suficiente para chegar ao hospital e ter um atendimento adequado.

Conduta da admissão da paciente em trabalho de parto

Logo na admissão da gestante, a enfermeira realizará as avaliações da seguinte maneira: monitorizar os sinais vitais maternos; monitorizar o feto controlando a frequência cardíaca fetal (FCF); avaliar a condição do líquido amniótico caso apresente bolsa rota (membranas rotas); monitorizar as contrações uterinas, realizando o controle da dinâmica uterina; observar o padrão das contrações, a frequência, duração e intensidade das contrações e registrar no partograma; observar a necessidade de eliminações.

Assistência de enfermagem nos quatro períodos do parto

O trabalho de parto se inicia de forma gradual com o pródromo ou o período premonitório do parto que é caracterizado pela presença de contrações, algumas vezes dolorosas, que ocorrem em intervalos e intensidade irregulares. Essas contrações não são efetivas para dilatar o colo uterino e constituem o chamado “falso trabalho de parto”.

À medida que o parto se aproxima, existem alguns sintomas mais específicos que podem ocorrer: a parturiente pode eliminar pela vagina um muco avermelhado, chamado de tampão mucoso. Ele está associado com o afinamento do colo do útero, e pode ocorrer dias antes de as contrações do trabalho de parto iniciarem.

Dilatação ou primeiro período

A fase de dilatação, ou primeiro período, inicia-se com as primeiras contrações que podem ser dolorosas, cuja principal ação é a modificação do colo uterino (cérvix), assim, esse período começa com as primeiras modificações cervicais e termina com a dilatação completa do colo uterino (10 cm) para permitir a passagem do feto. É possível que haja a ruptura do saco amniótico, também chamado de “ruptura da bolsa das águas” ou “amniorrexe” (quando se rompem as membranas amnion e o córion).

Tais modificações abrangem dois fenômenos distintos: o esvaecimento cervical (“afinamento” ou espessura do colo uterino) e a dilatação do colo uterino.

Esses dois processos podem ser concomitantes nas mulheres que já tiveram filhos antes.

Nas primíparas (as que estão tendo filho pela primeira vez) ocorrem sucessivamente: primeiro o esvaecimento, de cima para baixo, e depois a dilatação do orifício externo; já nas multíparas (as mulheres que já tiveram mais de um parto) são simultâneos.



www.cpdtd.com.br/_site/gestante.asp?area=1&uid=62

O primeiro período é composto de três fases:

1ª Fase latente

2ª Fase ativa – Partograma

3ª Fase de transição

Fase latente – ou pré-trabalho de parto. É a parte inicial e lenta do trabalho de parto, começando pelo estabelecimento de contrações regulares e prolongando-se até a cérvix dilatar 4cm. As contrações são fracas e ocorrem a cada 10 a 15 minutos e duram aproximadamente 15 a 20 segundos.

As contrações são de intervalos regulares, e vão ficando mais intensas, diferente das primeiras contrações (Braxton Hicks) irregulares e sem dor. Como as contrações são intermitentes e ge-

ralmente fracas, vão modificando o colo do útero, que vai ficando mais fino e flexível. Nesse momento a parturiente pode demonstrar ansiedade e preocupação. Podemos orientá-la sobre o que vai acontecer e acalmá-la com técnicas respiratórias, deambulação, banhos mornos e posições mais confortáveis.

Atualmente, muitos serviços de obstetrícia já adotam a sala P P P, (pré-parto, parto e puerpério), como na foto a seguir, onde o parto ocorre na cama em que a gestante passou o pré-parto, tendo mais liberdade para adotar qualquer posição. Tal método é mais cômodo e apropriado tanto para a equipe multiprofissional quanto para a parturiente.



www.osollo.com.br/noticia.php?id_noticia=1869 www.biocam.com.br/imagens

Fase ativa – nesta fase as contrações tornam-se mais frequentes e intensas. O desconforto aumenta devido ao estiramento e à dilatação da cérvix, e a paciente também pode sentir o repuxar das estruturas de apoio do útero (ligamentos). A cérvix (colo uterino) dilata de 4 a 8 cm. Muitas vezes, a parturiente manifesta dependência, desejando acompanhamento constante.

As contrações aumentam até que ocorram com frequência de 5 a cada 10 minutos com duração clínica de 50 a 70 segundos, quando se aproxima a expulsão do feto. Na expulsão, somam-se as contra-

ções uterinas aos esforços expulsivos voluntários da mãe (puxos).

Caso tenha acompanhante ou doula (do grego = mulher que serve, termo utilizado, de maneira geral, para denominar mulheres que dão suporte à parturiente) ele/a pode auxiliar massageando as costas, lembrando da técnica respiratória, e estimulando a descansar entre uma contração e outra. Se não tiver acompanhante devemos ficar ao seu lado falando de forma clara e lenta e estimulando com os exercícios respiratórios e massagens.

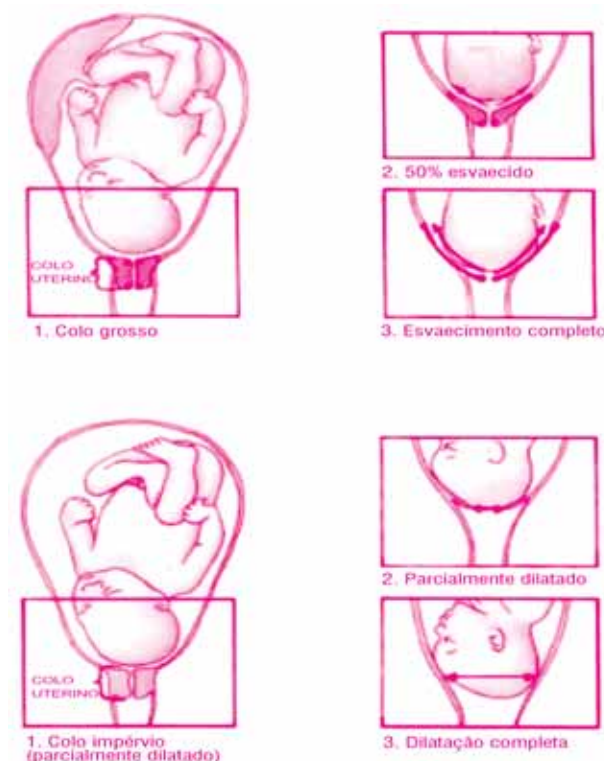
É nesta fase que, para um melhor acompanhamento da evolução do trabalho de parto, se faz necessário o início do partograma.

PARTOGRAMA

É a representação gráfica do trabalho de parto, que permite acompanhar sua evolução, documentar, diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção desses desvios, ajudando ainda a evitar intervenções desnecessárias.

O partograma avalia em um momento definido a evolução do parto como um todo: di-

latação cervical, descida da apresentação (cabeça fetal) da atividade uterina, variedade de posição fetal, frequência cardíaca fetal, infusão de líquido e drogas e analgésicos. O emprego desse instrumento melhora a qualidade da assistência, permitindo corrigir precocemente os partos disfuncionais, diminuir a incidência da cesárea e identificar os casos em que a estimulação por ocitócicos realmente se faz necessária. Assim, ficamos informados de problemas que apareçam na mãe e no feto durante o trabalho de parto.



Fonte: www.gravidafeliz.com.br/esvaziamento_espessura_do_colo_uterino.html

Fase de transição – As contrações estão cada vez mais frequentes e intensas. A parturiente sente o desconforto da cérvix dilatando (8 para 10cm) até completar a dilatação e a distensão e o estiramento da musculatura do assoalho pélvico e do períneo. É importante que a paciente saiba que não se deve fazer força com o abdômen muito cedo, porque o colo pode se tornar edematoso (inchado) e dificultar o parto.

Nesse momento a mulher está mais alterada, seu campo de percepção fica muito diminuído, e o aprendizado é difícil. O rosto fica muitas vezes vermelho e com gotículas de suor. Frequentemente apresentam tremores e não conseguem relaxar. Nesta fase, informamos a evolução do trabalho de parto, fazendo elogios pelos esforços que a futura mãe está fazendo.

Conforme o preparo da parturiente, ela pode entrar em pânico e apresentar comportamento descontrolado e agressivo. É importante que a enfermeira aceite esse comportamento e que em contatos posteriores com a mulher não faça referências negativas do comportamento, e sim saliente a boa conduta tida pela mulher no final do trabalho de parto.

Para as primíparas (mulheres que estão parindo pela primeira vez) a duração do parto é de mais ou menos 13 horas, e para as que já pariram anteriormente, em torno de 8 horas.



Fonte: www.cpdtd.com.br/.../pre_natal/g02-0601-04.jpg

Expulsão ou segundo período = Nascimento do bebê

Este período começa quando o colo uterino está completamente dilatado (10cm) e termina com o nascimento do bebê. Nesta fase a parturiente geralmente sente uma vontade imensa de fazer força (como se fosse evacuar).

A posição mais comum para o bebê nascer, com 95% de incidência, é a apresentação cefálica (o primeiro que nasce é a cabeça); em segundo lugar, 4%, a apresentação pélvica (nádegas), e 1% nasce com apresentação transversa.

À medida que a cabeça desce, a mulher tem necessidade de empurrar (puxo) ou força involuntária

causada pela pressão da cabeça do feto sobre a enervação sacra e o reto.

Nesse momento observa-se o abaulamento da rima vulvar pelo polo cefálico, e a paciente, muitas vezes, encontra-se impaciente e ansiosa.

Durante o desprendimento da cabeça, é bom usar algumas técnicas como: massagens perineais, óleos, sustentação manual do períneo, calor local, paciência, encorajamento, presença da Doula.

Também é bom saber como fica a textura da mucosa vulvar no momento do parto. Fazendo uma comparação da textura do nariz, que é firme, e a textura dos lábios que são macios e flexíveis. A consistência da mucosa vulvar ficará macia, flexível, elástica, devido aos movimentos de vaivém da parte que se apresenta. Essa é a maneira de preparar o assoalho pélvico e a região perineal para evitar lacerações e episiotomias.

É observado, ainda, desejo de evacuar devido à compressão da ampola retal. Caso ainda não tenha havido ruptura espontânea das membranas, é possível que nesse momento ela ocorra.

O mecanismo de parto tem seus próprios movimentos que concorrem para que haja adaptação aos pontos mais estreitos do canal do parto e às diferenças de forma do canal, mediante redução e acomodação dos diâmetros fetais aos pélvicos. A finalidade desses movimentos é colocar os menores diâmetros do feto em concordância com os menores diâmetros da pelve.

Principais tempos do mecanismo de parto na apresentação cefálica fletida

Insinuação ou encaixe (flexão)

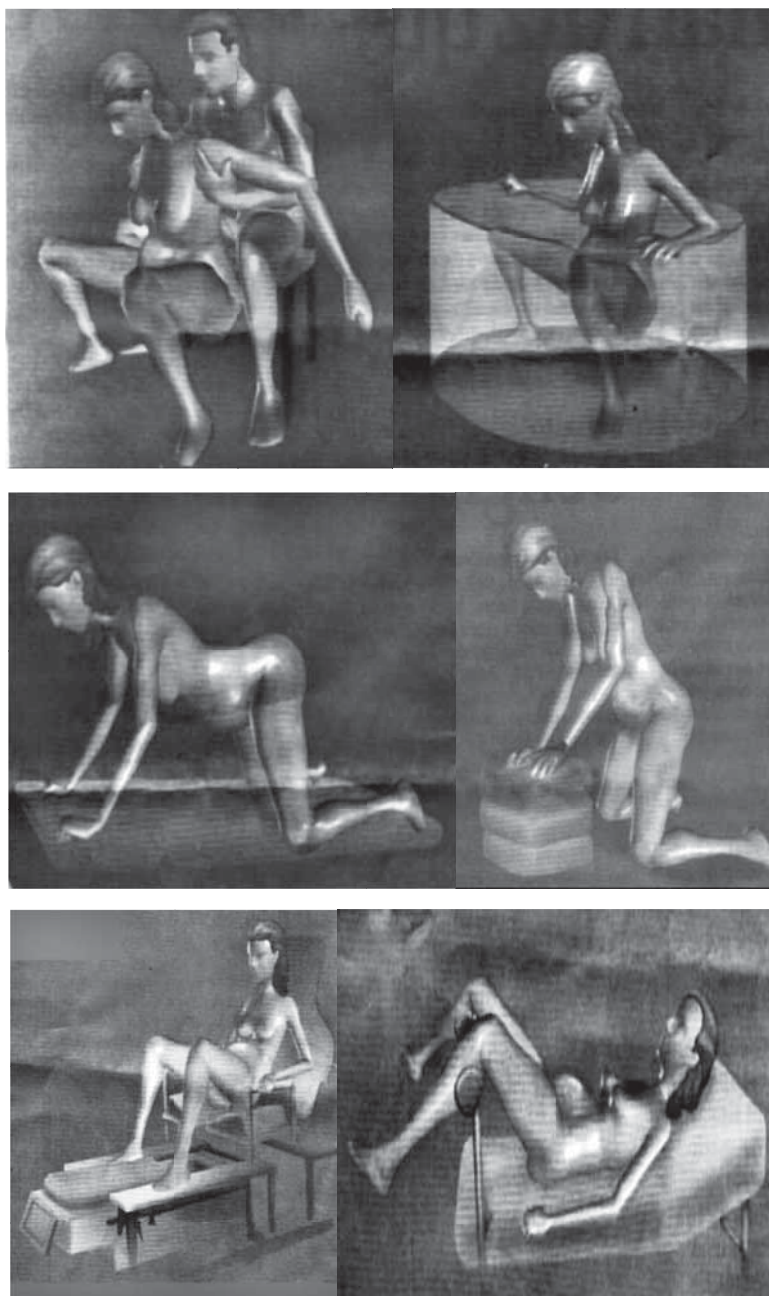
Descida ou progressão (rotação interna)

Desprendimento (deflexão)

Restituição ou rotação externa (desprendimento dos ombros)

Logo ao nascer o bebê, deve ser colocado na barriga da mãe para o primeiro contato pele a pele, nesse momento, o bebê será avaliado através da escala de Apgar, baseada em cinco parâmetros. Quanto maior o valor melhor está a criança.

Possíveis posições para o parto natural



Fonte: www.geocities.com/heartland/acres/1110/

Terceiro período

A dequitação da placenta é iniciada com o nascimento do bebê e termina com a saída da placenta (mais ou menos 30 minutos). Depois do nascimento, o cordão umbilical é pinçado em dois lugares e cortado entre os dois pinçamentos. A placenta se desloca da parede uterina, desce atra-

vés do canal do parto e é expelida pela vagina. O descolamento ocorre em virtude da diminuição do volume uterino depois da expulsão fetal, associada às contrações uterinas vigorosas e indolores.

A dequitação ou expulsão da placenta pode acontecer de duas formas:

Baudelocque – Schultze: o desprendimento central ocorre em 75% dos casos; a placenta se torna invertida sobre si e a superfície fetal brilhante aparece primeiro na saída vaginal com sangramento somente após a expulsão.

Baudelocque de Duncan: O desprendimento é pelas bordas (marginal), ocorrendo em 25% dos casos; a placenta desce lateralmente e se apresenta na saída vaginal com a superfície materna encrespada, acompanhada de discreto mas contínuo sangramento.



www.cpd.com.br/.../pre_natal/g02-0601-04.jpg

Quarto período de Greenberg ou primeira hora pós-parto

O período de Greenberg ou pós-parto imediato corresponde à primeira hora depois da saída da placenta. É de fundamental importância nos processos hemostáticos (a fim de impedir o sangramento excessivo). Neste período existe grande possibilidade de hemorragias. O sangramento do pós-parto pode ser inibido com os seguintes mecanismos:

Miotamponamento: começa imediatamente após a saída da placenta e consiste na contração potente da musculatura uterina, tamponando a saída dos vasos sanguíneos que irrigavam a placenta. Se este mecanismo não ocorrer de forma adequada, há a chamada “hipotonia uterina”, que pode resultar em sangramentos excessivos, colocando a vida da mulher em risco.

Trombotamponamento: é a segunda forma de defesa contra a hemorragia e tem como característica a formação de trombos nos grandes vasos uteroplacentários.

O mecanismo de hemostasia do útero está em condição normal, firmemente contraído após a primeira hora do parto. Essa avaliação é realizada através da palpação para sentir o tônus uterino ou globo de segurança de Pinard.

A recuperação do pós-parto normal é rápida, a mãe fica mais tranquila, o que favorece a lactação, e logo é proposta a alta para a mãe e o bebê. A cada parto normal, o trabalho de parto é mais fácil do que no anterior.

PUERPÉRIO

É o período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas da gestação no organismo materno retornam ao estado pré-gravídico.

Os três períodos do puerpério

Puerpério imediato – inicia-se após a dequitação e se estende até o 10º dia do pós-parto. Caracteriza-se pela regressão das alterações gravídicas locais e gerais.

Puerpério tardio – inicia-se no 11º dia e vai até o 45º dia.

Puerpério remoto – nas não-lactentes, é o período que decorre do 46º dia até a completa recuperação das alterações da gravidez e a volta dos ciclos menstruais ovulatórios normais. Nas lactentes, em geral, mesmo quando menstruam, os ciclos menstruais serão anovulatórios e depois ovulatórios, com corpo lúteo insuficiente.

Involução uterina

O útero evolui rapidamente após o parto, pesando 1.000 a 1.200g e tendo 20cm de altura e 4cm de

espessura; passa no 40º dia a pesar 50 a 100g e medir 7 a 8cm de altura e 1 a 1,5 de espessura.

Loquiação

Lóquios é o produto de exsudatos, transudatos, produtos de descamação e sangue que procedem principalmente da ferida placentária, do colo uterino e da vagina.

A loquiação possui três fases nas quais a secreção muda de cor indicando os estados da cicatrização.

Lochia rubra ou cruenta – até o quarto dia após o parto, consiste de sangue, restos de decídua, células epiteliais e muco com cor bastante avermelhada.

Lochia fusca – do quarto ao décimo dia, o vermelho se torna mais escuro, característico de alterações de hemoglobina, redução do número de hemácias e aumento de leucócitos.

Lochia flava – a partir daí fica amarelado e, progressivamente, próximo à sexta semana, torna-se branco, parecido cada vez mais com a secreção cervicovaginal normal.

Alguns procedimentos questionáveis

A **tricotomia** é um procedimento realizado no período pré-operatório que consiste na remoção dos pelos. Estes têm sido reconhecidos como fonte de contaminação e podem confundir-se com os fios e inserir-se na incisão durante o seu fechamento. A eficácia quanto à realização desse procedimento para o preparo da pele das pacientes de parto vaginal ou cesárea tem sido alvo de discussão. Já em 1922 realizaram um estudo para averiguar a relação existente entre tricotomia e infecção constatando que em 389 parturientes, 12,4% daquelas que não foram tricotomizadas desenvolveram infecção, enquanto no grupo tricotomizado o índice de infecção foi de 16,3%.

A infecção no puerpério persiste como uma das grandes causas de mortalidade materna. Nesse sentido, torna-se fundamental que os profissionais busquem cada vez mais alternativas que possam direta e indiretamente contribuir para redução de sua incidência.

A raspagem dos pelos pode causar dano para as camadas profundas da pele, levando à perda da integridade epitelial, microlesões, até sangramento e exsudação, favorecendo o crescimento bacteriano com risco de contaminação.

Existe um método alternativo que recebe o nome de “tonsura” e consiste no aparamento de pelos através da tesoura. A tesoura empregada na realização desse procedimento é curva, de uso individual sendo esterilizada a cada uso. Os métodos menos lesivos como aparamento devem ser preferidos, pois a tricotomia realizada com lâmina eleva o risco de sítio cirúrgico em 1,5 vez quando comparada com o aparamento. Além das vantagens citadas, essa técnica não muda acentuadamente a estética da genitália externa da parturiente e apresenta menores riscos de contaminação hospitalar.

A parturiente com indicação de parto vaginal deverá ser submetida ao aparamento de pelos em região perineal médio-lateral esquerda. Devemos reforçar a necessidade de uma boa higiene após a tonsura com degermante no local, em seguida, ela será encaminhada à higiene corporal completa.

A parturiente com indicação para parto cesáreo deverá ser submetida ao aparamento de pelos na região suprapúbica o mais próximo possível do ato cirúrgico. Após, higieniza-se o local com degermante, utilizando água para a retirada do produto. A seguir sempre que possível a paciente é encaminhada à higiene corporal completa. Antes de iniciarem os preparos cirúrgicos é realizada novamente uma antisepsia com degermante no local onde havia sido feita a tonsura. Material para o método de tonsura:

- tesoura
- gazes
- luvas
- solução desinfetante

Procedimento

Colocar a parturiente em posição ginecológica
Calçar o par de luvas

Com a tesoura corta-se os pelos da região períneo-vulvar, deixando-os em torno de 2mm rentes à pele

Fazer antisepsia da região com a solução desinfetante

Secar a região

Episiotomia é uma incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto e prevenir que ocorra uma laceração (rasgamento irregular) durante a passagem do bebê.

Geralmente é realizada com anestesia local – usada apenas em parto normal, sua aplicação é feita no canal vaginal, pelo próprio obstetra, para permitir a realização da episiotomia. Seu efeito dura aproximadamente uma hora e não apresenta efeitos colaterais.

Peridural – Usada em 90% dos partos normais e cesáreas, sua aplicação é feita entre uma vértebra e outra da coluna lombar, é simples, rápida e não dói quase nada.

Quando é usada em parto normal, os médicos costumam denominá-la de analgesia, pois a quantidade de droga é injetada gradualmente, através de um cateter. Dessa forma, quanto mais a paciente suportar a dor, menos anestésico ela receberá.

Na cesárea, a peridural é aplicada de uma só vez. Mas, nos dois casos, é aplicada antes da duramáter (espécie de membrana que protege o líquido que irriga as estruturas cerebrais) e atua nas raízes nervosas que saem do canal espinhal. Além disso, seu efeito anestésico pode durar até seis horas e proporciona grande relaxamento abdominal, facilitando, assim, o trabalho de parto. A paciente permanece consciente durante todo tempo e participa ativamente do nascimento do bebê.

Outra vantagem da peridural é a abstenção de dor que ela proporciona no pós-parto. Isso ocorre porque essa anestesia pode ser aplicada com pequenas doses de morfina (na cesárea) e de fentanil (no parto normal).

Os efeitos colaterais podem ser retenção urinária, alergia, coceira no nariz, nas pernas e nos braços. Normalmente, a peridural é indicada em todos os partos normais.

Como a peridural proporciona grande relaxamento abdominal, a paciente permanece consciente durante todo tempo. No entanto, mal administrada e em doses altas, pode ocasionar queda de pressão e intensa dor de cabeça no pós-operatório. Devido a isso, a raquianestesia só é indicada em casos de sofrimento fetal agudo, quando o feto precisa ser retirado com urgência, ou quando a gestante chega ao hospital em final de trabalho de parto.

Para evitar uma possível cefaleia, se usa agulha bem mais fina na administração da anestesia.

Raquianestesia – Sua aplicação é feita, de uma só vez, entre uma vértebra e outra da coluna lombar, depois da duramáter. Assim, o anestésico chega rapidamente na medula e começa a agir no organismo após um minuto de sua introdução e seu efeito dura, aproximadamente, três horas.

Anestesia geral – Só é usada em parturiente com problemas neurológicos, cardíacos, que geralmente usa prótese ou anticoagulantes e em gestantes que, no momento do parto, estejam com hemorragia grave, crise asmática ou infecção no local de aplicação da anestesia.

Esse tipo de anestesia, além de impedir a participação da gestante no parto, pode provocar uma maior perda sanguínea, maior queda de pressão arterial e depressão respiratória no feto.

A episiotomia é um procedimento cirúrgico que visa ampliar a abertura da região vulvoperineal no momento do desprendimento da cabeça do bebê. Esse procedimento consiste em realizar uma incisão sobre o períneo a partir da fúrcula vaginal. Essa incisão abrange a pele, a mucosa vaginal, a aponeurose superficial do períneo e as fibras dos músculos bulbocavernoso e do transverso superficial do períneo e às vezes fibras internas do músculo elevador do ânus. Essa incisão pode ocorrer em três

locais distintos, como mostram as figuras. Em 1910, quando foi proposta por Michaelis, acreditava-se que poderia diminuir os danos que o parto vaginal provocaria no assoalho pélvico.



www.cpdtd.com.br/.../pre_natal/

Na realidade, o colo do útero se abre até dez centímetros para a passagem do bebê e em poucos dias após o parto volta à sua forma original. O próprio corpo do útero que aumentou de tamanho para poder alojar o bebê durante a gestação em poucos dias volta a ficar do tamanho de um punho. A vagina e o períneo se distendem para a passagem do bebê, mas retornam imediatamente às suas formas anteriores. A força muscular, o grau de elasticidade e o calibre da vagina se modificam após um parto, lembrando que a episiotomia não impede que essas alterações aconteçam. A intensidade das alterações depende do tipo de tecido conjuntivo de cada mulher e do preparo da musculatura com exercícios vaginais prévios e posteriores ao parto.

Episiotomia de rotina é o uso indiscriminado do procedimento, como uma regra para todos os partos normais (vaginais). Desde a década de 1980, temos suficientes evidências científicas de que essa cirurgia de rotina (corte da vulva e da vagina) não

traz benefícios para a mulher, mas sim causa inúmeros problemas de saúde sexual e reprodutiva.

Na opinião de alguns especialistas, a episiotomia não cicatriza melhor que laceração, não é menos dolorosa que a laceração e pode causar problemas prolongados, como dor especialmente no ato sexual. Na posição de litotomia (mulher deitada em decúbito dorsal com as pernas em estribos) aumenta a necessidade de episiotomia, provavelmente porque o períneo está estirado.

Algumas técnicas de redução de trauma perineal que têm sido avaliadas e se mostraram efetivas são: massagem perineal no pré-natal, nascimento suave da cabeça do bebê, apoiando o períneo e mantendo a cabeça do bebê flexionada, deixando sair os ombros um de cada vez, fazendo partos instrumentais sem episiotomia.



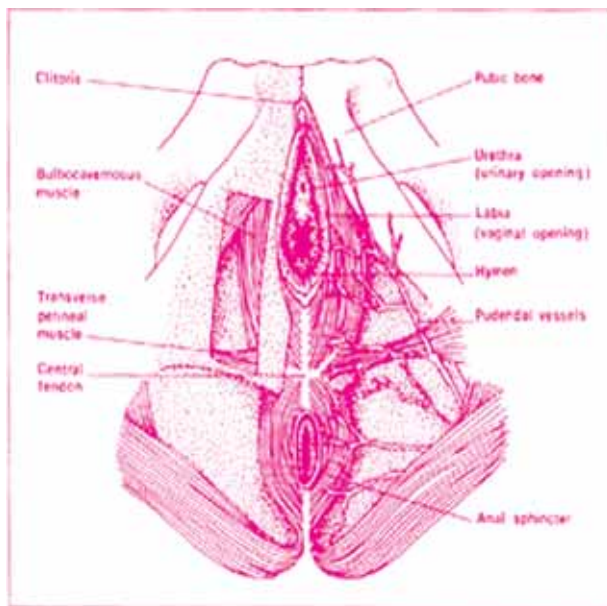
EXERCÍCIOS PUERPERAIS

O desempenho sexual não é alterado pelo relaxamento da musculatura pélvica, mas devemos orientá-las quanto a exercícios para fortalecer a musculatura do assoalho pélvico com *os exercícios de Kegel*, por exemplo. Estes devem ser praticados por todas as mulheres durante toda a vida.

Em geral, tais exercícios previnem a incontinência, melhoram a atividade sexual, combatem a obstipação (e os problemas associados), reforçam a musculatura da bexiga, ânus e vagina, prevenindo problemas como prolapso da bexiga ou do útero.

Para as mulheres grávidas (além das vantagens anteriores), melhoram as condições físicas da mulher para o trabalho de parto, porque esses músculos são de grande importância na expulsão do bebê, e também ajudam a reduzir os riscos de ruptura perineal.

Os músculos do assoalho pélvico formam uma espécie de “rede” de suporte no interior da pélvis, que circunda a uretra, a vagina e o reto.



Esses exercícios vão ajudar a tonificar esses músculos que recebem pressão durante a gravidez, permitindo-lhes suportar o peso do bebê em crescimento e ajudar a empurrar o bebê para fora durante o parto. Além disso, manter esses músculos tonificados ajudará que se recuperem mais depressa depois do nascimento.

Para praticar os Kegels, primeiro é preciso saber identificar os músculos corretos:

Na hora que urinar, experimente interromper por instantes o fluxo de urina, mas sem deixar sequer gotejar. Lembre-se da sensação que isso lhe produz. Os músculos que utilizou para parar o fluxo são os do assoalho pélvico. Uma vez identificados, não é necessário repetir esse movimento quando for urinar. Os exercícios podem ser realizados em qualquer lugar, como, sentada no carro, assistindo televisão ou esperando o ônibus no ponto. Basta aper-

tar os músculos, mantê-los assim durante uns cinco segundos e depois soltá-los devagar. Esse exercício deverá ser repetido cinco vezes por dia. Quando ficar mais fácil, aumente o número de exercícios.

PARTO CESARIANO

Dados fornecidos à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) por empresas que oferecem planos de assistência à saúde demonstram que a proporção de cesarianas no setor é alarmante, situando-se em torno de 80%.

