

FÁRMACIA E SAÚDE

INCIDÊNCIA DE PARASIToses INTESTINAIS EM UMA ESCOLA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE CAÇADOR/SC

Incidence of intestinal parasites in a municipal school of basic education in the city of Caçador/SC

Franciele Rodrigues da Silva Pereira¹
Leandra Alves Pedrotti²
Vilmair Zancanaro³

Recebido em: 04 nov. 2015
Aceito em: 23 jun. 2016

RESUMO: No Brasil, as parasitoses intestinais representam um grave problema de saúde pública devido à deficiência de saneamento básico. O objetivo do trabalho foi conhecer a incidência das parasitoses intestinais nas crianças de uma escola municipal localizada no bairro Martello, na cidade de Caçador/SC. Os resultados foram obtidos através da realização de exame parasitológico de fezes em alunos com faixa etária de 4 a 9 anos. Foram analisadas 65 amostras fecais utilizando o método de sedimentação espontânea (Método de Hoffman, Pons e Janer). O coeficiente geral de incidência de parasitoses intestinais foi de 46,15% de casos positivos sendo a *Giardia lamblia*, *Entamoeba coli*, *Endolimax nana* e *Ascaris lumbricoides* os parasitas mais frequentes. Em conclusão, a incidência de parasitoses no presente trabalho é um reflexo claro da falta de hábitos de higiene, bem como a deficiência de saneamento básico no bairro onde se situa a escola.

Palavras-chave: Parasitoses intestinais. Incidência. Pré-escolar.

ABSTRACT: In Brazil, intestinal parasites represent a serious public health problem due to insufficient sanitation, coupled with a lack of personal and social hygiene. The objective of the study was to know the incidence of intestinal parasites in children of a municipal school located in the Martello neighborhood in the town of Caçador/SC. The results were obtained by performing stool tests in students aged 4-9 years. The sample of 65 fecal were analyzed using the sedimentation method (Method Hoffman, Pons and Janer). The overall incidence rate of intestinal parasites was 46.15% of positive cases being *Giardia lamblia*, *Entamoeba coli*, *Endolimax nana* and *Ascaris lumbricoides* the most common parasites. In conclusion, the rate of parasitism in this study is a clear reflection of the lack of hygiene and sanitation deficiency in the neighborhood where the school is located.

Keywords: Intestinal parasites, incidence, preschool.

INTRODUÇÃO

Parasitismo é a associação entre seres vivos, na qual existe unilateralidade de

¹ Acadêmica da décima fase do curso de Farmácia da UNIARP.

² Acadêmica da décima fase do curso de Farmácia da UNIARP.

³ Professora na Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP.

benefícios, em que o hospedeiro é infectado pelo parasita. Para existir doença parasitária, é necessário haver fatores inerentes ao parasito como número de exemplares, tamanho, localização, virulência e metabolismos, associados a fatores inerentes ao hospedeiro como, idade, nutrição, nível de resposta imune, intercorrência de outras doenças, hábitos e uso de medicamentos (PINHEIRO, 2011).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, essas doenças afetam bilhões de pessoas levando a óbito. É estimada que uma pessoa em cada quatro encontra-se infectada, a maior parte destas crianças (RIBEIRO et al., 2013). Pela natural vulnerabilidade desse segmento etário, crianças desenvolvem repetidos quadros infecciosos, como respiratórios, gastrointestinais e cutâneos. Este fato pode ser explicado de que nesta fase de desenvolvimento as crianças desconhecem a importância dos hábitos de higiene, favorecendo assim a transmissão de patógenos (VASCONCELOS et al., 2011).

A incidência de infecções por parasitas ocorre há muitos séculos atrás; sendo necessário a discussão do tema com maior relevância, visto que estas infecções parasitárias apresentam-se com frequência e podem produzir deficiência orgânica, comprometendo as crianças e o seu desenvolvimento normal (COSTA; DENADAI, 2014).

A prevalência de infecções por parasitos intestinais é um dos melhores indicadores do *status* socioeconômico de uma população e pode estar associada a diversos determinantes, como instalações sanitárias inadequadas, poluição fecal da água e de alimentos consumidos, contato com animais, ausência/deficiência de saneamento básico, além da idade do hospedeiro e do tipo de parasito infectante (BELO et al., 2012).

Segundo Andrade et al. (2010), as parasitoses intestinais são doenças de manifestação espectral, variando desde casos assintomáticos a sintomáticos leves. Nos casos sintomáticos os sintomas são inespecíficos, tais como anorexia, irritabilidade, náuseas, vômitos ocasionais, dor abdominal e diarreia. Em casos mais graves ocorrem em doentes com maior carga parasitária, imunodeprimidos e desnutridos. Ainda que a mortalidade ocasionada pelas enteroparasitoses seja baixa, observam-se, às vezes, complicações, que em muitos casos exigem atenção hospitalar (LIMA et al., 2013).

Entre outros danos que os enteroparasitas podem causar a seus portadores se incluem, obstrução intestinal (*Ascaris lumbricoides*), desnutrição (*Ascaris lumbricoides* e *Trichuris Trichiura*), e quadros de diarreia e de má absorção (*Entamoeba histolytica* e *Giardia Lamblia*), sendo as manifestações clínicas proporcionais à carga parasitária apresentada pelo indivíduo (LIMA et al., 2013).

Os anti-helmínticos são fármacos utilizados nas doenças parasitárias. Eles agem pela destruição do parasita ou pela sua expulsão do hospedeiro infectado. O tratamento das helmintíases deve considerar vários fatores dentre elas a natureza do helminto, o ciclo de vida do parasita, o hospedeiro reservatório, o local de infestação humana, o hospedeiro definitivo e os fármacos a serem administrados (HARDMAN et al., 1996).

O objetivo da presente pesquisa foi registrar a incidência de infecções de parasitas intestinais em crianças de uma escola municipal na cidade de Caçador/SC

METODOLOGIA

A amostra populacional foi composta por sessenta e cinco (65) crianças com idade entre quatro a nove anos, matriculados no turno matutino e vespertino na escola. O período da realização da pesquisa ocorreu no mês de abril a outubro de 2014. Os participantes da pesquisa foram selecionados a partir da divulgação da pesquisa com a colaboração da diretora e professoras da escola através de reuniões, palestras e abordagem dos pais das crianças.

A coleta das amostras foi realizada pelos pais que receberam um recipiente para coleta das fezes, devidamente rotulado e identificado, sendo solicitada apenas uma amostra de cada aluno. O material foi recolhido no dia seguinte, no período da manhã, e enviado para análise no laboratório de Histologia da Universidade Alto vale do Rio do Peixe (UNIARP).

A análise parasitológica foi executada de acordo com o método de Lutz ou de Hoffman, conhecido também como “Pons e Janer” (sedimentação espontânea) que se baseia na sedimentação espontânea em água (ação da gravidade), sendo eficiente para o diagnóstico de ovos, cistos e larvas (NEVES et al., 2005).

Os exames com resultados positivos foram encaminhados para avaliação médica. O tratamento prescrito pela médica do posto de Saúde do bairro baseou-se nos medicamentos que fazem parte da listagem do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo estes o Albendazol 200mg e o Mebendazol 40mg com a indicação individual para cada caso. Com o receituário as pesquisadoras foram na farmácia municipal do SUS onde foi realizado um cadastro para cada criança e fornecida os medicamentos para o tratamento.

Em um segundo momento, realizou-se a montagem dos kits contendo o laudo do exame, segunda via de receituário médico, o medicamento e um folheto explicando a posologia, garantindo assim a administração correta destes fármacos. Em seguida foi entregue aos responsáveis e nessa ocasião foram repassadas informações e instruções individuais quanto ao laudo, tratamento e possíveis dúvidas. Também foi elaborado um folder contendo informações sobre medidas básicas de prevenção a serem tomadas no combate as parasitoses, e este incluso nos kits. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIARP com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número: 30856614.4.0000.5593.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No Brasil, a ocorrência de parasitoses é bastante variável nas diferentes regiões, estando relacionada ao desenvolvimento socioeconômico das populações e à metodologia dos estudos realizados.

Normalmente é solicitada a coleta de apenas uma amostra de fezes, o que dificulta o diagnóstico quando a intensidade da infecção é baixa. A utilização de amostras múltiplas

aumenta a chance da detecção de ovos, larvas e cistos, em função da intermitência de sua eliminação nas fezes, aumentando a sensibilidade do método. Neste trabalho, por razões metodológicas (tempo e obtenção das amostras) esse objetivo não foi proposto, sendo proposta a execução e leitura de duas lâminas com amostra fecal de cada criança.

No presente estudo foram analisadas amostras de fezes de 65 crianças, de um total de 241 crianças matriculadas no período matutino e vespertino na escola, localizada no bairro Martello no município de Caçador/SC. Esse número equivale a 27% do total de alunos que realizaram o exame.

Quadro 1- Distribuição das 65 crianças participantes da pesquisa conforme faixa etária na escola no município de Caçador/SC, no ano de 2014.

Idade	Total	(%)
4-5	11	16,92%
6-7	41	63,08%
8-9	13	20,00%

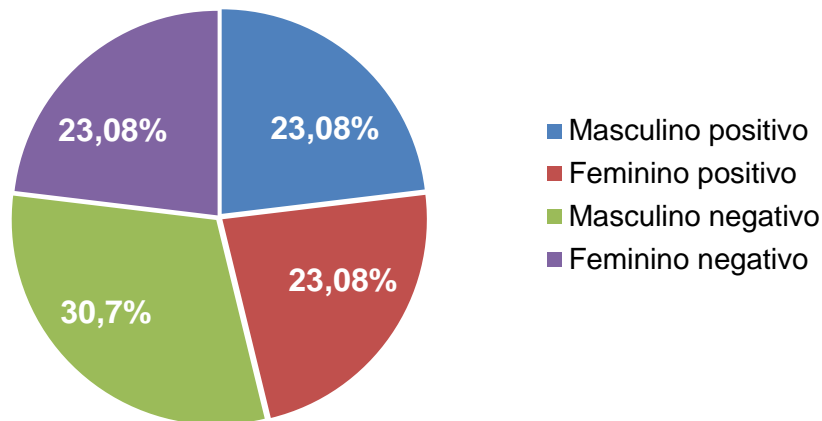
Com relação à idade dos alunos, o quadro acima mostra um resultado diferenciado ao se considerar os grupos etários em que foi dividida a amostra. O quadro acima mostra uma porcentagem maior do grupo etário de seis a sete anos devido a uma maior participação das crianças das primeiras e segundas séries. O quadro 2 mostra a distribuição por sexo das 65 amostras analisadas.

Quadro 2 – Índice de distribuição por sexo das crianças pesquisadas na escola no município de Caçador/SC, no ano de 2014.

Sexo	(%)
Masculino	53,8%
Feminino	46,2%

Podemos observar na figura 1 que a distribuição das verminoses entre os sexos masculinos e femininos foi semelhante, o que indica que, nesta população, os diferentes hábitos de higiene entre os sexos não influencia na maior probabilidade de infecção de um determinado sexo.

Figura 1- Índice de distribuição por sexo das crianças em casos positivos e negativos pra parasitoses intestinais.



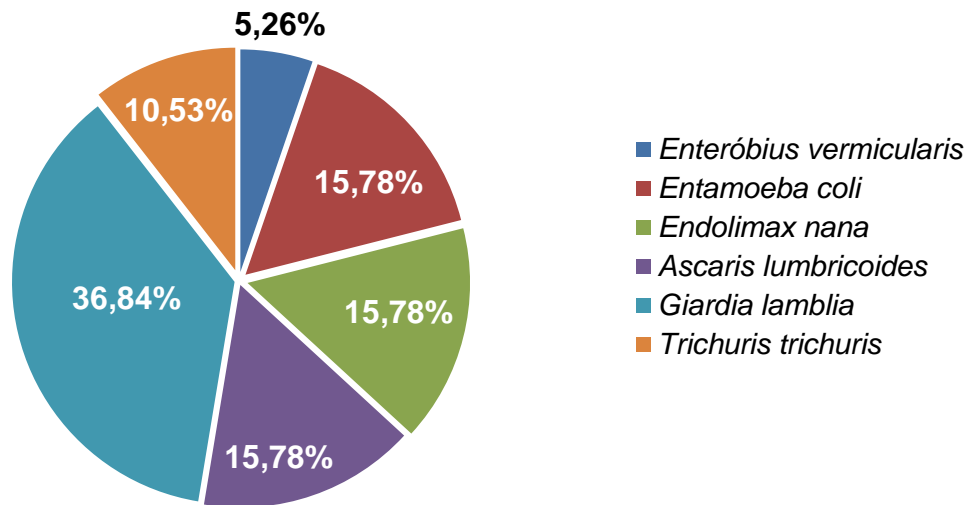
A maior prevalência de parasitoses intestinais no sexo masculino pode estar relacionada ao maior contato com o solo em suas brincadeiras e menos frequência no uso de calçados.

O coeficiente geral de incidência de parasitoses intestinais foi de 46,15% de casos positivos sendo a *Giardia lamblia*, *Entamoeba coli*, *Endolimax nana* e *Ascaris lumbricóides* os parasitas mais frequentes.

As escolas representam um importante papel na sociedade, porém a concentração de crianças favorece a transmissão de enteroparasitoses. Outro fator importante que deve ser considerado é a não inclusão deste tema nos programas de formação de educadores e no treinamento daqueles envolvidos diariamente com as crianças (BERNE, 2007).

Segundo Levandoski e Cury (2010), em uma pesquisa realizada para identificar a incidência de parasitoses intestinais em crianças com idade pré-escolar nas creches dos bairros Morada do Sol e bairro Bello no município de Caçador/SC, a distribuição das verminoses entre os sexos masculinos e femininos também foi semelhante.

Figura 2- Índice de distribuição de crianças infectadas por monoparasitas.



A prevalência de infecções causadas por protozoários foi superior à de helmintos (*Giardia lamblia* 36,84%, *Entamoeba coli* 15,78%, *Endolimax nana* 15,78%, *Ascaris lumbricoides* 15,78%, *Trichuris trichuris* 10,53%, *Enterobius vermicularis* 5,26%). Uma das estratégias de controle usualmente adotada pelo poder público do município, já descrita em outras regiões do Brasil, é a distribuição dos fármacos Albendazol e Mebendazol, sendo que o mesmo é também comprado de modo rotineiro por um grande número de famílias, o que não ocorre com medicamentos específicos para protozoários intestinais devido a ter um custo mais elevado, que seriam o Nitazoxanida e Metronidazol.

O fato da *Giardia lamblia* ter sido o protozoário mais prevalente no presente estudo reforça a hipótese das características epidemiológicas, uma vez que as crianças são oriundas de um bairro caracterizado como endêmico. Entre outros fatores como a baixa condição socioeconômica e conseqüentemente os maus hábitos de higiene.

Ainda que seja uma prática comum para redução de morbidades em áreas endêmicas e até mesmo indicada em algumas situações, o uso indiscriminado de medicamentos anti-helmínticos pode mascarar as reais condições sanitárias e socioeconômicas das populações, uma vez que é reduzida a prevalência de helmintoses sem que haja melhoria nas condições de vida, estando a população ainda sujeita a reinfecções e várias outras doenças (BELO et al., 2012).

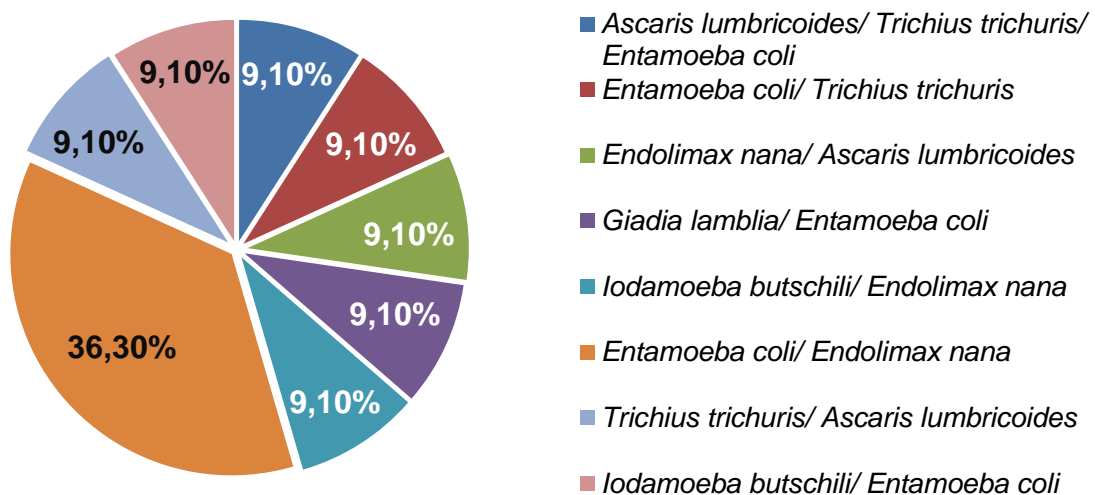
Zancanaro (2006) constatou uma prevalência de enteropositoses nos alunos da 1ª a 4ª série do colégio municipal CAIC localizado no bairro Martelo na cidade de Caçador/SC em julho 2006 onde das 77 crianças que participaram da pesquisa 39 (51%) foram positivos e 38 (49%) foram negativos para parasitas intestinais. A pesquisadora identificou uma incidência maior de *Entamoeba coli* (40%) entre os protozoários encontrados seguidos por *Endolimax nana* (30%) e *Giardia lamblia* (30%) ambas com a mesma porcentagem. Moura et al, (2004) registraram uma prevalência de 51% de algum tipo de parasita intestinal em 33 amostras analisadas em seu estudo no município de Caçador/SC.