O número de cesarianas do setor suplementar influencia negativamente os dados nacionais: no sistema público de saúde brasileiro, o índice é de 26%, bem próxima, mas ainda acima, dos números encontrados em outros países, já que o índice recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 20%. Ressalta-se que em nenhum país foi encontrada uma proporção de cesárea tão elevada quanto a existente hoje nos planos de saúde no Brasil, o que confere a esse setor o desagradável título de campeão mundial de cesarianas.

Conforme comunicado da ANS, que inicia um movimento pelo parto normal:

Trata-se de um título indesejável, pois, por ser uma cirurgia indicada para casos que configurem risco materno e/ou fetal, a cesariana, quando eletiva, ou seja, realizada sem que exista uma indicação realmente necessária e nos quais o parto natural encontre impeditivos de natureza orgânico-fisiológica, aumenta os riscos de complicações e de morte para a mulher e para o recém-nascido.

“Sempre que possível, o trabalho de parto deve ter início espontâneo”, orienta o médico que prefaciou a edição brasileira do livro *A Cesariana*, do renomado obstetra francês Michel Odent, uma referência sobre o tema por questionar o futuro de uma sociedade na qual a maioria dos bebês nasce com a ajuda desse recurso.

A cesárea é um procedimento cirúrgico que, na maioria dos casos, deve ser utilizado para salvar a vida da mãe e/ou da criança, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou do parto.

O país obtém esse recorde no número de partos devido a várias causas, entre elas as cesarianas prévias, recomendadas para facilitar a vida tantos dos médicos – que, dessa forma, não precisam acompanhar durante horas um trabalho de parto – quanto das futuras mães, cuja opção é relacionada a uma possível comodidade e ao medo de sentir dor, além dos mitos que incidem sobre o parto normal.

O mais lastimável são as cesarianas agendadas antes de a mulher entrar em trabalho de parto, aumentando a chance de o bebê ser retirado do útero ainda prematuro, já que o cálculo da idade gestacional realizado por exames de ultrassonografia ou considerando-se a data da última menstruação nem

sempre é exato. Assim, de acordo com o comunicado da ANS, a retirada cirúrgica de bebês do útero antes que tenham atingido a completa maturidade fetal é grave, pois estudos demonstram que fetos nascidos com menos de 40 semanas têm o dobro de chances de desenvolver problemas respiratórios graves e, em consequência, necessitar de internação em UTI neonatal, e dificilmente esses recém-nascidos ficam sem sequelas.

Além disso, as chances de a mulher sofrer uma hemorragia ou infecção no pós-parto também são maiores em caso de cesárea, existindo ainda um risco aumentado de ocorrerem problemas em futuras gestações, como a ruptura do útero e o mau posicionamento da placenta.



Disponível em <http://www.bebe2000.com.br/materia.asp> 2009

Na cesárea, a cicatrização pode levar algumas semanas, e a recuperação definitiva da mãe, em torno de dois meses, observando que o bom senso é fundamental para que o parto se torne uma boa lembrança para todos, afinal, existe um desejo comum: que tudo corra bem e que o bebê nasça sadio.

Um consenso da Sociedade de Ginecologia do Paraná – Sogipa sugere que os médicos esgotem todos os argumentos a favor do procedimento normal, antes de cogitar o parto cesariano. Não se sabe se uma gestante vai ter parto normal ou não, somente a evolução do trabalho de parto e os registros do gráfico do partograma poderão informar essa possível indicação de cesárea.

* ANOTAÇÕES

AULA 4

O RECÉM-NASCIDO

■ Conteúdo

- Assistência ao recém-nascido
- Aleitamento materno
- Maternidade segura
- Hospital amigo da criança
- Atenção ao RN em situação de emergência

■ Competências e habilidades

- Prestar assistência ao recém-nascido (RN)
- Conhecer os diversos programas para o estímulo ao aleitamento materno
- Descrever e desenvolver atividades assistenciais e educacionais de enfermagem relacionadas ao aleitamento materno

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via satélite com professor interativo
- 2 h-a – presenciais com professor local
- 4 h-a – presenciais de aula prática com professor local
- 4 h-a – mínimo sugerido para autoestudo

INÍCIO DE CONVERSA

Neste capítulo, estaremos enfatizando a assistência imediata dispensada a todos os recém-nascidos a termo, sem patologias. Mas, para isso, veremos o que ocorreu até chegarmos aqui.

ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO (RN)

Como já vimos no capítulo anterior sobre o parto, segundo a história da cultura humana, os partos

eram realizados em casa, e os bebês ficavam desde o primeiro momento com sua mãe. Com as pesquisas e as tecnologias, essa cultura passou por várias transformações.

Com a criação de hospitais-maternidades, como por exemplo, em 1890 no New York Hospital, os bebês permaneciam em berços suspensos aos pés do leito da mãe. Mas infelizmente havia incidências de patologias infecciosas maternas que frequentemente causavam

doenças como epidemias de diarreias, doenças respiratórias nos recém-nascidos, aumentando as taxas de mortalidade infantil no início do século XX.

Devido a essa experiência sentiram a necessidade de criar um lugar especialmente para o RN, manipulado exclusivamente pela equipe hospitalar.

Porém, o berçário tradicional separando o RN de sua mãe impedia o aleitamento em livre demanda (o tempo todo) e contribuía bastante para o aumento nos índices de desmame.

Assim, um médico obstetra na França, Pierre Budin, constatou que o bebê que não recebia o leite materno estava ameaçado de doenças do tubo digestivo, e aquele que não recebia carinho materno fatalmente terminaria numa instituição para crianças abandonadas.

O sistema de alojamento conjunto surgiu da necessidade de criar melhores condições, a fim de propiciar um relacionamento favorável entre o binômio (mãe e bebê). Os dois devem permanecer juntos assim que possível com o objetivo principal de estímulo ao aleitamento materno e de uma melhor assistência integral ao binômio, contribuindo para a diminuição das causas de mortalidade infantil.

Dessa maneira, nós, enfermeiros, devemos estar capacitados e habilitados para trabalhar com aspectos emocionais da mãe, do pai, do RN e dos familiares, desenvolvendo atividades educativas, como por exemplo, auxiliá-los na adaptação para os cuidados gerais de higiene, conforto e segurança de todos.

Esse contato já nas primeiras horas após o parto propicia uma série de vantagens, dentre elas maior interação entre mãe e RN, e capacitação da mãe em relação aos cuidados com o seu bebê. Mãe e filho devem estar em ótimas condições de saúde para serem admitidos no Alojamento Conjunto.

Atribuições da equipe de saúde

- O enfermeiro sempre deverá iniciar ações educativas para a gestante e acompanhante sobre o “Alojamento Conjunto”, no pré-natal;
- Estimular o contato precoce mãe/bebê na sala de parto, ajudando as mães a iniciar o contato

pele a pele e o aleitamento materno na primeira hora do nascimento, fortalecendo os laços efetivos entre mãe e filho, através do relacionamento precoce.

- Encorajar o aleitamento sob livre demanda.
- Orientar aos pais quanto à importância do leite materno e de que o recém-nascido não deverá receber nenhum outro alimento ou bebida, além do leite materno, a não ser que tenha alguma contraindicação.
- Orientar quanto às desvantagens do uso de bicos artificiais ou chupetas às crianças amamentadas ao seio.
- Convencer as mães quanto aos riscos da amamentação cruzada, colocando seu bebê para mamar em outra mãe.
- Estimular a participação da mãe e do pai ou companheiro, quanto à participação gradual ao atendimento ao RN.
- Realizar visita diária às puérperas, esclarecendo, orientando e dando segurança à mãe quanto ao seu estado e ao de seu bebê.
- Ministras às mães palestras e aulas abordando conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição.
- Estar sempre atualizado participando de treinamento em serviço, como condição básica para garantir a qualidade da assistência.
- As altas deverão ser dadas após as 48 horas do parto, por ser um período muito importante para detectar patologias neonatais e também por ser um momento em que devemos estar orientando os pais quanto aos cuidados desse bebê em casa.

No Brasil, o sistema de Alojamento Conjunto (AC) chegou na década de 1970, e com isso as mães adquiriram o direito de ver, tocar, ninar, aconchegar e amamentar os seus bebês nascidos a termo.

A primeira experiência de implantação de um AC foi em 1971 no Hospital Distrital de Brasília. Somente em 1993, foi feita a Portaria Ministerial (MS/GM nº 1.016, de 26 de agosto) publicada no Diário Oficial da União aprovando as normas básicas para

a implantação do sistema de alojamento conjunto em todo o território nacional.



www.semprematerna.com.br/imagens

As vantagens do alojamento conjunto

De acordo com as necessidades do bebê, é preciso estimular e motivar o aleitamento materno. A amamentação estimula a contração uterina e de seus vasos, atuando como profilaxia das hemorragias pós-parto, e tem por objetivos:

- Favorecer a precocidade, intensidade, assiduidade do aleitamento materno e sua manutenção por tempo mais prolongado.

- Permitir a observação constante do RN pela mãe, o que a faz conhecer melhor seu bebê e possibilitar a comunicação imediata de qualquer anormalidade.

- Oferecer condições à equipe de enfermagem de promover o treinamento materno, através de demonstrações práticas dos cuidados indispensáveis ao recém-nascido e à puérpera.

- Diminuir o risco de infecção hospitalar;

- Facilitar o encontro da mãe com o pediatra por ocasião das visitas médicas para o exame do recém-nascido, possibilitando troca de informações entre ambos.

Atenção imediata ao RN normal

Recepção do RN – Frederick Leboyer escreveu, em seu livro *Nascer Sorrindo*, várias medidas para minimizar o choque da primeira experiência de separação do RN: o uso de uma sala de parto escura, clampeamento tardio do cordão umbilical, massa-

gem suave e um banho morno para o lactente. É necessário que se trate o RN com a consideração e o respeito devidos a qualquer ser humano, incluindo delicadeza e a prevenção de ruído excessivo no ambiente.

A Organização Mundial da Saúde considera recém-nascido (RN) a termo com idade gestacional entre 37 semanas completas e 41 semanas e 6 dias. A assistência imediata é aquela dispensada ao recém-nascido logo após o nascimento, ou seja, nas duas primeiras horas que se seguem após o parto.

Todos os cuidados prestados ao recém-nascido devem ser desenvolvidos segundo a ética profissional, a filosofia da instituição e os princípios de humanização do nascimento.

Devemos favorecer o bem-estar da mãe e a aproximação precoce com o RN, por meio do contato pele a pele e da amamentação logo após o nascimento, quando ainda os odores naturais não foram mascarados – ações que facilitam o vínculo materno, o conhecimento entre mãe e filho e estimulam o sentimento de competência para o cuidado com a criança. Esse é o momento mágico para ambos, e devemos fazer com que mãe e bebê vivam esse instante único de maneira muito prazerosa.

É importante estabelecer relação afetiva entre a futura mãe e seu acompanhante e se integrar com a equipe, propiciando um ambiente adequado e seguro para a formação dos laços familiares.

Para a recepção do RN na sala de parto, é necessário o conhecimento da história materna, que deve incluir os antecedentes familiares, pessoais, gestacionais pregressos e atuais, assim como a evolução do trabalho de parto através do partograma. Por meio desses dados, podem ser previamente reconhecidos os RNs que necessitam de reanimação.

A presença do pediatra-neonatologista é importante se houver necessidade de realizar uma reanimação, e a equipe de enfermagem deverá deixar sempre os equipamentos preparados, garantindo o acesso à tecnologia apropriada em caso de necessidade.

Logo ao nascer, enquanto se realiza o clampeamento do cordão é necessário:

– Verificar a vitalidade do RN, por meio da observação da sua respiração, frequência cardíaca e cor para determinar a necessidade de cuidados mais intensivos, de preferência enquanto o RN estiver no peito da mãe.

– Manter a temperatura corporal, colocando o RN em contato com a pele da mãe. O calor materno é capaz de oferecer aquecimento adequado ao RN.

– Manter permeabilidade das vias aéreas, de acordo com a necessidade, limpando-se a boca e as narinas.

– Para auxiliar no primeiro exame a ser realizado no RN, usamos um instrumento para avaliação de vitalidade de forma quantitativa, o boletim de índice de Apgar, no primeiro, quinto e décimo minutos de vida, para registro das condições clínicas do RN ao nascer.

Tabela para cálculo do índice			
Pontos	0	1	2
Frequência cardíaca	Ausente	<100/min	>100/min
Esforço respiração	Ausente	Fraca, irregular	Bom. Choro forte
Tônus muscular	Flácido	Flexão de pernas e braços	Movimentos ativos
Cor	Azul ou Pálido	Rosada. Cianose de extremidades	Completamente rosado
Irritabilidade reflexa	Ausente	Algum movimento	Tosse, espirros/Choro

Fonte: Neme, 2006.

Após os primeiros cuidados:

- Fazer a identificação do RN com a pulseira no tornozelo; nome completo da mãe, data e hora do nascimento e número de RG.
- Realizar o primeiro exame físico completo, chamando o RN pelo seu nome, sob o olhar da mãe e do seu acompanhante.
- Prestar cuidados com o cordão umbilical, prevenção da oftalmia neonatal e doença hemorrágica do RN, quando indicado pelo pediatra.
- Coletar sangue do cordão para tipagem sanguínea, RH.
- Realizar a antropometria, que é a mensuração dos perímetros cefálico, torácico e abdominal e pesar o RN.
- Retomar o contato materno o mais breve possível e promover o aleitamento materno na primeira meia hora de vida. Posicionar e observar a “pega”.
- Caso não exista indicação clínica para internação, o RN deve permanecer com a mãe em alojamento conjunto.
- O banho precoce somente será prescrito em caso de mãe HIV positivo.

Características do RN a termo

Nos primeiros dias de vida, o RN dorme mais de 19 horas, sono que sofre frequentes interrupções, de poucos minutos, e não dorme mais de quatro horas seguidas.

Frequência respiratória (FR): a frequência respiratória média é de 40 movimentos no RN a termo e até 60 no prematuro. A respiração é abdominal; quando predominantemente torácica e com retração, indica dificuldade respiratória.

Frequência cardíaca (FC): varia entre 120 a 160 bpm, que se altera consideravelmente em função da atividade (sono, choro). A presença de sopros em RNs é comum nos primeiros dias e pode desaparecer em alguns dias. A forma mais correta para avaliar o RN é realizando o controle através da palpação dos pulsos radiais e femorais.

Pele – Ao nascer, a pele pode estar coberta de substância esbranquiçada chamada verniz caseoso que é absorvido em poucas horas. Quando o verniz caseoso é de cor amarela ou amarelo-esverdeado pode-se pensar em doenças hemolíticas perinatal, anoxia ou presença de líquido amniótico.



Fonte: www.alpdesign.com/images

Millium sebáceo: pápula esbranquiçada puntiforme, localizada principalmente na asa do nariz.

Lanugem é o pelo felpudo que às vezes está presente nas costas e nos ombros do recém-nascido. Ele é mais comum em crianças prematuras e soltará sozinho, por volta de duas ou quatro semanas de idade.

Eritema tóxico: pequenas lesões eritemato-papulose observadas nos primeiros dias de vida. Regredem em poucos dias.

Mancha mongólica: máculas grandes de cor cinza-azulada, principalmente na região lombossacro. Não necessita de tratamento.

Hemangioma capilar: são frequentes, principalmente na fronte, nuca e pálpebra superior. Costumam desaparecer em alguns meses.

Cianose, quando generalizada, geralmente causada por problemas respiratórios, e quando a cianose é de extremidades, pode ser originada por uma relativa hipotermia.

Icterícia: é a manifestação clínica mais importante no período neonatal, apresentando etiologias diversas e prognóstico variável. A icterícia que aparece nas primeiras 24 horas levanta suspeita de Doença Hemolítica do RN. A chamada icterícia fisiológica aparece após as 72 horas de vida.

Cabeça – suturas: após o parto, o afastamento das suturas pode estar diminuído devido ao cavalgamento dos ossos do crânio, sem significado patológico;

Bossa sero-sanguínea: massa mole, mal limitada, edemaciada e equimose e petéquias.

Céfalo-hematoma: é um hematoma subperióstico. Regressão espontânea em algumas semanas.



Fonte: www.plagiocefalia.com

Coto umbilical – nas primeiras horas é branco-azulado e brilhante. Logo no segundo dia vai escurecendo até tornar-se preto e completamente mumificado, para desprender-se até o décimo dia.



Fonte – www.familias-madeira.com/familiaforum

Genitália masculina – O prepúcio cobre a glande, e em poucos casos a sua retração é possível. Con-

forme pesquisa, o desenvolvimento do prepúcio se completa aos dois anos de idade.

Genitália feminina – geralmente pela vagina flui conteúdo mucoide e leitoso por mais ou menos duas semanas, e pode apresentar pequena quantidade de sangue de origem endometrial e relacionado à crise hormonal de recém-nascido.

Reflexos

A pesquisa dos reflexos tem importância fundamental porque por meio deles pode-se avaliar o grau de maturidade neuromuscular e surpreender possíveis síndromes neurológicas.

Reflexo de busca – como os seios da mãe são programados para fornecer o leite para alimentar o recém-nascido, um bebê automaticamente sabe como responder às tentativas de alimentá-lo. Ao estimular sua bochecha, boca ou lábios com o mamilo, a cabeça vira em direção ao estímulo, a boca se abre e a língua se projeta para fora. Esse movimento da cabeça e da boca é chamado de reflexo de busca e ajuda o bebê a encontrar sua fonte de alimentação. Logo que a boca é estimulada, ele automaticamente começa a sugar e engolir em movimentos coordenados.

Reflexo de Moro ou do abraço – Um dos mais importantes e perdura até o terceiro mês de vida. Pode ser desencadeado percutindo-se a mesa onde se encontra o recém-nascido deitado de costas. A criança estende ambos os braços, abre as mãos, os dedos se espalham e em seguida movimentam os membros superiores para frente como se estivesse dando um abraço. Ao mesmo tempo as pernas se flexionam e a criança chora.

Reflexos de Babinski e preensão – Ao colocar um dedo na palma da mão do RN, os dedinhos dele se fecham com firmeza ao redor do seu. O reflexo de preensão automático desaparece nos primeiros dois a três meses para permitir que o bebê segure objetos voluntariamente. Se você pressionar levemente a sola do pé do bebê, verá que os dedinhos dele se dobrarão para baixo. Acariciar a lateral da sola faz com que os dedos se abram e o dedão se estenda para

cima. Esse reflexo é o oposto da resposta normal do adulto, em que o dedão vira para baixo.

Reflexo de caminhar – Segurar o bebê em pé e pressionar a sola de um pé por vez em uma superfície firme induz o reflexo de caminhar. Ele curva as pernas alternadamente como se estivesse andando. Rapidamente esse reflexo desaparece, voltando meses depois como um comportamento voluntário aprendido na preparação para a verdadeira caminhada.

Temperatura – Ao nascimento, a temperatura corporal do RN é aproximadamente igual à da mãe. Mesmo agasalhado, normalmente, depois de uma hora, a temperatura cai 1 ou 2 graus centesimais, para se estabilizar, no fim de 7 a 8 horas, entre 36,5°C e 37°C. Em ambientes frescos, a temperatura do recém-nascido tende a baixar. Pode perder calor rapidamente por causa da evacuação, e também pode acontecer quando o recém-nascido está ainda molhado com líquido amniótico. Uma temperatura corporal anormalmente baixa pode apresentar hipoglicemia (diminuição de açúcar do sangue), pode aumentar a acidez sanguínea (acidose metabólica) e inclusive pode ocasionar a morte. Como mecanismo de defesa, o corpo utiliza energia rapidamente com o fim de manter-se quente; assim, quando o RN arrefece, necessita de mais oxigênio. Em consequência, a hipotermia faz com que o fornecimento de oxigênio aos tecidos possa ser insuficiente. Todos os recém-nascidos devem manter-se num ambiente com uma temperatura elevada, para evitar a hipotermia. Esse cuidado deve-se iniciar na sala de partos quando se seca o recém-nascido rapidamente para evitar a perda de calor por evaporação e se embrulha logo numa manta. Também se coloca um gorro na cabeça para evitar a perda de calor através do couro cabeludo.

Evacuação – As primeiras dejeções são constituídas de mecônio. No início são verde-escuras e mudam progressivamente de cor para o amarelo ou alaranjado.

Diurese – Apresenta de 15 a 40ml por dia nas primeiras 48 horas, aumenta gradativamente 200ml diários mais ou menos no sexto dia de nascimento.

O aleitamento materno

O resgate da amamentação iniciou-se com um movimento internacional na década de 1970, época em que a taxa de aleitamento materno (AM) alcançou os níveis mais baixos da história. A Organização Mundial de Saúde recomenda a amamentação exclusiva durante os primeiros quatro a seis meses, e uma amamentação parcial até pelo menos o final do primeiro ano de vida.

Vantagens do aleitamento materno, com base em estudos epidemiológicos realizados:

Redução da mortalidade infantil – as crianças de baixo nível socioeconômico são as que mais se beneficiam com o AM exclusivo.

- Redução da mobilidade por infecção respiratória – maior proteção contra infecções do aparelho respiratório e otite média.
- Redução de hospitalizações.
- Redução da morbimortalidade por diarreia.
- Redução das doenças alérgicas – a alergia alimentar e a dermatite atópicas são menos frequentes em crianças amamentadas exclusivamente com aleitamento materno.
- Redução de doenças crônicas – estudo tem demonstrado o papel do AM na redução do risco de certas doenças autoimunes, tais como a doença Celíaca, a doença de Crohn, a Colite ulcerativa, Diabetes mellitus e o Linfoma.
- Melhor nutrição, e é mais econômico – o leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento da criança, é de mais fácil digestão, quando comparado com todos os outros tipos de leite artificiais.
- Promove um maior vínculo afetivo entre mãe e bebê e melhor desenvolvimento neurológico – amamentar proporciona muito prazer para a mãe e para o bebê, favorecendo a intimidade, a troca de carinho cria vínculos, sentimentos de segurança e de proteção na criança e de autoconfiança na mulher.

MATERNIDADE SEGURA

O Projeto Maternidade Segura consiste num esforço interinstitucional cujo objetivo é reduzir as

taxas de mortalidade materna e infantil (perinatal) nos cinco continentes. Há cerca de 15 anos, a maioria dos países filiados à Organização Mundial da Saúde tem participado ativamente desse programa, e em muitos deles houve melhora considerável dos indicadores de saúde. Esse projeto é patrocinado pela Organização Mundial da Saúde, UNICEF, Fundo das Nações Unidas para Populações e é apoiado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia e suas afiliadas.

Esses organismos internacionais têm mobilizado estratégias de ação na tentativa de se conseguir que as gestações e os partos sejam mais seguros para as mulheres e seus recém-nascidos.

É importante a presença de profissional qualificado que recebeu formação, treinamento e adquiriu habilidades necessárias para a assistência à gestação normal, identificando complicações, além de saber usar seus conhecimentos diante de uma situação real de ação.

Entre as propostas específicas em relação à humanização da assistência, na área materno-infantil, encontramos: a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), um programa da OMS (Organização Mundial da Saúde) e UNICEF (Fundos das Nações Unidas para a Infância) que protege, promove e apoia o aleitamento materno. Esse projeto credencia as maternidades que conseguem atingir os dez passos predeterminados para manutenção e estímulo ao aleitamento, considerado, no meio hospitalar, uma distinção na qualidade do atendimento prestado (OMS, 1996).

O resgate desses valores da humanização e da naturalização do parto toma força no Projeto Maternidade Segura, quando a OMS, em conjunto com várias organizações internacionais, estabeleceu estratégias no sentido de assegurar gestações e partos seguros. Nesse sentido, priorizou o planejamento familiar, a atenção pré-natal, o parto limpo e seguro, bem como os cuidados obstétricos essenciais.

O aumento da cobertura, a melhoria da qualidade do atendimento nos serviços de saúde e a orientação adequada a gestantes representam estratégias a serem priorizadas para a obtenção da eficácia da assistência e para a redução da morbimortalidade

materna e infantil. Para tanto, foi criado o Projeto Maternidade Segura, que objetiva a melhoria da qualidade de atendimento no âmbito hospitalar, mediante mobilização dos serviços obstétricos e pediátricos de hospitais, por meio da adoção dos Oito Passos para o Sucesso da Maternidade Segura:

Passo 1 – “Garantir informação sobre saúde reprodutora e direitos da mulher.”

Passo 2 – “Garantir assistência durante a gravidez, o parto e o puerpério, e ao planejamento familiar.”

Passo 3 – “Incentivar o parto normal e humanizado.”

Passo 4 – “Ter rotinas escritas para normatizar a assistência.”

Passo 5 – “Treinar toda a equipe de saúde para implantar as rotinas.”

Passo 6 – “Ter estrutura adequada ao atendimento materno e perinatal.”

Passo 7 – “Possuir arquivos e sistema de informação.”

Passo 8 – “Avaliar periodicamente os indicadores de saúde materno-perinatal.”

Os profissionais de saúde, atores desse processo, necessitam qualificar e reformular conscientemente o seu pensar, fazer e sentir, para garantir a eficácia da proposta do Ministério da Saúde, que se consubstancia nos Oito Passos para a Maternidade Segura.

HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi idealizada em 1990 pela OMS e UNICEF para promover, proteger e apoiar a amamentação. Foi incorporada pelo Ministério da Saúde como ação prioritária em 1992, e, desde então, com o apoio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, vem capacitando profissionais, realizando avaliações e estimulando a rede hospitalar para o credenciamento.

No ano de 2005, foram credenciados 18 Hospitais e Maternidades na Iniciativa Hospital Amigo da Criança, sendo: quatro em Manaus, três em Minas Gerais, dois no Paraná, seis em São Paulo, dois no Rio Grande do Norte e um em Goiânia.

Já são mais de 19 mil Hospitais Amigo da Criança em todo o mundo e 329 no Brasil (148 no nordeste, 69 no sudeste, 38 no centro-oeste, 52 no sul e 22 no norte).

O objetivo dessa Iniciativa é mobilizar toda a equipe de saúde dos hospitais-maternidade para que modifiquem condutas e rotinas responsáveis pelos altos índices de desmame precoce.

Para isso mundialmente foram estabelecidos os *dez passos para o sucesso do aleitamento materno*.



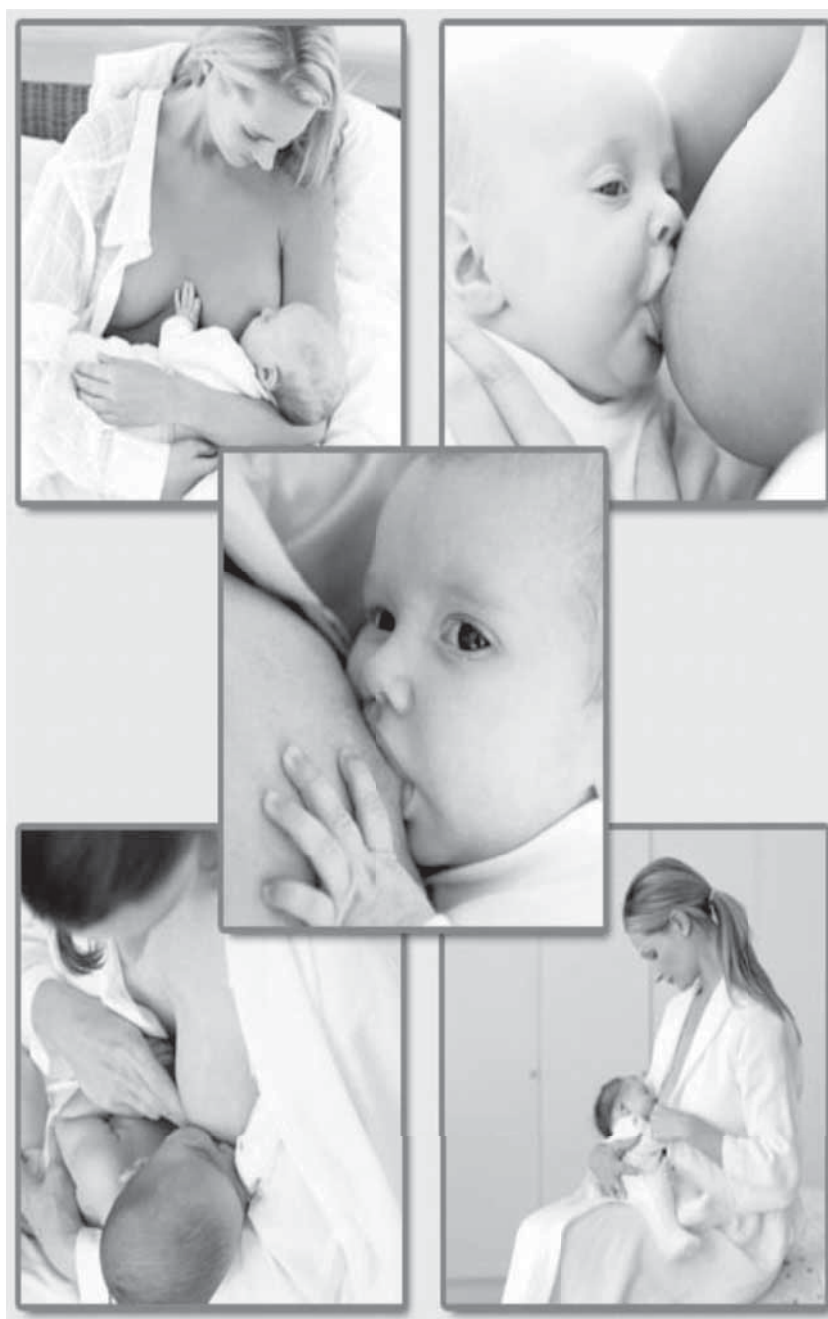
Fonte: www.saude.gov.br 2009

Dez passos para o sucesso do aleitamento materno

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.
2. Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.
4. Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.