Conforme estudo realizado por Levandoski e Cury (2010) a taxa de prevalência de parasitoses em duas creches localizadas no município de Caçador/SC foi de 27,45% e 28,57% em um total de 72 amostras analisadas. No presente estudo o coeficiente geral de incidência de parasitoses intestinais foi de 46,15% de casos positivos sendo a *Giardia lamblia*, *Entamoeba coli*, *Endolimax nana* e *Ascaris lumbricóides* os parasitas mais frequentes.

Essa comparação demonstra que a prevalência das enteroparasitoses se mantém acima de 25% nas pesquisas, sendo este resultado alto. Ainda que, nas últimas décadas, o Brasil tenha passado por modificações que melhoraram a qualidade de vida de sua população.

Na figura 3 podemos observar o índice de distribuição por poliparasitas das crianças da escola, onde *Entamoeba Coli* e a *Endolimax nana* representam a maior parte dos casos positivos encontrados nas amostras pesquisadas.

Figura 3: Índice de distribuição de crianças infectadas por poliparasitas.



Um maior número de indivíduos parasitados foi por *Endolimax nana* e *Entamoeba coli* com 36,30%, como mostra a figura 3. Embora a *Endolimax nana* e *Entamoeba coli* não sejam consideradas patogênicas, sendo comensais no intestino humano, é importante salientar, porém, os índices encontrados, uma vez que esse é um parâmetro para medir o grau de contaminação fecal a que os indivíduos estão expostos.

Em relação aos demais poliparasitas obteve-se um valor igual entre eles (*Ascaris lumbricoides/Trichius trichuris/Entamoeba coli*; *Entamoeba coli/Trichius trichuris*; *Endolimax nana/Ascaris lumbricóides*; *Giardia lamblia/Entamoeba coli*; *Iodamoeba butschili/Endolimax nana*; *Trichius trichuris/ Ascaris lumbricóides*; *Iodamoeba butschili/Entamoeba coli* com 9,10%.

Os casos de poliparasitismo patogênicos foram considerados baixo, nessa pesquisa, porém a necessidade de uma maior atenção sobre seus danos e consequências

em relação aos monoparasitas. Entretanto, postula-se que o poliparasitismo pode ser considerado normal, em vez de exceção, mediante as formas de transmissão ser semelhante, o que ressalta a necessidade de estudos que avaliem melhor a ocorrência e o impacto do poliparasitismo na saúde dos indivíduos.

Segundo Calchi et al. (2007), o poliparasitismo é um achado esperado que reflete problemas de saúde, condições socioeconômicas e ambientais que caracterizam as comunidades, elementos ambientais, como calor, umidade, juntamente com a falta de higiene pessoal e falta de saneamento são fatores determinantes para a infecção por várias espécies de parasitas.

Para Costa e Denadai (2014), as parasitoses intestinais podem ser consideradas doenças negligenciadas. Cabe a atenção primária em saúde solicitar exames para verificar a vigilância destas doenças parasitárias e controlar possíveis doenças endêmicas, porque estes são considerados problemas de saúde pública.

Em contato com a prefeitura municipal e FUNDEMA (Fundação Municipal do Meio Ambiente) da cidade de Caçador/SC obteve-se a informação de que o bairro em que a escola está situada provém de tratamento de água do tipo convencional completo, constituindo de unidades de coagulação com policloreto de alumínio (PAC), floculação, filtração e desinfecção com cloro e fluoretação, e o presente estudo demonstrou que o índice de parasitoses ainda encontra-se elevado, devido ao cloro utilizado na desinfecção não eliminar alguns parasitas como a *Giardia lamblia* que é um protozoário e de maior índice nesta pesquisa. As parasitoses intestinais continuam endêmicas em diversas áreas do país, constituindo um problema relevante de Saúde Pública.

CONCLUSÃO

Com este estudo fica registrado a incidência das parasitoses intestinais encontradas nas crianças da escola no bairro Martello de Caçador/SC, tendo em vista a inexistência de dados anteriores a esses. Observou-se a necessidade de campanhas educativas nessa população, a fim de ampliar o conhecimento e cuidado da população frente aos riscos a contaminação de parasitas. Foi possível observar que o principal parasita que acomete essa população é a *Giardia lamblia*, o que evidencia a deficiência de saneamento básico e medidas de higiene pessoal.

Os resultados obtidos nesse estudo mostram uma frequência importante de parasitoses intestinais nas crianças de faixa etária de 4 a 9 anos. Isso caracteriza um problema sério de saúde pública, fortalecendo o incentivo de projetos de prevenção e a importância de melhorias das condições socioeconômicas e da educação em saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, E.C; LEITE, I. C.G; RODRIGUES, V.O; CESCO, M.C; Parasitoses Intestinais: Uma revisão sobre seus aspectos sociais, epidemiológicos, clínicos e terapêuticos, **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 231-240, abr./jun. 2010.

BELO, V.S; OLIVEIRA, R.B; FERNANDES, P.C; NASCIMENTO, B.W.L; FERNANDES, F.V; CASTRO, C.L.F.; SANTOS, W.B; SILVA, E.S; Fatores associados à ocorrência de parasitoses intestinais em uma população de crianças e adolescentes.**Rev. Paul Pediatría**.30(2):195-201, 2012.

BERNE, A.C.; Prevalência de enteroparasitoses na população atendida em uma creche pública do Rio Grande, RS, e comparação de métodos de diagnósticos para giardíase. 2007. f.75. **Dissertação (Mestrado em Ciências-parasitologia)**- Programa de pós-graduação em parasitologia. UFPEI, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

CALCHI L.C., Marinella; RIVERO, R., Zulbey; ACURERO O. Ellen; DÍAZ A., Iris; CHOURIO de L., GLENIS; Bracho M., Angela; Maldonado I., Adriana; Fernández G., Bianca, Fernández L., Mercy; González V., Jesús Villalobos P., Rafael. Prevalencia de enteroparásitos en dos comunidades de Santa Rosa de Agua en Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela 2006. **Kasmera** v.35 n.1 Maracaibo jun. 2007.

COSTA, Murilo Soares; DENADAI, Wilson. Parasitas intestinais e poliparasitismo: doenças negligenciadas em crianças e adolescentes de Comunidades Quilombolas – estado do Espírito Santo, Brasil. **Perspectivas Médicas**, 25(1): 5-10, jan./abr., 2014.

HARDMAN, G.J; LIMBIRD, E.L; MOLINOFF, B.P; RUDDON, W.R; GILMAN, G.A. **As bases farmacológicas da terapêutica**. 9. Ed. Rio de Janeiro, 1996.

LEVANDOSKI, E; E CURY, D.A.**Incidência de parasitoses intestinais em crianças com idade pré- escolar nas creches dos bairros Morada do sol e bairro Bello no município de Caçador-SC**. Trabalho de conclusão de curso apresentado à disciplina de TCC do curso de Farmácia da universidade Alto Vale Rio do Peixe- UNIARP campus Caçador/SC, 2010.

LIMA,D.S; MENDONÇA, R.A; DANTAS, F.C.M; BRANDÃO, J.O.C; MEDEIROS, C.S.Q; Parasitoses intestinais infantis no nordeste brasileiro: uma revisão integrativa da literatura;**Cadernos de Graduação** - Ciências Biológicas e da Saúde Facipe, Recife , v. 1, n.2 , p. 71-80 , nov. 2013.

MOURA; J. DANGUI, L.H.A. **Parasitoses intestinais, causa, consequência e tratamento fitoterápico**. Trabalho de conclusão de curso apresentado á disciplina de TCC do curso de Farmácia da Universidade do Contestado – UnC campus Caçador-SC, 2004.

NEVES, P.D; MELO, L.A; LINARDI, M. **Parasitologia humana**. 11. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.

PINHEIRO, L. P.; **Enteroparasitoses na infância, seus determinantes sociais e principais consequências: uma revisão bibliográfica**. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de especialização de atenção básica em saúde da família da universidade federal de Minas Gerais; 2011.

RIBEIRO, Denize Ferreira; CORREIA, Bianca Rafaela, SOARES, Adélia Karla Falcão; ROCHA, Mirella Katiane Leite da; ALVES, Estela Rodrigues Paiva; ALBUQUERQUE, Mônica Camelo Pessoa de Azevedo. Educação em saúde: uma ferramenta para a prevenção e controle de parasitoses. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 11, n. 2, p. 300-310, ago/dez. 2013.

VASCONCELOS, I.A.B; OLIVEIRA, J.W; CABRAL, F.R.F; COUTINHO, H.D.M; MENEZES, I.R.A; **Prevalência de parasitoses intestinais entre crianças de 4-12 anos no Crato, Estado do Ceará**: um problema recorrente de saúde pública, Maringá, v. 33, n. 1, p. 35-41, 2011.

ZANCANARO, V. **Prevalência de enteroparasitoses nos alunos da 1ª a 4ª série do colégio municipal CAIC localizado no bairro martelo na cidade de caçador-SC**. Monografia apresentada a universidade comunitária Regional de Chapecó - Unochapecó como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Análises Clínicas. Julho, 2006.

**ANÁLISE COMPARATIVA DE DESCARTE MEDICAMENTOSO PROMOVIDO POR
UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR EM PARCEIRA COM ÓRGÃOS
PÚBLICOS E PRIVADOS DO MUNICÍPIO DE CAÇADOR- SC**

*Comparative analysis of drug disposal promoted by an institution of higher
education in partnership with public and private bodies of the municipality Caçador-
SC*

Emyr Hiago Bellaver¹
Vilmair Zancanaro²
Elisete Ana Barp³

Recebido em: 30 nov. 2015
Aceito em: 07 dez. 2016

RESUMO: Incontestável mostrou-se o avanço da ciência médica nos últimos anos, principalmente no que diz respeito à produção de fármacos para tratamento e profilaxia de patologias. O Brasil é um grande consumidor de medicamentos, e estima-se que cerca de 20% do montante medicamentoso seja descartado na rede de esgoto sanitário ou no lixo doméstico por pacientes que não realizam por completo a terapia medicamentosa, os quais descartam a maioria deste medicamento ainda intacto. Embora não se conheça ao certo a gravidade que este tipo de poluição provoca, estudos especulam que esta poluição hídrica possa interferir no comportamento hormonal de seres aquáticos, pelo descarte indevido de estrógenos e outros hormônios sexuais sintéticos, na microflora hídrica residente, e também levando ao aparecimento de bactérias multirresistentes ao leque antimicrobiano disponível. Com o objetivo de estabelecer uma comparação do descarte medicamentoso entre os anos de 2013 e 2014 o presente artigo está embasado no projeto: “Lixo Farmacêutico: Conscientização, recolhimento e descarte de medicamentos vencidos no município de Caçador/SC” em parceria com a Secretaria de Saúde e a Farmácia Pública Popular Municipal. Desenvolvido no ano de 2013 pela Universidade do Alto Vale do Rio do Peixe- UNIARP o projeto visou à arrecadação de medicamentos em postos de saúde e na própria Instituição de Ensino. Em sua continuidade, no ano de 2014, o projeto contou com a parceria de mais postos de saúde e algumas empresas privadas do município, recolhendo um total de 92,5 Kg de medicamentos em 2014.

Palavras-chave: Descarte de medicamentos. Lixo farmacêutico. Resíduos de saúde.

ABSTRACT: The development of the Medical Science in the last years has been incontestable, especially regarding the production of drugs for treatments and prophylaxis of pathologies. Brazil is a major consumer of drugs, it is estimated that

¹ Biomédico Patologista Clínico, Especialista em Educação Ambiental, Professor da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe- UNIARP. Caçador- SC.

² Farmacêutica Bioquímica, Especialista em Análises Clínicas, Professora da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe- UNIARP. Caçador- SC.

³ Bióloga, Doutora em Ciências e Ecologia. Coordenadora de Pesquisa da Universidade do Contestado- UNC campus Concórdia.

about 20% of the drug amount is discarded in the sewage system or household waste by patients who do not achieve completely drug therapy eliminating the majority of this product still intact.. Although the impact that this kind of pollution causes is not known for sure, there is speculation in studies showing that the water pollution can change the hormonal behavior of water beings. This happens due to the improper dumping of estrogen and other synthetic sexual hormones, the resident micro flora, and even leading to the creating of resistant bacteria to the current range of antimicrobials available. In order to establish a comparison of drug disposal between the years 2013 and 2014, this article is based on the project: "Pharmaceutical Waste: Awareness, collection and disposal of expired medications in the city of Caçador- SC" in partnership with the Department of Health and the Public Municipal Pharmacy developed by the University Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP. Developed in 2013, the project aims the collection of drugs in health centers and in the education institution itself, in 2014, continuing the project with the partnership of more health centers and some local private companies, collecting a total of 92.5 kg of drugs in 2014.

Keywords: Drug disposal. Pharmaceutical waste. Health waste.

INTRODUÇÃO

Frente ao avanço da ciência moderna, os medicamentos são excelência no tratamento das mais diversas patologias e sintomatologias aparentes no processo de morbidade. Os medicamentos são adquiridos para uso terapêutico e profilático, e ao término do tratamento, a sua não utilização leva muitos medicamentos válidos (com suas substâncias ainda ativas) ou com prazo de validade vencido, ao mesmo destino, o descarte. Este, muitas vezes é feito no esgoto residencial, sem nenhum cuidado (RIBEIRO, 2013).

Inestima-se precisamente quantas toneladas de medicamentos são produzidas por ano tendo como foco a aplicação da medicina humana e veterinária. Em 2007, o Brasil juntamente com Estados Unidos, França e Alemanha constituíam os maiores consumidores de medicamento do mundo (PEDROSO, 2007). Em 2010, o Brasil foi apontando em pesquisas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como sendo o maior consumidor mundial de anfetaminas para finalidades emagrecedoras, sendo 9,1 doses diárias para cada 1000 habitantes (ANVISA, 2010; ALVARENGA; NICOLETTI, 2010). Neste mesmo ano, o país possuía o maior acesso a medicamentos devido à economia estável, o que contribuiu para o aumento do consumo de fármacos e conseqüentemente seu descarte no lixo comum e sanitário, resultando em cerca de 10 a 28 mil toneladas por ano (ALVARENGA; NICOLETTI, 2010).

Ferreira (2005) comenta que a civilização do século XXI tornou-se a civilização dos resíduos. Em seu ponto de vista, esta geração é marcada pelo desperdício e pelas contradições do desenvolvimento industrial, como não havia sido visto antes. A tecnologia industrial tem natureza poluente, utilizando o ar, água e solo como destino final de seus dejetos.

De acordo com a NBR 10.004/2004, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), resíduos sólidos são aqueles resultantes de atividades da comunidade de origem,

seja ela industrial, doméstica, hospitalar, ou outra, e que se dispõem nos estados sólido e semissólido. Limita-se também a líquidos cujas particularidades tornem inviável seu lançamento na rede pública de esgoto ou corpos da água, ou exijam para isso soluções técnicas e economicamente inviáveis, em face à melhor tecnologia disponível (ABNT, 2004).

A Resolução do Conselho Nacional de Meio Ambiente (CONAMA) nº 358/2005 e a RDC nº 306/2004 da ANVISA, definem que os resíduos de serviços de saúde são todos aqueles resultantes de atividades exercidas nos serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal: laboratórios analíticos de produtos para saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento; serviços de medicina legal; drogarias e farmácias, inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde; centros de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores e produtores de materiais e controles para diagnóstico *in vitro*; unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura; serviços de tatuagem e similares que, por suas características, necessitam de processos diferenciados em seu manejo, exigindo ou não tratamento prévio à sua disposição final (CALDEIRA; PIVATO, 2010).

As indústrias farmacêuticas são geradoras de uma quantidade considerável de resíduos sólidos devido à devolução e ao recolhimento de medicamentos do mercado, ao descarte de medicamentos rejeitados pelo controle de qualidade e perdas inerentes ao processo (FALQUETO et al., 2010). As Boas Práticas de Fabricação instituídas pela RDC nº 210/2003 da ANVISA preconizam a destinação adequada dos resíduos sólidos, bem como a predisposição da emissão de líquidos e efluentes antes do seu lançamento ao meio ambiente (ANVISA, 2003). Portanto, a administração correta dos resíduos é considerada atividade paralela do estado/empresa objetivando a proteção simultânea do ambiente interno e externo.