7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Encorajar a amamentação sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

O incentivo e apoio ao aleitamento materno têm sido recomendados por vários órgãos nacionais e internacionais, como: Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Unicef, OMS e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). O aleitamento materno deve ser exclusivo até o sexto mês de vida, e mantido associado a outros alimentos até o segundo ano de vida.



Fonte – blog.cancaonova.com

Deve ser encorajado o aleitamento materno sob livre demanda a fim de diminuir a perda de peso inicial do recém-nascido e promover o estímulo precoce da apojadura, garantindo a manutenção do vínculo mãe e filho que se inicia na gestação, cresce e fortalece o vínculo. É um período de grande aprendizado para a mãe e adaptação do recém-nascido.

Atenção ao RN em situação de emergência

A equipe multiprofissional necessita estar preparada para iniciar prontamente a reanimação neonatal, mesmo quando são esperados RN hígidos.

Além do preparo da equipe, medicamentos e equipamentos devem estar previamente organizados, testados e disponíveis em local de fácil acesso.

Mesa de reanimação

Para prevenção da perda de calor – campos esterilizados e previamente aquecidos, fone de calor radiante, fonte de oxigênio umidificado com fluxômetro, aspirador a vácuo com manômetro (portátil ou de parede).

Material para aspiração

Para o estabelecimento da permeabilidade das vias aéreas: sondas gástrica nº 8 e 10, sondas traqueais nº 6 – 8 – 10, dispositivo para aspiração de mecônio, sonda de Guedel.

Material para intubação traqueal

Laringoscópio com lâminas retas números 0 e 1, cânulas traqueais sem balonete diâmetro uniforme nº 2,5 – 3,0 – 3,5 e 4,0 mm, fio-guia, adaptador para aspiração de mecônio. Material para fixação da cânula, pilhas e lâmpadas sobressalentes, fio-guia esterilizado (opcional).

Material para ventilação

Reanimador manual neonatal (balão autoinflável) com volume máximo de 750ml, reservatório de O₂ e dispositivo de segurança – válvula de escape

com limite máximo de 30 – 40cm H₂O e/ou manômetro. Máscara para prematuro e recém-nascido a termo.

Medicamentos para emergência

Adrenalina diluída em soro fisiológico 0,9% a 1/10.000 em uma seringa de 5,0ml administração única endotraqueal.

Adrenalina diluída em soro fisiológico 0,9% a 1/10.000 em uma seringa de 1ml para administração IV.

Expansor de volume (SF 0,9 ou Ringer lactato).

Bicarbonato de sódio, naloxona.

Outros materiais que podem ser necessários

Luvas estéreis, pilha e lâmpadas sobressalentes, material para cateterismo umbilical, material para drenagem torácica, estetoscópio neonatal, monitor cardíaco e/ou oxímetro de pulso e bomba de infusão, agulhas e buretas de microgotas, óculos de proteção, compressas e gazes esterilizadas, seringas de 20ml, 10ml, 5ml, 1ml, relógio de parede com segundos.

Material para cateterismo umbilical

Campo fenestrado esterilizado, cadarço de algodão e gaze, pinça tipo Kelly reta de 14cm e cabo de bisturi com lâmina nº 21, porta agulha de 11cm e fio agulhado mononylon 4.0, sonda traqueal sem válvula nº 4 ou 6.

ADAPTAÇÃO À VIDA EXTRAUTERINA

O período neonatal é uma fase de transição. Os caracteres do feto desaparecem aos poucos. Ao fim de aproximadamente um mês, não mais existem particularidades anatomofisiológicas que lembrem a vida uterina. Alguns autores consideram a período neonatal estendendo até o 30º dia, enquanto outros o restringem a quatro semanas.

Recém-nascido é a criança que acabou de nascer até o 28º dia de vida. O recém-nascido a termo é toda criança nascida viva com tempo de gestação igual ou superior a 37 semanas completas.

AULA 5

PATOLOGIAS DA LACTAÇÃO

■ Conteúdo

Assistência de enfermagem nas patologias da lactação

■ Competências e habilidades

Descrever e desenvolver atividades assistenciais e educacionais de enfermagem patologias da lactação

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

2 h-a – via satélite com professor interativo

2 h-a – presenciais com professor local

4 h-a – mínimo sugerido para autoestudo

INÍCIO DE CONVERSA

Nesta aula, compartilharemos um tema muito importante que requer habilidades do enfermeiro na condução das patologias da lactação. Desejo a todos bons estudos!

PATOLOGIAS DA LACTAÇÃO

Existem certas situações em que as mães não devem amamentar os seus bebês até estarem resolvidas; por exemplo, mães com algumas doenças infecciosas, como a varicela, herpes com lesões mamárias, tuberculose não tratada ou ainda quando tenham de se tratar com uma medicação imprescindível. Durante esse período de tempo, os bebês devem ser alimenta-

dos com leite artificial por copo ou colher, e a produção de leite materno deverá ser estimulada.

Durante a lactação podem surgir algumas intercorrências, como: sensibilidade e dores nas mamas, ingurgitamentos mamário, mastites, abscesso e diminuição temporária do leite. Entre fatores associados a essas intercorrências estão:

- Ansiedade e insegurança da mãe e da família.
- Alimentação inadequada da mãe
- Doenças maternas, como febre, gripe, anemia, infecções e transtorno mentais.
- Uso de medicamentos que podem interferir na produção do leite materno.
- Falta de alojamento conjunto na maternidade.

- Falta de orientação adequada sobre a técnica de amamentação, ou tempo de sucção insuficiente com esvaziamento incompleto das mamas, impedindo a produção do leite.
- Introdução precoce de mamadeiras e chupetas.
- A falta de incentivo, orientação e acompanhamento persistente com técnicas preventivas podem levar ao desmame precoce.

Hipogalactia – É a produção insuficiente de leite materno. Apenas 10% das lactantes apresentam hipogalactia verdadeira. Manifesta-se com ganho de peso insuficiente do RN, levando ao consumo de suplemento alimentar do aleitamento com fórmulas lácteas.

As causas da hipogalactia podem ser:

- Transtorno psicológico e sentimento de medo, angústia, insegurança e ansiedade – todos esses fatores podem diminuir e até abolir o reflexo de ejeção do leite, prejudicando a produção da prolactina e oxitocina.
- Transtornos biológicos devidos a processos endócrinos, distúrbios nutricionais, técnica de amamentação inadequada e alterações anatômicas das mamas (traumas, cirurgias, queimaduras).

Fissuras e rachaduras – fissuras (lesões que atingem a derme) e rachaduras (lesões superficiais) são complicações do início da amamentação, principalmente em casos de primiparidade e anomalias do mamilo. Usar medidas preventivas alternando a posição, corrigindo a pega ou ainda iniciar a mamada sempre pela mama não lesada, colocar o próprio colostro para aliviar a dor e ajudar na cicatrização, expor as mamas ao sol sempre que possível no intervalo das mamadas.

Coloque a criança numa posição correta (cabeça em linha reta com o corpo, face de frente para o mamilo).

- Verifique sinais de boa pega do bebê.
- Evite lavar os mamilos com sabão; devem ser lavados uma vez ao dia.
- Não interrompa a mamada, o bebê deve deixar a mama espontaneamente.

Se a mãe tiver de interromper, deve colocar um dedo, suavemente, na boca do bebê, interrompendo a sucção.

Ingurgitamento mamário: é a retenção e, conseqüentemente, falência da secreção láctea, por falta de esvaziamento da mama. O tratamento consiste em massagens delicadas para mobilizar o leite acumulado.

Nessa situação as mamas ficam tensas, brilhantes e dolorosas, e pode ser difícil retirar o leite. A aréola está tensa e é difícil para o bebê agarrar uma quantidade suficiente da mama para poder sugar. A mãe vai amamentar menos porque tem dor. A produção de leite diminui porque a criança mama durante pouco tempo, de modo não eficaz, e o leite não é retirado.

Para prevenir o ingurgitamento, as mães devem dar de mamar em horários livres (a livre demanda) sempre que o bebê quiser. É importante colocar o bebê em posição correta e verificar os sinais de boa pega.

Geralmente, é mais comum em primíparas e pode aparecer durante a primeira semana pós-parto. O esvaziamento adequado das mamas pode ser necessário por ordenha adicional, para manter e promover a secreção láctea. Massagem e ordenha facilitam o reflexo de ejeção, estimulando o reflexo da ocitocina.

Usando uma técnica milenar japonesa, é possível capacitar os acompanhantes no manejo de mamas ingurgitadas e mamas com baixa produção de leite (textos para autoestudo no portal.). Quando a mama está ingurgitada, o bebê não consegue uma boa pega, o que pode ser doloroso para a mãe e frustrante para o bebê, pois, nessas condições, há dificuldade para a saída do leite. É importante manter as mamas elevadas orientando o uso de sutiã com alças largas.

Mastites – Se o duto (canal) bloqueado não drena o leite, ou no caso de ingurgitamento mamário grave, o tecido mamário pode infectar. Nesse caso, parte da mama fica avermelhada, quente, com tumefação (inchada) e dolorosa. A

mulher tem febre, normalmente elevada, e sente grande mal-estar.

Os fatores de risco estão relacionados a técnica inadequada de aleitamento materno, o que provoca

estase láctea, ingurgitamento mamário e lesões mamilares. As fissuras mamilares, como solução de continuidade do tecido, funcionam como porta de entrada para a colonização e infecção dos dutos lactíferos.



Fonte: www.misodor.com/clip_image024_0002.jpg

Deve-se manter a amamentação para garantir a drenagem láctea, sem maiores risco para o RN.

O tratamento consiste em esvaziar suave e completamente a mama comprometida, prevenindo, assim, o ingurgitamento e mantendo o suprimento do leite. O tratamento com antibióticos visa o germe encontrado com mais frequência.

Casos não apresente melhora após 48 horas de tratamento, pode haver a formação de um abscesso, que pode ser palpado e identificado pela sensação de flutuação. Nesses casos está indicada a drenagem cirúrgica e, frequentemente, a interrupção temporária da amamentação no seio afetado.

CONTRAINDICAÇÃO PARA O ALEITAMENTO MATERNO

São as doenças infecciosas maternas que colocam o recém-nascido em risco durante o aleitamento. O impedimento para a lactação está restrito a alguns casos clínicos, como patologias maternas severas, uso indispensável de medicamentos.

HIV e AIDS

A amamentação está completamente contraindicada em caso de doença HIV e AIDS da puérpera, devido à contaminação vertical. Enquanto está no útero “protegido” pela placenta não se contamina, mas através do aleitamento materno, sim. Devemos

realizar a compressão das mamas com ataduras, imediatamente após o parto, com cuidado para não restringir os movimentos respiratórios ou causar desconforto materno. Deve ser mantido por dez dias, evitando a manipulação e estimulação das mamas.

Vírus linfotrófico humano de células T (HTLV 1 e 2)

Em casos de vírus linfotrófico humano de células T (HTLV 1 e 2), a orientação é não amamentar se a sorologia for positiva. A transmissão ocorre por contato sexual, contato com sangue ou derivados, leite humano e raramente por transmissão transplacentária.

Hepatites

Com o diagnóstico de hepatite periparto ou pós-parto a orientação é a suspensão da amamentação até que a causa da hepatite seja esclarecida.

Os vírus de transmissão oral-fecal, como o da hepatite A, têm maior possibilidade de serem transmitidos ao recém-nascido no momento do parto.

Hepatite A – O vírus da hepatite A pode ser excretado no leite humano de nutrízes na fase aguda da doença. Reforçar a orientação a lavagem das mãos. Quando o parto ocorre nessa fase da doença, a criança deve receber imunoglobulina anti-HVA. Essa conduta é indicada para todos os bebês, independentemente da amamentação, e confere proteção que supera o risco de o bebê adquirir a doença. Assim, o aleitamento materno não é contraindicado.

Hepatite B e C – Os vírus das hepatites B e C são transmitidos pelo contato com sangue e secreções genitais. É possível que pequenas quantidades de sangue possam ser ingeridas pelo recém-nascido durante a amamentação, a partir de lesões nos mamilos. Mas a maior via de transmissão do vírus da mãe para o bebê é a exposição do bebê ao sangue materno, que acontece durante todo o trabalho de parto e no parto.

Mãe soropositiva para HBsAg durante a gravidez determina a necessidade de a criança receber a primeira dose da vacina logo após o parto e imunoglobulina hiperimune da hepatite B (HBIG) concomitantemente, mas em locais diferentes.

Amamentação e uso de drogas

É aconselhável recomendar à mãe evitar ao máximo os medicamentos, porque muitos deles podem ser excretados no leite em quantidades suficientes para causar efeitos, prejudicando o bebê. Poucas drogas são comprovadamente contraindicadas na lactação. Segundo o Comitê de Drogas da Academia Americana de Pediatria, as drogas contraindicadas durante a amamentação são: anfetamina, bromocriptina, cocaína, ciclofosfamida, ciclosporina, doxorubicina, ergotamina, fenciclidina, fenindiona, heroína, lítio, maconha, metotrexate e nicotina.

As substâncias radioativas utilizadas em exames diagnósticos requerem uma interrupção temporária da amamentação.

A maioria das drogas é compatível com a amamentação, mas podem produzir efeitos colaterais nos bebês que estão sendo amamentados.

É importante lembrar que, para a maioria dos medicamentos, o efeito das drogas no bebê é minimizado se a ingestão for feita logo após a amamentação.

Tuberculose

Com suspeita de tuberculose ativa (escarro positivo), o bebê deve ser isolado do contato respiratório após o parto. O leite humano não contém o bacilo tuberculoso. Pode ser ordenhado e oferecido ao RN por meio de copinho ou seringa. Após o tratamento, a amamentação pode ser reiniciada.



Fonte: www.misodor.com/LACTA.html

A IMPORTÂNCIA DO PAI NA AMAMENTAÇÃO

O aleitamento materno não é uma tarefa exclusiva das mães; os pais também têm uma função especial nessa hora. Na maioria das vezes, ele também sonhou e idealizou seu bebê. Atualmente, podemos falar de um novo pai, mais ativo e participativo durante a gestação e depois do parto. O pai deve participar da amamentação sempre que possível. Sua presença e carinho durante a amamentação fortalecem o vínculo afetivo entre ele, a mamãe e o bebê.

A mãe deve deixar o pai participar de tudo que se relaciona ao bebê. Chamando-o para aprender e ajudar, ele é capaz de cuidar do bebê e, assim, torna-se mais fácil criar vínculo com o filho. A compreensão e o amor do pai são essenciais para que a mãe sinta-se segura e feliz.

Muitas vezes o pai não sabe como apoiar a mãe, por falta de orientação, portanto, é da responsabilidade dos profissionais da saúde estimular a participação, treinando a família para essa fase tão importante da vida.

LEGISLAÇÃO TRABALHISTA BRASILEIRA DA AMAMENTAÇÃO

A amamentação é direito do lactante (RN), garantindo o benefício desse ato a ambos e devendo ser respeitado e protegido por toda a sociedade. Para garantir esse direito social, a Constituição Federal de 1988 e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) formularam vários dispositivos trabalhistas, cujo conhecimento é de fundamental importância para os profissionais da saúde, que devem estimular a manutenção do aleitamento materno exclusivo pelo período de seis meses.

Conciliando a amamentação e o trabalho fora de casa

O trabalho fora de casa ou o estudo podem dificultar um pouco o aleitamento, mas não é impossível conciliar as tarefas. Deve-se:

- Orientar.
- Praticar o aleitamento materno exclusivo.

- Avaliar no local de trabalho onde poderá retirar e armazenar o leite.
- O bebê deve, com antecedência de mais ou menos 10 a 14 dias, estar em contato com a pessoa que vai cuidar dele e a forma como será administrado o alimento na sua ausência.
- Amamentar com frequência, quando estiver em casa, antes de sair de casa e assim que chegar.
- Não alimentar o bebê próximo do horário de chegada da mãe para que o seio seja esgotado durante a mamada.
- Usar copinho no período em que a mãe estiver fora de casa. Durante as horas do trabalho, esgotar o seio manualmente, e guardar o leite na geladeira no máximo 24-48 horas, e aquecer em banho-maria.
- Oferecer o leite ao bebê na ausência da mãe ou congelá-lo (até seis meses).
- O leite em estoque nunca deve ser fervido ou colocado no micro-ondas. Deve-se deixar descongelar naturalmente e aquecer em banho-maria.

DESMAME

O desmame é definido como o processo que se inicia com a introdução de alimentos diferentes do leite materno. Deve ser gradual, com início após seis meses de idade.

A partir do sexto mês, o aleitamento materno exclusivo pode tornar-se inadequado, uma vez que após essa idade um número crescente de crianças necessita também de outros nutrientes para manter um crescimento saudável.

O tempo para ser retirado completamente o seio depende muito de fatores sociais, econômicos e culturais.

A Organização Mundial de Saúde preconiza o aleitamento materno exclusivo nos primeiros quatro a seis meses de vida e parcial até os dois anos, especialmente nas populações de baixo rendimento econômico, uma vez que o leite materno pode ser uma importante fonte de calorias e de proteínas de alto valor biológico no segundo ano de vida.

AULA 6

O CICLO GRAVÍDICO – PUERPERAL

■ Conteúdo

- Assistência de enfermagem nas patologias do ciclo gravídico-puerperal Medicamentos na obstetrícia

■ Competências e habilidades

- Espera-se que ao final desta aula o aluno possa conhecer e identificar os fatores de risco para as gestantes, oferecendo medidas preventivas e intervindo apropriadamente

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via satélite com professor interativo
- 2 h-a – presenciais com professor local
- 4 h-a – presenciais de aula prática com professor local
- 3 h-a – mínimo sugerido para autoestudo

INÍCIO DE CONVERSA

Futuro enfermeiro/a, você precisa considerar inúmeros aspectos fisiológicos que ocorrem durante a gestação, como a adaptação nas funções do corpo materno e o desenvolvimento materno-fetal.

Em alguns casos, a gestação já pode começar com problemas, ou estes podem surgir durante a mesma apresentando uma possibilidade maior de evolução desfavorável tanto para a mãe quanto para o bebê. São as chamadas gestações de “alto risco” e que geralmente requerem técnicas mais especializadas. Ainda que alguns casos possam ser solucionados no nível primário de assistência, outros necessitarão do

nível secundário e terciário com equipe de saúde e tecnologia sofisticadas.

Assim, o controle pré-natal da gestante de baixo risco será diferente daquela de alto risco, seja em objetivos, conteúdos, número de consultas pré-natal e tipo de equipe que presta a assistência.

A gestação não é uma doença, e sim um processo fisiológico normal, que na grande maioria das vezes transcorre sem complicações. Esse grupo de mulheres que não apresenta complicações compõe o chamado grupo de gestações de “baixo risco” e são acompanhadas, com procedimentos simples no nível primário de assistência.

A gestação é um fenômeno fisiológico, para a maioria das mulheres. Infelizmente, em uma parcela de gestantes, podem estar presentes determinadas características, ou por sofrerem de alguma doença, ter maior probabilidade de uma evolução desfavorável, quer para o feto ou para a mãe. Essa parcela constitui o grupo denominado “gestante de alto risco”.

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DESFAVORÁVEIS

São inicialmente atendidas no nível primário, e referenciadas posteriormente, se necessário, para níveis mais complexos de atenção. Na atenção às gestantes ditas de “baixo risco”, deve-se atentar para o aparecimento ou agravamento dos referidos fatores. A ausência de controle pré-natal, por si mesma, é um fator de risco para a gestante e o recém-nascido.

Para o Ministério da Saúde, fator de risco “é aquela característica ou circunstância que se associa à probabilidade maior de o indivíduo sofrer danos à saúde”. Pelas diferenças socioeconômicas e culturais, no Brasil, existem diversos fatores de risco.

Os fatores geradores de risco mais comuns na população em geral são classificados em quatro grandes grupos, de acordo com o Professor Tedesco.

1. Características individuais e condições socio-demográficas desfavoráveis

- Idade menor que 17 e maior que 35 anos
- Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse
- Situação conjugal insegura
- Baixa escolaridade
- Condições ambientais desfavoráveis
- Altura menor que 1,45m
- Peso menor que 45kg e maior que 75kg
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas

2. História reprodutiva anterior

- Morte perinatal explicada e inexplicada
- Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado.
- Abortamento habitual
- Esterilidade/infertilidade
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva
- Cirurgia uterina anterior

3. Doença obstétrica na gravidez atual

Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico.

- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada
- Ganho ponderal inadequado
- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia
- Diabetes gestacional
- Amniorrexe prematura
- Hemorragias da gestação
- Aloimunização

4. Intercorrências clínicas

- Hipertensão arterial
- Cardiopatias
- Pneumopatias
- Nefropatias
- Endocrinopatias
- Hemopatias
- Epilepsia
- Doenças infecciosas
- Doenças autoimunes
- Ginecopatias

INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Abortamento

A OMS (Organização Mundial da Saúde) define abortamento como a expulsão ou extração do feto antes de 20 semanas ou pesando menos de 500g. Também se pode dizer que é a interrupção da gestação antes que o produto da concepção tenha alcançado a viabilidade.

Há duas formas de classificação:

Quanto à intenção: o abortamento poder ser espontâneo se ocorrer sem ação deliberada de qualquer natureza, ou induzido (provocado), caso a interrupção da gestação seja resultante de interferência intencional antes de alcançadas as condições mínimas de sobrevivência extrauterina do produto conceptual.

Quanto à cronologia: o abortamento é denominado como precoce se a perda gestacional ocorrer até 12 semanas e tardio entre 13 e 20 semanas de gestação.

Incidência

O abortamento representa a complicação mais frequente da gravidez. Aproximadamente 1:4 mulheres terá um abortamento espontâneo durante sua vida reprodutiva.

Etiologia

Alterações cromossômicas – a grande maioria dos abortos ocorre nas primeiras 12 semanas de gravidez e 50 a 80% apresentam alterações cromossômicas.

Defeitos da fase lútea

Implantação ovular em endométrio pobremente preparado, em consequência à produção deficiente de progesterona pelo corpo lúteo, diminuição da secreção de hormônio liberador das gonadotrofinas coriônica (HCG), diminuição das concentrações dos hormônios luteinizante (LH) e folículo estimulante (FSH).

Infecções

Teoricamente, as infecções maternas (bacterianas e virais) podem ocasionar abortamento por lesões da decídua, da placenta, das membranas ovulares e do produto conceptual. Micro-organismos como *Treponema pallidum*, *Chlamydia trachomatis*, *Neis-*

seria gonorrhoeae, *Streptococcus agalactiae*, *Herpes simplex vírus*, *Cytomegalovírus* e *Listeria monocytogenes* têm sido implicados na gênese do abortamento espontâneo.

Causas uterinas**Incompetência cervical (fragilidade do colo uterino)**

É quando o útero não consegue segurar o peso da gravidez. A ocorrência de insuficiência istmo-cervical varia em torno de 20% dos fatores locais envolvidos em perdas gestacionais. A causa para essa fragilidade pode ser congênita ou uma consequência de traumas sobre o colo do útero que podem acontecer após curetagem. É frequente após a 16ª semana de gestação, e a perda não provoca muita dor.

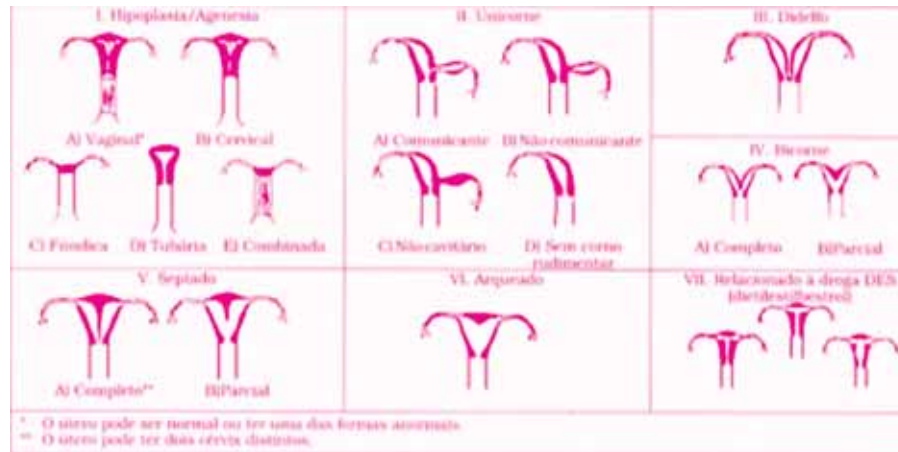
Esse problema pode ser diagnosticado antes da gravidez, com um exame chamado histerossalpingografia, ou durante a gestação, por meio de um ultrassom. Para solucioná-lo, é colocada uma sutura que mantém o colo do útero fechado e a gestante deve ficar em repouso relativo. A sutura somente é retirada para o parto vaginal.



Fonte: 2.bp.blogspot.com/.../s320/cerclage.jpg

Malformações uterinas

As principais malformações uterinas, segundo uma das classificações mais atuais, são divididas em sete categorias. Seu diagnóstico completo e classificação devem ser realizados através da associação entre histerossalpingografia (HSG), ultrassonografia (USG) e endoscopia.



www.proembryo.com.br/.../cap06/imagem2.jpg

Sinéquias uterinas

As aderências intrauterinas são geralmente secundárias à curetagem pós-aborto no primeiro trimestre, e podem interferir no processo de implantação ovular. Acredita-se que entre 15 a 30% das pacientes com aderências intrauterinas desenvolvem abortamento de repetição. O diagnóstico é realizado através da histerossalpingografia ou histeroscopia, e o tratamento consiste na lise das aderências sob visão histeroscópica. Para evitar a formação de novas aderências é preconizada a inserção de dispositivo intrauterino (DIU) ou de cateter de Foley insuflado. A administração de estrogênio também é recomendada com objetivo de provocar proliferação endometrial e proporcionar a reepitelização do endométrio.

Doenças autoimunes

Algumas pessoas podem desenvolver anticorpos contra seus próprios órgãos ou tecidos. Isso pode passar despercebido até que ocorra uma gravidez. O tratamento dependerá da origem do problema.

Uma das alterações autoimunes mais frequentes é a síndrome dos anticorpos antifosfolípidi-

cos, em especial o anticoagulante lúpico, em que o organismo da mulher produz anticorpos que aumentam a coagulação, podendo induzir a formação de trombos na placenta apresentando várias complicações obstétricas como abortamento habitual, restrição do crescimento fetal, prematuridade, doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), descolamento prematuro da placenta (DPP) e óbito fetal.

A gestante que apresenta esse problema recebe um tratamento à base de medicamentos e injeções diárias de anticoagulantes.

FORMA CLÍNICA DE ABORTAMENTO

Ameaça de abortamento

Devemos suspeitar de ameaça de abortamento a partir de qualquer sangramento vaginal na primeira metade da gestação. Das mulheres que sangram na primeira metade da gravidez, mais ou menos 50% irão abortar. A perda sanguínea pode ser pequena, de cor viva ou escura, e há dores abdominais tipo cólica. Ocorrem devido à metrorrágias (contrações uterinas) intermitentes. Sua intensidade e repetição não se relacionam com o

prognóstico. No exame especular encontramos caracteristicamente o colo uterino (orifício interno) fechado. É importante descartar a possibilidade de qualquer outra patologia com sangramento da primeira metade da gravidez (neoplasia trofoblástica gestacional e prenhez ectópica). O diagnóstico da viabilidade fetal se realiza através da ultrassonografia transvaginal, e a dosagem seriada do B-hCG e da progesterona serve para ambos os propósitos.

Nas gestações muito precoces, em que ainda não são identificáveis os batimentos cardíacos fetais, a demonstração sonográfica de um saco gestacional bem formado, com ecos centrais compatíveis com o embrião indica que o produto está em boas condições. Com o diagnóstico de ameaça de aborto e o conceito sendo viável, devemos indicar repouso relativo, abstinência de relação sexual, enquanto perdurar a ameaça e tranquilizar a gestante. Caso demonstrada a morte do produto, o útero deve ser esvaziado.

Abortamento completo

Quando o aborto ocorre no primeiro trimestre, há expulsão do ovo por completo. As cólicas e o sangramento são discretos. A ultrassonografia demonstra “útero vazio”.

Aborto retido

É a ocorrência de morte embrionária ou fetal antes de 20 semanas de gravidez associada à retenção do produto da concepção por período prolongado de tempo, às vezes por semanas. Caso esse prazo exceda as quatro semanas, confirma-se o aborto retido. As possíveis complicações dessa retenção são os distúrbios de hemocoagulação (hipofibrinogemia) e as infecções.

A ultrassonografia confirma o quadro, demonstrando eco fetal dentro do saco gestacional, porém os batimentos cardíacos fetais estão ausentes. O útero deve ser esvaziado.

Não esquecer a aloimunização no caso de a paciente ser Rh negativo.

Aborto medicamentoso

O misoprostol é a versão sintética da prostaglandina E1 (PGE1), usado no tratamento e na prevenção de úlcera do estômago. Essa substância também é usada como abortivo. Princípio ativo do Cytotec®.