A RDC nº 306/2004 da ANVISA diz que é responsabilidade dos detentores das patentes medicamentosas disponibilizarem de informações sobre o descarte correto e os danos causados ao meio ambiente caso ocorra negligência a estas informações, estes ainda devem relatar informações básicas como nome comercial, substância ativa, forma farmacêutica e o registro de cada medicamento (ANVISA, 2004). No entanto, Falqueto et al. (2010) relata o não cumprimento destas normas na bula do medicamento, e adverte a negligência de informações como resultados de testes *in vitro* para demonstrar que os resíduos excretados por humanos e animais são inócuos após consumo medicamentoso, e faz ressalva também ao fato da falta de informação sobre a disposição final a ser dada quando da geração de resíduos.

Boer e Fernandes (2011) dizem que as legislações vigentes são completas e específicas, pois abordam os procedimentos de segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário e externo, coleta a transporte até a destinação final dos medicamentos; porém, para o consumidor que os leva ao ambiente residencial, não oferecem a mesma riqueza de informações. Alvarenga e Nicoletti

(2010) também fazem ressalva a estas por não englobarem a população geral como geradoras de resíduos de saúde e a falta de informações faz com que se torne deficitário o entendimento sobre os impactos decorrentes do descarte doméstico de medicamentos.

Compostos farmacêuticos ativos são moléculas complexas, apresentam diferentes funções e propriedades biológicas e físico-químicas. Elas são desenvolvidas e usadas porque possuem uma maior atividade biológica, sensível e específica e podem ser classificados por sua função e atividade biológica (ex. antibióticos), pela sua estrutura química (ex. penicilina) e/ou seu modo de ação (PROENÇA, 2011). Dentre os grupos medicamentosos, Eickhoff, Heineck e Seixas (2009) ressaltam a importância de uma atenção maior para a classe antimicrobiana e hormônios. Carvalho (2006) destaca ainda os antidepressivos, barbitúricos e anti-helmínticos pelo seu alto potencial de toxicidade.

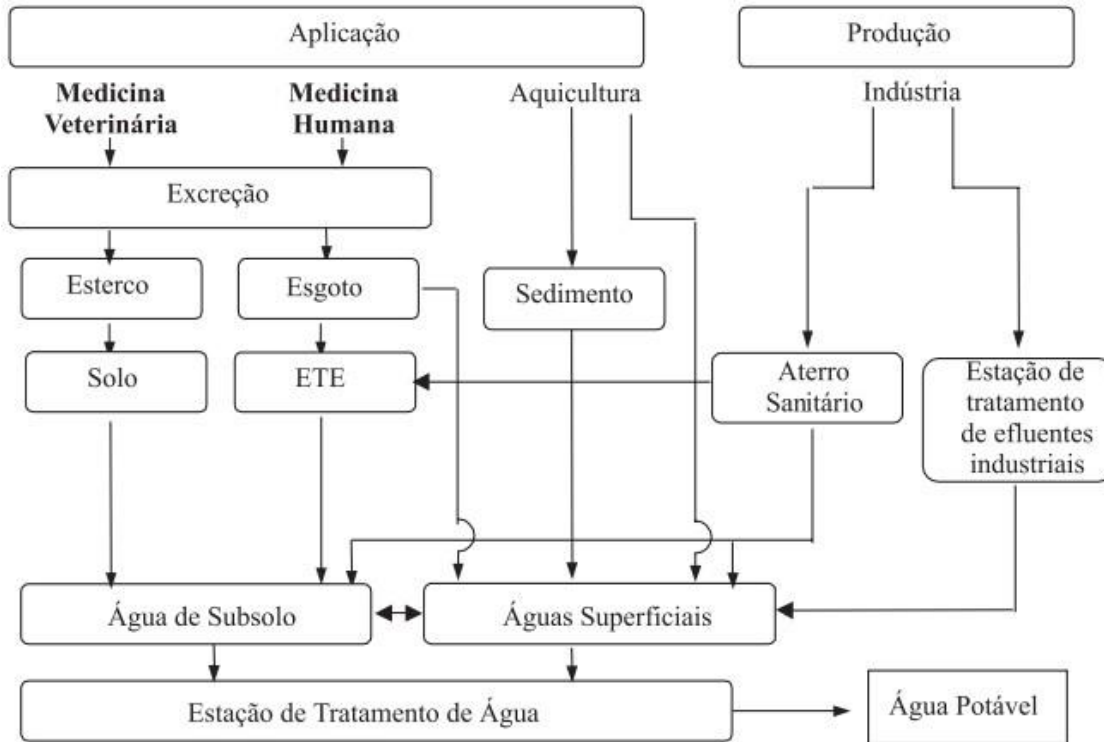
Embora o efeito farmacológico no ambiente não seja devidamente sabido (EICKOFF; HEINECK; SEIXAS, 2009), Nunes (2007) e Falqueto e Kligerman (2013) afirmam que eles interferem diretamente nos ecossistemas, sobretudo o aquático, uma vez que este meio torna-se ponto final de destino da maioria dos resíduos humanos. A questão é saber até qual ponto estas moléculas exercem efeitos negativos no ambiente, já que a maioria da concentração de seus excipientes e substâncias ativas é baixa.

Alguns autores levantam argumentações sobre um problema de saúde pública e ambiental: o tratamento de infecções em razão do surgimento de bactérias resistentes aos antibióticos atualmente disponíveis, devido à sua exposição na natureza em decorrência do mau uso e descarte eventual de medicamentos no ambiente, o que interfere no equilíbrio dos ecossistemas (Eickhoff, Heineck, Seixas 2009; Korb, Geller, 2009; Falqueto, Kligerman, 2013).

Os fármacos residuais, além de serem lançados no ambiente através de descarte no lixo ou esgoto doméstico, também chegam por dispersão pelo metabolismo humano, estão presentes em adubos naturais do gado utilizados em plantações, no lodo digestivo das estações de tratamento de esgoto (ETEs) (BILA; DEZOTTI, 2003), e podem ainda ser descartados no ambiente por outras vias (Figura 1).

Outros autores também atentam para estudos que mostram a problemática dos estrogênios residuais, devido ao seu potencial de afetar adversamente o sistema reprodutivo de organismos aquáticos como, por exemplo, a feminização de peixes machos presentes em rios contaminados com descarte de efluentes de ETEs, além de deficiências em seus tubos reprodutivos, embora agravos mais profundos não sejam completamente conhecidos (FAWELL et al., 2001).

Figura 1: Vias alternativas para descarte medicamentoso no solo



Fonte: BILA; DEZOTTI (2003) p. 524.

A geração de resíduos medicamentosos não termina quando finda sua produção; ela prolonga-se até a entrega do medicamento à população. Durante este processo são gerados resíduos voláteis, quando do seu transporte e até mau armazenamento, pó, decomposição e troca com o meio de matéria medicamentosa, caixas e resíduos de embalagens e proteção de transporte o que se desprezado erroneamente causarão impactos negativos.

Dentre este e outros pontos debatidos em estudos ambientais, torna-se imprescindível que a população tenha acesso a informações que relatem sobre a real maneira de descarte dos medicamentos. Este papel é atribuído, segundo alguns autores (xxxxxx), ao governo, por conseguinte cabe a este divulgar estas informações e explanar sobre os riscos oriundos do descarte inconsciente de sobras medicamentosas.

No ano de 2013, na Universidade do Alto Vale do Rio do Peixe, localizada no município de Caçador – SC, Brasil, foi criado o projeto de extensão: “Lixo Farmacêutico: Conscientização, recolhimento e descarte de medicamentos vencidos no município de Caçador/SC”, em parceria com a Secretaria de Saúde e a Farmácia Pública Popular Municipal. No ano de 2014, o projeto contou com a parceria de alguns postos de saúde e empresas privadas do município, procurando assim colaborar para a resolução do problema de descarte inadequado de medicamentos, mostrando significantes resultados em comparação com o ano anterior. Este estudo descreve os resultados obtidos durante os dois anos de projeto, onde se fez um comparativo sobre o recolhimento de medicamentos vencidos e não utilizados no município.

MÉTODOS

Para realização deste trabalho fez-se a análise de dados do projeto de extensão “Lixo Farmacêutico: Conscientização, recolhimento e descarte de medicamentos vencidos no município de Caçador/SC”, no período correspondente aos anos de 2013 e 2014. O projeto foi realizado pela Universidade do Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e com a colaboração dos postos de saúde existentes no Município de Caçador/SC, VIPOSA S/A e UNIARP, visando recolher e selecionar medicamentos não utilizados e/ou vencidos, para fins de descarte correto, evitando automedicação e contaminação do meio ambiente.

Os locais de arrecadação dos medicamentos foram os bairros CAIC, Martello, Berger e Rancho Fundo, realizados pela empresa VIPOSA S/A, a Farmácia Escola da UNIARP e sala dos professores da UNIARP. Nos postos de saúde, ocorrem em média 20 atendimentos médicos diários, sendo que na maioria dos atendimentos são fornecidos receituários onde os pacientes retiram estes medicamentos na farmácia do Sistema Único de Saúde – SUS do requerido município.

Do ano de 2013 para 2014 novas formas de divulgação do projeto foram estudadas e colocadas em prática. Foram realizadas reuniões e palestras quinzenais nos pontos de coletas visando à conscientização da população de diversas classes sociais.

COLETA DE MEDICAMENTOS

Para a realização das coletas foram deixadas nos locais citados caixas de plástico transparente com medidas de 0,40 cm de comprimento x 0,30 cm de largura x 0,30 cm de altura e com tampa. Na tampa foi realizada uma perfuração central com tamanho suficiente para passar apenas o medicamento. As caixas foram lacradas para que não houvesse retirada destes medicamentos por pessoas não autorizadas, evitando assim possíveis. Na parte frontal foram colados rótulos de identificação. O monitoramento dos volumes e recolhimentos dos medicamentos foi realizado quinzenalmente.

Panfletos de conscientização do descarte correto de medicamentos foram confeccionados e entregues às enfermeiras responsáveis pelos postos de saúde, para serem distribuídos pelos agentes de saúde à população.

Todos os medicamentos recolhidos passaram por triagem nas dependências da UNIARP, onde foram pesados e descartados junto à Secretaria de Saúde, e posteriormente recolhidos pela empresa autorizada, para incineração dos mesmos.

ANÁLISE E TABULAÇÃO DE DADOS

Após o processo de triagem todos os medicamentos foram pesados e destinados

ao descarte final. Os dados do ano de 2013 foram encontrados em documentos do projeto de extensão protocolados junto à coordenação do mesmo e relatados na discussão deste trabalho.

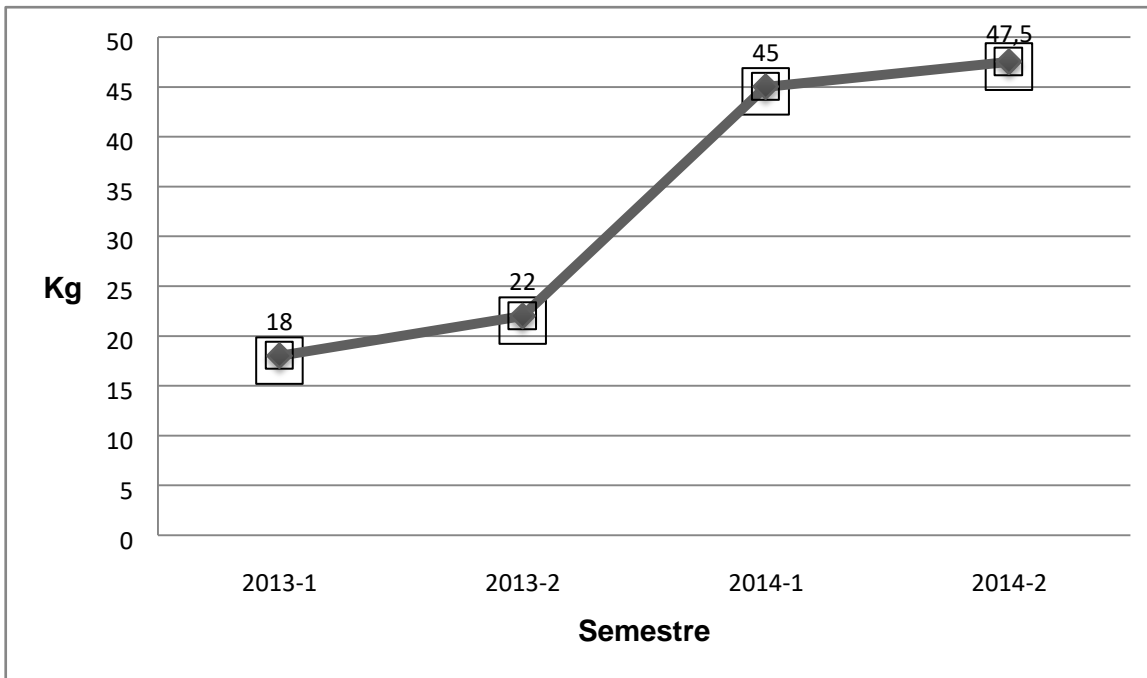
RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após divulgação do projeto com a confecção de panfletos e cartazes foi arrecadado um total de 92,5 Kg de medicamentos no ano de 2014. Os pontos de maior recolhimento foram a UNIARP e o posto de saúde do Bairro Rancho Fundo.

Durante os meses de coleta, 96% dos medicamentos arrecadados encontravam-se vencidos, o restante encontrava-se ainda dentro do período de validade; porém, suas embalagens estavam em péssimas condições. Gasparini et al. (2012) relatam a importância da conservação da embalagem do medicamento, uma vez que esta, quando rompida pode promover a perda da estabilidade do medicamento devido a fatores ambientais como luz, umidade, oxigênio, entre outros, além de promover a perda da ação mesmo antes do prazo de validade ser atingido. Neste mesmo estudo, realizado na cidade de Catanduva- SP, foi verificado que 17,7% dos participantes não atentam para a aparência e nem para a validade do medicamento antes do seu consumo.

Em relação ao ano de 2013, nota-se a crescente diferença no total de medicamentos recolhidos. No segundo semestre de 2013, foram recolhidos 40 Kg de medicamentos, no primeiro semestre de 2014 foram 45Kg, e no segundo semestre de 2014 foram 47,5Kg de medicamentos (Gráfico 1). Com base nestes dados, ressalta-se a eficiência da divulgação através do uso da panfletagem pelas agentes comunitárias de saúde, o que levou à maior conscientização das famílias quanto ao descarte medicamentoso.

Gráfico 1: Comparativo do descarte medicamentoso nos períodos dos semestres de 2013-1 a 2014-2



Fonte: Projeto de extensão Lixo Farmacêutico: Conscientização, recolhimento e descarte de medicamentos vencidos no município de Caçador/SC. O Autor (2015).

Muitos medicamentos recolhidos nem sequer foram utilizados, demonstrando que os pacientes são mal orientados ou não fazem seus tratamentos corretamente, sendo um desperdício de recursos financeiros desnecessário para a saúde pública. Proença (2011) afirma que os medicamentos destinados ao lixo, mesmo não sendo utilizados, devem-se ao excesso de medicação; isto ocorre quando a terapêutica orientada pelo médico termina antes da quantidade medicamentosa comprada ou ainda devido à suspensão terapêutica por parte do médico por motivos diversos. Esta última foi a resposta que 37,1% dos participantes do seu estudo deram quando o assunto foi o porquê da sobra de medicamentos. Um grupo de 25,3% dos participantes relatou que a sobra medicamentosa é devido à auto-iniciativa da suspensão terapêutica pela melhora do seu estado de saúde.

Um tema de relevância para a saúde pública é a destinação final de resíduos de origem farmacêutica, pois estes têm diferentes propriedades farmacológicas que podem causar grande impacto ambiental, podendo gerar resistência bacteriana, afetando o equilíbrio ecológico dos mais variados ecossistemas. Gasparini et al. (2012) diz que o descarte inadequado é feito pela maioria das pessoas por falta de informação e divulgação sobre os danos causados pelos medicamentos no meio ambiente. Cerca de 30% dos entrevistados em seu estudo relatam desprezar os medicamentos no lixo, sendo que o lixo seco é o maior centro de descarte, resultando em 88,18%, seguido do lixo úmido com 7,55% e outras formas de lixo em 4,27% dos casos. Bueno et al. (2009) mostraram que cerca de 57% da sua amostragem utiliza o lixo como local de descarte para os fármacos. Proença (2011) relata em seu estudo que 26,2% de 255 participantes entregam a medicação em farmácias para descarte, já 5,2% acham melhor descartar os medicamentos em lixo comum, e 2,2% acreditam ser o esgoto o melhor descarte.

A falta de informação quanto ao descarte medicamentoso é confirmada por Ueda et al. (2009), que relata que grande parte da população pratica esta atitude errônea pela falta de orientação quanto à forma adequada de se proceder para o descarte medicamentoso. Faltam ainda informações sobre o impacto que o desprezo inapropriado pode provocar no ambiente, inclusive ao próprio ser humano. O autor comenta ainda que a indústria é negligente ao não fornecer na embalagem do fármaco, instruções de como proceder com os resíduos, o que se mostra divergente em relação a produtos industrializados de outros setores.

CONCLUSÃO

Diante dos fatos apresentados nota-se a escassez de atitudes de conscientização para o correto descarte medicamentoso, seja pela indústria farmacêutica ou pelos veículos de fornecimento de medicamentos.

O avanço nos números da arrecadação de medicamentos mostra que as pessoas estão abertas a informações e à colaboração com o ambiente, desejando evitar maiores danos à natureza e à saúde dos outros indivíduos, ao terem aderido ao programa de descarte correto de fármacos proposto pelo projeto. Nota-se também que o que faltava para alavancar a arrecadação eram métodos de divulgação que fossem abrangentes para a população, a fim de descentralizar o projeto, alcançando novos públicos.

Além destas atitudes isoladas de comprometimento com a natureza, torna-se necessário o surgimento de políticas públicas para o descarte medicamentoso, responsabilizando produtores e comerciantes por instruírem os consumidores quanto à forma correta do descarte, tornando também estas empresas as fontes de recolhimento para posterior condução à forma correta de eliminação destes resíduos de saúde.

Sendo assim, enquanto não for possível a criação de um programa eficaz de descarte de resíduos medicamentosos gerados em residências, torna-se de suma importância conscientizar a população sobre causa e efeito da sua atitude errônea, através da elaboração de programas educativos e projetos como estes, que visam o bem-estar da comunidade e do meio ambiente através da atitude conservacionistas ambientais.

REFERÊNCIAS

Agência Europeia do Ambiente. **Sobre Resíduos e recursos materiais**. Disponível em: <<http://www.eea.europa.eu/pt/themes/waste/about-waste-andmaterial-resources>> Acesso em: Jan. 2015.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/relatorio_2009.pdf> Acesso em: Jan. 2015.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 210 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Dispõe sobre o regulamento técnico das Boas Práticas para a Fabricação de Medicamentos. Diário Oficial da União 2003.

ALVARENGA, L. S. V.; NICOLETTI, M. A. Descarte doméstico de medicamentos e algumas considerações sobre o impacto ambiental decorrente. **Revista Saúde**, 4(3), 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. NBR 10.004 - Resíduos Sólidos – Classificação. Rio de Janeiro, 71p, 2004.

BILA, D.M., DEZOTTI, M. Fármacos no meio ambiente. **Quim. Nova**, Vol. 26, No. 4, 523-530, 2003.

BILA, D.M, DEZOTTI, M. Identificação de Fármacos e Estrogênios Residuais e Suas Conseqüências no Meio Ambiente. In: Programa de Engenharia Química/COPPEUFRJ. **Fronteiras da Engenharia Química**. 1ª Edição. Rio de Janeiro: E-papers; 2005. p. 141-175

BOER, N., FERNANDES, B.O. Descarte de medicamentos: um modelo de logística reversa. **Atos do Congresso Responsabilidade e Reciprocidade** – ISSN 22374582. 2011.

BUENO, C.S et al. Farmácia caseira e descarte de medicamentos no bairro Luiz Fogliatto do município de Ijuí - RS. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e aplicada**, Rio Grande do Sul, v. 30, n. 2, p. 75-82, 2009.

CALDEIRA, Décio. PIVATO, Leandro Silva. **Descarte de Medicamentos Domiciliares Vencidos: O que a Legislação Preconiza e o que Fazer?** UNINGÁ, Unidade de Ensino Superior Ingá, Maringá, 2010.

CARVALHO, F. Impacto dos medicamentos no ambiente. **Mundo Farmacêutico**, pg. 12-13. Out. 2006.

COLBORN, T., DUMANOSKI, D., MYERS, J.P. **O futuro roubado**. Porto Alegre: L&PM; 2002.

EICKHOFF, PATRÍCIA; HEINECK, ISABELA; SEIXAS, LOUISE M. Gerenciamento e Destinação Final de Medicamentos: uma discussão sobre o problema. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 90, n. 1, p. 64 – 68, 2009.

FALQUETO, E. et al.. Como realizar o correto descarte de resíduos de medicamentos? **Ciência & Saúde Coletiva**, 15 (Supl. 2): 3283-3293, 2010.

FALQUETO, E., KIGERMAN, D.C. Diretrizes para um programa de recolhimento de medicamento vencidos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(3):883-892, 2013.

FAWELL J. K.; SHEAHAN, D.; JAMES, H. A.; HURST, M.; SCOTT, S.; Oestrogens and oestrogenic activity in raw and treated water in severntrent water. **Wat. Res.** Vol. 35, No. 5, pp. 1240–1244, 2001.

FERREIRA, J. A. Resíduos sólidos e lixo hospitalar: Uma discussão ética. **Cad. Saúde**

Públ. v.11 n.2, Rio de Janeiro, abr./jun. 2005.

GASPARINI, J.C et al. Estudo do descarte de medicamentos e consciência ambiental no município de Catanduva-SP. **Ciência & Tecnologia**: FATEC-JB, Jaboticabal, v. 2, n. 1, p. 38-51, 2011. ISSN 2178-9436.

GIMENO, S., KOMEN, H., JOBLING, S., SUMPTER, J., BOWMER, T. Demasculinisation of sexually mature male common carp, *Cyprinus carpio*, exposed to 4-tert-pentylphenol during spermatogenesis. **Aquat. Toxicol.** 1998.

KORB, A., GELLER, B.M.R., **O conhecimento como fator determinante para o enfrentamento dos problemas ambientais e de saúde.** XI Congresso Nacional de Educação – EDUCERE/PUCPR; 2009.

PROENÇA, P.N.P. **Resíduos de medicamentos**: estudo de caso sobre comportamentos, atitudes e conhecimentos. UNIV. Portugal. 2011.

RIBEIRO, M.A. **Descarte de medicamentos vencidos ou não utilizados: riscos e avanços recentes.** Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiás- GO. 2013.

**TEORIAS E PRÁTICAS EM
ENFERMAGEM**

ESTUDO SOBRE AS PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS APRESENTADAS POR PACIENTE COM ESCLERODERMIA SISTÊMICA LIMITADA E DIFUSA

Study on the main clinical presented in patient with systemic scleroderma limited and diffuse

Mauro Trevisan¹
Daiana Rufino Pereira²
Ester Florentino de Oliveira³

Recebido em: 13 dez. 2015
Aceito em: 07 dez. 2016

RESUMO: Esclerodermia, ou esclerose sistêmica, é uma doença autoimune rara e de etiologia desconhecida. Caracteriza-se pelo aumento na síntese e deposição de fibras de colágeno, resultando em fibrose, espessamento cutâneo e no acometimento de órgãos internos, nos sistemas gastrointestinal, renal, pulmonar, cardíaco e reprodutor. Elucidar as diferenças entre os achados clínicos da esclerodermia sistêmica limitada e da difusa; Destacar as principais consequências da esclerodermia sistêmica limitada e da difusa na vida do paciente portador dessa afecção; Ressaltar a importância da atuação da equipe de enfermagem no acolhimento e no tratamento do paciente com esclerodermia sistêmica limitada e difusa. Trata-se de um artigo de revisão que tem como embasamento teórico 94 referenciais bibliográficos, selecionados de bases científicas, nos idiomas português, inglês e espanhol. A esclerodermia limitada e a difusa se diferem por sua velocidade de progressão. Enquanto a primeira apresenta evolução lenta e envolvimento visceral tardio, a outra é acelerada, com acometimento visceral precoce. As consequências da doença interferem na qualidade de vida do paciente. Cabe ao enfermeiro o planejamento da assistência de enfermagem, visando à melhoria de sua saúde e à prevenção de possíveis complicações.

Palavras-chave: Esclerodermia. Esclerose sistêmica. Fenômeno de Raynaud. Enfermagem.

ABSTRACT: Scleroderma or systemic sclerosis is an autoimmune disease rare and of unknown etiology, characterized by an increase in the synthesis and deposition of collagen fibers, resulting in fibrosis, cutaneous thickening and the involvement of internal organs such as the gastrointestinal system, kidney, lung, heart and reproductive systems. Elucidate the differences between the clinical findings of the limited systemic scleroderma and diffuse; Highlight the main consequences of limited systemic scleroderma and diffuse the life of the patient with this condition; To underscore the importance of the nursing team 's performance in the admission and treatment of patients with limited and diffuse systemic scleroderma. This is a review article that has as theoretical base 94 bibliographical references, selected scientific bases in the Portuguese language, English and Spanish. Limited scleroderma and

¹ Professor Especialista em Direito Civil (UNIPAR-PR), Gestão e Orientação Escolar (FAMATEC), Mestre em Gerontologia pela (UCB), docente da Faculdade LS.

² Graduada em Enfermagem.

³ Graduada em Enfermagem.

diffuse differ by its progression rate, as one presents slow progression and late visceral involvement, the other is accelerated and early visceral involvement. The consequences of the disease interfere with the patient's quality of life and it is up to the nurse planning of nursing care in order to improve their health and prevent possible complications.

Keywords: Scleroderma. Systemic sclerosis. Raynaud phenomenon. Nursing.

INTRODUÇÃO

Esclerodermia é uma doença autoimune rara que provoca ativação do sistema imunológico, dano vascular e aumento na síntese e na deposição de fibras de colágeno. Causa fibrose, espessamento cutâneo e acomete órgãos internos. Sua etiologia ainda não está esclarecida, entretanto fatores genéticos e ambientais parecem contribuir com a expressão da patologia, que ocorre com maior incidência nas mulheres do que nos homens, principalmente na terceira e quinta década de vida.

A patologia divide-se em duas principais formas: a localizada, cuja alteração é restrita ao tecido cutâneo, e a sistêmica, foco deste estudo, que apresenta, além das manifestações epiteliais, o comprometimento de órgãos dos sistemas nervoso, musculoesquelético, gastrointestinal, renal, pulmonar, cardíaco e reprodutor. Desencadeia, também, o fenômeno de Raynaud e provoca danos vasculares.

A forma sistêmica é subdividida em duas: a Difusa, onde o envolvimento visceral é precoce e agressivo, e a Limitada, na qual as manifestações viscerais são mais tardias, o que representa um melhor prognóstico. O diagnóstico é complexo e o tratamento baseia-se nas manifestações existentes, sendo o plano de cuidado de enfermagem essencial nessa terapêutica, aspirando promover assistência de qualidade, recuperação, reabilitação e prevenção de complicações.

O presente artigo busca esclarecer o seguinte questionamento: quais são os principais sinais e sintomas apresentados por pacientes portadores de esclerodermia sistêmica limitada e difusa?

A justificativa da pesquisa fundamenta-se em sua relevância científica, que proporcionará a obtenção de conhecimento a respeito da esclerodermia sistêmica limitada e da difusa, contribuindo para o aprimoramento pessoal e servindo de fonte de pesquisa para formação acadêmica de futuros enfermeiros. A escolha do tema visa à compreensão desta doença autoimune, que apesar de ser rara, pode ser vivenciada por profissionais da saúde durante sua carreira assistencial, cabendo a estes a destreza no atendimento e na realização de um acolhimento preciso, conforme a gravidade da patologia.

O artigo teve sua estrutura organizada por tópicos, considerando, primeiramente, o conceito e contexto histórico da esclerodermia sistêmica. Na sequência, foram apresentados os aspectos epidemiológicos, etiológicos, classificação da patologia, patogênese, manifestações clínicas, diagnóstico, tratamento, prognóstico e complicações.

Os objetivos do estudo são: Descrever as diferenças clínicas entre Esclerodermia Sistêmica Limitada e a Difusa; destacar as principais consequências da esclerodermia sistêmica limitada e da difusa na vida do paciente portador dessa afecção; ressaltar a importância da atuação da equipe de enfermagem no acolhimento e tratamento do paciente com esclerodermia sistêmica limitada e difusa.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um artigo de revisão de natureza qualitativa e descritiva a respeito da esclerodermia sistêmica limitada e da difusa. São abordados os aspectos históricos, epidemiológicos e etiológicos, a fisiopatologia, as manifestações clínicas, o diagnóstico, o tratamento, o prognóstico e as complicações da doença. O estudo possui, como embasamento teórico, 94 referenciais bibliográficos, publicados nos últimos 27 anos (1987-2014), selecionados entre fevereiro e abril de 2015, tendo como critério de inclusão a busca por fontes que possuíam as terminologias esclerodermia, esclerose sistêmica, fenômeno de Raynaud e enfermagem. Como critério de exclusão, as que não abrangiam, de forma complexa, o assunto proposto.

Os textos selecionados foram retirados de bases científicas, como Scielo, Bireme, Revista Brasileira de Reumatologia, Anais Brasileiros de Dermatologia, dentre outras. Foram utilizados artigos em português, inglês e espanhol, além de três livros disponíveis na biblioteca da Faculdade Icesp Promove de Brasília, um livro virtual, duas dissertações de mestrado e uma tese de doutorado da Universidade de São Paulo – USP, todos relacionados ao tema esclerodermia.

DISCUSSÃO

Esclerodermia ou esclerose sistêmica é uma doença autoimune grave, de causa desconhecida e relativamente rara, cuja progressão pode ser lenta ou rápida (VARGA apud SKARE *et.al.*, 2008). Sua origem vem das palavras Gregas Skleros (dura) e derma (pele), que significam pele dura ou endurecimento da pele (LEROY *et. al.* apud MULLER *et.al.*, 2011). Tem como característica o aumento na síntese e deposição de fibras de colágeno na pele ou em órgãos internos, podendo acometer múltiplos sistemas. Consiste em uma enfermidade não contagiosa e de evolução crônica (MARIE *et.al.*, 2008).

Apresenta-se, didaticamente, dividida em duas formas principais: a Esclerodermia Localizada e a Sistêmica, sendo, esta última, o foco desta pesquisa. A forma localizada, também conhecida como morfeia, provoca alterações no tecido conjuntivo, em virtude do aumento na síntese de colágeno, resultando em espessamento assimétrico e fibrose cutânea. Estruturas subjacentes também podem sofrer atrofia, porém os órgãos internos geralmente não são acometidos nesse tipo de afecção (WEIBEL *et. al.*, 2006; VIERRA; CUNNINGHAM, 1999). Atinge especialmente crianças em idade escolar e adultos jovens,

sendo classificada em cinco subtipos: generalizada, golpe de sabre, panesclerótica, morfeia em placas e a linear. Entretanto são estas duas últimas as que ocorrem com maior frequência (ZULIAN *et. al.*, 2006; CHRISTEN-ZAECH *et. al.*, 2008; MZANO *et. al.*, 2003 apud TOMIYOSHI *et. al.*, 2010).

As manifestações clínicas têm início com a formação de eritema, que evolui para o aparecimento de pequenas ou extensas placas de coloração amarelada, limitadas por bordas azul-violáceo, podendo ser elevadas ou deprimidas. As lesões podem acometer a face, o pescoço, o tórax, os membros superiores e inferiores, e, em casos mais graves, como na morfeia de golpe de sabre, haver alteração no funcionamento do sistema nervoso central. Essa enfermidade pode resultar em deformidades estéticas, devido ao aspecto da pele, e funcionais, como artralgia, contraturas e edemas articulares, afetando a qualidade de vida. A morfeia é dez vezes mais comum e sua transição para a esclerodermia sistêmica é relativamente rara (LAXER; ZULIAN, 2006; BONO; DUPIN, 2006 apud. ZANCANARO *et.al.*, 2009).

Já a esclerodermia sistêmica é descrita pelo comprometimento vascular de médios e pequenos vasos e pela fibrose cutânea e visceral, decorrentes da produção excessiva de colágeno. O acúmulo desse tecido conjuntivo provoca danos a diferentes órgãos - como pele, pulmão, coração e rins – e, também, ao sistema gastrointestinal (HANITSCH *et.al.*, 2009). Esse tipo de afecção subdivide-se em duas formas: a Difusa e a Limitada. O que as difere é a localização das lesões cutâneas e sua progressão. No entanto, ambas acometem órgãos internos (LEROY *et.al.* apud. FRANCISCO *et.al.*, 2005).

CONTEXTO HISTÓRICO

A esclerodermia foi referenciada, pela primeira vez, por Hipócrates, pai da medicina, que descreveu os doentes acometidos pela afecção como seres que mumificavam em vida. No entanto, em 1753, Carlos Curzio especificou esta patologia como uma entidade clínica propriamente dita. Anos depois, em 1924, as manifestações clínicas viscerais de fibroses, acometendo rins, pulmões e trato gastrointestinal, foram descritas. Uma visão mais detalhada do envolvimento visceral foi proposta por Goetz, ajudando a entender que a esclerodermia não se tratava apenas de um problema cutâneo. Com isso, criou-se uma nova definição para a doença: esclerose sistêmica progressiva. Porém, devido ao peso emocional que a palavra progressiva gerava nos pacientes e pelo fato dela nem sempre ser de caráter evolutivo, em 1988, este termo foi retirado, levando-a a nomenclatura atual: “esclerose sistêmica” (CURZIO, 1753; GOETZ, 1945; LEROY *et.al.*, 1988 apud. FREIRE; CICONELLI; SAMPAIO- BARROS, 2004).