Indicação obstétrica no esvaziamento cervical pré-curetagem, no tratamento medicamentoso do abortamento e do óbito fetal, na indução do parto e na hemorragia pós-parto.

GRAVIDEZ ECTÓPICA

É quando um óvulo fertilizado se desenvolve fora do útero. A palavra ectópica significa “fora de lugar”.

Uma gravidez ectópica ocorre mais frequentemente em uma das trompas de falópio, por onde o óvulo percorre para chegar ao útero. Quando isso acontece, é a chamada gravidez tubária. Em raras ocasiões, a gravidez começa a se desenvolver no ovário, no colo do útero ou ligada à superfície de um órgão próximo. Causa típica de gravidez ectópica é a obstrução ou o estreitamento de uma trompa de falópio que impede o óvulo fertilizado de passar através da trompa até o útero. Pode ser resultado de inflamação e cicatrização de infecção pélvica anterior causada por uma infecção de *Gonococcus* ou *Chlamydia*, ou pode ser resultado de infecções tubárias causadas por outras numerosas bactérias após um aborto ou parto, ou ainda durante o uso de um DIU (dispositivo intrauterino). A mulher pode referir dor lancinante, aguda no hipogástrio ou fossa ilíaca direita de forma aguda, além de sinais de hemorragia interna (palidez, estado vertiginoso, sudorese, pulso fino e rápido, hipotensão).

Exames complementares para o diagnóstico:

- Ultrassonografia transvaginal: poderá confirmar ou suspeitar o diagnóstico;
- Hematócrito, hemoglobina e teste de gravidez.
- Punção do fundo do saco do Douglas: poderá confirmar o diagnóstico.

Confirmado o diagnóstico: internar, providenciar laparotomia de urgência e acionar o Banco de Sangue para provável necessidade de hemotransfusão.

Tratamento – Devido ser reconhecido pela atividade antitrofoblástica, o metotrexato é mais utilizado na gravidez ectópica. Trata-se de quimioterápico antimetabólico.

DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

A mola hidatiforme é uma complicação pouco comum da gravidez, mas com potencial para evolução para formas que necessitam de tratamento sistêmico e podem ser ameaçadoras da vida. A mola hidatiforme pode ser dividida em duas formas: a mola parcial e a completa.

Os sinais e sintomas são hemorragias espontâneas, caprichosas, sangue vermelho, mais ou menos estriado de coágulos, às vezes eliminam-se até vesículas molares.

O risco para evolução para doença persistente (invasora ou metastática) é aumentado entre as pacientes que apresentam sinais indicativos de hiperplasia do trofoblasto, representado principalmente pela altura uterina maior que a esperada para a idade gestacional.

O diagnóstico da mola hidatiforme, seu tratamento e seguimento após o tratamento inicial sofreram alterações importantes nos últimos anos. O número de pacientes assintomáticas tem aumentado devido ao emprego de ultrassonografia no início da gravidez.

Tratamento

Uso da quimioterapia profilática com metotrexato, dosagem semanal de beta-HCG, exame ginecológico mensal até a remissão completa após três a quatro meses. A orientação para a mulher é evitar gestação até dois anos.

HIPEREMESE GRAVÍDICA

É a complicação do quadro emético que pode acontecer em 50 a 90% nas gestações normais. Caracterizado por vômitos intensos e de difícil controle, leva a gestante à ansiedade extrema, podendo se complicar com distúrbios eletrolíticos e nutricionais. Pode colocar em risco a vida materna e fetal.

A etiopatogenia ainda é desconhecida, mas acredita-se que estímulos no “centro do vômito” do tronco cerebral sejam os responsáveis pelo quadro de hiperêmese apresentado. Acredita-se que fatores emocionais sejam os principais responsáveis pela estimulação do vômito nessas pacientes. Acredita-se também que tem relação com algumas substâncias como o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) e hormônios tireoidianos na gênese da hiperêmese gravídica. Já foi constatado que altos níveis de gonadotrofina coriônica também exercem efeito estimulador importante no centro do vômito.

Fase evolutiva

Fase de desidratação: náusea e pntalismo intensos, vômitos fortes levando a um quadro de desidratação. Distúrbios hidroeletrólíticos podem estar presentes (dosagem de sódio alta, cloro e potássio um pouco diminuídos). O hematócrito encontra-se um pouco aumentado.

Fase Metabólica: quadro clínico anterior somado a distúrbios nutricionais (perda de peso maior que 5%); alterações da função hepática com elevação de enzimas e bilirrubinas (icterícia discreta); cetoacidose e cetonúria 2 ou 3 +; hipoalbuminemia, hiponatremia e hipopotassemia. Hipoglicemia já ocorre nessa fase.

Fase Neurológica: os achados anteriores somados a um quadro de comprometimento oftálmico com lesões retinianas e alterações neurológicas iniciais com hiporreflexia e dor à palpação das panturrilhas e coxas. Esse quadro é muito importante, pois antecede o acometimento encefálico, que é irreversível, em uma semana. Esse intervalo é chamado de “Intervalo crítico de Briquet”, e a interrupção da gravidez deve ser feita imediatamente.

Fase da Psicose de Wernicke-Korsakoff: trata-se de uma encefalopatia amoniacal, caracterizada por instabilidade hemodinâmica de difícil controle, alucinações e coma. É irreversível.

Tratamento

Consiste na internação hospitalar da gestante, mantendo-a em jejum por 24 a 48 horas.

Hidratação, correção dos distúrbios hidroeletrolíticos e acidobásicos, terapêutica medicamentosa, nutrição, psicoterapia de apoio, acupuntura e acupressão, vitamina B6.

ALTERAÇÕES DO VOLUME DE LÍQUIDO AMNIÓTICO

Fisiologia do líquido amniótico

O embrião flutua livremente, suspenso no líquido amniótico pelo cordão umbilical. O líquido amniótico desempenha várias funções no desenvolvimento normal do feto: permite o crescimento externo simétrico do embrião, age como uma barreira contra infecções, permite o desenvolvimento normal dos pulmões fetais, impede a aderência entre o embrião e o âmnio, protege o embrião de traumatismos ao distribuir impactos que a mãe possa receber, ajuda a controlar a temperatura corporal do embrião ao manter uma temperatura constante e permite que o feto se mova livremente, contribuindo, assim, para o desenvolvimento muscular.

A composição do líquido amniótico

É composto de células epiteliais fetais descamadas e quantidades aproximadamente iguais de sais orgânicos e inorgânicos em cerca de 99% de água. Metade dos constituintes orgânicos é proteína; a outra metade consiste em carboidratos, gorduras, enzimas, hormônios e pigmentos. Com o avanço da gravidez, a composição do líquido amniótico vai se alterando com a adição das excreções fetais (meconio e urina). O volume de líquido amniótico durante a gestação alcança seu valor máximo ao redor da 32ª semana, decrescendo até o nascimento.

Oligoidrâmnio – é a redução do volume de líquido amniótico (LA) durante o segundo trimestre da gestação. É mais frequente nos quadros de insuficiência placentária grave com restrição do crescimento fetal (RCF) amniorrexe prematura e anomalias fetais.

Tratamento – hidratação materna e amniotomio.

Poliidrâmnio – é quando o volume LA excede 2.000ml, pode-se desenvolver de forma aguda (poucos dias) ou crônica (ao longo de semanas). As

causas que podem provocá-lo não são muito conhecidas, mas mulheres com diabetes gestacional podem apresentar maiores riscos. Alguns fatores que podem influir é a presença de anormalidades gastrointestinais do bebê ou problemas em seu sistema nervoso, bexiga ou rins.

Os principais sintomas são: crescimento repentino do útero, contrações e desconfortos abdominais. Os sintomas podem se apresentar de diferentes maneiras em cada caso. Portanto, a quantidade de líquido amniótico deve ser controlada durante o acompanhamento pré-natal, por meio das medições realizadas nas ultrassonografias. O tratamento será estabelecido de acordo com a história da gestante, o volume de líquido amniótico e a idade gestacional.

DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (DHEG)

Entre as doenças maternas que ocorrem no período gravídico, a hipertensão induzida pela gravidez é considerada uma das que mais efeitos nocivos provocam no organismo materno, fetal e neonatal.

Segundo o Ministério da Saúde, a hipertensão arterial na gravidez, de acordo com o grau de severidade, é considerada como fator de risco, que, somado às características individuais, condições socioeconômicas desfavoráveis, determinados antecedentes obstétricos e intercorrências clínicas, podem desencadear danos ao binômio materno-fetal.

Tríade da DHEG: hipertensão, proteinúria, edema.

A classificação da DHEG tem duas formas básicas:

Pré-eclâmpsia – forma não convulsiva marcada pelo início da hipertensão aguda após a vigésima semana de gestação.

Eclâmpsia – é um distúrbio hipertensivo gestacional que se caracteriza pelos episódios convulsivos consecutivos.

A eclâmpsia é responsável por uma parcela significativa dos casos de mortalidade materna e perinatal, sendo frequentemente associada a complicações de órgãos vitais como SNC, o fígado e os rins.

As complicações da DHEG afetam muitos sistemas orgânicos, neurológico, hepático e uteroplacentários, tais como: descolamento da placenta, prematuridade, retardo do crescimento intrauterino, morte materno-fetal, oligúria, crise hipertensiva, edema pulmonar, edema cerebral, trombocitopenia, hemorragia, acidente vascular cerebral, cegueira, intolerância fetal ao trabalho de parto e a Síndrome de HELLP.

A maior parte dos casos de pré-eclâmpsia e eclâmpsia ocorre nas últimas 10^a e 12^a semanas de gestação. A DHEG geralmente termina com o parto. Se a hipertensão ocorrer antes da 20^a semana, é provável que seja hipertensão preexistente ou hipertensão crônica.

Etiopatologia e fatores desencadeantes

As causas do vaso espasmo e da hipertensão em resposta à proliferação das vilosidades coriônicas ainda são desconhecidas.

Os fatores de risco são primeira gestação, idade materna abaixo de 17 ou acima de 35 anos, história familiar de HIG (Hipertensão Induzida pela Gravidez), gestações gemelares ou hidrânio, diabetes melito, doença renal ou vascular crônica, mola hidatiforme e hidropisia fetal.

Diagnóstico

Crise hipertensiva é a presença de pressão arterial diastólica >110mmHg. Seguir a recomendação do MS para o controle da PA em gestante.

Conduta

- Ambiente tranquilo e o mais silencioso possível
- Manter vias aéreas livres para reduzir o risco de aspiração e observar decúbito elevado em torno de 30º, com a cabeça lateralizada, para facilitar a remoção de secreções nasofaríngeas.
- Oxigenar com a instalação de cateter nasal ou máscara com O₂ úmido (5 litros/minutos).
- Colocar cânula de Guedel, com o objetivo de evitar o trauma na língua, (não forçar ao introduzir para não desencadear estímulo, reflexo e vômito).

- Sondagem vesical de demora para monitorização da diurese.
- Punção venosa em veias caribrosas.

Terapia anti-hipertensiva

Primeira escolha:

Hidralazina

Nifedipina

Segunda escolha:

Diazóxido

Nitroprussiato de sódio

Furosemida

Alfametildopa

Terapia anticonvulsivante

Mais importante do que interromper uma crise convulsiva iniciada é a prevenção de uma nova crise.

O **sulfato de magnésio** é a droga de eleição. A grande vantagem do sulfato de magnésio sobre os anticonvulsivantes é o fato de não produzir depressão do sistema nervoso central. Recomenda-se sua administração tão logo sejam concluídas as medidas gerais. Estar atento para o efeito tóxico do magnésio.

A **SÍNDROME de HELLP(SH)** é uma grave complicação da gestação caracterizada por: (H) hemólise, (EL) enzimas hepáticas elevadas e (LP) baixa contagem de plaquetas. Algumas gestantes desenvolvem somente uma ou duas dessas características da síndrome de HELLP.

Esse quadro é denominado de SH parcial. As manifestações clínicas podem ser imprecisas, sendo comuns queixas como: dor epigástrica, mal-estar geral, náuseas, vômitos, cefaleia, dor na parte superior do abdômen e até sintomas semelhantes a uma síndrome viral inespecífica. Dado que a maioria desses sintomas é comum em gestantes normais e se assemelha aos sintomas de outras doenças, a SH é difícil de diagnosticar. O diagnóstico precoce é eminentemente laboratorial e deve ser pesquisado de maneira sistemática nas mulheres com pré-eclâmpsia/eclâmpsia e/ou dor no quadrante superior direito do abdômen.

Quadro clínico

Mal-estar geral é mais comum em mulheres brancas e múltiparas, com náuseas e vômitos, dor epigástrica e/ou dor no quadrante superior direito, icterícia subclínica, cefaleia resistente aos analgésicos, hipertensão arterial.

Conduta

A conduta básica visa evitar a morte materna e consiste na interrupção da gestação, após avaliada e corrigida a plaquetopenia e o déficit em fatores de coagulação, ambos responsáveis pelo obituário materno. Todas as gestantes com suspeita de HELLP devem ter uma avaliação hepática por ultrassonografia ou tomografia computadorizada, com o objetivo de excluir a presença de hematoma hepático. Havendo hematoma, o parto vaginal está contraindicado, e uma cesariana deverá ser realizada em um hospital com condições de transfusão de sangue e derivados, bem como de cirurgia de fígado.

HEMORRAGIAS DO SEGUNDO SEMESTRE**Placenta prévia e acretismo placentário**

Em pacientes com cicatriz uterina é importante descartar a possibilidade de placenta prévia e acretismo placentário

PLACENTA PRÉVIA

Consiste na implantação da placenta e seu desenvolvimento, total ou parcial na área do segmento inferior, isto é, entre o orifício interno do colo e o anel de Schröder.

O diagnóstico é feito precocemente antes da 20ª semana pode ser modificada com o tempo pela alta probabilidade de “migração placentária”.

Classificação

- Centro-total quando a placenta oclui totalmente o orifício cervical interno
- Centro-parcial quando a placenta cobre parcialmente o orifício cervical interno
- Marginal a placenta alcança somente a borda do orifício cervical interno

Diagnóstico

Sangramento é o sintoma principal podendo ser repetitivo e progressivo e indolor

Exame especular para confirmar origem do sangramento, não realizar toque vaginal, se caso for muito necessário deverá ser realizado em ambiente cirúrgico.

A conduta é expectante, se a gestação chegar ao termo, pode ser possível realizar parto vaginal em mulheres com placenta prévia lateral ou marginal.

A conduta é ativa nos casos de sangramento materno intenso, vitalidade fetal alterada, maturidade fetal comprovada ou idade gestacional acima de 37 semanas. Em casos de placenta prévia centro-total ou centro-parcial, esta indicada a interrupção da gestação com 37 semanas, por cesárea.

ACRETISMO PLACENTÁRIO

Acretismo placentário é quando a placenta que se adere anormalmente à decídua ou à parede uterina, esta presente em três condições;

Placenta acreta: é quando a placenta penetra mais profundamente na decídua, atingindo o miométrio (músculo uterino) apenas superficialmente.

Placenta increta: Quando a placenta penetra mais profundamente no útero e atinge a camada muscular (miométrio) mais profundamente.

Placenta percreta: Quando a placenta ultrapassa o miométrio e atinge a serosa (peritônio visceral).

Fatores de risco

A maioria dos estudos apontam a cesária prévia como o fator predisponente mais importante para o acretismo placentário, concluindo que quanto maior for o número de cirurgias, maior será o risco.

Diagnóstico

A primeira manifestação clínica do acretismo placentário consiste em hemorragia profusa, com

risco de óbito materno, que ocorre após tentativa de separação da placenta.

É importante que o diagnóstico seja feito no período pré-natal, para possibilitar a adoção de medidas e desta forma minimizar a morbimortalidade maternas e fetais. Em caso de placenta percreta, com invasão de bexiga, pode apresentar hematúria durante a gestação.

Conduta

O tratamento ideal neste caso é a histerectomia total abdominal com a placenta in situ, após a extração do feto, devido a hemorragia intensa durante as tentativas de descolamento.

Considerações

É importante realizar exame especular para confirmar origem do sangramento, não realizar toque vaginal, e caso seja muito necessário, deverá ser realizado em ambiente cirúrgico.

DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP) E COAGULAÇÃO INTRAVASCULAR DISSEMINADA (CID)

É a separação abrupta da placenta antes do parto do conceito, ocorrendo em gestação de 22 semanas ou mais.

Quadro clínico

Dor abdominal intensa, palidez cutânea e mucosa, hipotensão, queda do débito urinário, irritabilidade, sensibilidade e/ou hipertonia uterina, que pode ser discreta ou muito intensa, na dependência do volume do sangramento retroplacentário, hemorragia externa ou com presença de grandes hematomas retroplacentário. Em caso de trabalho de parto, a evolução é rápida. BCF com anormalidade de vários tipos (bradicardia, taquicardia).

Em formas graves, o quadro clínico é clássico, com dor abdominal intensa, hipertonia e sangramento, levando a quadro de choque, presença de coagulopatia e alta mortalidade fetal.

Conduta

Acesso venoso de bom calibre para infusão de volume e às vezes para controle de pressão venosa central (PVC).

Cateterização vesical – observar volume atentar quando >30ml hora.

Monitorização cardíaca

A suspeita clínica de coagulação intravascular disseminada (CID) pode ser feita quando ocorre sangramento de locais de incisão, punção e/ou mucosas (epistaxe, gengivorragia), hemólise (anemia, hematúria, icterícia), hipotensão (causada por hemorragia), oligúria (por agressão renal ou hipotensão/hipovolemia).

Conduta

O objetivo terapêutico é tratar a doença causal, acompanhado de suporte eficaz de volume sanguíneo e manutenção de pressão artéria. Reposição volêmica e expansão (cristaloides, plasma, albumina.)

ROTURA UTERINA

É um acidente hemorrágico de grande gravidade prognóstica materna e perinatal.

Trata-se da rotura completa ou incompleta da parede miometrial, que ocorre sobretudo antes da 28ª semana gestacional e durante o trabalho de parto. O que facilita a prevenção é o quadro clínico da eminência de rotura uterina.

O abuso e a liberalidade nas indicações da cesárea eletiva têm sido responsabilizados por roturas de cicatriz uterinas incidentes, e no período final da gestação.

Causas mais frequente são:

Multiparidade, acretismo placentário, cirurgias uterinas anteriores, cesáreas anteriores, endometriose, anomalias congênitas, desproporção cefalopélica, hipercontratilidade uterina.

Tratamento

É sempre cirúrgico e se resumira em duas condutas: histerectomia e sutura uterina.

AULA 7

APLICAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER E AO RECÉM-NASCIDO

■ Conteúdo

- O raciocínio diagnóstico: principais sinais e sintomas encontrados no histórico e no exame físico de enfermagem aplicado à gestante, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido
- Agrupamento dos dados relevantes, diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem

■ Competências e habilidades

- Espera-se que ao final desta aula o aluno compreenda o papel do enfermeiro e a aplicação da SAE

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via satélite com professor interativo
- 2 h-a – presenciais com professor local
- 4 h-a – presenciais de aula prática com professor local
- 3 h-a – mínimo sugerido para autoestudo

Unidade Didática – Assistência de Enfermagem
Durante o Parto e o Puerpério

INÍCIO DE CONVERSA

Futuros enfermeiros, é com muita satisfação que apresento a última unidade didática. A aplicação da SAE é o nosso método de trabalho. Por meio do agrupamento dos possíveis problemas de enfermagem encontrados no ciclo gravídico puerperal e ao recém-nascido, serão criadas situações que demandam a tomada de decisões envolvendo o raciocínio diagnós-

tico e a elaboração dos diagnósticos de enfermagem segundo a Taxonomia de NANDA (2007-2008), além das respectivas intervenções de enfermagem, específicas para a individualização do cuidado. Lembramos que o cuidado de enfermagem está relacionado às respostas do paciente e não somente à patologia de base.

Nas situações apresentadas a seguir buscamos demonstrar o problema de enfermagem encontrado

através do histórico e/ou exame físico da paciente e do bebê com problemas no ciclo gravídico puerperal, e a partir desse problema desenvolver o raciocínio.

As intervenções de enfermagem serão exemplificadas de um modo generalista, sem a definição do grau de dependência do paciente; portanto, poderão ser utilizados diversos verbos de ação, tais como: fazer, auxiliar, orientar, encaminhar etc. Dessa forma, passo a passo, o conteúdo será apresentado através de situações que reúnam possíveis sinais e sintomas encontrados no histórico e no exame físico de enfermagem aplicado à gestante, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido, servindo de guia para a prática da assistência de enfermagem.

a) Aplicação da SAE à gestante

SITUAÇÃO 1

Gestante com náuseas, vômitos, enjoo matinal.

Diagnóstico de enfermagem

Náusea.

Definição

Uma sensação subjetiva desagradável, semelhante a uma onda, na parte de trás da garganta, no epigástrico ou no abdômen, que pode levar ao impulso ou necessidade de vomitar.

Intervenções de enfermagem

- Orientar a fazer refeições fragmentadas.
- Evitar tomar líquidos durante as refeições.
- Consumir uma refeição rica em proteínas na hora de deitar-se
- Evitar alimento gorduroso, muito temperado e com aromas muito forte.

SITUAÇÃO 2

Gestante com hiperemese, alterações de eletrólitos.

Diagnóstico de enfermagem

Risco de volume de líquidos deficiente.

Definição

Risco de desidratação vascular, celular ou intracelular.

Intervenções de enfermagem

- Realizar balanço hidroeletrólítico.
- Controlar o peso diariamente, caso esteja internada, ou a cada consulta do pré-natal, pesando sempre na mesma balança, na mesma hora do dia com o mesmo tipo de roupa.
- Manter higiene oral após lanche e vômitos.
- Monitorar os sinais e sintomas de déficit do volume de líquidos.

Pele com turgor reduzida e mucosa ressecadas

Mal-estar

Hipotensão, vertigem, síncope.

Urina concentrada e oligúria.

Globos oculares encovados

Manter acesso venoso de bom calibre.

Colocar a paciente em posição de Fowler elevada após cada refeição, por 30 minutos.

SITUAÇÃO 3

Falta de adaptação às mudanças do organismo (formas, manchas, estrias).

Diagnóstico de enfermagem

Distúrbio na imagem corporal.

Definição

Confusão na imagem mental do eu físico de uma pessoa.

Intervenções de enfermagem

- Prestar assistência integral, individualizada ou em grupo com objetivo de estabelecer vínculo entre a paciente e o/a enfermeiro/a, gerando relacionamento de confiança.
- Encorajar a gestante para expressar seus sentimentos, pontuando o que ela sente, pensa e vê sobre sua gestação.

- Estimular a participação em grupos, pois a experiência real com outras gestantes será melhor nessa condição.
- Orientar a gestante e sua família quanto às alterações físicas, lembrando que será uma fase passageira.

SITUAÇÃO 4

Edema, anasarca, hipertensão, proteinúria, ortopneia.

Diagnóstico de enfermagem

Volume excessivo de líquidos.

Definição

Retenção aumentada de líquidos isotônicos.

Intervenções de enfermagem

- Monitorar o ganho ponderal da gestante.
- Controlar o peso diariamente, caso esteja internada, ou a cada consulta do pré-natal. Pesando sempre na mesma balança, na mesma hora do dia com o mesmo tipo de roupa.
- Monitorar a pressão arterial da gestante a cada consulta. Caso esteja internada, a cada quatro horas.
- Usar o mesmo braço, mesma posição para aferir a pressão.
- Orientar o repouso absoluto, em posição decúbito lateral esquerda (DLE), de preferência.

SITUAÇÃO 4

Repouso absoluto (por imposição).

Diagnóstico de enfermagem

Mobilidade física prejudicada

Definição

Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.

Intervenções de enfermagem

- Todas as intervenções relacionadas a conforto, higiene e alimentação da paciente.
- Permitir que a gestante expresse seus sentimentos de preocupação.
- Concentrar os procedimentos e avaliações de enfermagem e assim conceder períodos de repouso para a gestante.

SITUAÇÃO 5

Dificuldade em posicionar-se para dormir, não obtendo um sono restaurador.

Diagnóstico de enfermagem

Privação do sono.

Definição

Períodos prolongados de tempo sem sono (suspensão sustentada natural e periódica do estado de consciência relativa).

Intervenções de enfermagem

- Recomendar a posição em decúbito lateral colocando travesseiro nas costas, sob o abdômen e entre as pernas para confortar o corpo da gestante.
- Orientar o uso de cinta para proporcionar segurança.
- Orientar quanto a exercícios de alongamento, massagem terapêutica para ajudar a relaxar e adotar posições confortáveis para dormir.

SITUAÇÃO 6

Gestante com micções frequentes, com pequenos volumes (polaciúria).

Diagnóstico de enfermagem

Incontinência urinária de urgência.

Definição

Risco de perda involuntária de urina associada com súbita e forte sensação de urgência urinária.

Intervenções de enfermagem

- Esclarecer a causa do problema e as razões para as ações, usando terminologia de fácil compreensão.
- Controlar as eliminações de urina, a frequência, a consistência, odor, o volume e a cor; anotar na evolução de enfermagem.
- Reduzir ou eliminar os fatores causais ou contribuintes, explicando sobre a continência, o efeito da incompetência da musculatura do assoalho.
- Orientar quanto aos exercícios de Kegel, para o assoalho pélvico.
- Orientar quanto ao uso de roupas leves confortáveis e o ambiente de acesso fácil ao sanitário.
- Evitar ingestão de líquido por duas a três horas antes de ir dormir.
- Evitar a ingestão de alimentos irritantes para a bexiga (como café, chocolates, refrigerantes, chás escuros, álcool).
- Orientar quanto à micção adequada, encorajando a cliente a urinar a cada duas ou três horas, e antes e após a relação sexual.
- Orientar a correta higiene dos genitais.

b) Aplicação da SAE à parturiente

SITUAÇÃO 1

Falta de conhecimento da situação que está vivenciando, angústia, medo do desconhecido.

Diagnóstico de enfermagem

Conhecimento deficiente.

Definição

Ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico.

Intervenções de enfermagem

- Prestar todas as informações necessárias à puérpera e ao acompanhante, no momento em que esta esteja confortável, e demonstrando in-

teresse fazendo perguntas e expressando suas preocupações.

- Oferecer suporte emocional, proporcionando a “ambiência”.
- Permitir que a parturiente permaneça acompanhada por alguém de sua confiança.
- Proporcionar a privacidade durante o exame evitando sua exposição.

SITUAÇÃO 2

Dor, compressões relacionados ao parto.

Diagnóstico de enfermagem

Dor aguda.

Definição

Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da Dor); início súbito ou lento, de intensidade, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses.

Intervenções de enfermagem

- Explicar todos os sintomas do trabalho de parto, inclusive sensações que provavelmente a paciente irá sentir.
- Proporcionar um ambiente calmo e tranquilo.
- Estimular as mudanças de posições, banhos mornos.
- Promover autoconfiança.
- Estabelecer uma boa comunicação-empatia;
- Oferecer apoio emocional a parturiente e família.
- Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta da parturiente ao desconforto (por exemplo, temperatura ambiente, iluminação, ruído).
- Reduzir ou eliminar os fatores que precipitem ou aumentem a experiência de dor (como medo, fadiga, monotonia e falta de informação).

- Controlar as contrações e avaliar a duração, frequência, intensidade e a FCF (frequência cardíaca fetal).

SITUAÇÃO 3

Laceração, incisão cirúrgica.

Diagnóstico de enfermagem

Integridade tissular prejudicada.

Definição

Dano a membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos.

Intervenções de enfermagem

- Controlar os SSVV (sinais vitais) a cada 15 minutos, durante a primeira hora; a cada 30 minutos na segunda hora; de hora em hora durante as quatro horas seguintes; e logo a cada quatro horas conforme as condições da paciente.
- Avaliar o abdômen da paciente, a incisão e o curativo abdominal.
- Providenciar medidas de conforto e estimular técnicas de relaxamento.
- Controlar quantidade de compressas perineais e da IC (incisão cirúrgica) usados.
- Orientar a paciente com laceração no períneo a sentar-se contraindo as nádegas, evitando desconforto.
- Controlar drenagem vesical, o volume, observar a cor, a presença de coágulos sanguíneos (descartando lesão vesical).
- Manter acesso venoso de bom calibre.

c) Aplicação da SAE à puérpera

SITUAÇÃO 1

Incisão cirúrgica, acesso venoso, fissura mamilar.

Diagnóstico de enfermagem

Risco de infecção.

Definição

Risco aumentado de ser invadido por organismo patogênico.

Intervenções de enfermagem

- Examinar a condição de qualquer incisão cirúrgica/ferida.
- Treinar a puérpera para desenvolver o autocuidado.
- Avaliar a incisão cirúrgica para presença de calor e rubor.
- Avaliar o local de acesso EV para sinais e sintomas de infiltração, edema, eritema.
- Examinar as mamas da paciente quanto a tamanho, temperatura, hipersensibilidade, secreção e fissuras. Orientação quanto às massagens e ordenha de mamas em caso de ingurgitamento.

SITUAÇÃO 2

Sangramento intenso, falta de tônus uterino.

Diagnóstico de enfermagem

Volume de líquidos deficiente.

Definição

Diminuição do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular. Refere-se à desidratação, perda de água apenas, sem mudança no sódio.

Intervenções de enfermagem

- Controlar o Globo de Segurança de Pinard, caso esteja “relaxado”, massagear o abdômen.
- Monitorar altura do fundo do útero, a posição e o tônus uterino.
- Avaliar lóquios, cor, odor, consistência.
- Observar região perineal se presença de hematomas e edema.
- Elevar MMII (membros inferiores).
- Instalar cateter de bom calibre para EV caso seja necessário repor líquido.

- Observar se presença de globo vesical; bexiga distendida impede o útero a contrair-se.

d) Aplicação da SAE ao recém-nascido

SITUAÇÃO 1

Exposição ao frio, banho,

Diagnóstico de enfermagem

Termorregulação ineficaz.

Definição

Flutuação da temperatura entre hipotermia e hipertermia.

Intervenções de enfermagem

- Oferecer informações do risco aos pais em relação ao frio e/ou calor excessivo.
- Manter a temperatura estável logo ao nascer adotando as seguintes medidas:
- Secar o RN logo após o nascimento com compressa aquecida.
- Colocar o RN em contato com a temperatura da mãe.
- Controle do ambiente: conforto
- Providenciar cobertores para promover conforto de temperatura.
- Manter ambiente sem corrente de vento.
- Orientar quanto ao uso de roupas de acordo com a estação
- Monitorar a temperatura do RN de acordo com o padrão da instituição.

SITUAÇÃO 2

Adaptação, agitação

Diagnóstico de enfermagem

Conhecimento deficiente.

Definição

Ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico.

Intervenções de enfermagem

- Orientar, demonstrar e treinar os pais quanto ao contato com o RN, demonstração de carinho ao realizar o banho.
- Reforçar orientação quanto a amamentação, posição, pega, sono.
- Estimular os pais a expressarem suas dúvidas e inseguranças.
- Observar se vias aéreas livres: frequência, esforço, batimento nasal, presença de secreção.
- Observar eliminações: controlar débito urinário, primeira micção pode acontecer até em 24 horas.
- Avaliar pele, mucosas, fontanela deprimidas e perda peso.

SITUAÇÃO 3

Insegurança, irritabilidade, choro.

Diagnóstico de Enfermagem

Ansiedade.

Definição

Vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.

Intervenções de enfermagem

- Estimular a mãe e o pai a expressar suas expectativas e seus sentimentos em relação ao recém-nascido.
- Avaliar, realizar e treinar os pais a realizar o curativo do coto umbilical.
- Orientar os pais sobre banho, alimentação, troca de fraldas, e como cortar as unhas.

SITUAÇÃO 4

Angústia, choro.

Diagnóstico de enfermagem

Amamentação ineficaz.

Definição

Insatisfação ou dificuldade que mãe e bebê experimentam com o processo de amamentação.

- Promover relaxamento e posicionamento confortável para mãe e bebê.
- Mamas ingurgitadas
- Boa pega
- Sucção eficiente

Intervenções de enfermagem

- Monitorar cuidadosamente a amamentação.



ANOTAÇÕES

■ Referências

Básicas

- LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. *O cuidado em enfermagem materna*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- STRIGHT, B. R.; HARRISON, L. *Enfermagem materna e neonatal*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- NEME, B. *Obstetrícia básica*. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

Complementares

- MELSON, K. A. et al. *Enfermagem materno-infantil: planos de cuidados*. 3. ed. Rio de Janeiro: Reichman & Affonso, 2002.
- FAZIO JÚNIOR, J. et al. *Cuidados intensivos no período neonatal*. São Paulo: Sarvier, 1999.

Utilizadas pelo professor

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*/Ministério da Saúde, – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- CIANCIARULLO, T.I.; GUALDA, D.M.R.; MELLEIRO, M.M. C & Q *Indicadores de Qualidade: uma abordagem perinatal*. São Paulo: Ícone, 1998.
- HARTZ, ZULMIRA MARIA DE ARAÚJO. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- OSIS, MARIA JOSÉ DUARTE. *Atenção integral à saúde da mulher, o conceito, e o programa: história de uma intervenção*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, 1994.
- TYRRELL, MARIA ANTONIETA; CARVALHO, VILMA DE. *Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem*. Rio de Janeiro: Gráfica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN/UFRJ, 1995.

SANTOS FILHO. *História da medicina no Brasil*. V.2. São Paulo: Brasiliense; 1947.

ARAÚJO, Luis César G. de. *As mulheres no controle do mundo – elas têm influência em todas as esferas, da política à comunicação*. Forbes Brasil, São Paulo, set. 2004.

MURARO, Rose Marie. *Sexualidade da mulher brasileira*. Corpo e Classe social no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à Mulher*. Brasília (DF); 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Febrasgo. *Urgências e Emergências Maternas*. Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília (DF); 2000.

OSIS, M. J. D., 1998. *Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil*, Cad. Saúde Pública., Rio de Janeiro, 14(Supl. 1):25-32, 1998.

Congresso internacional discute mulher, gênero e relações de trabalho. Autoria de Ministério Público do Trabalho 21/02/2005 [www.fetecsp.org.br/index2.php?option=com_content&do](http://www.fetecsp.org.br/index2.php?option=com_content&doAcesso em 02/07/09)

CHIESA; AM. Mulher, corpo e agravo à saúde: do ingênuo ao crítico através do conhecimento. In: Fonseca RMGS. da (org.) *Mulher e Cidadania na Nova Ordem Social*. São Paulo, NEMGE/USP, 1996.

ZUGAIB, M. *Zugaib Obstetrícia*. Barueri – SP, Editora Manole, 2008

COSTA, L.C. Gênero: Uma questão feminina? <http://unicamp.br/unicamp>. Acesso em 29/05/09.

ALMEIDA, M.M.M. Simone de Beauvoir: uma luz em nosso caminho. www.pagu.unicamp.br/files/cadpagu/Cad12/n12a13.pdf Acesso em 02/07/09.

NEME, B. *Obstetrícia Básica*. Assistência Pré-Natal. 3ª ed. São Paulo: Sarvier, 2006.

ENKIN, M., KEIRSE, M. J. N. C. Keirse, NEILSON, J., CROWTHER, C., DULEY, L., HODNETT, E., HOFMEYR, J. *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*, 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MELSON, K. A. et al. *Enfermagem materno-infantil: planos de cuidados*. 3. ed. Rio de Janeiro: Reichman & Affonso, 2002.

A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(3):454-9. Acesso em www.ee.usp.br/reeusp

GUYTON, A.C.: *Fisiologia Humana*. Editora Guanabara Koogan S. A., Sexta edição, 1988.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual técnico:Gestação de Alto risco: 3ª ed., Brasília (DF); 2000.

Barros SMO, Marin HF, Abrão ACFV. *Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para prática assistencial*. 1ª ed. São Paulo:Roca; 2002.

GOLVEA, HG. *Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco* [dissertação] Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2001.

Ministério da Saúde. *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher*: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.

Santos EF, et al. *Legislação em enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem*. São Paulo: Editora Atheneu; 2000.

Ministério da Saúde. *Assistência pré-natal: manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

www.clubedobebe.com.br/GALLETTA, M. A. Acessado em 14/05/09.

www.prt18.mpt.gov.br/eventos/2005/mulher/anais/resumos/T01-AMSantosCMGuimaraes.pdf – Acesso em 31/05/09.

www.amigasdoparto.com.br/poutras3.html – Acesso em 31/05/09.

<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/doc/pequim95.htm> Acesso em 03/06/09.

wikipedia.org/.../Organização_das_Nações_Unidas Acesso em 03/06/09.

www.fetecsp.org.br/index2.php?option=com_content&d – Acesso em 23/06/09.

wikipedia.org/.../Organização_das_Nações_Unidas Acesso em 03/06/09.

www.icieg.cv/download.php?id=364– Acesso em 03/06/09.

www.faculdadesocial.edu.br/dialogospossiveis/artigos/10/11.pdf Acesso em 17/06/09.

www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20080219182857.pdf – Acesso em 17/06/09.

Febrasgo. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. *Atenção qualificada durante o parto*. Rio de Janeiro (RJ): FEBRASGO; 2004. Ministério da Saúde. *Ministério da Saúde premia atendimento humanizado à mulher e à criança na Agência de Saúde de Ribeirão Preto – SP*. Saúde Ribeirão. Ribeirão Preto (SP); 2004. (citado em: 10 jun 2006). Disponível em: URL: <http://www.sauderibeirao.com.br>

aquihabebe.blogspot.com/.../especialistas-falam-sobre-episiotomia.html – acesso em 17/06/09.

Osava RH. *Assistência ao parto no Brasil: O lugar dos não médicos* (tese). São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, USP; 1997.

A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal Rev. bras. enferm. vol.60 no.4 Brasília July/Aug. 2007.

Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão Fabiana Villela Mamede, Ana Maria de Almeida e Maria José Clapis Disponível em www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/.../932

FERNANDES, A. T.; FERNANDES, M. O. V.; FILHO, N. R. *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Atheneu,2000, v1.

CARVALHO, G. M. *Enfermagem em Obstetrícia*. São Paulo: EPU, 1990

BASILE,A.L. *Centro de Parto Normal Intra-hospitalar*. São Caetano do Sul – SP: Yendis, 2007.

BALASKAS, J. *Parto Ativo – Guia Prático para o parto*, 1993.

Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006. Disponível em – revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica

VENÂNCIO, S.I. *Dificuldades para o Estabelecimento da Amamentação: O Papel das Práticas Assistenciais das Maternidades*. *Jornal Pediatria*, 79 (1): p.1-

2, 2003. Disponível em: http://www.jped.com.br/conteudo/port_resumo.asp?varArtigo=927.

ROCHA, S.M.M. et al. *Assistência de Enfermagem à criança no Brasil: estudo histórico e reflexões sobre as tendências atuais*. Ribeirão Preto, Disponível – www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext...

PIZZATO, M.G.; DA POIAN, V.R.L. Enfermagem em sistema de alojamento conjunto para recém-nascido e mãe. In: PIZZATO, M.G.; DA POIAN, V.R.L. *Enfermagem neonatológica*. Porto Alegre: Editora da Universidade Porto Alegre, 1982. cap. 3, p. 101-28.

Módulo

■ SAÚDE DA MULHER E DO NEONATO

Unidade Didática – Assistência de Enfermagem
na Saúde da Mulher

AULA 1

CONHECENDO AS PRINCIPAIS QUEIXAS GINECOLÓGICAS

■ Conteúdo

- História da saúde da mulher no Brasil
- Vulvovaginites
- Queixas ginecológicas mais frequentes
- Doenças Sexualmente Transmissíveis

■ Competências e habilidades

- Espera-se que ao término desta aula o aluno saiba identificar e caracterizar as principais queixas ginecológicas e o papel do enfermeiro frente a esses problemas

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via satélite com professor interativo
- 2 h-a – presenciais com professor local
- 4 h-a – mínimo sugerido para autoestudo

Unidade Didática – Assistência de Enfermagem
na Saúde da Mulher

INÍCIO DE CONVERSA

Assistência à saúde da mulher é um tema de grande relevância, pois com o passar dos anos, mesmo que essa distinta população tenha conquistado algum espaço dentro da história da humanidade, ainda continua para a grande maioria dos povos tendo como papel primordial o cuidar. Com o propósito de ajudá-la a se manter saudável, vamos aprender um pouco mais sobre as principais patologias ginecológicas que afligem essa população tão especial.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

NAS PATOLOGIAS GINECOLÓGICAS – UM POUCO DA HISTÓRIA DA SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

Durante as décadas de 1930, 1950 e 1970, a visão que se tinha da mulher se restringia ao seu papel de mãe e doméstica, e, portanto, considerada responsável não só pelos cuidados dos filhos, mas também por toda a família. Nesse período, os programas de saúde (materno-infantil) ficavam restritos à gravidez e ao parto, pois havia uma preocupação em proteger

essa população considerada de risco. Nesse período não se levava em conta as especificidades das regiões.

Esse comportamento do governo federal, que fragmentava a assistência à mulher, pois privilegiava as gestantes e as crianças, se refletiu no baixo impacto dos indicadores de saúde da mulher. O resultado obtido pelo programa governamental recebeu duras críticas do movimento feminista brasileiro, visto que a outra parcela das mulheres ficava desassistida.

Essa participação feminina contribuiu para que questões relacionadas a outros aspectos da vida das mulheres, como anticoncepção, doenças sexualmente transmissíveis, entre outros, fossem introduzidos na agenda política nacional.

A luta intensa e persistente do movimento feminista continuou no seu propósito de ampliar os cuidados à saúde da mulher.

Tal preocupação levou o Ministério da Saúde, em 1984, à elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Dentro desse programa foram incorporados princípios e diretrizes, como propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, a integralidade e a equidade da atenção, além de ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, dentre outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.

Com o passar dos anos, houve uma evolução, e a assistência à saúde da mulher vem melhorando. Novos programas foram implantados e consequentemente a estimativa de vida aumentou.

Um fato marcante na construção da saúde foi a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 aqui no Brasil, quando, mais uma vez, a presença e participação de movimentos de mulheres foram significativas na determinação de um novo conceito sobre saúde-doença, com uma abrangência maior do que o que vigorava até então.

A partir dessa Conferência, o conceito de saúde passou a ser resultante de um conjunto que cerca o

ser humano, a saber: suas condições de alimentação, moradia, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Ou seja, saúde não é mais somente a ausência de doença, mas toda uma organização social de produção, que pode colaborar para diminuir grandes desigualdades nos níveis de vida.

Esse novo conceito contribuiu na ampliação dos direitos de assistência à saúde, procurando atender a população em suas necessidades reais. Quando falamos em população, estamos incluindo a mulher em suas diferentes fases da vida.

Essa mudança de conceito levou à construção do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido pela Constituição de 1988.

O art. 198 da Constituição juntamente com o art. 7º do capítulo II da Lei nº 8.080/90 (Lei de regulação) orientam os princípios dos SUS, conforme podemos observar a seguir:

Universalidade – o SUS deve atender a todos, distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo;

Integralidade – o SUS deve oferecer a atenção necessária à saúde da população, promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento aos indivíduos e às comunidades, em quaisquer níveis de complexidade;

Equidade – o SUS deve disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, canalizando maior atenção aos que mais necessitam;

Participação social – é um direito e dever da sociedade participar das gestões públicas em geral e da saúde pública em particular; é dever do Poder Público garantir as condições para essa participação; assegurando a gestão comunitária do SUS;

Descentralização – processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS, definidor de atribuições comuns e competências específicas à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios.

Podemos perceber o grande avanço na saúde com a construção do SUS, pois todos, sem exceção, têm direito à saúde, e vale ressaltar a importante participação feminina nessa conquista.

Embora um grande passo tenha sido dado no campo da assistência à saúde, as desigualdades sociais e de gênero ainda estão fortemente presentes em nosso meio.

Na sociedade brasileira, apesar de grandes conquistas em todas as áreas, como saúde, mercado de trabalho e renda, a mulher continua tendo como principal obrigação a maternidade e os cuidados dos filhos e da família. Por isso, talvez a assistência à sua saúde tenha progredido, pois ela precisa estar bem para cuidar dos outros.

Devemos estar atentos no sentido de não somente cuidar da saúde, mas também estimular a participação social com o objetivo de cada vez mais se avançar.

Nosso papel enquanto enfermeiros é fundamental nesse processo dinâmico denominado saúde.

Para que tenhamos êxito no desenvolvimento de nossas atividades, devemos ter bem claro o verdadeiro sentido de Assistência de Enfermagem, independente da área de atuação. Para tanto, vale lembrar alguns aspectos. Os últimos estudos vêm apontando que uma assistência de enfermagem para ser efetiva precisa ser realizada de modo criterioso, cuidadoso e humanizado, pois esse cuidado é o principal responsável na manutenção da saúde da mulher. A res-

ponsabilidade não é só dos governantes que criam e implantam os programas de saúde, é nossa também enquanto profissionais de saúde. Essa sistematização aliada ao conhecimento técnico-científico e a humanização tornam a prática profissional bem definida. Precisamos ter em mente que a Assistência de Enfermagem precisa ser sistematizada.

Você deve estar se perguntando: “Afinal o que é mesmo Assistência de Enfermagem? E Sistematização de Assistência de Enfermagem?”. Vamos exercitar nossa memória. Para isso, precisamos viajar na história da enfermagem, lembrando o trajeto de Florence, quando no início de sua caminhada adotou uma prática baseada em conhecimentos científicos e gradativamente foi abandonando a atividade pautada em intuição, caridade e empirismo. Florence percebeu que para prestar uma assistência com boa qualidade, era preciso planejar as ações, determinar e gerenciar o cuidado, assim como registrar tudo o que foi planejado e executado, para posterior avaliação. A partir dessas condutas tudo se tornava de mais clara compreensão e melhor acompanhamento. A esse cuidado deu-se o nome de Processo de Enfermagem, que compreendia: histórico de enfermagem, exame físico, prescrição da assistência de enfermagem, evolução da assistência de enfermagem e anotações de enfermagem. Hoje é denominado Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE).



Agora ficou fácil! O cuidado que dispensei à pessoa que atendo é Assistência de Enfermagem!

A assistência de enfermagem desenvolvida com qualidade contribui de maneira significativa na vida do ser humano, mas neste momento, nossa atenção será destinada de maneira especial à saúde da mulher.

No último capítulo deste módulo estaremos trabalhando a assistência de enfermagem dos problemas identificados em cada capítulo.

RELEMBRANDO A ANATOMIA DO APARELHO REPRODUTOR FEMININO

Um breve resgate da anatomia feminina facilitará nossa compreensão no que se refere às patologias ginecológicas, incluindo o câncer de mama e o câncer de colo uterino. Esse assunto será discutido em um capítulo à parte.

O sistema reprodutor feminino é composto por útero, trompas de falópio (tubas uterinas), ovários. Para que o espermatozoide alcance o corpo do útero, ele penetra pelo canal vaginal, que é a parte gineco-

lógica interna, mas a vulva, os pequenos e grandes lábios e o clitóris também fazem parte desse sistema.

Você deve estar se perguntando se é mesmo preciso saber disso? É claro que sim, lembra que vamos trabalhar as patologias ginecológicas? E essas patologias atingem tanto a parte interna quanto a parte externa dos órgãos genitais se você não souber o que é normal, como vai saber identificar algo anormal?

Vamos começar relembrando o aspecto e a função dos órgãos internos, como mostra a Figura 1.

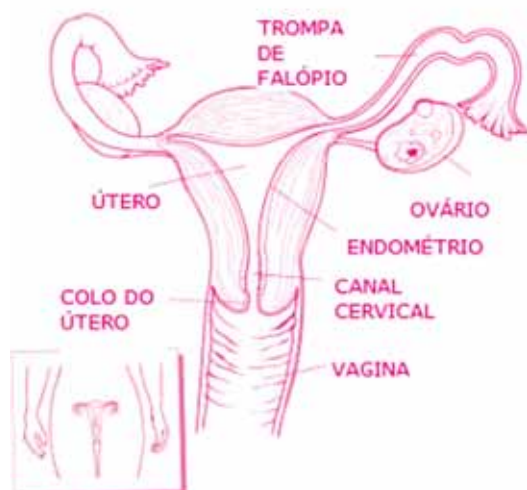


Figura 1

www.apf.pt/.../image/reprodutor_fem10001.jpg
www.apf.pt/?area=001&mid=006&sid=001

Útero: é um órgão com a forma de uma pera, oco, que recebe as tubas uterinas nos seus ângulos laterais superiores e continua para baixo pela vagina. Sua porção superior é chamada corpo. Abaixo do corpo o útero se estreita, formando o istmo e, quando se junta à vagina adquire a forma cilíndrica, constituindo o colo. A região em forma de cúpula do corpo uterino acima e entre os pontos de entrada das tubas uterinas é chamado fundo. Sua função principal é abrigar o feto.

Tubas uterinas (antes denominadas trompas de falópio): seu formato lembra uma tuba. Sua função é transportar o óvulo fecundado até o útero.

Ovários: forma e tamanho semelhantes a nozes, em número de dois localizados bilateralmente ao útero, tem como função produzir óvulos e hormônios femininos.

A genitália externa – constituída pela vulva (nome dado quando considerados coletivamente os órgãos genitais femininos), pelos pequenos e grandes lábios, vagina e clitóris – nem sempre nos possibilita identificar alterações internas, mas precisa ser examinada de maneira atenta, principalmente, quando da realização do exame preventivo de câncer de colo uterino ou exame de Papanicolaou, como também é conhecido (Figura 2)



Figura 2
www.apf.pt/.../image/reprodutor_fem10001.jpg

VULVOVAGINITES

As vulvovaginites são as responsáveis pelo grande número de consultas nos consultórios de ginecologia, é bem verdade que em sua maioria não constituem casos graves, mas causam desconfortos ou incômodos tais que fazem com que as mulheres procurem esse serviço. Embora essas infecções não sejam consideradas graves, devem ser tratadas para que sejam evitadas complicações, como doença inflamatória pélvica (DIP), que muitas vezes leva à esterilidade feminina. Com o crescimento do número de contaminações pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), uma atenção maior deve ser dispensada aos casos de infecções vaginais.

As infecções mais comumente encontradas são: candidíase, trichomoníase e a vaginose bacteriana.

Ainda que as infecções citadas sejam encontradas com frequência, a mulher deve ser ouvida de maneira atenta e sua queixa valorizada e pesquisada durante a anamnese. A consulta de enfermagem nos permite essa assistência.

Os incômodos e desconfortos mais referidos pelas mulheres nas consultas são: corrimento, disúria, dispareunia, desconforto local, prurido vulvar, vulvovaginites de repetição, algia pélvica.

Essas queixas podem ser investigadas e diagnosticadas ao exame ginecológico. O aspecto aparente possibilita algumas vezes identificar o tipo de infecção presente, pois suas características são distintas,

mas o resultado da leitura microscópica do material coletado do colo do útero, realizado pelo laboratório, é que determina e confirma o micro-organismo responsável pelas queixas.

CANDIDÍASE VULVOVAGINAL OU VULVOVAGINITE FÚNGICA

A candidíase vaginal é causada geralmente pela espécie de fungos *Candida albicans*. É um micro-organismo que faz parte da flora microbiana do trato genital feminino, mas na presença de imunodepressão torna-se prejudicial, sendo capaz de invadir os tecidos do hospedeiro. O sintoma responsável pela maioria das queixas é o prurido vulvar, presente em quase totalidade das mulheres afetadas.

Durante o exame ginecológico, realizado por um profissional habilitado, normalmente isso ocorre durante a coleta do exame preventivo de câncer de colo uterino, ou quando a mulher procura um ginecologista com as queixas já citadas, podemos encontrar edema e/ou eritema vulvar, que pode apresentar ou não fissuras na vulva e períneo.

O canal vaginal e o colo uterino, na maioria das vezes, se apresentam hiperemiados e com secreção com aspecto de leite talhado aderida às paredes vaginais. Essa sintomatologia pode ser desencadeada ou exacerbada durante o período pré-menstrual, por conta de os níveis de progesterona se encontrarem mais elevados nessa fase do ciclo menstrual e

também quando há alteração no pH vaginal, que se torna mais ácido.

TRICOMONÍASE

Causada por um protozoário flagelado *Trichomonas vaginalis* que tem como hábitat natural a vagina, porém, também pode ser encontrado na uretra, bexiga, ureteres, canal cervical, cavidade uterina, glândulas de Bartholin. As queixas mais frequentes das mulheres costumam ser corrimento profuso de coloração amarelada, esverdeada, esbranquiçada ou acinzentada, algumas vezes acompanhado de odor fétido referido pelas pacientes, sensação de ardor vaginal, prurido, podendo ainda provocar queixa de dor no baixo ventre. Quando do exame especular observa-se hiperemia intensa na vagina e colo uterino. O colo uterino frequentemente se apresenta com aspecto de morango. Quando a sintomatologia descrita se torna acentuada, pode dificultar o diagnóstico de câncer cervical. Um outro aspecto relevante é a possibilidade de facilitação da contaminação com o vírus da imunodeficiência humana, por conta do processo inflamatório intenso acompanhado de microulcerações causadas pelo *Trichomonas vaginalis*. Vale ressaltar que a contaminação pelo *Trichomonas vaginalis* normalmente se dá pela relação sexual desprotegida e que a tricomoníase no homem em sua grande maioria é assintomática, alguns casos raros podem apresentar uretrite.

VAGINOSE BACTERIANA (*GARDNERELLA* OU *MOBILUNCUS* + ANAERÓBIOS)

Se desenvolve a partir de um desequilíbrio da flora microbiana vaginal e uma proliferação mista de micro-organismos, incluindo além da bactéria *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides* sp., *Peptococcus* sp. e *Eubactéria* sp. Essa proliferação ainda não tem causa conhecida. As queixas mais frequentes relacionadas à presença da vaginose bacteriana são: corrimento esbranquiçado, acinzentado ou amarelado, em sua maioria em média quantidade, odor desagradável, cuja percepção é maior após o coito e menstruação. Esse odor se manifesta porque o sêmen e o sangue menstrual são alcalinos e permitem a volatilização das aminas encontradas no conteúdo vaginal. Durante o exame ginecológico podemos observar somente alteração no conteúdo vaginal, pois a vulva, a vagina e o colo permanecem inalterados, não apresentando sinais de processo inflamatório. Porém, em mulheres sabidamente infectadas pelo HIV, que evidenciam sinais de imunossupressão, o quadro clínico, nesse caso, pode apresentar úlceras genitais que são normalmente atribuídas à *Gardnerella vaginalis*.

Para facilitar a identificação das vulvovaginites mais referidas entre as mulheres apresentamos o quadro mostrado na Figura 3.

Aspectos diagnósticos	Candidíase	Tricomoníase	Vaginose bacteriana
Agente etiológico	<i>C. albicans</i> sp.(fungo)	<i>T.vaginalis</i> (protozoário)	<i>Gardnerella vaginalis</i> (bactéria)
Transmissão	Pode ser transmitida pelo contato sexual, porém não é comum	Contato sexual	Contato sexual
Sintomas	Prurido vulvar, irritação, secreção aumentada, disúria, dispareunia.	Secreção purulenta, profusa, fétida, com prurido e dispareunia.	Secreção fétida, principalmente o ato sexual e menstruação.
Características da secreção			
1. Quantidade	Escassa / moderada	Profusa	Moderada
2. Cor	Branca	Amarelada	Branco-acinzentada
3. Consistência	Grumosa, pode variar	Homogênea, fluida ou espumosa	Homogênea, recobrimdo uniformemente paredes vaginais, ou espumosa
4. Bolhas	Ausentes	Presentes	Presentes
Aspecto da vulva e da vagina	Eritema em intróito, edema, pode haver pústulas e eritema vaginal.	Eritema e edema de vulva e vagina. Cérvix com aspecto "em framboesa"	Ausência de inflamação

Figura 3

Conhecemos as vulvovaginites mais comuns que são as principais queixas das mulheres nos consultórios de ginecologia. Agora vamos conhecer algumas alterações ginecológicas que merecem atenção, tratamento e acompanhamento. São as denominadas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), bastante conhecidas nos tempos atuais, e como o próprio nome diz, são doenças adquiridas/contraindas a partir de relações sexuais sem proteção. Devemos ter em mente que essas doenças não se restringem ao contato físico homem/mulher, os relacionamentos homossexuais contribuem de maneira significativa na disseminação do HIV e também há transmissão vertical, nos casos de gestantes sem tratamento.

No Brasil, seguindo normas do Ministério da Saúde, devem ser notificados os seguintes casos de DST: sífilis em gestantes, sífilis congênita, AIDS e infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas.

O Ministério da Saúde elaborou um manual para controle das DSTs e preconiza as seguintes doenças para acompanhamento e tratamento: hepatites virais, HPV, HIV, Clamídia, Sífilis, Gonorreia, Herpes genital. Algumas dessas patologias têm cura, outras somente controle.

Consideradas problema de Saúde Pública em todo o mundo, as Doenças Sexualmente Transmissíveis podem provocar consequências graves, como infertilidade tanto do homem quanto da mulher, dor pélvica crônica, gravidez ectópica, câncer do colo do útero, além de acarretarem graves problemas de saúde aos filhos gerados em uma mãe portadora sem tratamento, quando essa gestação chegar a termo (muitas vezes a gestação é interrompida por complicações de alguma DST).

CONHECENDO UM POUCO SOBRE AS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Sífilis

Causada pelo micro-organismo *Treponema pallidum*, que tem na umidade fator essencial para sua sobrevivência e desenvolvimento, possibilitando sua viabilidade em roupas úmidas por um período de 12 horas. Seu diagnóstico é obtido por meio de exame sorológico para VDRL ou *lues*.

A sífilis pode ser classificada em três fases distintas: primária, secundária e tardia.

Sua característica inicial (fase primária) é uma lesão indolor, de bordas bem delimitadas e normalmente acompanhada de linfadenopatia-satélite (ínguas). Pode manifestar-se na fúrcula, no colo uterino, no vestíbulo da vagina, na aréola, no reto e na mucosa orofaríngea. A lesão inicial pode não ser notada e regredir espontaneamente, o que torna impossível seu diagnóstico. A fase secundária se manifesta aproximadamente entre seis semanas e seis meses após a cicatrização da fase primária e suas características são: mal-estar, febre, erupção papulomaculosa (palmas das mãos e planta dos pés), roséolas sífilíticas, condiloma plano e linfadenopatia, às vezes generalizada.