EPIDEMIOLOGIA

A esclerose Sistêmica é uma doença rara, de distribuição mundial. Seu início é

mais comum na terceira e quinta década de vida. Estima-se que ela acometa mais mulheres do que homens, numa proporção de 3:1, sem predileção por raça. Todavia, a sua forma mais grave ocorre em mulheres negras (OLIVEIRA, C. *et. al.*, 2010). A afecção raramente ocorre antes dos 20 anos de idade. Nessa faixa etária, os indivíduos enfermos representam menos de 10% do total. As meninas são três vezes mais acometidas do que os meninos, exceto antes dos oito anos de idade, na qual a ocorrência da doença é similar em ambos os sexos (MEDSGER; JR; MD, 1994; MARTINI *et.al.*, 2006). Sua incidência é de, aproximadamente, 10 por 1 milhão/ ano (ARROLIGA; PODELL; MATTHAY apud MIRANDA *et.al.*, 2006), ocorrendo mais frequentemente nos Estados Unidos e na Austrália, em comparação ao Japão e à Europa. Entre as doenças reumáticas, esta tem a mais alta taxa de mortalidade, sendo o acometimento pulmonar o principal fator causador de morte (CHIFFLOT *et.al.*, 2008).

No Brasil, foi lançado um projeto de estudo epidemiológico sobre a Esclerodermia, durante um Congresso de reumatologia, em 2002, denominado GEPRO (Grupo de Esclerose Sistêmica do Projeto Pronuclear). Esse grupo teve como intuito traçar um perfil da patologia no país, colaborando para a criação e aperfeiçoamento de centros de pesquisa voltados para essa afecção. Desenvolveu-se, então, um protocolo com 245 itens relacionados à gravidade do problema, que foi implantado em 2003. Nesse mesmo ano, ocorreu a viabilização de ambulatórios específicos para esclerodermia e a unificação da mentalidade para a avaliação da doença. Estima-se que trinta centros espalhados nos diversos estados brasileiros estarão adequados para participar do projeto, o que contribuirá para a melhoria na qualidade do atendimento prestado. Entre eles estão o Hospital Evangélico de Curitiba, Hospital de Base de Brasília, Universidade de Brasília - UnB, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, entre outros. (SAMPAIO-BARROS; ANDRADE, 2004).

Ressalta-se, também, a importância da Associação Brasileira de Pacientes de Esclerose Sistêmica - ABRAPES, fundada pelo Doutor Percival Degraiva Sampaio Barros, renomado especialista em Esclerodermia no Brasil. Essa associação tem por objetivo conscientizar, divulgar e realizar ações de melhoria da saúde dos portadores de esclerose sistêmica no país. Destaca-se, ainda, o projeto de lei nº 14.939/13 que instituiu, no Estado de São Paulo, o Dia da Conscientização da Esclerodermia - 29 de junho (TORRES, 2014).

ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO

A causa da esclerodermia ainda não está esclarecida, mas há relatos da contribuição de fatores genéticos e ambientais na expressão da doença. Observa-se uma predisposição genética, quando certos haplótipo do antígeno leucocitário humano (HLA) e o polimorfismo genético estão em genes específicos. Estudos também evidenciam o risco do aparecimento da patologia, ao longo dos anos, em filhos de portadores dessa enfermidade (MEDSGER; JR; MD, 1994). Ressalta-se, ainda, a presença de autoanticorpos na esclerose sistêmica e a associação desta com outras doenças autoimunes (SAMPAIO

et.al. apud BEDRIKOW, 2008).

Dentre as causas ambientais, estão alguns fatores externos físicos, químicos e as infecções, que seriam capazes de desencadear o aparecimento da esclerodermia em indivíduos predisposto. Verifica-se a ocorrência dessa doença após alguns tipos de infecções virais, como: a citomegalovirose, a varicela (varicela-Zóster), a mononucleose (Epstein-Barr) e a infecção bacteriana por *Borrelia burgdorferi*. Associa-se, ainda, a ocorrência de lesões cutâneas à administração das vacinas BCG e tríplice viral, a procedimentos cirúrgicos e a traumas físicos (ABERER *et.al.*, 1987; MURRAY; LAXER, 2002; ABERER; NEUMANN; STANEK apud. ZANCANARO *et.al.*, 2009;). As substâncias químicas, a exemplo os medicamentos quimioterápicos, como a cisplatina, taxanos, bleomicina e vincristina, podem estar relacionadas à patologia e ao fenômeno de Raynaud. Outros elementos a serem citados são o triptofano, metissergida, os destilados de petróleo e a exposição ocupacional a solventes, ao cloreto de vinil e à sílica, que também estão relacionadas com manifestações esclerodérmicas (LUNARDI *et.al.*, 2000; VELTMAN *et.al.*, 1975; SILVER *et.al.*, 1990; KLUGER *et.al.*, 2005; ADOUE *et.al.*, 1985; ITOH *et.al.*, 2007; KETTANEH *et.al.*, 2007 apud. MONTICIELO *et. al.*, 2008).

Observa-se a prevalência da esclerose sistêmica nos trabalhadores expostos à sílica, sendo os serviços em mineração de ouro e carvão, moagens de pedra, fundições, cerâmicas e o jateamento de areia, as atividades que apresentam maiores riscos para a ocorrência da enfermidade. A inalação da poeira da sílica leva a um problema pulmonar fibrosante, de caráter progressivo, conhecido como silicose. A associação entre esta afecção e a esclerodermia denomina-se silicoesclerodermia ou Síndrome de Erasmus. O mecanismo de ação dessa junção ainda não é bem esclarecido, mas pode ser justificado pelo processo inflamatório gerado pela sílica, que ocorre após a fagocitose e a liberação de mediadores por macrófagos alveolares ativados, resultando na alteração da imunidade e na formação de autoanticorpos e imunocomplexos circulantes, relacionados às reações autoimunes (SOUZA *et.al.* apud. PEDROSO *et.al.*, 2009; HAUSTEIN; ANDEREGG apud. PINTO *et.al.*, 2006).

CLASSIFICAÇÃO

A Esclerodermia Sistêmica implica uma desordem multissistêmica. Ela se divide em duas categorias: a Limitada e a Difusa, tendo como critério de distinção: a velocidade de progressão da doença, o envolvimento epitelial e subcutâneo e o tipo de lesão dos órgãos internos (KIM *et.al.*, 2001). Alguns autores citam uma terceira forma da doença, a intermediária, que se caracteriza pelo espessamento cutâneo proximal às articulações metacarpofalangeana. Entretanto, essa forma clínica foi excluída da classificação atual, devido às suas controvérsias e à falta de especificidade com a doença (BARNETT; MILLER; LITTLEJOHN, 1988).

Na Esclerodermia Sistêmica Limitada, evidencia-se o espessamento simétrico da

pele de início e uma evolução lenta. Esses sintomas são restritos às extremidades distais dos cotovelos (mãos e antebraço) e joelhos, à face e ao pescoço. Já as manifestações viscerais são mais tardias, o que representa um melhor prognóstico em relação à Difusa (FREIRE; CICONELLI; SAMPAIO- BARROS, 2004). Nesta, também, ocorrem, com maior frequência, outros sinais e sintomas, conhecidos como síndrome CREST. Esta sigla corresponde à calcinose cutânea (depósitos de cálcio embaixo da pele, especialmente nos dedos das mãos e antebraços), ao fenômeno de Raynaud (palidez, cianose e hiperemia induzidas pelo frio ou pelo estresse emocional), à dismotilidade do esôfago (causa dor e azia), à esclerodactilia (endurecimento da pele dos dedos) e ao telangiectasias (vasos avermelhados na face, mucosas e mãos). Esse tipo de esclerose sistêmica não possui comprometimento do tronco e está associado ao anticorpo anti-centrómero (LASTRA, 2006).

Na Esclerodermia sistêmica difusa, também conhecida como generalizada, o envolvimento da espessura e o endurecimento cutâneo ocorrem de forma simétrica e acelerada, afetando as partes proximais e distais dos membros (dedos, mãos, braços e pernas), a face e o tronco. A extensão da pele pode ser totalmente acometida e o envolvimento visceral é mais precoce e agressivo. Incluem-se, ainda, alterações pulmonares, cardíacas, digestivas e doenças renais (OLIVEIRA, C. *et. al.*, 2010).

PATOGÊNESE

A patogênese da esclerodermia sistêmica é complexa e pouco esclarecida. Nela, nota-se o envolvimento de três componentes: a ativação da resposta imunológica celular e humoral, a alteração ou dano vascular e a ativação de fibroblastos - que resulta no excesso e deposição de colágeno, espessamento cutâneo e fibrose de órgãos nobres. A proliferação da camada íntima, o estreitamento do lúmen e a diminuição do fluxo sanguíneo ocasionam lesões vasculares - manifestadas por anormalidades vasculares periungueais -, Fenômeno de Raynaud, hipertensão arterial pulmonar, entre outras (VARGA apud. BERTAZZI *et.al.*, 2012; CLEMENT, 1996; SCHACHNA; WIGLEY, 2002 apud. MONTICIELO *et. al.*, 2008). A vasculopatia esclerodérmica está associada ao excesso de endotelina-1 (um vasoconstritor endógeno) e à diminuição da prostaciclina.

O autoanticorpo antifosfolípide – AAF é um importante anticorpo. É o responsável por fenômenos trombóticos de macro e microcirculação. Além dele, destaca-se o anticardiolipinas- aCl, que é associado ao surgimento de cicatrizes estelares (MARIE *et.al.*, 2008; XU *et.al.*, 1998; SANTAMARIA *et.al.* apud LIBERATI; SKARE; RIBEIRO, 2010).

Como resposta imunológica, devida à afecção, ocorre à produção de autoanticorpos e, no processo inflamatório, a ativação das citocinas pró-fibróticas (IHN, 2002). O fator de crescimento e transformação TCG beta estimula os fibroblastos a aumentar a matriz extracelular, a sintetizar colágeno e fibronectina e no processo de angiogênese. Esse fator TCG beta é produzido nas plaquetas, pelos grânulos alfas, a partir

do estímulo do fator de crescimento derivado de plaquetas- PDGF e, também, através das lesões decorrentes da ação de macrófagos e linfócitos T (FALANGA; ALTMAN; ROTH, 1988; SMITH; LEROY, 1990; PANDOLFI *et. al.*, 1989). A interleucina 4 e o fator de crescimento do tecido conjuntivo - CTGF também estão envolvidos nessa fisiopatologia, assim como o antígeno leucocitário humano – HLA e os fatores hormonais - que estão presentes na expressão e tendência ao desenvolvimento da patologia. Estudos sugerem ainda que sua gênese ocorra devido ao microquimerismo - trocas de células fetais com tecidos maternos durante a gestação, que podem sobreviver no sangue e nos tecidos da mãe durante anos, podendo provocar a ativação do sistema autoimune (LAMBERT *et. al.*, 2004; GLADMAN *et. al.*, 2005; SAKKAS, 2005).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O envolvimento clínico da esclerodermia sistêmica não se limita apenas aos achados cutâneos. Abrange, também, alterações de múltiplos sistemas, cujo grau e extensão do comprometimento dos órgãos podem variar entre os pacientes. Os principais sinais e sintomas são: manifestações cutâneas, vasculares, musculoesqueléticas, esofagianas, gastrointestinais, renais, pulmonares e cardíacas (OLIVEIRA, C. *et. al.*, 2010).

O fenômeno de Raynaud é a primeira manifestação clínica da esclerodermia. Pode preceder, durante anos, o desenvolvimento da patologia. Está presente em quase todos os pacientes, numa proporção de 90 a 99% dos casos (WIGLEY, 2001; TAGER; RIKLY, 1999 apud. GUIDOLIN *et.al.*, 2005). Define-se essa patologia como episódios reversíveis de vasoespasmos de extremidades, associados à palidez, à cianose, ao rubor, ao desconforto, a dor e a parestesias das mãos e dos pés - após contato com o frio ou em situações de estresse emocional. Pode acometer, em casos mais graves, o nariz, as orelhas e a língua. Ou, ainda, estar associado ao aparecimento de úlceras isquêmicas, necrose, reabsorção das extremidades, hipotrofia e afilamento das polpas digitais (WIGLEY, 2002; LEROY, MEDSGER, 1992; GAYRAUD, 2007 apud. KAYSER; CORRÊA; ANDRADE, 2009).

As manifestações cutâneas normalmente ocorrem nas mãos, pés e face. São marcadas pelo endurecimento da pele, que passa a apresentar-se lisa, sem pelos, hiperpigmentada ou hipopigmentada e bastante aderida às estruturas subjacentes (OLIVEIRA, C. *et. al.*, 2010). O ressecamento da derme é evidente. Ocorre devido à supressão da secreção sudorípara no local (SMELTZER; BARE, 2005). A face sofre alterações cutâneas. A pele passa a apresentar aspecto brilhante, esticada e endurecida, semelhante a uma máscara. Há perda das linhas faciais normais e da mímica. A fronte apresenta-se lisa e sem rugas e ocorre o afilamento nasal, de aspecto pinçado, pontiagudo, em forma de bico. Há, também, afilamento dos lábios, microstomia, sulcos periorais radiais, encurtamento da língua, redução da abertura oral, expansão da arcada dentária e hiperpigmentação difusa (WOLFF; JOHNSON; SAAVEDRA, 2013).

O acometimento das mãos pode se dar por esclerodactilia, que é o endurecimento

da pele dos dedos, apresentando-se em forma de garra, levando a uma dificuldade ou a uma limitação de extensão e flexão, assim como a atrofia. Neste caso, as unhas são poupadas. Entretanto, podem se curvar sobre as extremidades dos dedos, devido ao seu encurtamento, ou sofrer telangiectasia periungueal (OLIVEIRA, C. *et. al.*, 2010). Calcificações próximas às falanges terminais e às articulações podem ser frequentes, em razão da calcinose intersticial. Ela faz com que haja deposição de finas placas de cálcio no sistema tegumentar, na hipoderme, nos músculos e nos tendões (ROGERS; BOLES; PROPECK apud. ROSA *et.al.*, 2006).

A reabsorção óssea das extremidades distais das falanges dos dedos das mãos é outro sinal da enfermidade. Pode ser acompanhada de úlceras e necroses digitais, cicatrizes estelares, áreas de hemorragias, telangiectasia, trombose periférica, contraturas, calcinose cutânea e leucomelanoderma - uma alteração da pigmentação da pele (XU *et.al.*, 1998; MARIE *et.al.*, 2008; OLIVEIRA, C. *et. al.*, 2010). Raramente ocorre reabsorção óssea nos pés e em outras partes do esqueleto. Há, ainda, a Osteopenia Localizada Periarticular, que ocorre nas mãos, podendo se estender por todo o membro comprometido. Pode estar relacionada ao processo fisiopatológico, à artropatia inflamatória, ao desuso ou ao comprometimento muscular (BASSET *et. al.*, 1981; BLOCKA *et. al.*, 1981; KHONSTANTEEN; WRIGHT; RUSSELL, 1988; LA MONTAGNA *et. al.*, 1991; RODNAM, 1979 apud. SILVA, H. *et.al.*, 1997).

A sinovite proliferativa tem sido descrita como causa de contraturas na esclerose sistêmica. Porém, as limitações, ou a perda da mobilidade e da função articular, têm sido atribuídas ao espessamento cutâneo e à rigidez, atrofia e envolvimento dos tendões. Também são comuns os casos de fraqueza muscular proximal da cintura escapular e da cintura pélvica. Na forma difusa da doença, há miopatias inflamatória ou fibrosa e infarto muscular por vasculopatia (AKESSON *et. al.*, 2003). O atrito tendíneo e a síndrome do túnel do carpo são outras manifestações quase que exclusivas da forma difusa da enfermidade (CLEMENTS apud VALERI, 2011).

O envolvimento gastrointestinal é a manifestação clínica visceral com maior prevalência na esclerodermia sistêmica. Pode afetar o esôfago, o estômago, o intestino delgado e o grosso, o reto e o ânus, sendo mais comum a disfunção do esôfago, que afeta 70 a 90 % dos doentes. O refluxo gastresofágico é a principal complicação decorrente da perda do peristaltismo e da dificuldade do fechamento do esfíncter esofágico inferior, o que acarreta nos sintomas de pirose, náuseas, dificuldade de deglutir, esôfago de Barret, assim como predispõe ao adenocarcinoma de esôfago, esofagite e ulcerações. Retardo no esvaziamento gástrico devido a distúrbios eletrofisiológicos também pode contribuir para o refluxo. Além disso, a ectasia, a distensão ou dilatação e a vascular antral gástrica podem provocar um grave sangramento digestivo (CLEMENTS *et. al.*, 2003; FORBES; MARIE, 2009; WIPFF *et. al.*, 2005; SALLAM; MCNEARNEY; CHEN, 2006).

Distúrbio da motilidade intestinal e hipomotilidade, causada pela esclerose sistêmica, podem levar à diminuição do trânsito intestinal, constipação, íleo paralisado, obstrução funcional, impactação fecal, isquemia e infarto intestinal, perfuração do intestino,

peritonite, proliferação da flora bacteriana, hemorragia severa por ulceração, má absorção de nutrientes, distensão, dores abdominais e cólicas. Alguns desses sintomas podem estar presentes há meses, ou até mesmo anos, sem receber um tratamento clínico eficaz. Uma explicação para essa hipomotilidade seria a deposição de colágeno e de fibrose nas mucosas, submucosas e camadas musculares do intestino, o que contribuem para o aparecimento dos sintomas. Em consequência do comprometimento gastrointestinal e da má absorção, o paciente pode apresentar quadro de fraqueza, desidratação, desnutrição grave, anemia, carência de vitamina B 12, anorexia, náuseas, vômitos, diarreia, flatulência e gordura nas fezes. (BARNETT *et. al.*, 1976; STAFFORD-BRADY, 1988; NETSCHER; RICHARDSON, 1984; WEHMEYER; KISER, 1975; REGAN; WEILAND; GEALL, 1977; SAYFAN; BECKER; LEV, 2001 apud. CARDOSO, J. *et.al.*, 2006). Acrescenta-se que menos de 10% dos enfermos apresentam problemas no fígado, na qual a cirrose biliar primária é a mais frequente complicação. Casos isolados de hipertensão porta idiopática e hiperplasia nodular hepática já foram evidenciados em estudos (JIRANEK; BREFELT apud OLIVEIRA, N., 2005).

Cerca de 60 a 80% dos pacientes podem apresentar complicações renais graves, como: proteinúria, elevação da creatinina sérica e hipertensão arterial (MEDSGER *et. al.*, 1971; LIVI *et. al.*, 2002 apud VALERI, 2011). A evolução acelerada desses sintomas pode acarretar crise renal esclerodérmica ou insuficiência renal aguda, devido às contrações involuntárias dos vasos renais e aos problemas arteriais (STEEN apud OLIVEIRA, N., 2005). Estudos evidenciam que o maior risco de crises renais ocorra em pacientes com esclerodermia sistêmica difusa e que outros sintomas podem surgir, como: encefalopatia, cefaleia, febre, retinopatia hipertensiva e edema pulmonar. (DENTON *et. al.* apud. BERTAZZI *et.al.*, 2012).

Outra dificuldade encontrada são as afecções pulmonares, frequentes no curso da Esclerodermia. Pode manifestar-se em 70% dos indivíduos, como a Doença Intersticial Pulmonar, ou em 50%, como a Hipertensão Arterial Pulmonar (SAHHAR; LITTLEJOHN; CONRON, 2004). A Doença Intersticial Pulmonar causa inflamação e fibrose no interstício, alvéolos e tecido peribrônquico, desencadeando lesões no órgão. Na condição limitada, as formas de fibrose são mais leves, enquanto na difusa, essa sintomatologia é mais precoce, grave, com maior envolvimento pulmonar e extensão fibrótica (MOUTHON *et. al.* apud. BERTAZZI *et.al.*, 2012; KIM *et. al.*, 2001). No início, a evolução da doença intersticial é lenta, podendo apresentar-se assintomática e estável por períodos longos. Conforme o problema progride, o paciente pode sentir tosse seca, dispneia, restrição dos esforços físicos, redução dos volumes pulmonares, cianose e estertores crepitantes na ausculta pulmonar (LATSI; WELLS apud. KAIRALLA, 2005; STEEN *et. al.* apud VALERI, 2011).

Outros sintomas característicos das alterações funcionais, na doença intersticial, são: redução nos volumes e complacência pulmonar, prejuízo na competência de difusão, alteração da caixa torácica e parede abdominal e diminuição do calibre das vias aéreas, resultando em resistência do fluxo aéreo. No estágio avançado, o pulmão pode adquirir um aspecto de favo de mel, resultando em lesões fibróticas, rigidez e tensões mecânicas, como

a bronquiectasia de tração (BOUROS *et. al.*, 2002). A alteração vascular no pulmão leva à Hipertensão Arterial Pulmonar, principal vasculopatia, definida como resistência vascular na pequena circulação, onde a pressão média da artéria pulmonar, em repouso, é maior ou igual 25 mmHg e, durante o exercício físico, 30 mmHg. Esta anormalidade ocorre em consequência da vasoconstrição, do remodelamento da parede arterial e da trombose (ELKAYAM; GLEICHER apud CALLOU; RAMOS, 2009). No começo, a doença é assintomática. Com o avanço da enfermidade, surgem queixas como: dispneia progressiva ao esforço, dor torácica, miopatias, vertigem ou síncope, mal estar geral (SAHHAR; LITTLEJOHN; CONRON, 2004), sopro da regurgitação tricúspide e sinais de cor pulmonale - insuficiência cardíaca da câmara direta (BADESCH *et. al.* apud VALERI, 2011).

No coração, as manifestações clínicas comuns da esclerodermia são secundárias à hipertensão arterial sistêmica ou pulmonar (JANOSIK apud VALERI, 2011). As alterações cardíacas primárias incluem distúrbios do sistema de condução, arritmias, palpitações, insuficiência cardíaca congestiva, pericardite e derrame pericárdico (FERRI *et.al.*, 2002). O edema em membros inferiores, o ingurgitamento de jugular e a hepatomegalia podem indicar uma insuficiência cardíaca (SAMPAIO-BARROS; AZEVEDO; FREIRE, 2004). As doenças miocárdicas atingem 20 a 25 % dos pacientes (FOLLANSBEE apud OLIVEIRA N., 2005). Áreas de fibrose do músculo miocárdio podem surgir sem ter relação com a doença coronariana, assim como áreas de necrose podem aparecer devido à hipóxia. (KLIPPEL *et. al.* apud OLIVEIRA N., 2005). O Fenômeno de Raynaud intramiocárdico também é descrito na literatura por desencadear oclusão arterial ou vasoespasmos intermitente, levando a problemas microvasculares, como isquemia e necrose tecidual (FOLLANSBEE *et. al.*, 1984; ALEXANDER *et. al.* 1986 apud VALERI, 2011).

Queixas de alterações nos órgãos sexuais são evidentes em pacientes do sexo feminino com essa colagenase. Há relatos de irregularidade do ciclo menstrual, ressecamento vaginal, dispareunia, menopausa precoce, anormalidades da cérvix uterina e infertilidade. Essas anormalidades podem preceder, durante anos, à manifestação da doença. Nas mais jovens, as modificações imunológicas, vasculares ou o próprio tratamento utilizado para a patologia podem ocasionar falência ovariana prematura. As mulheres apresentam, ainda, dúvidas e angústias quanto à sua capacidade de engravidar. Têm receio de não conseguirem chegar ao fim da gestação, devido aos riscos, e demonstram preocupação quanto à saúde incerta do futuro bebê. Devido a isso, muitas vezes, evitam a gravidez.

Esses medos são evidenciados em virtude do aumento do risco de abortos, do nascimento de prematuros, do registro de bebês com baixo peso e do retardo de crescimento uterino (STEEN, 1997; BAGNOLI; FONSECA; JUNQUEIRA, 2007). Esses fatos podem ocorrer devido à própria doença de base, ao aumento da concentração de DNA masculino no sangue e à presença de anticorpos anticardiolipina, responsáveis pelo aparecimento de trombose arterial e venosa, trombocitopenia e abortos de repetição. Pesquisas afirmam que a forma difusa da afecção apresenta maior risco de surgimento de recém-nascidos de baixo peso e, também, registra a menor taxa de fertilidade, quando

comparada à forma limitada. Entretanto, as taxas de abortos são iguais nas duas formas, levando muitos médicos a desaconselhar essas pacientes a terem filhos (PISA *et. al.*, 2002; PICARELLI, *et. al.*, 1995; MULINARI-BRENNER *et. al.*, 2001 apud FRANCISCO *et. al.*). Nos homens, apesar de raro o aparecimento dessa enfermidade autoimune, há complicação sexual e disfunção erétil. Isso se deve à fibrose tecidual e à doença microvascular (NEHRA *et. al.* apud VALERI, 2011).

O envolvimento do sistema nervoso, ocasionado pela doença, não é comum. Entretanto, a literatura apresenta alguns casos de neuralgia do trigêmeo e de síndrome do túnel do carpo bilateral (HERRICK; JAYSON apud OLIVEIRA N). A neuralgia do trigêmeo é descrita por dor neuropática facial, de forte intensidade, tipo choque e compressão do nervo trigêmeo. (FRANK; FABRIZI apud GUSMÃO; MAGALDI; ARANTES, 2003) Já a síndrome do túnel do carpo bilateral ou neuropatia periférica é o resultado da compressão do nervo mediano dos punhos. Causa dormência, formigamento, episódios de choque, dor e fraqueza nas mãos (DAWSON; HALLETT; MILLENDER. Apud KOUYOUMDJIAN, 1999). Outras formas de envolvimento neurológico a serem citados na patologia são as miopatias, as mielopatia e as doenças cerebrovasculares (ZAMOST *et. al.* apud VALERI). Ressalta-se, ainda, um risco elevado para o surgimento de câncer, principalmente a neoplasia pulmonar, devido a essa colagenase (STEEN; MEDSGER apud VALERI, 2011).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da esclerodermia é muito complexo, pois se trata de uma doença rara e pouco conhecida pelos profissionais de saúde, podendo ser confundida com outras patologias autoimunes (LEITE; MAIA, 2013). Desse modo, faz-se necessária a anamnese rigorosa e o exame físico completo, buscando-se achados clínicos Assim como a realização de exames laboratoriais e a verificação da presença de um critério maior ou de dois critérios menores. Na classificação do critério maior, é necessário ter a esclerodermia proximal no dorso das mãos. Já no preceito menor, as manifestações são a esclerodactilia, ulcerações de polpas digitais ou reabsorção de falanges distais e fibrose pulmonar bibasilar (MASI *et. al.* apud FREIRE; CICONELLI; SAMPAIO- BARROS, 2004).

Na avaliação clínica, observam-se sinais e sintomas sugestivos da afecção, como: presença de tumefação e contraturas de dedos das mãos e das articulações, alterações escleróticas na derme, lesões nas polpas digitais, face esticada, brilhosa e com aspecto de máscara, distensão abdominal e suspeita de acometimento de outros órgãos. Dor, disfagia, refluxo, diarreia e constipação intestinal são relatados frequentemente pelos pacientes (SMELTZER; BARE, 2005; JACOBSON, 2007).

Tendo em vista as anormalidades encontradas no exame físico, usa-se, como complemento do diagnóstico, a Capilaroscopia Periungueal, que é um método de identificação precoce das alterações microvasculares presentes em algumas doenças autoimunes, principalmente no aspecto da esclerodermia, pois ajuda na diferenciação desta

das demais doenças conexas. Esse exame consiste numa técnica não invasiva, de fácil execução, baixo custo e boa acessibilidade, que proporciona a verificação da rede microvascular do leito capilar periungueal, buscando os vasos dilatados e as áreas desvascularizadas, a partir do uso do estereomicroscópio. A análise permite a visualização apenas do plexo subpapilar e dos capilares das papilas dérmicas, ou seja, das áreas proximais à borda ungueal e à cutícula. Assim sendo, recomenda-se que, por um período mínimo de três semanas, o paciente não retire as cutículas, para não prejudicar o estudo dos capilares, devido ao edema. Ressalta-se que o exame deva ser realizado em todos os quirodáctilos, pois as alterações podem estar restritas a alguns dedos, embora o dedo anular e o mínimo ofereçam melhor visualização (SILVA, L. *et.al.*, 1997; CUTOLO; PIZZORNI; SULLI, 2005).

Infere-se, ainda, que essa análise diagnóstica evidencie o padrão escleroderma-SD. Essas alterações estão presentes em até 80% dos pacientes com esclerose sistêmica, com a ocorrência de desvascularização capilar focal e difusa, de capilares ectasiados e de aneurismáticos, levando a diminuição do número de capilares. A desvascularização é maior na forma difusa e seu diagnóstico é mais precoce, quando se compara à limitada. Porém, não é comum encontrar tais anormalidades na esclerodermia localizada cutânea, o que contribui para sua diferenciação. Achados capilares, obtidos por meio dos exames, demonstraram uma associação entre eles e as lesões em órgãos internos, complicações ulcerativas e calcinose, além de representar um potencial indicador de gravidade da doença, tendo em vista as alterações morfológicas existentes, contribuindo para uma intervenção mais eficaz (VON *et. al.*, 1996; CARPENTIER *et. al.*, 1988 apud PIOTTO *et.al.*, 2012; NASCIF *et. al.*, 2006; RAMANAN; FELDMAN, 2002; PUCINELLI *et. al.*, 1995; SKARE *et.al.*, 2008).

A pesquisa do fator antinúcleo-FAN, presente em mais de 95% dos pacientes, independente da forma clínica, é um elemento indispensável na investigação dessas colagenase, pois um FAN positivo representa a probabilidade de desenvolvimento de doenças autoimunes. A detecção do FAN ocorre através das técnicas de imunofluorescência indireta, imunodifusão, Elisa, radioimunoensaio, contra-imunoeletroforese, imunoprecipitação e imunoblot. Com elas, permite-se desvendar em que elemento celular específico estaria se formando os autoanticorpos, proporcionando um melhor diagnóstico clínico. Vários anticorpos estão associados ao desenvolvimento de doenças imunes, como o anticentromérico-ACA, presente na forma limitada da esclerodermia e o antitopoisomerase-1 e o anti-RNA polimerase III, observados na forma difusa. Há, ainda, outros autoanticorpos específicos encontrados na esclerodermia: Anti KU, polimerase I e II, Anti-SM, Anti-RNP, Anti-Scl-70, Anti-Pm-Scl e Anti- RNA - sintetases. No exame de sangue também é possível detectar o aumento na velocidade de hemossedimentação (PENG; CRAFT, 2005; BECK, 1961 apud DUARTE, 2005; STEEN, 2005; WALKER *et. al.*, 2007; REVEILLE; SOLOMON, 2003; NEUGEBAUER; MERRIL; WERNER, 2000).

Os exames de imagens são essenciais na investigação da patologia. São utilizados

para visualização de anormalidades estruturais, como é o caso da ressonância magnética, que verifica as alterações ósseas e a atrofia do tecido conjuntivo. Com a ultrassonografia de alta frequência, pode-se verificar a fase inflamatória e atrófica da doença e a espessura e extensão da derme afetada (BOUER *et. al.*, 2008; LAXERA; ZULIANB, 2006; HOLLAND *et. al.*, 2006 apud ZANCANARO *et.al.*, 2009). Já com a utilização da imagem infravermelho, consegue-se: avaliar as alterações circulatórias que ocorrem no estágio inicial da afecção, verificar o adelgaçamento do tecido subcutâneo, observar as articulações afetadas, diferenciar o fenômeno de Raynaud primário e secundário, por meio dos testes térmicos de reaquecimento das mãos e hiper-reatividade ao frio, e, também, auxilia na monitoração da resposta ao tratamento (BIRDI *et. al.*, 1992; HERRICK; HUTCHINSON 2004 apud BRIASCHI *et.al.*, 2007). As radiografias da mão revelam calcificação subcutânea, reabsorção de tufo falangeano terminal e estreitamento e erosão do espaço articular (JACOBSON, 2007).

A análise do escore cutâneo total vem se mostrando um método eficiente e prático na pesquisa do espessamento da pele. Este é o principal marcador clínico, que permite estabelecer diferentes padrões da patologia e determinar a sua gravidade e extensão (CLEMENTS *et. al.* apud SAMPAIO-BARROS; SAMARA; MARQUES NETO, 2004). Já na biopsia cutânea, pode-se visualizar o espessamento da derme e a homogeneização dos feixes de colágeno, auxiliando na identificação das alterações celulares específicas da esclerodermia (OLIVEIRA, C. *et. al.*, 2010; SMELTZER; BARE, 2005).

Observa-se, também, a necessidade de uma avaliação minuciosa e precoce das partes do organismo que podem sofrer acometimento pela enfermidade, uma vez que, além da derme, outros órgãos internos podem ser atingidos. Busca-se, assim, prevenir agravos ao longo dos anos. Desse modo, para evitar o risco de acometimento pulmonar, é interessante a realização da tomografia computadorizada de alta resolução, que pode indicar: anormalidades no parênquima pulmonar, opacidade em vidro-fosco, faveolamento e nódulos pequenos subpleurais (WEB; MELLER; NAIDICH, 2002; DIOT *et. al.*, 1998 apud GASPARETTO *et.al.*, 2005). Utilizam-se, ainda, o lavado broncoalveolar e a biópsia pulmonar para a investigação de inflamação, fibrose e pneumonias intersticiais idiopáticas (BOUROS *et. al.*, 2002). Assim como a espirometria e a técnica de oscilação forçada são utilizadas para prova da função ou mecânica respiratória, que salienta a redução do volume, da difusão e da complacência pulmonar (ARROLIGA; PODELL; MATTHAY apud MIRANDA *et.al.*, 2006). Em relação à hipertensão pulmonar, esta poderá ser identificada a partir do ecocardiografia transtorácico em repouso, anualmente, podendo o cateterismo direito confirmar o diagnóstico (BARST *et. al.*, 2004; MCGOON *et. al.*, 2004 apud COTRIM *et.al.*, 2006).

No trato gastrointestinal, o exame radiográfico mostra a diminuição da motilidade e a estenose esofágica distal, a dilatação de alça duodenal, os divertículos e o prejuízo na absorção do intestino delgado (JACOBSON, 2007). A manometria esofágica, a cintilografia de esvaziamento esofágico, a esofagograma baritado, e os exames contrastados intestinais também são fundamentais na avaliação (SAMPALIO-BARROS; AZEVEDO; FREIRE, 2004).