A fase tardia, de caráter sistêmico, se desenvolve em torno de um quarto dos pacientes que não receberam nenhum tratamento específico para essa doença. É caracterizada com manifestações cardiovasculares e do sistema nervoso central.

Nas gestantes tem maior importância, pois pode comprometer a saúde do bebê (sífilis congênita). E, quando diagnosticada, é sempre considerada fase tardia para fins de tratamento.

Gonorreia e clamídia

Infecções altamente contagiosas causadas por cocos gram-negativos da *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. Na mulher, o gonococo pode ser encontrado no canal cervical e na grande maioria das vezes é assintomático. Ao contrário das mulheres, no homem o primeiro sinal é a eliminação de secreção purulenta pela uretra pela manhã e queixa de disúria. É conhecido que das mulheres contaminadas 80% são assintomáticas, tal ausência faz com que muitas nem imaginem estar contaminadas, o que propicia disseminação da doença durante as relações sexuais desprotegidas com seu parceiro. Ao exame ginecológico observa-se corrimento purulento semelhante a uma cervicite (inflamação da mucosa cervical) por agente etiológico que não a *Neisseria gonorrhoeae*, porém enquanto não se conhece o micro-organismo responsável pela

secreção purulenta, essa cervicite será considerada infecção gonocócica. A mulher que apresenta cervicite também pode apresentar uretrite, bartolinite e skenite gonocócica. As infecções por clamídia são idênticas às gonocócicas. Dos casos conhecidos de gonorreia e clamídia, aproximadamente dois terços são encontrados entre jovens, homens e mulheres, com idade inferior a 25 anos.

Herpes genital

Infecção em sua grande maioria causada pelo vírus tipo 2 da família *Herpesviridae*. O tipo 1 acomete o lábio, e o tipo 2, a genitália. Com a evolução das pesquisas percebeu-se que o vírus tipo 1 vem afetando tanto a mucosa oral como a genitália. O sistema imunológico do indivíduo e a presença ou não de anticorpos é que vão determinar a gravidade da infecção genital. Ou seja, indivíduo que nunca apresentou infecção por nenhum dos dois tipos em outra parte do corpo desenvolverá infecção mais grave. A lesão inicial pode se apresentar em forma de pápula em base eritematosa, pequenas vesículas, pústulas e ulcerações. Mulheres acometidas por herpes genital referem que essas pápulas, vesículas ou ulcerações são muito doloridas e bastante sensíveis, queixam-se ainda de forte ardência, disúria, polaciúria, dor e queimação no ânus, que normalmente vêm acompanhados de linfadenopatia satélite. Manifestações como astenia, mal-estar geral, febre e cefaleia também são referidas pelas mulheres. As ulcerações, vesículas ou pústulas podem ser encontradas em qualquer parte da vulva, comprometendo também as mucosas da vagina, colo, uretra, bexiga e ânus. O desconforto gerado pelas manifestações mencionadas duram cerca de duas semanas, e seu desaparecimento em seis semanas. O exame clínico bem realizado é capaz de fechar o diagnóstico, dispensando a realização de exame complementar. Devemos esclarecer que um indivíduo infectado não terá cura definitiva, ficando refém de seu sistema imunológico, ou seja, toda vez que enfrentar situações que gerem ansiedade, sofrer irritação por exposição excessiva a raios solares ou traumatismos, pode ocorrer recorrência da infecção.

Papiloma Vírus Humano (HPV)

Vírus pertencem à família *Papillomaviridae* e são capazes de provocar lesões de pele e mucosa. São encontrados hoje mais de 200 tipos de vírus que são classificados em oncogênicos e não oncogênicos. São divididos em números conforme sua classificação. Os oncogênicos associados a lesões pré-cancerosas são: 16, 18, 31, 33, 45, 58 e outros. Os estudos comprovam que 50% a 80% das mulheres com vida sexual ativa e que não realizam sexo seguro (com camisinha) serão contaminadas pelo HPV em algum momento de suas vidas. Vale ressaltar que o próprio organismo se encarrega de eliminar o vírus através do sistema imunológico, tornando sua infecção transitória. Essa defesa é mais eficaz em mulheres jovens. Qualquer pessoa contaminada pelo HPV pode desenvolver anticorpos, o que não significa que todo organismo terá a capacidade de eliminá-lo. Essa capacidade de eliminação está intimamente ligada à competência do sistema imunológico do infectado. Sua transmissão através das relações sexuais desprotegidas pode causar lesões na vulva, vagina, colo uterino, pênis e ânus. A presença dos vírus em outras regiões do corpo, como pele, laringe (cordas vocais) e esôfago, apesar de rara, já foi demonstrada, no entanto, é bastante raro que ocorra desenvolvimento de lesão clínica ou subclínica. A presença do vírus na laringe pode ocorrer em crianças nascidas de mães infectadas ou indivíduos que realizam sexo oral com parceiro infectado. Nesses casos aproximadamente 20% das infecções são combatidas pelo próprio organismo, sem que o paciente precise buscar ajuda médica. As manifestações clínicas normalmente ocorrem na região genital na forma de verrugas ou condilomas acuminados, que são conhecidos como “crista de galo”. Atenção maior deve ser dispensada às lesões subclínicas, pois apesar de não apresentarem sintoma algum, se não tratadas precocemente podem evoluir para o câncer de colo do útero. Exame de citologia oncótica (Papanicolau) tem evidenciado que as alterações citológicas mais frequentes estão relacionadas ao HPV.



Hoje já existe vacina contra HPV.
Você sabia?

Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)

Vírus que pertence à classe dos retrovírus, ao penetrar no organismo humano seu alvo são as células de defesa do sistema imunológico, comprometendo as respostas do organismo quando invadido por outros tipos de vírus e bactérias, dessa forma propiciando o surgimento de vários tipos de doenças e infecções.

Descoberto em 1981, foi responsável por verdadeira revolução na história da saúde mundial. Seu advento foi inicialmente conhecido como doença exclusiva dos homens homossexuais. Com o decorrer do tempo, foram descobertas contaminações em grupos de pessoas que haviam passado por transfusão sanguínea, como os hemofílicos e acidentados graves, mulheres sem qualquer história de homossexualismo e crianças. Os primeiros casos identificados na população feminina foram atribuídos ao uso de drogas injetáveis com o compartilhamento de seringas. A forma de transmissão de maior importância é através das relações sexuais desprotegidas. Outras formas de transmissão são: compartilhar seringas contaminadas, contaminação vertical (mãe para o filho durante a gravidez) e amamentação. Dizer que uma pessoa é soropositiva não é o mesmo que afirmar que ela tem AIDS. O HIV pode levar anos, a partir da infecção, até a manifestação dos primeiros sintomas, mas também pode acontecer de a pessoa viver longo período e nunca desenvolver a doença. Essa transição de soropositivo para doente de AIDS vai depender da competência do sistema imunológico de cada um. Podemos dividir a evolução da infecção pelo HIV em três fases distintas:

Infecção aguda: momento em que a pessoa se contamina com o vírus HIV. No período que gira em torno de duas a quatro semanas, podendo variar de cinco dias a três meses, ela pode apresentar um quadro clínico inespecífico com presença de febre, astenia, mialgia, cefaleia, faringite e outros sinais e sintomas compatíveis com uma gripe um resfriado comum, passando de maneira despercebida. Essa seria a fase de soroconversão. No caso de a pessoa se interessar em realizar teste sorológico para detecção de anticorpos, após relação sexual desprotegida, o resultado será negativo, pois existe um período denominado “janela imunológica” que são os primeiros três meses após a infecção que não detecta a presença do vírus no organismo. Embora o resultado obtido seja negativo, se a pessoa estiver contaminada e mantiver relação sexual sem proteção estará disseminando o vírus.

Fase assintomática: pode durar de oito a dez anos, na mulher esse período é menor, e é um espaço de tempo de aparente silêncio clínico. Embora não haja nenhuma manifestação clínica, o vírus continua se replicando. Nos casos em que isso ocorre, a possibilidade das chamadas doenças oportunistas se instalarem nesse organismo é bastante elevada, principalmente se não houve nenhum tratamento.

Fase sintomática: caracterização da Síndrome da Imunodeficiência, ou seja, instalação de doenças oportunistas. A partir de agora, a pessoa passa da situação de soropositivo para doente de AIDS.

Das doenças sexualmente transmissíveis, esta merece maior atenção na saúde da mulher por apresentar em seu quadro clínico algumas especificidades para a população feminina infectada pelo HIV.

A vulvovaginite fúngica de repetição pode ser um indicativo forte para a presença do vírus; infecções parasitária e bacteriana como gonorreia, clamídia e tricomoníase costumam ser mais exacerbadas em mulheres soropositivas; a resposta a tratamentos com antivirais para lesões por herpesvírus são menores. Em relação à infecção por HPV, os estudos apontam que as mulheres soropositivas apresentam maior frequência em relação às soronegativas. Vale ressaltar que um dos critérios definidores de AIDS-doença é a confirmação diagnóstica de câncer de colo uterino.

Hepatite B

Inflamação no fígado causada pelo vírus da hepatite B (HBV) altamente infectante. Sua transmissão ocorre através das relações sexuais sem proteção, transfusão sanguínea e de hemoderivados contaminados, hemodiálise, transmissão vertical (mãe/filho), aleitamento materno, acidentes com materiais perfurocortantes, compartilhamento de seringas e

ainda pelo uso de material para a realização de tatuagens e colocação de piercings. Sua importância enquanto DST merece atenção pelo alto grau de infectividade. A possibilidade de associação a outras DSTs favorece o risco de complicações. É uma doença preocupante, porque pode ficar por longo tempo sem apresentar qualquer sintoma. A vacina contra hepatite B confere proteção quando administradas as três doses preconizadas pelo Ministério da Saúde. A grande maioria das crianças nascidas a partir de 1998 está imunizada. É importante a situação vacinal nas pessoas com risco de contrair hepatite B, e é nosso dever como enfermeiro verificar e orientar sobre a importância da administração dessa vacina, assim como encaminhar para vacinação.

Neste capítulo tentamos abordar de maneira bem clara e simples as alterações e queixas mais encontradas quando realizamos consulta de enfermagem à mulher. Nosso envolvimento e compromisso tornarão a solução desses problemas de fácil resolução e confirmará nossa atuação enquanto enfermeiro eficaz.



Caso você tenha lido algum termo nesta aula e não sabe seu significado, procure conhecê-lo.

* ANOTAÇÕES

AULA 2

FALANDO SOBRE CÂNCER DE COLO UTERINO E CÂNCER DE MAMA

■ Conteúdo

- Câncer cervicouterino, conceito, epidemiologia e fatores determinantes
- Câncer de mama, epidemiologia, fatores determinantes, autoexame das mamas

■ Competências e habilidades

- Identificar a importância do câncer cervicouterino
- Conhecer a prevenção e o controle do câncer cervicouterino, colpocitologia oncótica e resultados

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via satélite com professor interativo
- 2 h-a – presenciais com professor local
- 4 h-a – presenciais de aula prática com professor local
- 4 h-a – mínimo sugerido para autoestudo

INÍCIO DE CONVERSA

Conhecer um pouco mais sobre câncer de colo do útero e câncer de mama será o nosso objetivo desta aula. Vamos ter oportunidade de refletir com um pouco mais de atenção sobre essas patologias. É importante observar que compete aos profissionais atenção primária, incluindo nós enfermeiros, e mudar os números dessas doenças ainda tão temidas e que leva ao óbito milhares de mulheres a cada ano. A realização de atividades educativas envolvendo

a população feminina, buscando sempre atingir os objetivos propostos, deve ser nossa meta.

CÂNCER DE COLO DO ÚTERO OU CÂNCER CERVICOUTERINO

Considerado a terceira causa de morte em mulheres. No *ranking* nada invejável de óbitos por câncer na população feminina ocupa o segundo lugar, ficando atrás somente do câncer de mama. Também representa um grave problema de saúde pública. Por esse

motivo, há muito tempo vem despertando a atenção da comunidade científica. Anualmente cerca de 500 mil novos casos de câncer são diagnosticados no mundo, desses casos em torno de 230 mil evoluem para o óbito. Os estudos afirmam que nos países em desenvolvimento, como o Brasil, sua incidência é o dobro se comparada com os países desenvolvidos. Esse tipo de câncer representa 20% de todos os casos de câncer na população feminina brasileira. A faixa etária de 20 a 29 anos apresenta maior evidência de casos, mas com o passar dos anos o risco vai se elevando, e, na faixa etária 45 e 49 anos, atinge seu pico.

Alguns fatores de risco contribuem para o surgimento do câncer de colo do útero como: início da atividade sexual precoce, multiplicidade de parceiros, higiene inadequada, estado nutricional relacionado à baixa ingestão de vitaminas, ser tabagista e o uso de contraceptivos orais. O câncer de colo uterino está intimamente relacionado à atividade sexual. Já está comprovado que para o surgimento do câncer de colo uterino, além dos fatores mencionados, a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) se faz necessária, sendo inclusive considerado pela Organização Mundial de Saúde o principal fator de risco. Vulnerabilidade social com acesso dificultado à prevenção, diagnóstico precoce e início imediato de tratamento aliados aos fatores predisponentes facilitam a instalação da doença.

A partir da presença dos fatores de risco para o surgimento do câncer cervicouterino, transcorre um período que varia de 10 a 20 anos, a contar do início de uma lesão intraepitelial que progride até invadir a camada basal. Isso só vai acontecer se a mulher não procurar o serviço de saúde ou se nenhum tratamento for instituído.

Hoje podemos contar com o apoio de recursos tecnológicos bem avançados que propiciam o diagnóstico e tratamento precoces de lesões intraepiteliais, possibilitando 100% de cura e tornando esse tipo de câncer uma causa de morte evitável. Ainda assim, como descrito anteriormente, apresenta elevado índice de mortalidade.

O governo vem tentando mudar essa triste estatística, e o primeiro passo foi a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher em

1984. Depois, em 1996, em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), implantou o Programa Viva Mulher, cujos objetivos eram detecção precoce e controle do câncer cervicouterino. Em continuidade a esse trabalho, critérios para periodicidade, controle e acompanhamento das mulheres foram definidos pelo Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero (PNCC), no entanto, as mulheres que apresentam alterações citológicas ainda enfrentam dificuldades quanto à continuidade da prevenção e à garantia de tratamento.

Segundo os últimos estudos realizados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), são diagnosticados 19 mil casos de câncer de colo do útero por ano, o que representa 19 casos para 100 mil mulheres.

Prevenção do câncer cervicouterino

A Atenção Primária tem papel fundamental no que se refere à prevenção e promoção da saúde. Orientação por meio de atividades educativas coletivas ou individuais no intuito de diminuir a exposição das mulheres aos já definidos fatores de risco para desenvolvimento do câncer cervicouterino deve ser considerada um dos primeiros temas a ser abordado, mas discutir temas direcionados à saúde da mulher – como autocuidado, autoestima, planejamento familiar, climatério, doenças sexualmente transmissíveis – é importante para estabelecimento de vínculo profissional-paciente e, assim, facilitar o alcance dos objetivos principais. Com a já confirmada associação do HPV ao câncer cervicouterino, as mulheres devem ser incentivadas e estimuladas quanto à realização do exame de colpocitologia oncótica. A desinformação sobre esse exame para algumas mulheres ainda existe, e esse desconhecimento, aliado a vergonha da exposição do corpo, medo de sentir dor, não permissão de muitos maridos e até mesmo o desinteresse precisam ser mudados.

O profissional enfermeiro atuante na atenção primária, principalmente, nas equipes de saúde da família, tem papel preponderante na mudança de comportamento da população feminina, contribuindo de maneira significativa no índice de mortalidade por essa doença.

Hoje já se sabe que de todos os casos novos de câncer que ocorrem por ano no mundo, pelo menos um terço deles poderiam ser prevenidos. Essa informação nos obriga, enquanto profissionais de saúde, a um maior compromisso.

Rastreamento e captação

A fase inicial do câncer de colo do útero é assintomática e ao exame ginecológico de rotina não apresenta quaisquer alterações que sejam perceptíveis ao examinador. Por esse motivo, muitas mulheres resistem à realização do exame de colpocitologia oncótica. Não é difícil encontrarmos uma mulher na fase avançada da doença e ouvir dela “eu não sentia nada, por isso não fiz o exame”. Esse tipo de informação reforça a ideia de que a atenção primária precisa trabalhar incansavelmente nas ações educativas dirigidas a grupos específicos, o que facilita a discussão dos temas a eles direcionados.

Utilizamos a palavra rastreamento para identificar, através do exame de prevenção do câncer do colo do útero, manifestações sugestivas da doença de modo que se possa intervir e quebrar a cadeia evolutiva da doença, ou seja, descoberta precocemente e de imediato instituído o tratamento impedindo dessa forma que ela avance e se torne invasiva. Esse rastreamento tem maior efetividade quando se realiza levantamento da população que se quer atingir, identificando fatores determinantes de riscos para a mesma. É importante frisar que a qualidade na coleta e interpretação dos resultados são fundamentais para o acompanhamento e êxito do rastreamento. A Organização Mundial da Saúde afirma que para o rastreamento ser impactante é preciso realizar uma cobertura de 80% de exames citopatológicos na população em questão, esse número representaria uma redução de 50% na mortalidade causada por essa doença. Um rastreamento bem planejado e executado conforme o preconizado possibilita a redução de 80% de óbitos por essa causa.

Até aqui falamos da importância do câncer cervicouterino, fatores de risco, importância da realização do rastreamento, pelo número alarmante de novos casos descobertos a cada ano. Podemos afirmar

que há baixa adesão a realização do exame preventivo, mas devemos lembrar que uma parcela de culpa dessa baixa adesão se deve ao fato de os profissionais “capacitados” para essa assistência dispensarem um atendimento com falhas na humanização. Essa afirmação se baseia nas informações repassadas por algumas mulheres quando da realização do exame ginecológico, em que muitas vezes ao serem atendidas passam por constrangimento pela forma insensível e indigna como são tratadas. Esse tipo de tratamento dispensado às mulheres contribui para a baixa adesão não só ao exame, mas também ao tratamento, quando necessário, refletindo numa atenção primária pouco produtiva.

Colpocitologia

Também conhecida como exame citopatológico ou Papanicolaou, é o exame mais empregado na prevenção do câncer cervicouterino. Para sua realização é necessário a retirada de células escamosas encontradas na ectocérvice, células colunares da endocérvice e células metaplásicas escamosas da zona de transformação, área de transição entre esses dois epitélios, onde encontramos a junção escamocolumnar (JEC). Esse local é considerado o mais susceptível para desenvolvimento do câncer. Após fixação em lâmina, o esfregaço é encaminhado para a análise laboratorial. É um exame considerado de baixo custo, indolor e de fácil realização. Sua sensibilidade é bastante elevada, assim como sua especificidade, confirmando alto grau de confiabilidade, desde que os critérios para coleta estabelecidos sejam cumpridos. A periodicidade para realização da colpocitologia segundo o PNCC é que seja de três anos, após dois resultados negativos consecutivos com intervalo de um ano. Não podemos tomar essa periodicidade como regra geral, visto que para cada mulher atendida com criteriosa anamnese e identificados fatores de risco, haverá uma adequação para novas coletas.

Materiais e cuidados na coleta

O consultório para realização da colpocitologia deverá conter, além do que já é preconizado roti-

neiramente para o serviço de saúde, os específicos para essa finalidade: mesa ginecológica, foco de luz, luvas de procedimento, pinça cheron, gazes, fixador celular em gotas e/ou *spray* ou álcool a 96%, ácido

acético a 2%, lixeira com pedal, espéculo vaginal, espátula de Ayre, escova cervical, lâmina e tubete ou porta-lâmina. O espéculo é encontrado em três tamanhos P, M e G. (Figura 1)



Figura 1

Espátula de Ayre e escova cervical
www.pathology.com.br/.../papanicolaou.html



Figura 1

Espéculo vaginal
www.dajarven.com/termometrosdetalles.php?reco...



Figura 1

Lâmina sendo preparada
www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140



Tubete ou porta-lâmina
www.deskarplas.com.br/produtos/produtos.htm

Como foi dito anteriormente, o exame é indolor, mas pode causar certo desconforto. Caso o profissional na hora do exame perceba pouca lubrificação no canal vaginal, na hora de introduzir o espéculo, que, aliás, é o caso das mulheres com mais idade, poderá estar utilizando soro fisiológico para facilitar a introdução. Hoje alguns laboratórios já fabricam espéculos lubrificados à base de água que, além de minimizar o desconforto, não comprometem a leitura da lâmina. O esfregaço deverá ter quantidade representativa de células cervicais, o que implica boa técnica e orientações previamente realizadas à mulher como: não realização de relação sexual e duchas vaginais 48 horas antes do exame, não estar menstruada, não estar fazendo uso de cremes vaginais. Em caso de sangramento na ocasião da coleta, a mulher deverá ser orientada a retornar ao serviço em outro momento. Adicionar algumas gotas de ácido acético a 2% à solução fixadora é outro procedimento que pode ser adotado com o propósito de facilitar a leitura da lâmina, por melhorar sua qualidade. Além do preenchimento correto do impresso específico para esse exame, alguns cuidados devem

ser observados na preparação do esfregaço como: limpeza da lâmina com álcool a 70%, identificação, disposição da amostra, que não poderá ser transparente, mas sim espessa o suficiente, propiciando a leitura. A fixação deverá ser feita o mais rapidamente possível, evitando dessecação do material.

Condutas na hora da coleta

O profissional deve levar em conta que por mais natural que seja para ele o exame, não o é para a mulher, portanto, é seu dever dialogar de maneira calma a fim de diminuir a ansiedade natural nesse momento. Uma anamnese minuciosa ajuda a manter a tranquilidade. Mostre a ela o material que irá utilizar e demonstre como será a coleta. É muito importante que o material a ser utilizado esteja em lugar de fácil acesso para manuseio. Tente não deixar a mulher exposta por tempo desnecessário.

- Peça a ela que esvazie a bexiga caso sinta necessidade;
- Ofereça um avental para substituir a roupa que está usando;
- Auxilie-a a subir na mesa e posicione-a;

- Escolha o espéculo que seja mais adequado ao seu tamanho e condição, por exemplo: nulípara, parto cesariana, estrutura física miúda, múltipara, parto normal, obesa. Isso facilitará a localização do colo uterino. O espéculo deve ser introduzido na posição vertical e ligeiramente inclinado, logo após gire-o e deixe-o na posição horizontal; agora abra-o de maneira delicada e tente localizar o colo uterino. O colo epiteliado deverá ter aspecto rosado.
- Utilize a espátula de Ayre apoiando a parte não arredondada no introito uterino para retirada de células da ectocérvice, coloque o material retirado na lâmina e despreze a espátula (Figura 2).



Figura 2
www.abcdasaude.com.br/artigo.php?463

QUEM PODE FAZER O EXAME PREVENTIVO?

Todas as mulheres que já iniciaram atividade sexual, especialmente na faixa etária 25 a 59 anos. Mulheres que fizeram cirurgia de histerectomia devem ser submetidas ao exame da mesma forma que antes, mesmo que não tenha colo uterino, retira-se material do fórnice posterior da vagina. Gestantes que não estiverem com o exame em dia também devem ser submetidas a ele. O profissional deverá ter o cuidado de realizar somente coleta da ectocérvice; a coleta endocervical não deve ser realizada evitando contrações uterinas ou sangramento, pois é comum eversão fisiológica da junção escamocolunar. Coleta única não compromete a análise laboratorial.

RESULTADOS INSATISFATÓRIOS E CONDUTAS

Normalmente, os resultados dos exames citopatológicos são endereçados ao enfermeiro responsável pela coleta ou pelo serviço. Cabe a ele registrar os resultados, notificar os casos necessários, assim como, observar se é o caso de recoleta.

- Introduza de maneira delicada a escova cervical no introito uterino e gire 360 graus e coloque o material na lâmina. Retire delicadamente o espéculo, retraindo um pouco para depois fechá-lo. Fixe imediatamente e guarde-o no tubete previamente identificado para posterior envio ao laboratório (Figura 3).
- Auxilie a mulher a descer da mesa e oriente para que vista a sua roupa.
- Informe, conforme rotina do serviço, a data em que ela deverá buscar o resultado.
- Não deixe de informá-la de que tão importante quanto a realização do exame é buscar o resultado e levá-lo ao médico.



Figura 3
www.abcdasaude.com.br/artigo.php?463

Ao receber um resultado identificado como insatisfatório, independente de o motivo ter sido em relação a erro de técnica, amostra inadequada, ou qualquer outra causa, a conduta deverá ser comunicar a mulher que ela precisa repetir o exame o mais rápido possível. A causa da falha deverá ser pesquisada e corrigida.

RESULTADO NORMAL E CONDUTA

Quanto ao aspecto citológico que corresponde à normalidade ou dentro dos limites de normalidade podemos encontrar:

- Células basais, parabasais, intermediárias e superficiais do epitélio escamoso não queratinizado ou células epiteliais escamosas;
- Epitélio cilíndrico simples define coleta adequada;
- Elementos não epiteliais: hemácias, leucócitos, histiócitos, muco, espermatozoides, flora microbota.

Conduas: caso a mulher já tenha resultados negativos em exames realizados por dois anos consecutivos, orientá-la para realização de novo dentro de três anos. Vale lembrar que essa periodicidade deve levar em conta a história natural da doença e sempre adequada à história individual de cada mulher.

Alterações celulares benignas, padrão inflamatório ou com reações reativas, reparativas ou degenerativas

São alterações decorrentes do estado de alerta do epitélio cervical relacionado a uma possível ou real injúria ou em que a regeneração das erosões epiteliais já está presente. Por exemplo:

- Alterações em células escamosas, geralmente decorrente de processos inflamatórios;
- Alterações em células cilíndricas ou colunares oriundas de cervicites.

LESÕES EM EPITÉLIO ESCAMOSO

São encontrados seis tipos, conforme apresentação que se segue:

- Atipias escamosas de significado indeterminado (denominadas anteriormente de ASCUS). Esse tipo de alterações não é suficiente para que o diagnóstico de neoplasia seja determinado.
- Efeito citopático compatível com HPV. A presença de células coilocitose (células que apresentam grande vazão em torno do núcleo) evidencia a presença desse vírus. É importante que se saiba que a citologia não é capaz de determinar o tipo do vírus. A realização de captura híbrida é utilizada para esse fim, caso haja necessidade.
- Displasia leve ou neoplasia intraepitelial cervical de grau I (NIC I). Lesão com baixo grau de malignidade, atualmente representada pela sigla (LIBV).
- Displasia moderada ou neoplasia intraepitelial cervical grau II (NIC II). Lesão escamosa intraepitelial de alto grau (LIAG). Apresenta alto poder de malignização.

- Displasia acentuada ou carcinoma escamoso *in situ* ou neoplasia intraepitelial cervical grau III (NC III). Caracterizada também como LIAG por evidenciar células escamosas com grande variação de formas e alterações.
- Carcinoma escamoso invasor de três tipos: queratinizante, não queratinizante e não queratinizante de células pequenas, o que significa bem diferenciado, moderadamente diferenciado e pouco diferenciado, respectivamente.

Conduas: Para as atipias de significado indeterminado, efeito citopático com HPV e LIBV, a recomendação é seguimento semestral e tratamento dos processos inflamatórios e infecciosos presentes. É importante que mulher e o parceiro recebam tratamento e sejam submetidos a exames para controle juntos. Com relação à presença da infecção por HPV, vale ressaltar que muitas vezes ocorre regressão espontânea, porém é recomendada a realização de colpocitologia semestral, assim como acompanhamento/tratamento. Encaminhamento imediato para colposcopia é a recomendação de alguns autores, visto que mais de 90% das neoplasias são atribuídas à infecção por HPV.

As lesões intraepiteliais classificadas como de alto grau (NIC II e NIC III) devem ser encaminhadas para colposcopia e biópsia.

Nos casos de carcinoma escamoso invasor, o procedimento é orientar para colposcopia e biópsia preferencialmente e, em seguida, encaminhar para serviço médico especializado.

A assistência de enfermagem para os problemas relacionados a esse assunto serão trabalhados no último capítulo deste módulo.

CÂNCER DE MAMA – EPIDEMIOLOGIA

Considerado um problema de saúde pública, foi descrito pela primeira vez há quase 3 mil anos (2500 a 3000 a.C.). É uma doença antiga e que vem ameaçando a vida de milhares de mulheres a cada ano. Talvez seja de todas as doenças a mais temida pela população feminina; esse temor pode estar ligado à sua alta frequência e também a efeitos psicológicos,

visto que afetam a questão da sexualidade intimamente relacionada com a aparência física, quando a mutilação pode ser necessária. Aproximadamente 1 milhão de novos casos surgem anualmente. No Brasil são cerca de 49 mil casos novos a cada ano. Numa população de 100 mil mulheres, 49 serão atingidas por esse mal, segundo estimativa do INCA. Outro dado importante é que de todos os casos de câncer em mulheres, este representa 22%. Entre as mulheres é a primeira causa de morte. Na última década, a incidência de câncer de mama na população feminina teve crescimento preocupante, e que pode ser atribuído a mudanças sociodemográficas e de acessibilidade aos serviços de saúde. Outros fatores, como aumento da expectativa de vida, industrialização, urbanização e avanços tecnológicos na área da saúde podem estar relacionados a esse aumento. O diagnóstico precoce sugere prognóstico favorável, os tratamentos usuais não garantem a cura, porém pode-se observar aumento de sobrevida.