Nos casos de obstrução, a laparotomia é utilizada como uma ferramenta de análise para verificação do aspecto fibrosado de um segmento (HAQUE *et. al.* apud CARDOSO, J. *et. al.*, 2006). Já os problemas cardíacos podem ser observados por meio do Eletrocardiograma e do Ecocardiograma, que identificam pericardite, fibrose miocárdica, arritmias e insuficiência cardíaca congestiva. Complicações renais, como insuficiência e crise renal esclerodérmica, podem ser identificadas através da urinálise, que revela a proteinúria, a hematúria microscópica e os cilindros. (JACOBSON, 2007; SMELTZER; BARE, 2005).

Destaca-se, ainda, como importante ferramenta, o diagnóstico de enfermagem real ou de risco, pois este contribui para o planejamento da assistência de qualidade, para as prescrições e para a avaliação do plano de cuidado ofertado ao paciente (GEOVANINI; NORBERTO, 2009). Nessa enfermidade, incluem-se como diagnósticos de enfermagem: a integridade cutânea prejudicada, a dor crônica, a deambulação prejudicada, a intolerância à atividade, o risco de síndrome do desuso, a perfusão tissular periférica ineficaz, a deglutição prejudicada, a nutrição desequilibrada, o risco de constipação, a hipotermia, o risco de aspição, a troca de gases prejudicada e o débito cardíaco diminuído. Assim como o risco de baixa autoestima, déficit de autocuidado, distúrbio da imagem corporal, sentimento de impotência, ansiedade e sobrecarga de estresse (CARPENITO-MOYET apud MARTINS *et. al.*, 2010; CARDOSO *et. al.*, 2012; SMELTZER; BARE, 2005).

TRATAMENTOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Atualmente, não existe um tratamento específico ou cura para a esclerodermia, uma vez que sua etiologia é desconhecida. Portanto, sua terapêutica baseia-se nas manifestações existentes, com o objetivo de impedir a evolução das complicações funcionais e estéticas, assim como evitar a diminuição da atividade imunológica (SAMPAIO *et. al.* apud ZANCANARO, *et. al.*, 2009). Desse modo, uma correta abordagem dos sistemas orgânicos afetados pela doença ajudará no alívio dos sintomas e na melhoria de suas funções (OLIVEIRA, C. *et. al.*, 2010). Por isso, é relevante a identificação precoce do envolvimento de órgãos e sistemas, visando a melhor escolha terapêutica, a fim de se retardar a progressão da doença (MEDSGER apud SKARE *et. al.*, 2008).

O tratamento desta patologia pode ser realizado com medicamentos tópicos e sistêmicos, juntamente com a fisioterapia. A escolha desses métodos ocorre após uma rigorosa avaliação da extensão da doença, verificando-se os riscos e os benefícios de determinada escolha (SAMPAIO *et. al.* apud ZANCANARO, *et. al.*, 2009). Entretanto, nota-se uma resistência da esclerodermia às terapias disponíveis. Isso representa um obstáculo para o manejo da enfermidade (VARGA; ABRAHAM, 2007; MATUCCI-CERINIC *et. al.*, 2009). Nesse contexto, a abordagem da equipe multidisciplinar e a participação do enfermeiro no plano de cuidado e no gerenciamento das intervenções médicas são fundamentais desde a fase inicial (WILSON apud SILVA, N., 2010).

A sistematização da assistência de enfermagem permite uma abordagem individualizada, de acordo com real necessidade, havendo maior integração do enfermeiro com o cliente. O plano de cuidado pode ser traçado a partir do diagnóstico de enfermagem, colaborando para a redução de complicações e para os efeitos positivo na saúde do enfermo (TANNURE apud SILVA, N., 2010). O atendimento deve fundamentar-se numa visão holística e numa assistência humanizada, de modo a abranger o ser como um todo, em sua completa necessidade de ordem física ou biológica, psicológica, social e espiritual (LIMA *et. al.*, 2009; GEOVANINI; NORBERTO, 2009). O profissional de saúde deve compreender, apoiar e auxiliar o paciente a reconhecer suas dificuldades e limitações, motivando-o para a reabilitação (WILSON apud SILVA, N., 2010). Dessa forma, a orientação, quanto à autoimagem, é significativa para que ele venha entender e aceitar as mudanças em seu corpo e a maneira de ver a si mesmo (GEOVANINI; NORBERTO, 2009).

Já as terapias farmacológicas, em geral, são voltadas aos componentes inflamatórios e às alterações do colágeno, visando reduzi-los (WEIBEL, L *et. al.*, 2006; ZULIAN apud ZANCANARO *et.al.*, 2009). Os medicamentos tópicos como corticosteróides, calcipotriol e tacrolimos são utilizados para diminuir a inflamação em lesões superficiais. Também pode ser utilizado o corticosteroide de forma sistêmica, porém este é benéfico apenas na fase inflamatória da esclerose cutânea, não amenizando a esclerose já alojada. (ROCKEN; GHORESCHI apud BEDRIKOW, 2008).

As terapias sistêmicas podem ser empregadas no tratamento de esclerose localizada, quando esta se apresentar agressiva, envolvendo a funcionalidade de áreas importantes. Sua utilização requer a verificação de critérios como: achados inflamatórios com rápido avanço da lesão, perda ou prognóstico de prejuízo funcional, probabilidade de comprometimento do crescimento, dano muscular e altos níveis de anticorpos anti-ss DNA. Depois de verificada a ocorrência dessas indicações, o tratamento tem início com o uso oral de corticoides, como terapia de primeira escolha. A D-penicilamina, o calcitriol, o imiquimod e os antimaláricos também possuem boa atuação na intervenção da doença (SUGIURA apud ZANCANARO *et.al.*, 2009). Outra droga que parece ter ação inibidora sobre o processo autoimune é a vitamina E, que atua fornecendo estabilidade à membrana dos lisossomos (GABY apud TOMIYOSHI *et. al.*, 2010).

Os principais fármacos utilizados são os corticosteroides, a ciclosporina e o metotrexato, pois obtêm melhor resultado contra a progressão da doença. Os corticosteroides são usados por causa do seu efeito imunossupressor, que diminui o componente inflamatório e a fibrose. Assim como o metotrexato, que também opera contendo esses elementos, por meio, aparentemente, da inibição de citocinas IL 2,4,6 e 8. Dessa forma, destaca-se, também, como uma boa alternativa para a fase aguda da esclerodermia, podendo ser associada aos corticosteroides (UZIEL *et. al.*, 2000; KREUTER *et. al.*, 2005 apud ZANCANARO *et.al.*, 2009). Os antiinflamatórios são prescritos para tratar os desconfortos musculoesqueléticos, a artralgia e a rigidez (KLIPPEL, 2001; RAMSEY-GOLDMAN, 2001 apud SMELTZER; BARE, 2005). As terapias com calor, similarmente, podem ajudar na rigidez articular e constitui uma intervenção de enfermagem (JACOBSON,

2007). Igualmente, a fisioterapia tem a função de prevenir agravos osteomioarticulares, contraturas, dores e diminuição da amplitude do movimento, possibilitando a melhoria da funcionalidade dos sistemas comprometidos e da qualidade de vida (PEDROZA *et. al.*, 2012).

A medicação ciclosporina é um potente imunossupressor, que age através da inibição seletiva de interleucina 2 nos linfócitos ativados, interferindo tanto na imunidade celular quanto na humoral. Tem se mostrado bastante benéfica, porém a sua ação está sendo questionada por causa dos efeitos colaterais nos rins e no sistema cardíaco (STRAUSS; BHUSHAN; GOODFIELD apud ZANCANARO *et.al.*) A ciclofosfamida pode ser utilizada na forma sistêmica e na cutânea, sendo, nesta última, aplicada com o intuito de diminuir o tempo da doença e de prevenir graves sequelas (DUARTE apud BEDRIKOW, 2008). Cita-se sua relevância na doença intersticial pulmonar da esclerodermia, mas os estudos ainda são inconclusivos (SAMPAIO-BARROS; AZEVEDO; FREIRE, 2004). Isso também ocorre com a associação de corticoide e de ciclofosfamida oral ou venoso (WHITE *et. al.*, 2000; PAKAS *et. al.*, 2002 apud KAIRALLA, 2005) e com o uso de esteroides (CONNOR; CARPENY, 2006). Na fibrose pulmonar idiopática, os cuidados de enfermagem devem ser contínuos, pautados na assistência sistematizada, objetivando um maior conforto físico, psicológico, emocional e um menor sofrimento para o cliente e sua família (LIMA *et. al.*, 2009).

Para o tratamento da hipertensão arterial, o emprego de vasodilatadores por via oral, ou venosa, traz satisfatórios resultados, como: bloqueadores do canal de cálcio (nifedipina, diltiazem, verapamil), inibidores da fosfodiesterase, sildenafil, óxido nítrico (CALLOU; RAMOS, 2009), análogo da prostaciclina, epoprostenol, iloprost, treprostinil e antagonista do receptor de endotelina, bosentan (BADESCH *et. al.*, 2000; MOK *et. al.*, 1999; OUDIZ *et. Al.*, 2004 apud). Assim como os anticoagulantes, o controle da hipóxia, da acidemia e a aplicação da oxigenoterapia podem ser usados em casos mais graves, sendo esta uma atribuição da enfermagem (CALLOU; RAMOS, 2009). Na terapêutica renal, o uso de corticosteroides, de inibidores da enzima conversora da angiotensina e a monitoração da pressão arterial e da creatinina são condutas favoráveis à restauração da saúde do paciente (DENTON *et. al.* apud BERTAZZI *et.al.*, 2012).

No comprometimento gastrointestinal, os laxantes, os procinéticos, a cisaprida e o octreotide são sugeridos, inicialmente, para tratar a doença, que após sua progressão e gravidade pode exigir intervenção cirúrgica. A laparotomia pode evidenciar fontes de obstrução e a necessidade da ressecção do segmento atômico ou da derivação intestinal (REGAN; WEILAND; GEALL, 1977; HAQUE *et. al.*, 1999 apud. CARDOSO, J. *et.al.*, 2006). Nos pacientes com disfagia, a equipe de enfermagem tem papel importante na identificação e avaliação dos sinais e sintomas sugestivos dessa dificuldade, estabelecendo, de forma precoce, intervenções que contribuam para a prevenção da desnutrição, desidratação e demais complicações. Sendo competência do enfermeiro a elevação da cabeceira do leito, a oferta de dietas pastosa em pequena quantidade, para alívio de desconfortos gastrointestinal, a inserção de sonda gástrica ou nasoenteral, a administração nutricional

parenteral e enteral, a avaliação do estado nutricional e o balanço hídrico, quando necessários (SHIRAMIZO; MAYER; YAKABI 2006; NUNES *et.al.*, 2009 apud ALBINI *et. al.*, 2013; JACOBSON, 2007).

Os recursos farmacológicos, para tratar o fenômeno de Raynaud, envolvem os bloqueadores dos canais de cálcio - Nitratos, sildenafil - os bloqueadores alfa-adrenérgicos e a fluoxetina. Para úlceras de extremidades, os vasodilatadores e a antibioticoterapia podem ter efeito positivo, juntamente com o debridamento e com a limpeza das lesões, seguido de um curativo oclusivo (CHUNG; FIORENTINO apud. KAYSER; CORRÊA; ANDRADE, 2009; CONNOR; CARPENECY, 2006), sendo obrigação do enfermeiro avaliar a lesão, supervisioná-la, executar os curativos diariamente e acompanhar sua evolução (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES apud COSTA *et. al.*, 2012).

Os esforços para evitar os efeitos do fenômeno de Raynaud também são responsabilidades da enfermagem, que incluem as medidas educacionais. O paciente é orientado a resguardar-se de ambientes externos e a proteger-se do frio, utilizando agasalhos, cachecol, luvas e toucas. Recomenda-se evitar a utilização de agentes vasoconstritores, como cafeína, betabloqueadores e drogas simpaticomiméticas, além do abandono do tabagismo, pois ele provoca a gangrena digital. O uso de loções hidratantes auxilia na redução do ressecamento da pele. O controle emotivo e das ansiedades, através de terapias, é aconselhável como um método benéfico para evitar vasoconstrição por estresse (SMELTZER; BARE, 2005; HUMMERS; WIGLEY, 2003; HERRICK, 2008). Medidas como o aquecimento com cobertor e foco luminoso podem ser realizadas em pacientes internados e em estado crítico (CARDOSO, N. *et. al.*, 2012).

Outro método terapêutico é a fototerapia com radiação ultravioleta, que resulta no aumento da atividade de colagenase-metaloproteinase-1 da matriz, ampliando a expressão do IFN- γ e a diminuição do TGF- β (LAXERA; ZULIANB apud ZANCANARO *et.al*, 2009). Esta modalidade tem sido aplicada para o tratamento dos dois tipos de esclerodermia, porém é mais utilizada na forma localizada, podendo ser realizada sozinha ou em associação a medicamentos (ZULIAN *et. al.* apud TOMIYOSHI *et. al.*, 2010). Já a auto-hemoterapia é um tratamento coadjuvante que vem crescendo nas práticas clínicas, na intervenção das patologias autoimunes e no tratamento de lesões e feridas. Sua técnica consiste na retirada de determinado volume de sangue venoso do próprio paciente e em sua imediata aplicação, por via intramuscular ou subcutânea, visando estimular o sistema imunológico a produzir macrófagos e anticorpos para combater a afecção. Esse método oferece os mesmos riscos de uma punção venosa ou de uma administração intramuscular e subcutânea, que são: flebites, lesões de vasos e nervos, hematoma e necrose tecidual. Todos esses efeitos podem ser minimizados com a supervisão do enfermeiro, que deve atuar, inclusive, no gerenciamento da assistência de qualidade, por meio de entrevista e de investigação de obstáculos que possam inviabilizar a terapia (MOURA apud GEOVANINI; NORBERTO, 2009).

O transplante autólogo de células tronco hematopoiéticas é mais uma tentativa de reduzir o avanço das manifestações clínicas da esclerodermia. A compreensão e a

participação do enfermeiro no procedimento são indispensáveis na precaução de intercorrências e no planejamento de medidas efetivas. As ações de enfermagem para esse transplante são: orientação quanto à internação, realização de eletrocardiograma e de coleta de sangue, administração de furosema na retenção hídrica, controle hídrico rigoroso, controle do peso, cuidados com o cateter venoso central, monitorização dos sinais vitais e da pressão venosa central, realização de exame físico, avaliação do estado emocional e do padrão do sono, encaminhamento do paciente ao banho e orientações quanto à alimentação e ao manejo da dor (RODRIGUES *et. al.*, 2013; VONK *et. al.*, 2008 apud GUIMARÃES *et. al.*, 2014).

O desfecho esperado para o paciente, após o tratamento, os cuidados e a assistência prestada, é: melhora de seu estado clínico, sentimento de maior conforto e bem estar, redução da dor, melhoria da integridade cutânea, maior grau de morbidade dentro de suas limitações, recuperação emocional e psicológica, redução da incapacidade funcional e melhoria estética (JACOBSON, 2007). Ressalta-se, ainda, que o acompanhamento e a avaliação da gravidade, do dano e da atividade da afecção devem ser contínuos e de prática clínica minucioso, visando prevenir complicações e sequelas ao cliente (MEDSGER *et. al.* apud FREIRE; CICONELLI; SAMPAIO- BARROS, 2004).

PROGNÓSTICO

O prognóstico da esclerodermia é bastante desfavorável, baseando-se em suas manifestações clínicas, evolução imprevisível e alta taxa de mortalidade (BERTAZZI *et.al.*, 2012). A gravidade, a extensão e o órgão afetado constituem critérios para determinar um bom ou mau prognóstico da doença (FRIES *et. al.* apud FREIRE; CICONELLI; SAMPAIO-BARROS, 2004). Assim como o aparecimento da enfermidade, em mulheres muito jovens, representa uma pior previsão da expectativa de vida (BAGNOLI; FONSECA; JUNQUEIRA, 2007). Os pacientes com a forma clínica localizada apresentam estimativa de melhora após três anos, caso haja uma intervenção adequada (BONO; DUPIN apud ZANCANARO *et. al.*, 2009). Enquanto a esclerodermia sistêmica confere maior risco de morte aos enfermos (IOANNIDIS *et. al.*, 2005).

Estudos enfatizam que a forma Difusa, associada ao antitopoisomerase1, possui um índice de sobrevivência menor que a forma limitada, associada ao anticentrômero (LEROY *et. al.* apud SAMPAIO-BARROS; SAMARA; MARQUES NETO, 2004; WALKER *et. al.*, 2007), Isso se explica devido à agressividade, ao extenso envolvimento cutâneo e ao prejuízo de órgãos nobres (GEIRSSON; WOLHEIM; AKESSON apud GUIDOLIN, 2005). A expectativa de vida na doença Difusa é de aproximadamente 70% em 5 anos e de 55% em 10 anos. Na Limitada essa taxa é de 90% em 5 anos e de 75% em 10 anos (OLIVEIRA, C. *et. al.*, 2010; CONNOR; CARPENY, 2006). A alta frequência de óbitos é determinada quando há o comprometimento dos pulmões, coração e rim (VARGA apud SKARE *et.al.*, 2008). O envolvimento renal constitui a principal causa das mortes (WOLFF; JOHNSON; SAAVEDRA, 2013), representando 30 a 40% dos casos, sendo que cerca de 40% dos

indivíduos precisam realizar a diálise (DENTON *et. al.* apud BERTAZZI *et.al.*, 2012).