Embora se considere um bom prognóstico o diagnóstico e a instituição do tratamento precocemente, os índices de mortalidade mantêm-se elevados, o que sugere que talvez a doença continue sendo diagnosticada em estágios mais avançados.

O câncer de mama é um tumor que, como todo câncer, se origina de um crescimento acelerado e desordenado de células. Quanto às suas características, pode-se dizer que tem consistência dura, limites mal definidos, seu tamanho pode variar de menos de um centímetro a vários centímetros de diâmetro, que vai depender do tempo de evolução. Em relação à mobilidade, esta pode estar preservada ou aderida à pele. A inspeção à pele que recobre a mama pode-se observar que a mesma se apresenta íntegra, com ulcerações ou ainda com aspecto semelhante à casca de laranja. Os estudos constatarem uma triste realidade em relação a casos de câncer de mama no Brasil, onde para cada 11 mulheres nascidas uma desenvolverá a doença. Do total de casos, 80% são diagnosticados quando a possibilidade de cura já não é mais possível, pois se encontram em uma fase avançada. É importante frisar que câncer

de mama não é um mal exclusivo do sexo feminino, os homens também são acometidos por essa doença, porém numa frequência menor.

FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA

Vários são os fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de mama, o que não quer dizer que toda mulher que apresente algum fator de risco vá desenvolver a doença. Porém, de todos os fatores associados ao câncer de mama, há quem desperte mais atenção, como mulheres que têm na família casos com parentes diretos, como mãe ou irmã, que no período da pré-menopausa (antes dos 50 anos de idade) tiveram diagnóstico prévio de alteração considerada de alto risco, como hiperplasia atípica, neoplasia lobular *in situ* ou até mesmo o próprio câncer.

Principais fatores de risco associados ao desenvolvimento de câncer de mama

- Sexo feminino;
- Raça branca;
- Mãe ou irmã com história da doença;
- Menarca precoce (antes dos 11 anos de idade);
- Nuliparidade;
- Primeira gestação a termo após os 30 anos de idade;
- Ciclos menstruais pequenos (menores que 21 dias);
- Menopausa tardia e tratamento de reposição hormonal;
- Dieta rica em gordura animal e pobre em fibras;
- Obesidade;
- Radiações ionizantes antes dos 35 anos de idade;
- Consumo de álcool (ainda que moderado);
- Elevado padrão socioeconômico;
- Uso de contraceptivos orais (ainda controverso).

Assim como existem os fatores que contribuem para o desenvolvimento do câncer de mama, exis-

tem fatores que podem ser considerados como protetores ou que agem como um risco diminuído do surgimento da doença. Os principais são: sexo masculino, menarca após os 14 anos, menopausa antes dos 45 anos, primeira gestação a termo com menos de 30 anos de idade, assim como o ato de amamentar, associados a hábitos de vida saudável que incluem ingestão de baixo teor de gordura, sal e açúcar e dieta rica em grãos integrais, tubérculos, vegetais e frutas.

COMO DETECTAR O CÂNCER DE MAMA

A atenção primária tem como focos principais a prevenção e a promoção da saúde, assim sendo, o profissional enfermeiro que atua em Unidades Básicas de Saúde tem papel relevante em repassar as informações citadas a todas as mulheres a quem presta assistência ou durante as consultas de enfermagem, sempre com a intenção de incentivar e estimular não só os hábitos saudáveis, mas também a realização do autoexame. Tal atitude estará contribuindo para diminuir os índices elevados de mortalidade por essa doença. O exame clínico das mamas realizado por profissional treinado e capacitado é o primeiro passo para se trabalhar a prevenção. Esse momento deve ser aproveitado para ensinar a mulher a realizar o autoexame, cabendo a esse profissional explicar a ela o que é um considerado normal e um achado que merece atenção. Um grande número de alterações mamárias é detectado pela própria mulher ao realizar o autoexame, por isso mesmo ela deve ser orientada da importância desse hábito. As mulheres que durante o exame clínico apresentam alguma alteração devem ser encaminhadas para o profissional médico treinado para esse cuidado. A ele caberá a responsabilidade de solicitação de exames complementares e encaminhamentos para outros procedimentos que se fizerem necessários, como mamografia, ultrassonografia ou punção aspirativa.

QUANDO E COMO REALIZAR O EXAME CLÍNICO DAS MAMAS E O AUTOEXAME DAS MAMAS

O exame deve ser realizado regularmente por todas as mulheres no período de 7 a 10 dias a contar do primeiro dia da menstruação. Por exemplo: para a mulher que menstruou no dia 10 de março, o período ideal está compreendido entre os dias 16 e 19 de março. Nesse período, por conta da queda do nível dos hormônios, as mamas apresentam-se menos túrgidas, menos doloridas, o que facilita a identificação de alguma alteração, caso exista. Normalmente, a alteração que se busca é um caroço endurecido (nódulo). As mulheres que não menstruam mais ou que estejam em período de lactação devem escolher um dia do mês para realização do exame. De preferência esse dia deve ser uma data de fácil memorização, como o dia do aniversário de nascimento ou casamento, escolha que deve partir da própria mulher. O exame clínico das mamas compreende as seguintes fases: inspeção estática, inspeção dinâmica, exame das axilas e fossas claviculares, palpação mamária e expressão.

Inspeção estática (Figura 1)

Com a paciente sentada, tórax despido e braços relaxados estendidos ao longo do corpo. Vamos avaliar:

Simetria – as mamas devem ter tamanho e contorno mamário semelhantes, algumas mulheres podem apresentar pequenas diferenças, considerado normal. Assimetrias recentes ou que vêm evoluindo podem ser sugestivas de tumor.

Contornos – abaulamentos, retrações que não foram originadas de alguma cirurgia podem sugerir processo tumoral.

Lesão cutânea – pele e mamilos devem ser inspecionados em busca de lesões que podem ter sido provocadas por patologias mamárias malignas, processos infecciosos, hormonais e dermatológicos.

Edema, eritema, lesões eczematosas e ulcerações mamárias devem sempre ser avaliadas.



Figura 1

www.msd-brasil.com/.../m_manual/mm_sec22_238.htm

Inspeção dinâmica

Podemos utilizar a mesma posição da inspeção estática, só que agora é necessário que ela levante os

braços e aplicamos a mesma propedêutica do exame anterior (Figura 2).



Figura 2

<https://www1.siapenet.gov.br/saude/Portal.do?...>



Figura 2

viverocancro.blogs.sapo.pt/3514.html

EXAME DAS AXILAS E FOSSAS SUPRACLAVICULARES

Com a paciente sentada, o braço do examinador deve apoiar o braço contrário da paciente, e com a outra mão realizar a palpação da axila e região supraclavicular com o objetivo de identificar algum nódulo ou massa.

Palpação (Figura 3)

Essa parte do exame é primordial identificação de nódulos ou massa. Primeiramente, deve-se palpar a pele com a ponta dos dedos (porção digital). Solicita-se que a paciente levante o braço contrário à mama que está sendo examinada. Cada quadrante da mama deverá ser examinado minuciosamente.



Figura 3

www.senso.blogger.com.br/2006_01_01_archive.html

Expressão mamilar

Finalizando o exame, devemos, de maneira delicada, realizar a expressão mamilar, iniciando da base em direção ao mamilo. À presença de alguma secreção o profissional deverá preparar uma lâmina e encaminhar ao laboratório para análise.

AUTOEXAME DA MAMA (AEM)

Como o nome sugere, é realizado pela própria mulher e tem como propósito identificar alguma alteração. Vimos nos parágrafos anteriores o passo a passo para o exame clínico das mamas realizado pelo profissional treinado. As mesmas etapas devem ser seguidas quando da realização do AEM.

O Ministério da Saúde recomenda que ações educativas sejam desenvolvidas no intuito de ensinar as mulheres a palpação das mamas e com isso reconhecimento do seu corpo, facilitando a corresponsabilidade em relação à sua saúde. Vale ressaltar que o AEM não substitui o exame realizado por profissional capacitado, mas ajuda no seu autocuidado.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS COMPLEMENTARES

Mamografia

Esse exame é específico na descoberta de lesões pré-clínicas da mama sendo considerado, atualmente, o melhor método para o diagnóstico de câncer de mama, ainda que não tenha sido palpado. Não é necessário nenhum preparo especial que anteceda sua realização. No entanto, para que se consiga uma imagem com qualidade é necessário compressão das mamas, gerando dor ou desconforto, dependendo do tamanho das mamas. Mulheres na faixa etária 40 a 49 anos de idade devem realizá-lo a cada dois anos. A partir dos 50 anos o exame deverá ser anual. É importante que se diga que casos específicos considerando a idade serão indicados pelo profissional médico.

Mamografia digital

Utilizada para agilizar a interpretação dos casos facilitando a análise, de modo especial microcalcificações. Proporciona, principalmente nas mulhe-

res com mamas densas, melhoria na qualidade da imagem.

Ultrassonografia

Sua indicação vem crescendo no que se refere a estudo da patologia mamária, considerado o melhor método após o exame de mamografia. É indicado principalmente para o estudo de mamas densas e/ou jovens, pacientes no ciclo gravídopuerperal, diferenciação de lesões sólidas e císticas, estudo dos gânglios axilares, complementação à mamografia.

Punção citológica

É um método que vem sendo utilizado amplamente. Trata-se de uma punção aspirativa por agulha fina. De baixo custo e fácil realização, mas por se tratar de agulha, ainda causa certo temor nas mulheres que precisam ser submetidas a esse exame, que só é realizado quando há lesão palpável ou que já foram identificados durante a mamografia e/ou ultrassonografia.

A MULHER DIANTE DO CÂNCER DE MAMA

Quando uma mulher identifica alguma alteração durante o autoexame das mamas ou quando a identificação é feita por um profissional, há uma invasão de pensamentos negativos, dúvidas, medo, enfim, um misto de sentimentos. Mesmo que ela seja bem informada, a percepção dos primeiros indícios da doença ou a menor hipótese de que possa realmente ser um câncer levará a uma mudança de comportamento que envolverá família e pessoas de seu relacionamento. O período que antecede a confirmação ou não da doença é difícil e doloroso, requerendo dos profissionais envolvidos bastante habilidade.

Os profissionais de saúde devem ser treinados para lidarem com essa situação, especialmente o enfermeiro, uma vez que devem ser parte de sua rotina de trabalho ações educativas voltadas para a prevenção e o controle do câncer de mama, assim como incentivo e estímulo às mulheres realização do autoexame das mamas. A detecção precoce do câncer de mama refletirá na qualidade de vida dessa mulher.

AULA 3

CLIMATÉRIO E SUAS MANIFESTAÇÕES

■ Conteúdo

- Fases do climatério
- Doenças mais comuns na menopausa

■ Competências e habilidades

- Espera-se que ao término desta aula o aluno saiba identificar e caracterizar as principais alterações comuns nessa fase

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via satélite com professor interativo
- 2 h-a – presenciais com professor local
- 4 h-a – mínimo sugerido para autoestudo

PARA INÍCIO DE CONVERSA

Veremos nesta aula que, embora a mulher esteja entrando numa fase em que mudanças em sua vida são visíveis e às vezes até desconfortáveis, considerada por muitos como sua entrada na velhice, ela pode ser vivida com boa qualidade e menos incômodos. E nós enfermeiros podemos e devemos colaborar para que esse período seja encarado de maneira menos preconceituosa, com mais conhecimento e mais feliz.

CLIMATÉRIO

Período especial na vida da mulher que compreende o término da fase reprodutiva, intimamente li-

gada à questão da jovialidade e o início da vida não reprodutiva associada à senilidade. Também denominado de síndrome do climatério, moléstia menopausal ou síndrome menopausal. A característica marcante é irregularidade menstrual precedendo sua cessação. O ciclo vai reduzindo, as menstruações vão se espaçando, o sangramento tem seu volume diminuído, há períodos de anovulação e com isso a probabilidade de gestação se torna mais difícil, mas ainda há possibilidade de que isso ocorra, portanto, mulheres que não desejam mais engravidar precisam continuar utilizando os métodos contraceptivos usuais durante um ano ou mais após a cessação da menstruação.

A última menstruação é denominada menopausa, termo usado rotineiramente de maneira equivocada quando referida a climatério.

Alguns autores divergem no que se refere a idade em que ocorre o climatério, variando geralmente entre 40 e 55 anos, podendo se estender até os 65 anos, mas normalmente é em torno dos 45 anos. No Brasil a faixa etária média observada é em torno dos 48 anos. Fica evidente a queda do nível dos hormônios femininos Progesterona e Estrógeno, marcando o esgotamento dos folículos ovarianos. Fato este que gera ansiedade motivada pela incapacidade de gerar filhos associado à síndrome do ninho vazio. As que trabalham já começam a pensar na aposentadoria não como um descanso merecido e sim, como uma fase de improdutividade. Muitas vezes é nesse período que muitas ficam viúvas, verdadeiramente esse momento é especial.

Nessa fase da vida algumas mulheres apresentam sintomas que são desencadeados a partir de alterações fisiológicas já esperadas. A mulher costuma apresentar ganho de peso, podendo inclusive levar ficar obesa. Praticamente todo seu organismo apresentará mudanças.

A menopausa pode ocorrer antes do 40 anos, sendo denominada menopausa precoce, ou depois dos 55 anos, chamada de menopausa tardia.

Segundo a Sociedade Brasileira de Climatério (SOBRAC), o climatério se divide em três fases:

Fase pré-menopausal: período compreendido entre o final da menarca até o momento da menopausa;

Fase perimenopausal: período que compreende um ano que precede e um ano que sucede a menopausa;

Fase pós-menopausal: tem seu início na menopausa e termina na velhice.

É preciso que entendamos que climatério não é doença, e sim uma fase de transição no ciclo biológico da mulher.

Ainda que não seja considerado um processo patológico, temos de considerar que, com a queda dos níveis hormonais, chegada da velhice, associados a individualidade do organismo de cada mulher, tudo

isso contribuirá no desencadear dos sinais e sintomas clássicos referidos pela grande maioria das mulheres nessa fase da vida. Portanto, deve ser tratado com o mesmo cuidado e seriedade que se trata um processo patológico, tendo como propósito proporcionar mais bem-estar. As manifestações esperadas são agrupadas em manifestações neurogênicas, psicogênicas, metabólicas, mamárias e geniturinárias.

MANIFESTAÇÕES NEUROGÊNICAS-DISTÚRBIOS VASOMOTORES

- Ondas de calor: normalmente acompanhadas de sudorese e que acontecem com maior intensidade à noite. O fator que desencadeia essas ondas de calor ainda não está totalmente esclarecido, mas alguns autores relatam que talvez esteja associado a alterações fisiológicas sobre influência da dinâmica psicológica.
- Sudorese
- Calafrios
- Palpitações
- Cefaleia
- Insônia
- Tonturas
- Parestesias
- Perda da memória
- Fadiga

Manifestações metabólicas

Essas manifestações estão intimamente ligadas aos metabolismos ósseo e lipídico.

Com o passar dos anos e a progressiva e inevitável chegada da senilidade, o organismo humano vai sofrendo perdas, e uma dessas perdas tem significado especial na vida das mulheres: a perda óssea, quando ocorre o surgimento da osteoporose, problema frequente na fase do climatério. O risco de fraturas se torna eminente. A propensão a quedas muitas vezes consideradas sem importância pode levar à fratura da coluna e colo do fêmur, tornando a recuperação mais difícil exatamente pela fragilidade dos ossos. Outra característica dessa fragilidade apontada é a perda de altura e alteração na coluna

vertebral levando à cifose (curvatura da coluna vertebral, na região superior).

Já está provado que a queda nos níveis de estrogênio tem papel importante na perda óssea na fase do climatério, porém nem todas as mulheres apresentam a mesma perda, o pico de massa óssea na idade adulta é que vai determinar essa perda. As mulheres perdem por ano cerca de 1% de sua massa óssea a partir do seu pico, que ocorre por volta dos 30 anos de idade, e essa perda se acentua após a menopausa. A herança genética associada ao estilo de vida vai favorecer ou não essa perda óssea durante o climatério e após a menopausa. O que sugere que, embora não possamos interferir na genética, podemos orientar e estimular hábitos de vida saudável para um futuro também mais saudável.

Em relação ao metabolismo, há alteração nos níveis de colesterol total e da lipoproteína de baixa densidade (LDL), contribuindo para o aumento da incidência de coronariopatia isquêmica, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico.

O nível da lipoproteína de alta densidade (HDL) normalmente se mantém inalterado.

OSTEOPOROSE

A osteoporose pode ser classificada em primária e secundária. Sendo que a primária pode se dividir em pós-menopausal ou pós-menopáusica, senil e idiopática do adulto jovem.

Fatores de risco para osteoporose primária

Podemos dividir esses fatores em três grupos: inevitáveis, aceleradores e protetores.

- Inevitáveis estão relacionados a características que não podemos alterar, tal como: idade avançada, raça branca, história familiar, estatura e menopausa (natural ou cirúrgica);
- Aceleradores são fatores ou hábitos que nos acompanharam durante nossa vida, como a ingestão de alimentos pobres em cálcio, dieta hiperproteica, rica em fibra e sódio, alimentos acidificados, sedentarismo, tabagismo, etilismo, nunca ter engravidado e nem amamenta-

do. Apesar de classificados como aceleradores, podem ser mudados no decorrer da vida;

- Protetores são fatores conquistados a partir do uso prolongado de estrógenos, raça negra e obesidade.

Fatores de risco para osteoporose secundária

Considera-se osteoporose secundária quando seu desenvolvimento se dá a partir de alterações endócrinas, reumatológica, renal, digestiva, neoplásica e também pelo uso de drogas como corticoides, anticonvulsivantes e quantidades excessivas de hormônios da tireoide.

Doenças relacionadas a insuficiência renal crônica, doenças intestinais, diabetes melitus, distúrbios hormonais em especial os distúrbios da tireoide, paratireoide ou adrenais também são consideradas fatores de risco para osteoporose secundária.

MANIFESTAÇÕES PSICOGÊNICAS

Não se pode afirmar que o climatério exerça alterações em mulheres emocionalmente ajustadas, porém manifestações clínicas como as descritas anteriormente são decorrentes do próprio processo de envelhecimento e podem determinar alterações psicológicas, interferindo na autoestima, relacionamento interfamiliar e social e até questões voltadas para sua sexualidade.

MANIFESTAÇÕES MAMÁRIAS

As mamas tornam-se atroficas, flácidas e têm seu volume reduzido. Essas modificações são atribuídas não somente ao fator idade, mas também constituição corporal, número de gestações, produção de hormônios endógenos, uso de hormônios exógenos etc.

MANIFESTAÇÕES GENITAIS

Normalmente são identificadas pela presença de dispareunia; corrimento causado por germes específicos ou inespecíficos muitas vezes ocasionado pela baixa resistência do sistema imunológico; redução dos pelos pubianos, aumento de gordura e

tecido elástico dos grandes lábios e enrugamento da pele; atrofia das glândulas de Bartholin e do clitóris; ardor, disúria; distrofias vulvares; estreitamento progressivo do introito vaginal; rugosidade e secura vaginal; infecção secundária.

MANIFESTAÇÕES URINÁRIAS

O surgimento de alterações do trato urinário baixo pode ser atribuído à deficiência dos estrógenos na pós-menopausa. São percebidas alterações tróficas na mucosa do trato urinário e na estática vesical, o que leva a irritabilidade vesical, disúria e resíduo urinário, responsáveis por cistites de repetição. Além dessas alterações, outras alterações como poliúria, polaciúria, sensação de micção iminente e incontinência urinária de esforço também se fazem presente.

MANIFESTAÇÕES TEGUMENTARES

Com o passar dos anos, as alterações na pele e seus anexos têm despertado nos estudiosos um interesse maior em pesquisar sobre o assunto, pois o aumento na expectativa de vida evidencia ainda mais as manchas hipocrômicas, sardas e pigmento escuro, perda das fibras elásticas e do colágeno, levando ao surgimento das rugas, que são naturais da idade. Outras alterações frequentes são diminuição dos pelos corporais, queda e embranquecimento dos cabelos.

QUALIDADE DE VIDA E SEXUALIDADE NO FINAL DA VIDA REPRODUTIVA

Ao atingir a fase do climatério, desordens psíquicas podem se tornar mais evidentes, mas ainda não está totalmente conhecido de que maneira a menopausa exerce influência em alterações psicológicas

preexistentes. O que se sabe é que frequentemente essas alterações atingem o campo sexual. Grande número de mulheres procura os profissionais especialistas em climatério com a queixa de desinteresse sexual. Essa nova etapa da vida leva a mulher a se sentir insegura, comprometendo o relacionamento interfamiliar, adaptação sexual e integração social.

A insuficiência ovariana pode provocar a perda da libido, antes que os sintomas considerados mais clássicos sejam percebidos. Há, porém, um grupo de mulheres que refere ter aumento do desejo sexual que alguns estudiosos associam a um aumento na síntese de andrógenos pelos ovários, sendo esse evento transitório.

O que ocorre na realidade é diminuição dos níveis hormonais que altera a circulação sanguínea vaginal; simultaneamente ocorre redução na quantidade e qualidade das secreções vaginais e elevação do pH. Essas alterações comprometem o interesse sexual, assim como a quantidade de relações sexuais, frequência e intensidade dos orgasmos.

Sabe-se que o estrógeno exerce efeito benéfico na sexualidade feminina. A partir dos resultados obtidos pela queda em seu nível e dos estudos que apontam os efeitos benéficos proporcionados pelo estrógeno sintético, alguns estudiosos optam pela terapia de reposição hormonal (TRH) como medida na melhoria e manutenção da qualidade de vida dessas mulheres. A resposta ao tratamento tem confirmado mudança de comportamento.

O enfermeiro deverá ser sensível o suficiente para ajudar a mulher nessa fase de transição, esclarecendo suas dúvidas, alertando sobre hábitos de vida saudável e ressaltando que esse período não significa o fim da sua vida sexual, mas que sua sexualidade deve ser mantida e exercida.

* ANOTAÇÕES

AULA 4

TIPOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

■ Conteúdo

- Violência contra a mulher, tipos de violência sofridos pela mulher
- Assistência de enfermagem à mulher vítima de violência

■ Competências e habilidades

- Identificar os tipos de violência contra a mulher
- Reconhecer que violência é um problema de saúde pública
- Identificar a mulher vítima de violência durante a consulta de enfermagem

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via satélite com professor interativo
- 2 h-a – presenciais com professor local
- 4 h-a – presenciais de aula prática com professor local
- 4 h-a – mínimo sugerido para autoestudo

INÍCIO DE CONVERSA

Nesta aula vamos abordar um tema bastante atual, a violência, que envolve a população em geral, porém a população feminina ainda permanece como a grande vítima desse ato, e muitos profissionais de saúde ainda não estão preparados para essa assistência. Veremos que os números de violência são bastante elevados, no entanto, se conhecermos os caminhos que devem ser percorridos, estaremos contribuindo para sua queda. Mais uma vez, a atenção primária e o enfermeiro estão na linha de frente dessa batalha para que a mudança aconteça.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência é considerada um grave problema de saúde pública não só no Brasil, pois ela se faz presente também em diversos países do mundo. Apesar de a violência sempre ter existido, é considerada um problema novo dentro das políticas públicas de saúde. Está intimamente ligada à questão de gênero (homens e mulheres). Talvez não se tenha investido antes de maneira mais efetiva até mesmo porque não é classificada como doença.

Podemos classificar a violência contra a mulher como um ato democrático, visto que atinge todas as raças, classes socioeconômicas, não respeita o espaço público ou privado e pode acontecer em qualquer fase da vida, mas geralmente as agressões ocorrem entre adolescentes e adultas jovens. A violência sexual é um dos principais fatores responsáveis por um alto índice de morbidade e mortalidade feminina.

A palavra violência implica sentimentos como medo e insegurança, mas quando se trata de violência sexual, que sentimentos serão despertados? O dicionário nos permite algumas opções para a palavra em questão: estado daquilo que é violento; ato de violentar; abuso da força; opressão; coação.

Parece que os sentimentos são os mesmos. Violência envolve aspectos sociais, econômicos, políticos, jurídicos e biológicos; e é gerada a partir de um conjunto de fatores. Sabe-se que a violência afeta não somente a saúde física, mas também a saúde mental do indivíduo.

Tipos de violência

Podemos classificá-la em vários tipos, mas independentemente do local da agressão e do agressor, continua sendo violência.

Violência doméstica

É aquela que ocorre dentro da residência da agredida, seus agressores são pessoas de relacionamento muito próximo como marido, sogro, pai, filhos e/ou outras pessoas que ali coabitam. Esse tipo de violência normalmente é provocado pelo parceiro, mas, por acontecer dentro de casa, é muitas vezes confundida com violência intrafamiliar.

Violência intrafamiliar

Segundo o Ministério da Saúde, é toda ação ou omissão que afete a integridade física e psicológica, a liberdade ou direito de ação ou decisão dentro ou fora do domicílio, por algum familiar ou pessoas que exercem função de parentesco e detêm poder em relação à outra, ainda que não tenha laços de sangue. Esse tipo de violência não se restringe so-

mente ao espaço físico do ato, envolvendo também quem o efetuou.

A inclusão de outros membros na família, como empregados, pessoas que convivem temporariamente e mesmo os agregados, que cometem atos de violência, faz a distinção entre violência doméstica e violência intrafamiliar.

Violência de gênero

Está relacionada a toda violência e agressões dirigidas especialmente às mulheres, simplesmente pelo fato de serem mulheres. Todo ato de violência de gênero que resulte em perda ou sofrimento físico, psicológico ou sexual à mulher é considerado violência de gênero. Nos dias atuais, muitos são os casos de violência contra a mulher, mas ainda há muito medo por parte das agredidas no que se refere a denúncias de seus agressores, mesmo porque na grande maioria dos casos esses agressores são pessoas de relacionamento muito próximo, em sua maioria maridos, parceiros, ex-marido ou ex-parceiro em quem elas confiam e muitas vezes até julgam amar. Esse medo gera resistência, o que leva a um número de subnotificação dos casos.

Classificação da violência contra a mulher

Violência psicológica – quando a agressão à mulher ocorre por palavras, gestos, olhares dirigidos a ela, sem haver contato físico, esse comportamento leva à humilhação, compromete a autoestima, privação da liberdade, impede o acesso ao trabalho, estudo, contato com família e amigos. Há ainda maus-tratos a animais de estimação, prejuízos ou ameaças a pessoas estimadas. Esse tipo de violência muitas vezes conduz essa mulher a cometer suicídio. Na grande maioria das vezes, a violência psicológica não é percebida pelos familiares e/ou amigos, porque vem acompanhada de fenômenos emocionais relacionados a consumo de bebidas alcoólicas, desemprego, conflito com filhos e familiares, perda de entes queridos ou qualquer outra situação de dificuldade, comprometendo sua identificação.

Violência física – envolve agressão corporal, como tapas, chutes, socos, beliscões, mordidas,

queimaduras, tentativa de afogamento, ameaça com algum tipo de arma e até tentativa de homicídio.

Violência sexual – toda e qualquer expressão verbal ou corporal que não seja de desejo sexual ou amoroso, toques e carícias não permitidos, relação sexual forçada através de uso da força, chantagem suborno ou manipulação. A obrigatoriedade de contato sexual com terceiros pelo seu agressor, estupro, tentativa de estupro, ato obsceno ou atentado violento ao pudor também configuram violência sexual. O profissional enfermeiro, ao atender uma mulher que sofreu abuso sexual ou foi vítima de estupro, com comprovada presença de sêmen, deverá verificar situação vacinal, principalmente, em relação à vacina contra Hepatite B, regularizar ou administrar a primeira dose e agendar as próximas; em caso de não se conseguir comprovar, administrar imediatamente, assim como uma dose única de **IGHAHB, 0,06ml/kg, IM**. Nos casos de lesões corporais/traumatismos físicos gerados pela agressão, é importante profilaxia com a vacina dupla adulto, antes, porém, há necessidade de avaliação do *status* em relação a essa vacina.

Vale ressaltar que todos os casos de violência sexual recentes admitem que se ofereça medidas de proteção, como vacina (Anti-Hepatite B), contraceptivo de emergência ou a profilaxia das DST/HIV, contraceptivo de emergência, com o propósito de evitar agravos à saúde da mulher no futuro. Em relação à questão de aborto, quando da efetivação da gestação em decorrência do abuso sexual, é um caso que ainda requer atenção especial e atendimento em unidades de saúde específicas. Compete aos gestores municipais e estaduais organização no que se refere aos serviços de referência, assim como implantação de serviços voltados para avaliação de todas as ações voltadas para esse atendimento.

Outro ponto importante é a questão do atendimento psicológico a essa mulher e apoio para enfrentamento dos problemas oriundos dessa violência.

Violência institucional – a predominância nas mais variadas sociedades de desigualdades de gênero, racial, econômicas podem gerar esse tipo de

violência. Todas as vezes que organizações e serviços públicos ou privados discriminam ou trata de maneira desrespeitosa a mulher, por sua condição de mulher.

Violência moral – toda ação dirigida à mulher com intenção de calúnia, difamação ou propósito de ação destinada a ultrajar a honra ou caluniar, difamar ou injuriar a honra ou o nome da mulher.

Violência patrimonial – ato de violência que provoque prejuízo, perda, subtração, destruição ou posse de objetos de documentos pessoais, bens e valores.

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A violência contra a mulher revela uma estatística triste, a cada 15 segundos uma mulher é vítima de algum tipo de violência. Apesar do seu crescimento visível, as denúncias ainda não revelam seu total. As mulheres agredidas não têm coragem de procurar a delegacia e denunciar seu agressor. A grande maioria dos casos de violência, como já descrito anteriormente, acontece no interior da casa e é praticada por parceiros ou familiar de ligação íntima, gerando medo. Esse grau de proximidade, aliado ao sentimento de humilhação e vergonha de que outras pessoas de seu relacionamento tomem conhecimento, justifica sua recusa em denunciar os fatos.

As pesquisas apontam que, nos Estados Unidos, país desenvolvido, cerca de 20% das mulheres são agredidas fisicamente por seu companheiro pelo menos uma vez durante sua vida. Ainda no mesmo país, anualmente cerca 3 a 4 milhões de mulheres sofrem algum tipo de agressão por pessoas de convívio próximo. Em decorrência da conquista de dote, cinco mulheres são assassinadas diariamente na Índia.

Na África, os casos de violência são chocantes e alarmantes; a ocorrência de mutilação genital atinge por dia 6 mil meninas.

No Brasil, a violência também é grande; um levantamento realizado em 1996 revelou que nesse mesmo ano, do total de assassinato de mulheres, 72% foram cometidos por homens que privavam

as mulheres de sua intimidade. Ainda no Brasil, as pesquisas apontam que os casos de violência física contra mulheres chegam a ser quase três vezes maior em relação à violência sofrida pelos homens. Vale ressaltar que esses números não podem ser considerados fidedignos devido a subnotificação que ainda prevalece. A violência contra a mulher, além do trauma físico, contribui para um risco aumentado de agravos à saúde física e mental, o que colabora na busca mais frequente pelos serviços de saúde. Esse fato levou a Organização das Nações Unidas a definir esse caso como um problema de direitos humanos. Com isso pode-se observar um discreto crescimento quanto ao número de notificações de denúncia de violência associado ao investimento em relação a esses atendimentos. Esse discreto avanço pode ser atribuído à incansável luta dos movimentos feministas que há décadas vêm tentando modificar o comportamento feminino e conquistar espaço dentro dos programas governamentais. Outro avanço que vale ressaltar é a preocupação do governo federal em investir na capacitação dos profissionais da área da saúde tanto do nível municipal quanto estadual, no sentido de facilitar o atendimento a mulheres vitimizadas. Os profissionais de saúde em sua grande maioria não são e não estão preparados para esse tipo de atendimento, uma vez que exige conhecimento e sensibilidade para identificar um caso de violência. A Portaria MS/GM n.737 de 16.02.2001 estabelece que casos de violência contra a mulher sejam de notificação compulsória.

Mesmo a partir da elaboração desta portaria, o que se vem observando é que esse tipo de atendimento ainda está muito vinculado aos serviços de pronto-socorro, mesmo porque as mulheres apresentam no corpo as marcas da violência. O que se pretende é que os profissionais de saúde participantes das oficinas de capacitação possam se tornar mais sensíveis à percepção aos atos de violência, inclusive de violência psicológica. Os profissionais enfermeiros são peças fundamentais nessa estratégia, pois normalmente o primeiro atendimento é feito por eles.

A questão da sensibilidade deve ser muito bem trabalhada, caso contrário, não será possível a identificação correta da assistência que essa mulher veio buscar. Isso fará com que o tratamento dirigido a ela não seja correto, portanto ineficaz. Um exemplo disso é o caso daquela paciente que procura o atendimento em Unidade Básica de Saúde toda semana com queixa de insônia, estresse, dor no estômago ou outra queixa não valorizada e por muitas vezes é rotulada de “chata” ou ainda ouve dos servidores: “você não tem nada”. Esses profissionais não conseguem ouvir seu pedido de socorro, o que configura não atendimento. Permitindo, dessa forma, que o “ciclo da violência” avance em sua escalada.

Uma anamnese bem realizada, contextualização da mulher, visão holística no atendimento aliadas a uma equipe interdisciplinar contribuirão de maneira mais abrangente e eficaz na identificação dos problemas que afetam essa mulher, conduzindo a um atendimento direcionado ao problema apresentado. Nossa preocupação não deve ficar presa tão somente à capacitação do profissional em relação ao atendimento no setor saúde; esses profissionais também devem e precisam conhecer os caminhos a trilhar, quando os problemas de saúde caminham para a esfera social e policial. Por desconhecimento, insegurança ou medo, muitos profissionais têm dificuldades de trabalhar as situações que saem do setor saúde. Todas as situações apresentadas até agora fortalecem a necessidade urgente de capacitação dos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, no sentido de alavancar o atendimento à mulher vítima de violência.

LEI Nº 11.340 DE 2006 – MARIA DA PENHA

Depois de anos do crescimento de casos de violência à mulher, uma conquista importante é a Lei Maria da Penha, lei federal que dispõe sobre o enfrentamento à violência doméstica e familiar contra as mulheres. Nasceu de uma luta incansável de uma mulher vítima da violência cometida pelo próprio marido. Foram quase 20 anos de uma batalha insistente e persistente. Graças ao seu empenho

e esforço, aliados a movimentos feministas que, aliás, são verdadeiros heróis, a população feminina ganhou essa Lei aliada que, após ser sancionada e divulgada, vem ganhando força e fazendo diferença nos números tão elevados de agressão à mulher. A partir de 2006, muitas mulheres se sentiram fortalecidas e encorajadas a denunciar seu algoz; pois já existe uma lei que as protege e pune quem até então era privilegiado pela impunidade reinante.

Foi uma grande vitória, mas a Lei precisa de maior divulgação e que seja cumprida. Cabe à população feminina, exigindo e exercendo seu direito dentro dos direitos humanos, fazer com que ela não seja esquecida, e sim cada vez mais exercida. Assim ela contribuirá de maneira significativa na melhoria da qualidade de vida das mulheres, sendo refletida no declínio dos números ainda hoje tristes e alarmantes.



Para você saber mais visite acesse esse endereço:
www.planalto.gov.br/spmulheres

* ANOTAÇÕES

AULA 5

PLANEJAMENTO FAMILIAR: VOCÊ PRECISA CONHECER

■ Conteúdo

- Planejamento familiar
- Métodos contraceptivos

■ Competências e habilidades

- Trabalhar no planejamento familiar
- Identificar o papel do enfermeiro em relação ao planejamento familiar

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via satélite com professor interativo
- 2 h-a – presenciais com professor local
- 4 h-a – mínimo sugerido para autoestudo

SAÚDE DA MULHER

Início de conversa

Esta aula tem como objetivo apresentar métodos contraceptivos que devem ser demonstrados e oferecidos aos casais que evidenciam interesse em controlar o número de sua prole, assim como para aqueles que desconhecem o programa de planejamento familiar, sendo fundamental oferecer uma boa qualidade de vida às famílias assistidas.

PLANEJAMENTO FAMILIAR

Faz parte da assistência materno-infantil, sendo um dos componentes dos eixos prioritários da aten-

ção primária à saúde. Considerada ação básica de saúde, não tem por finalidade somente a questão da contracepção, mas assegurar o direito humano básico em relação à vontade das famílias no que diz respeito ao número de filhos e tempo decorrido entre uma gravidez e outra. Isso é planejamento familiar. É bem verdade que esse direito deve ter nas atividades educativas direcionadas aos casais interessados meios necessários para sua efetividade. É dever e responsabilidade do estado, dentro de cada esfera governamental, proporcionar um sistema de saúde mais eficaz, tendo o planejamento familiar dentro de suas metas.

No Brasil, atualmente, não existe uma coordenação em nível federal, ficando a cargo dos municípios, através do SUS, a responsabilidade pela implementação das ações básicas de saúde. É bem verdade que dos milhares de municípios brasileiros, um número bastante reduzido considera importante a questão do planejamento familiar.

O planejamento familiar está baseado no tripé: direito, informação e provimento. Caso não haja disponibilidade dos métodos para esse fim, ele é inexistente.

Hoje, no Brasil, a esterilização feminina e o contraceptivo oral são os métodos mais utilizados, correspondendo respectivamente a 40,1% e 20,7%, o que indica que a mulher, praticamente sozinha, é responsável pelo controle de sua prole. Essa informação pode ser atribuída à desinformação dos casais e a indisponibilidade de outros métodos contraceptivos.

A Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996, denominada “Lei de Planejamento Familiar” estabeleceu normas com pontos positivos e negativos. Permitiu que mulheres com mais de 25 anos e com pelo menos dois filhos pudessem ser submetidas à cirurgia para esterilização. Com isso um número elevado de mulheres seria beneficiado, mas também vetou que a esterilização ocorresse durante o parto ou aborto ou ainda durante a realização de cesariana com essa finalidade. Esse veto dificultou a vida de muitas mulheres.

O planejamento familiar, como dito anteriormente, é uma ação básica de saúde e tem como princípio, além de informar os casais sobre saúde reprodutiva, providenciar e disponibilizar os métodos contraceptivos adequados para cada casal, de modo que decidam, de maneira voluntária, consciente e responsável sobre o método anticoncepcional que mais lhe agrada, assim como o número de sua prole. Com ações educativas sobre planejamento familiar também se evita gravidez de alto risco, os riscos de aborto criminoso tendem a diminuir e se previne câncer ginecológico.

PRINCIPAIS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS UTILIZADOS

Métodos naturais

São baseados na abstinência sexual durante os dias considerados férteis. Não são aceitos por muitos casais por serem considerados, dos métodos contraceptivos, os que apresentam alto índice de falha. Por ano, a cada 100 mulheres, 25 engravidam.

Métodos utilizados:

- Calendário (Ogino e Knauss): se baseia na data da ovulação. É necessário que a mulher faça um acompanhamento de seu ciclo menstrual durante pelo menos seis meses. Após identificar seu período menstrual mais longo e o mais curto, obtém-se o período em que a abstinência sexual será necessária subtraindo-se 18 dias do período mais curto e 11 dias do mais longo.
- Temperatura basal: na segunda fase do ciclo menstrual, a temperatura corporal basal sofre variação de 0,3 a 0,5° provocada pela progesterona, indicando período perigoso para quem não quer engravidar.
- Muco cervical: conhecido como método de Billings, caracterizado pelo aumento do muco cervical no meio do ciclo.
- Sintotérmico: é baseado na combinação dos três métodos descritos e ainda na percepção, de algumas mulheres, da dor da ovulação. Essa associação determina o período fértil.

Lactação-amenorreia

Esse método é utilizado pela mulher que está amamentando. Durante esse período, ocorre amenorreia causada pela liberação da prolactina e inibição de FSH e LH, não ocorrendo ovulação. Para esse método ser considerado seguro, a mulher não deve ter menstruado, e só pode ser utilizado até o sexto mês após o parto.

Anticoncepcional hormonal oral

Método mais utilizado pelas mulheres. Os comprimidos consistem da associação de estrogênio e progesterona, com o objetivo de inibir a ovulação. Hoje já

existem no mercado contraceptivos de baixa dosagem, que provocam menos efeitos colaterais, por isso deveriam ser os mais utilizados, mas a disponibilidade dos comprimidos de alta dosagem ainda é uma realidade. Os contraceptivos orais apresentam algumas contraindicações, por isso é importante que a mulher informe ao seu médico a existência ou suspeita de alguma patologia, para que sua saúde seja preservada. Alterações como doença tromboembólica, hipertensão arterial grave, diabetes tipo I, doenças cardiovasculares, lúpus eritematoso sistêmico e sangramento uterino de causa não esclarecida devem ser informadas ao profissional que está prestando assistência.

Para que o contraceptivo oral seja eficaz, alguns cuidados básicos precisam ser observados. Por exemplo: na primeira cartela alguns comprimidos devem ser ingeridos no primeiro dia da menstruação, outros o primeiro comprimido é ingerido no quinto dia da menstruação. Medicamentos mais modernos apresentam cartelas com vinte e oito comprimidos, o que não permite espaço de uma semana entre uma cartela e outra. Os comprimidos devem ser ingeridos, preferencialmente, no mesmo horário. É sempre importante que se verifique na bula o modo correto de administração.

Anticoncepcionais injetáveis – mensais ou trimestrais

Método de escolha de algumas mulheres que justificam seu uso por não correrem o risco de esque-

cimento. Via de administração IM profundo a cada 30 dias. Apresentam alguns efeitos colaterais como mastalgia e ganho de peso. O risco de gravidez é considerado muito baixo.

O método trimestral também se mostra bastante eficaz. A primeira administração da injeção deve ser realizada até o sétimo dia da menstruação. Não apresenta efeitos colaterais e ainda colabora na melhora de endometriose, anemia ferropriva e doenças infecciosas pélvicas. Por originarem alterações importantes no ciclo menstrual, algumas mulheres abandonam seu uso por medo de engravidar.

MÉTODOS DE BARREIRA

Com o advento da AIDS e a preocupação com as DSTs, é um método que vem sendo bastante estimulado. Como impede contato com secreção, também não permite que o espermatozoide alcance o óvulo, evitando dessa forma a gravidez. Os mais conhecidos são:

- **Preservativo masculino, camisinha ou *condom*:** fabricado com látex serve de envoltório para o pênis. Para sua colocação, o pênis deve estar ereto e não haver ar em sua extremidade. Deve ser retirado logo após a ejaculação com o cuidado de não deixar que o sêmen entre em contato com a vagina. Do uso correto depende a eficácia (Figura 1). As unidades de saúde da atenção básica distribuem gratuitamente aos seus usuários.

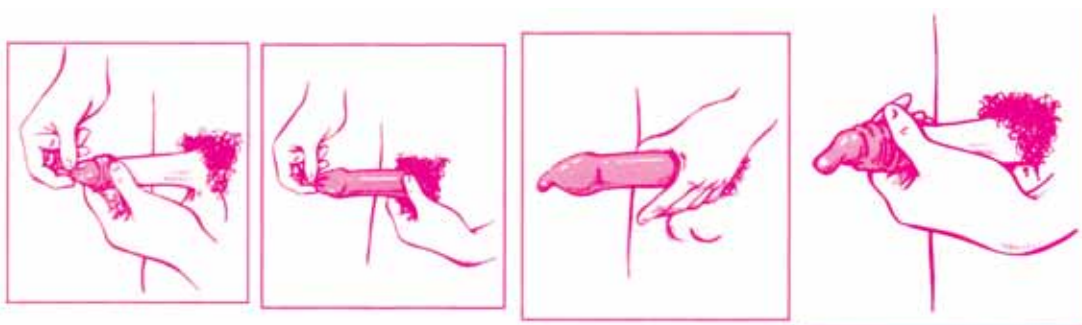


Figura 1
Fonte: Brasil, 2002

- **Camisinha feminina ou *Condom* feminino:** semelhante ao preservativo masculino, fabricado com poliuretano, sua apresentação é em forma cilíndrica, o que facilita sua adaptação ao colo uterino protegendo também a genitália externa. É colocada antes das relações sexuais, o que dá autonomia à mulher, quando o parceiro se recusa a utilizar o modelo mas-

culino. Algumas mulheres referem dificuldade de colocação e que esse tipo de método é pouco confortável o que contribui para baixa adesão. A questão da manipulação da genitália, para algumas mulheres, também interfere na não aceitação. Algumas unidades básicas de saúde disponibilizam às suas usuárias (Figura 2).

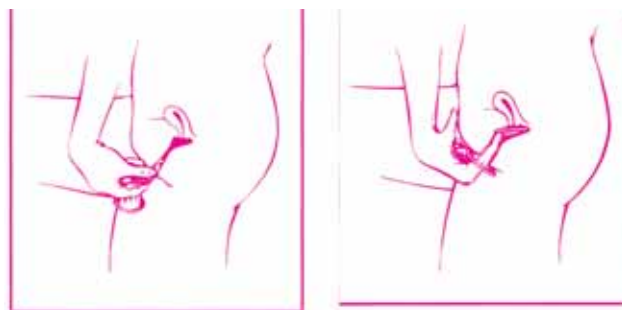


Figura 2
Fonte: Brasil, 2002

- **Diafragma:** dispositivo circular fabricado com borracha que se adapta ao colo uterino, recobrindo o introito uterino e, dessa forma, impede a entrada e subida dos espermatozoides. O uso de geleia espermaticida como lubrificante colabora na obtenção de melhores resultados. Pode-se considerar um método pouco divulgado e pouco utilizado. Há ainda os casos de mulheres que o rejeitam pela obrigatoriedade de manuseio das partes genitais para sua colocação.

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS – DIU

Sua eficácia está intimamente relacionada à sua adequada inserção.

Atualmente os disponíveis mais indicados são os fabricados com cobre 380(DIUT), Multiload 375 e o Diu de levonorgestrel 20 (Figura 3). A vitalidade e motilidade dos espermatozoides, assim como a sobrevivência do óvulo no trato genital, são comprometidas a partir da liberação dos íons de cobre. A polêmica criada em relação ao seu poder abortivo não

foi confirmada pelo comitê científico da Organização Mundial de Saúde. O que provavelmente ocorre é a redução da vitalidade dos gametas, diminuindo a possibilidade de fertilização.

Alguns fatores devem ser levados em conta quando esse método é eleito pela mulher. O volume menstrual deve ser avaliado, pois o DIU interfere no sangramento, podendo causar **menorragia, hipermenorrea e/ou metrorragia intermenstrual**. É contraindicado a mulheres que, pela sua história de vida com multiplicidade de parceiros sexuais, apresentam riscos elevados de contrair alguma DST. Presenças de cervicite purulenta, sangramento vaginal de causa não esclarecida e história de doença inflamatória pélvica também contraindicam sua utilização. Cuidado especial deve ser dado no sentido de confirmação de ausência de gravidez. O período ideal para sua inserção é durante a menstruação; pois o introito cervical se apresenta entreaberto. Reavaliação da paciente em seguida à primeira menstruação após a inserção do DIU se faz necessário.



Figura 3

www.jornallivre.com.br/128649/o-que-e-diu.html

MÉTODO DEFINITIVO

Bastante conhecido e utilizado, consistindo na esterilização feminina, ligação tubária, e esterilização masculina, vasectomia.

A Lei 9.263 permite ao casal essa escolha, desde que observados os critérios constantes do parágrafo 10 artigo 1, que exige que os dois tenham mais de 25 anos, pelo menos dois filhos e que tenha transcorrido um prazo de 60 dias entre a vontade manifestada e o ato cirúrgico. Entre as duas cirurgias, a vasectomia ainda não é eleita como método principal. O preconceito e o medo

da impotência são os fatores determinantes dessa baixa adesão.

PAPEL DO ENFERMEIRO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Sendo o planejamento familiar uma ação de saúde dentro da atenção primária, o enfermeiro é peça fundamental. A realização de ações educativas coletivas ou individuais, voltadas não somente à mulher, mas ao casal e à família, assim como acompanhamento, incentivo e apoio aos que demonstram interesse são fundamentais para a divulgação e adesão ao programa.

* ANOTAÇÕES

AULA 6

APLICAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À SAÚDE DA MULHER

■ Conteúdo

- Apresentação de problemas com sinais e/ou sintomas identificados nas aulas anteriores
- Levantamento de diagnósticos e intervenções de enfermagem voltados para a saúde da mulher.

■ Competência e habilidades

- Ao final desta aula o acadêmico deverá ser capaz de identificar problemas de enfermagem e relacioná-los com algum diagnóstico de enfermagem, baseados na taxonomia da NANDA

■ Material para autoestudo

Verificar no Portal os textos e as atividades disponíveis na galeria da unidade

■ Duração

- 2 h-a – via satélite com professor interativo
- 2 h-a – presenciais com professor local
- 4 h-a – presenciais de aula prática com professor local
- 4 h-a – mínimo sugerido para autoestudo

Olá, acadêmico!

Completamos mais uma unidade didática! Espero que você tenha reforçado sua percepção em relação à importância do nosso papel enquanto enfermeiros e de maneira especial às mulheres, que foram nosso tema. Nosso cuidar pode fazer toda a diferença na vida das pessoas a quem prestamos assistência. Contribuir na melhoria da qualidade de vida dessas mulheres agora com certeza ficou mais fácil. Conforme mencionado no início deste módulo, vamos neste capítulo organizar os problemas identificados durante

as aulas, levantar o diagnóstico de enfermagem e propor as intervenções adequadas a cada caso, baseado na taxonomia da NANDA (2007/2008).

Você vai perceber que alguns diagnósticos de enfermagem e também algumas intervenções podem ser utilizados em mais de um problema. O enfermeiro deverá ter sensibilidade para observar e direcionar cada caso.

Essa forma de trabalhar é uma maneira fácil de exercitar e de melhor fixação para a aplicação da sistematização da assistência em enfermagem, que devemos a cada dia estar colocando em prática.

SITUAÇÃO 1

Paciente com dor ao urinar (disúria).

Diagnóstico de enfermagem

Eliminação urinária prejudicada.

Definição

Distúrbio na eliminação de urina.

Intervenções de enfermagem

- Avaliar fatores desencadeantes ou contribuintes: infecção de trato urinário, infecção ginecológica ou outras associações;
- Avaliar a intensidade da dor e desconforto abdominal;
- Atentar para sinais de retenção ou urgência urinária,
- Orientar banhos de assento morno;
- Recomendar o aumento da ingesta hídrica;
- Verificar alteração de temperatura corpórea;
- Administrar medicação conforme prescrição médica;
- Acompanhar tratamento instituído.

SITUAÇÃO 2

Paciente com dor nas relações sexuais (dispareunia).

Diagnóstico de enfermagem

Disfunção sexual.

Definição

Estado em que o indivíduo passa por mudança na função sexual, durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, que é vista como insatisfatória, não compensadora e inadequada.

Intervenções de enfermagem

- Estimular a paciente a conversar sobre seu problema sexual proporcionando um ambiente receptivo facilitando sua maneira de se expressar;
- Responder a suas indagações a respeito da doença e sexualidade de maneira clara;

- Aconselhar que a paciente compartilhe suas ansiedades com seu parceiro ou cônjuge;
- Orientar a paciente e seu cônjuge quanto às limitações impostas pelo seu estado de saúde;
- Encaminhar a paciente ao especialista.

SITUAÇÃO 3

Paciente vítima de agressões físicas com medo de novas agressões.

Diagnóstico de enfermagem

Medo.

Definição

Resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo.

Intervenções de enfermagem

- Estimular que a paciente expresse seus sentimentos;
- Oferecer informações à paciente direcionadas ao problema enfrentado;
- Ensinar técnicas de relaxamento;
- Estimular que familiares e amigos trabalhem sua autoestima;
- Oferecer apoio religioso.

SITUAÇÃO 4

Paciente triste e sem interesse (vítima de violência sexual); paciente que apresentou alterações no exame clínico das mamas; paciente sentindo-se rejeitada pelo companheiro por ter realizado mastectomia; perda das funções reprodutivas com o início do climatério.

Diagnóstico de enfermagem

Baixa autoestima situacional

Definição

Risco de desenvolver uma percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual.

Intervenções de enfermagem

- Pedir permissão para entrar no espaço reservado da paciente;
- Realizar atividades prazerosas/interessantes com a paciente;
- Incentivar a paciente seu autocuidado;
- Oferecer apoio religioso.
- Encaminhar a paciente ao especialista.

SITUAÇÃO 5

Paciente com arranhões e cortes pelo corpo (vítima de agressão física); prurido intenso em região genital causada por micro-organismos patogênicos.

Diagnóstico de enfermagem

Integridade da pele prejudicada.

Definição

Epiderme e/ou derme alteradas.

Intervenções de enfermagem

- Avaliar alterações na derme e epiderme;
- Orientar o uso de medicamentos (intravaginal/oral) e a eficácia dos mesmos;
- Fazer/orientar curativos em arranhões e cortes;
- Administrar medicamentos conforme protocolo e/ou prescrição médica.

SITUAÇÃO 6

Pessoa que ao utilizar preservativo refere prurido, ardência e desconforto.

Diagnóstico de enfermagem

Resposta alérgica ao látex

Definição

Reação de hipersensibilidade a produtos de borracha de látex natural.

Intervenções de enfermagem

- Avaliar alteração do órgão afetado;
- Encaminhar a paciente ao especialista (s/n)

- Orientar e oferecer métodos substitutivos;
- Acompanhar resposta do organismo ao novo método.

SITUAÇÃO 7

História de insônia, agitação e nervosismo.

Diagnóstico de enfermagem

Ansiedade.

Definição

Vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.

Intervenções de enfermagem

- Observar e reconhecer as emoções experimentadas pelo paciente;
- Tentar passar mais tempo junto ao paciente;
- Permanecer junto ao paciente quando este estiver em crise;
- Esclarecer o paciente sobre os cuidados que serão dispensados a ele;
- Identificar e tentar reduzir número de fatores estressores;
- Orientar sobre administração dos medicamentos quando prescritos;
- Escutar com atenção as expressões verbalizadas com relação aos sentimentos do paciente;
- Oferecer atividades da preferência do paciente;
- Oferecer apoio religioso.

SITUAÇÃO 8

História de abuso sexual.

Diagnóstico de enfermagem

Risco de baixa autoestima situacional

Definição

Sensação desagradável e vaga de desconforto ou receio gerado por percepções de uma ameaça real ou imaginária à própria existência.

Intervenções de enfermagem

- Escutar o paciente demonstrando interesse em sua verbalização;
- Envolver o paciente em diálogo para estimular a autoexploração;
- Avaliar o risco de suicídio do paciente;
- Retirar do ambiente instrumentos que possam facilitar lesão;
- Ajudar o paciente a reconhecer seu potencial;
- Estimular que o paciente participe de terapia individual ou em grupo;
- Proporcionar informações sobre psicoterapia direcionada às suas necessidades.

SITUAÇÃO 9

História de perda de controle sobre as funções corporais (situações de violência doméstica).

Diagnóstico de enfermagem

Risco de dignidade humana comprometida.

Definição

Risco de perda de respeito e honra.

Intervenções de enfermagem

- Escutar atentamente o relato da paciente;
- Estimular a paciente a reconhecer seu potencial;
- Estimular a paciente a participar de grupos terapêuticos.

SITUAÇÃO 10

História de relacionamentos não satisfatórios.

Diagnóstico de enfermagem

Risco de angústia espiritual.

Definição

Risco de apresentar prejuízo em sua capacidade de experimentar e integrar significado e objetivo à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com outros, arte, música, literatura, natureza e/ou ser maior.

Intervenções de enfermagem

- Ouvir atentamente o paciente;
- Recomendar participação em grupos para socialização;
- Oferecer apoio religioso.

SITUAÇÃO 11

Paciente com tumor mamário; paciente mastectomizada que não consegue se olhar no espelho; alterações metabólicas resultantes do climatério.

Diagnóstico de enfermagem

Distúrbio na imagem corporal.

Definição

Confusão na imagem mental do eu físico de uma pessoa.

Intervenções de enfermagem

- Tranquilizar o paciente dizendo que é uma fase e que pode ser superada;
- Estimular o paciente a realizar seu autocuidado;
- Avaliar sua vontade e capacidade de tomar decisões relativas ao seu próprio cuidado;
- Estimular o paciente a expressar sua angústia em relação à perda;
- Garantir continuidade da assistência enquanto houver necessidade;
- Estimular o paciente a registrar em um diário seu progresso;
- Ensinar estratégias benéficas para o enfrentamento.

SITUAÇÃO 12

História de doenças sexualmente transmissíveis (conhecimento insuficiente para evitar exposições a patógenos).

Diagnóstico de enfermagem

Risco de infecção.

Definição

Risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos.

Intervenções de enfermagem

- Realizar ações educativas abordando sobre as doenças sexualmente transmissíveis;
- Orientar sobre a necessidade de higiene íntima frequente;
- Orientar sobre sexo seguro e oferecer preservativos;
- Solicitar avaliação médica, se necessário;

- Acompanhar tratamento quando instituído.

SITUAÇÃO 13

Paciente com osteoporose relacionada ao climatério, com dificuldade na deambulação.

Diagnóstico de enfermagem

Mobilidade física prejudicada.

Definição

Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.

Intervenções de enfermagem

- Estimular a adesão de atividade física regular;
- Orientar dieta adequada, rica em cálcio;
- Estimular participação em grupo social;
- Orientar sobre a disposição de móveis, tapetes e degraus do ambiente doméstico.

* ANOTAÇÕES

■ Referências

Básicas

HALBE H. W. *Tratado de ginecologia*. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000.

FIGUEIRA, F (org.) et al. *Ginecologia Clínica: Diagnóstico e Tratamento*. 1ª ed. São Paulo: Medbook, 2007.

FERNANDES, R.A.Q, NARCHI, Z.N. *Enfermagem e Saúde da Mulher*. São Paulo: Manole, 2006.

Complementares

COPELAND, LJ, JARREL, J.F; MCGREGOR, J.A. *Tratado de Ginecologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

CARVALHO, G.M. *Enfermagem em Ginecologia*. São Paulo: EPU, 2006.

Utilizadas pelo professor

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de Atenção integral à

saúde da mulher: princípios e diretrizes/Ministério da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza *et al.* *Conhecimento dos enfermeiros sobre o Serviço de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual*. Rev. bras. enferm. [online]. 2008, vol.61, n.4 [cited 2009-08-17], pp. 454-458.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher.

Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica. 2ª ed. atual. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 68 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 6).

NANDA. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008*/North American Nursing Diagnosis Association. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2008.