Salienta-se, ainda, que a associação de proteinúria, com o aumento na velocidade de hemossedimentação e com a diminuição da capacidade de difusão de monóxido de carbono são marcadores de pior prognóstico, estando relacionados ao menor índice de sobrevida (BRYAN *et. al.* apud SAMPAIO-BARROS; SAMARA; MARQUES NETO, 2004). Assim como a hipertensão arterial pulmonar, ligada à esclerodermia, que possui sobrevida de apenas 1 ano e é responsável por quase 30% do número de mortes pela afecção (STEEN *et. al.*, 2002; KAWUT *et. al.*, 2003 apud BERTAZZI *et.al.*, 2012).

COMPLICAÇÕES

As alterações no funcionamento dos diversos sistemas orgânicos provocados pela esclerodermia geram complicações e consequências relevantes para a qualidade de vida dos portadores dessa patologia. Dentre os problemas apresentados, estão a desfiguração do rosto, envolvendo os olhos, nariz, lábios e boca (MALCARNE *et. al.* apud LEITE; MAIA, 2013), a fibrose das mãos e dedos, que leva a prejuízos funcionais irreversíveis (KLIPPEL *et. al.* apud OLIVEIRA N., 2005) e a necrose de extremidades, que pode evoluir para a gangrena ou para a amputação (CHUNG; FIORENTINO apud. KAYSER; CORRÊA; ANDRADE, 2009). Em crianças pode haver intercorrências no crescimento ósseo, assimetria facial e dos membros, hemiparesia e distúrbios neurológicos. Essas alterações provocam impactos estéticos e limitações aos enfermos (HOLLAND *et. al.*, 2006; HAWK; ENGLISH, 2001 apud ZANCANARO *et.al.*, 2009).

Os transtornos musculoesqueléticos, como dor e contraturas articulares, artrite, lesões atroficas, astenia muscular e diminuição da amplitude de movimento e da psicomotricidade, são evidenciados (OSTOJIC *et. al.* apud LEITE; MAIA, 2013). Podem estar relacionados à baixa capacidade de desempenho físico, mesmo na ausência de complicações pulmonares (SUDDUTH *et. al.* apud OLIVEIRA, N., 2005). Entretanto, autores mencionam que a limitação aos exercícios está ligada à mecânica circulatória e não somente à fadiga periférica (MORELLI *et. al.* apud OLIVEIRA, N., 2005). Descreve-se, também, a presença de insuficiências respiratória, renal e cardíaca (JACOBSON, 2007), desnutrição, perda de peso, azia, náuseas, desidratação e diarreia (CARDOSO, J. *et. al.*, 2006). A boca pode apresentar-se seca ou com gosto ruim à noite. Podem surgir, também, problemas para deglutir, dificuldade de dormir, distúrbio de concentração e memória, enxaqueca, prurido, dor e mudança na coloração da pele, hipersensibilidade ao sol, ressecamento ocular e vaginal, além de dormências nos pés ou pernas, dificuldades para subir escadas, síndrome do túnel do carpo, rigidez nas mãos, incapacidade de abrir e fechar torneiras ou para segurar objetos, dificuldade para se vestir ou se lavar (LEITE; MAIA, 2013). Relatos de cansaço rápido ou de sensação de cansaço são frequentes na esclerodermia Difusa (SIERAKOWSKA apud GUIMARÃES *et. al.*, 2014).

As limitações cotidianas não são as únicas consequências enfrentadas pelos

pacientes. Outro obstáculo se refere à fertilidade ou ao desejo de ser mãe, que pode revelar-se comprometida devido a fatores psicológicos e físicos, ocasionados pela doença, como: falência ovariana prematura e incerteza quanto a sua capacidade de engravidar (BAGNOLI; FONSECA; JUNQUEIRA, 2007; STEEN, 1997). Sintomas depressivos são encontrados em 50% dos clientes (KLIPPEL *et. al.* apud OLIVEIRA, N., 2005). Ansiedade, desânimo, diminuição da autoestima e a fobia social são frequentes e estão associados à desfiguração na aparência física. Estudos ainda demonstram que a capacidade de trabalho pode ser afetada em 69% dos indivíduos, e que mulheres brasileiras, com esclerodermia, têm maior preocupação ou insatisfação com sua imagem corporal, considerando-se pouco atraentes, já que a figura estética é algo importante no país (LEITE; MAIA, 2013). Salienta-se, também, a relevância da sistematização da assistência de enfermagem na redução dessas possíveis complicações e na melhoria da saúde e da qualidade de vida do paciente (LIMA *et. al.*, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, pode-se enfatizar que as principais manifestações clínicas da esclerodermia sistêmica são o fenômeno de Raynaud, e o comprometimento cutâneo, gastrointestinal, pulmonar, renal e cardíaco do enfermo. A forma limitada da doença apresenta evolução lenta e o envolvimento visceral é tardio. O espessamento da pele é restrito às extremidades distais dos cotovelos e joelhos, à face e ao pescoço, sendo comum a síndrome CREST. A difusa possui um pior prognóstico, pois sua velocidade de progressão é acelerada e o acometimento visceral é mais precoce. A extensão da pele pode ser totalmente afetada ou envolver apenas as partes proximais e distais dos membros, da face e do tronco. A patologia provoca consequências relevantes na qualidade de vida do paciente, incluindo desfiguração estética, transtornos musculoesqueléticos, dificuldades para subir escadas ou para segurar objetos, desnutrição, fraqueza generalizada, transtornos psicológicos, fobia social e alterações no funcionamento de diversos sistemas orgânicos. A sistematização da assistência de enfermagem é essencial para o planejamento dos cuidados com o paciente portador de esclerodermia, visando à melhoria da qualidade de vida e à prevenção de possíveis complicações.

REFERÊNCIAS

ABERER E *et. al.* **Evidence for spirochetal origin of circumscribed scleroderma (morphea).** Acta Derm Venereol. v. 67, n. 3, p. 225- 231, 1987. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2442935>>. Acesso em: 3 de março de 2015.

AKESSON, A *et. al.* **Assessment of skin, joint, tendon and muscle involvement.** Clin Exp Rheumatol. v. 21, s. 29 p. 5-8, 2003. Disponível em: <http://www.researchgate.net/profile/James_Seibold/publication/10637877_Assessment_of_skin_joint_tendon_and_muscle_involvement/links/0c96051805ab2be9fe000000.pdf>.

Acesso em: 5 de março de 2015.

ALBINI, Rejane Maestri Nobre *et. al.*. **Conhecimento da enfermagem sobre cuidados a pacientes disfágicos internados em unidade de terapia intensiva.** Rev. CEFAC. Curitiba, PR, v. 15, n. 6, p. 1512-1524, Nov-Dez., 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n6/45-12.pdf> >. Acesso em: 6 de março de 2015.

BAGNOLI, Vicente Renato; FONSECA, Angela Maggio da; JUNQUEIRA, Paulo Augusto de Almeida. **Esclerodermia- Prescrever ou não tratamento hormonal?** Rev. Assoc. Med. Bras., v.53, n. 5, 383 p., 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n5/a07v53n5.pdf>>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2015.

BARNETT, AJ; MILLER, MH; LITTLEJOHN, GO. **A survival study of patients with scleroderma diagnosed over 30 years (1953-1983):** The value of a simple cutaneous classification in the early stages of the disease. J Rheumatol, Austrália, v. 15, n. 2, p. 276-283, 1988. Disponível em: < <http://europepmc.org/abstract/med/3361537> >. Acesso em: 3 de março de 2015.

BEDRIKOW, Roberta Buense. **Esclerodermia Cutânea: Avaliação da resposta terapêutica á fototerapia.** 2008. 96 f. Dissertação (mestrado em medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-USP. São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5133/tde-15122008-174003/pt-br.php>>. Acesso em: 03 de Março de 2015.

BERTAZZI, Glauce Rejane Leonardi *et.al.* **Características clínicas da esclerose sistêmica e associação ao anticorpo antitopoisomerase -1 e padrão centrómero do anticorpo antinuclear.** Acta Reumatol. Port., São José do Rio Preto, SP, v.37, n.9, p.9-17, 2012. Disponível em: < http://www.actareumatologica.pt/oldsite/conteudo/pdfs/ARP_2012_1__05_-_AO_ARP2011_094.pdf >. Acesso em: 23 de fevereiro de 2015.

BRIASCHI, Marcos Leal *et.al.* **Utilização da imagem infravermelha em reumatologia.** Revista Brasileira Reumatologia, São Paulo, v.47, n.1, p. 42-51, jan/fev., 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v47n1/a08v47n1.pdf>>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2015.

BOUER, Marcio *et.al.* **Correlação clínica e ultra-sonográfica na esclerodermia localizada cutânea.** Radiol. Bras., São Paulo, v. 41, n. 2, p. 87-91, mar/abril., 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rb/v41n2/06.pdf>>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2015.

BOUROS, D *et. al.*. **Histopathologic subsets of fibrosing alveolitis in patients with systemic sclerosis and their relationship to outcome.** Am J Respir Crit Care Med, v. 165, l. 12, p. 1581-1586, junho, 2002. Disponível em: < <http://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.2106012>>. Acesso em: 3 de março de 2015.

CALLOU, Marlene Rau de Almeida; RAMOS, Paulo Roberto Miranda. **Hipertensão Arterial Pulmonar.** Arq. Bras. Cardiol., v. 93, supl. 1, p. 156-159, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001300016>. Acesso em: 03 de Março de 2015.

CARDOSO, Nadyege Pereira *et. al.* **Esclerodermia sistêmica:** Um estudo clínico em enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM, 15, 2012, Fortaleza. Vulnerabilidade social. Fortaleza: COFEN, 2012, 1 p. Disponível em: <<http://189.59.9.179/CBCENF/sistemainscricoes/anais.php?evt=10&sec=64&niv=6.1&mod=2&con=7895&pdf=1>>. Acesso em: 6 de março de 2015.

CARDOSO, Juliana Mendes *et.al.* **Semi-obstrução intestinal por esclerodermia – Relato de Caso.** Rev. Bras. Coloproct., Minas Gerais, v. 26, n. 2, p. 187-192, Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v26n2/v26n2a10.pdf> >. Acesso em: 23 de fevereiro de 2015.

CHIFFLOT, H. *et. al.* Incidence and prevalence of systemic sclerosis: a systematic literature review. Semin Arthritis Rheum. v. 37, n 4, p. 223-235, fevereiro, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17692364> >. Acesso em: 3 de março de 2015.

CLEMENTS, PJ *et. al.* **Assessment of gastrointestinal involvement.** Clin Exp Rheumatol, v. 21, s. 29, p. 15-18, 2003. Disponível em: <<http://www.clinexprheumatol.org/article.asp?a=2095>>. Acesso em: 3 de março de 2015.

CONNOR, Caralyn O` ; CARPENY, Karen. Doenças Reumatologias e Imunológicas. In: KAHAN, Scott. **Medicina interna.** 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 229 (II série).

COSTA, Kelly da Silva *et. al.* **Atuação do enfermeiro na assistência aos pacientes portadores de feridas.** Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI, Teresina, PI, v. 5, n. 3, p. 9-14, Jul/Ago/Set. 2012. Disponível em: <http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v5n3/pesquisa/p1_v5n3.pdf >. Acesso em: 9 de abril de 2015.

COTRIM, Carlos *et.al.* **Ecocardiografia de esforço na detecção de Hipertensão Arterial Pulmonar numa doente com esclerodermia.** Rev. Port.Cardiol., Portugal, v.25, n.2, p.199-203, 2006. Disponível em: <<http://www.spc.pt/spc/pdfs/artigos/702.pdf>>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2015.

CUTOLO, M; PIZZORNI, C; SULLI, A. **Capillaroscopy.** Best Pract Clin Rheumatol. v. 19, n. 3, p. 437-452, junho, 2005;. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15939368>>. Acesso em: 5 de março de 2015.

DANTAS, André Tavares *et. al.* **Manejo da gravidez nas doenças reumáticas autoimunes.** Grupo editorial Moreira Jr. v. 12, n. 5, p. 131-138, outubro, 2011. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4875>. Acesso em: 03 de Março de 2015.

DUARTE, Arthur Antônio. **Fator antinúcleo na dermatologia.** Anais Brasileiros de Dermatologia, São Paulo, v. 80, n. 4, p. 387-394, Julho, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n4/v80n4a10.pdf>>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2015.

FALANGA, V; ALTMAN, RD., ROTH, MJ. **Plasma somatomedin-C levels in systemic sclerosis.** Br J Dermatol, Inglaterra, v. 119, n. 5, p. 639-642, novembro, 1988. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=ln>>

k&base=MEDLINE&exprSearch=3207616&indexSearch=UI&lang=p>. Acesso em: 3 de março de 2015.

FERRI, C *et. al.* **Systemic Sclerosis: demographic, clinical, and serologic features and survival in 1,012 Italian patients.** Medicine (Baltimore), v. 81, n. 2, p. 139-153, março, 2002. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11889413>>. Acesso em: 5 de março de 2015.

FORBES, A; MARIE, I. **Gastrointestinal complications: the most frequente internal complications of systemic sclerosis.** Rheumatology (Oxford), v. 48, s 3, p. 36-39, junho, 2009. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19487222>>. Acesso em: 9 de abril de 2015.

FRANCISCO, Marina Celli *et.al.* **Desfecho da gravidez em portadoras de esclerodermia difusa e limitada.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Curitiba, PR, v. 27, n. 10, p. 594-598, outubro, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032005001000005&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2015.

FREIRE, Eutílica Andrade Medeiros; CICONELLI, Rozana Mesquita; SAMPAIO- BARROS Percival D. **Análise dos critérios diagnósticos, de classificação, atividade e gravidade de doença na esclerose sistêmica.** Revista Brasileira Reumatologia, v. 44, n.1, p.40-45, jan/fev., 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v44n1/a08v44n1.pdf>>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2015.

GASPARETTO, Emerson L. *et.al.* **Esclerose sistêmica progressiva: Aspectos na tomografia computadorizada de alta resolução.** Radiol. Bras., Curitiba, PR, v.38, n.5, p.329-332, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rb/v38n5/a04v38n5> >. Acesso em: 23 de fevereiro de 2015.

GEOVANINI Telma; NORBERTO Manoel Mozart Corrêa. **Tratamento da Esclerodermia doença auto imune através da auto-hemoterapia: um estudo de caso clínico.** Rev. Referência, II série, n. 9, p. 51-59, março, 2009. Disponível em: <https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=261&codigo= >. Acesso em: 5 de março de 2015.

GLADMAN, DD *et. al.* **HLA markers for susceptibility and expression. in scleroderma.** J Rheumatol, v. 32, n. 8, p. 1481-1487, agosto, 2005. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16078323>>. Acesso em: 3 de março de 2015.

GUIDOLIN, Fernanda *et.al.* **Prevalência de achados cutâneos em portadores de esclerose sistêmica-Experiência de um hospital universitário.** Anais Brasileiros de Dermatologia, Curitiba, PR, v. 80, n. 5, p. 481-486, Junho, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n5/v80n5a05.pdf>>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2015.

GUIMARÃES, Carolina Scoqui *et. al.* **Transplante autólogo de células tronco hematopoéticas para esclerose sistêmica: ações de enfermagem.** Rev. Eletrônica de Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, v. 16, n. 1 p. 77-83, jan/mar., 2014. Disponível em: < https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a09.pdf>. Acesso em: 6 de março de 2015.

GUSMÃO, Sebastião; MAGALDI Marcelo; ARANTES, Aluízio. **Rizotomia Trigeminal por**

radiofrequência para tratamento da Neuralgia do Trigêmeo. Arq. Neuropsiquiatr., Belo Horizonte, MG, v. 61, n. 2-B, p.434-440, janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004282X2003000300020&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 de Março de 2015.

HANITSCH, LG, *et. al.* **Skin sclerosis is only of limited value to identify SSc patients with severe manifestations – an analysis of a distinct patient subgroup of the German Systemic Sclerosis Network (DNSS) Register.** Rheumatology (Oxford), v. 48 n. 1 p.70-73, janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19056798>>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2015.

HERRICK, A. **Diagnosis and management of scleroderma peripheral vascular disease.** Rheum Dis Clin North Am, v. 34, n. 1, p. 89-114, fevereiro, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18329535>>. Acesso em: 9 de abril de 2015.

HUMMERS, LK; WIGLEY, FM. **Management of Raynaud’s phenomenon and digital ischemic lesions in scleroderma.** Rheum Dis Clin North Am, v. 29, n. 2, p. 293-313, maio, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12841296>>. Acesso em: 9 de abril de 2015.

IHN, H. **Pathogenesis of fibrosis: role of TGF-beta and CTGF.** Curr Opin Rheumatol, Japão, v. 14, n. 6, p. 681-685, novembro, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12410091>>. Acesso em: 3 de março de 2015.

IOANNIDIS, JP *et. al.* **Mortality in systemic sclerosis: an international metaanalysis of individual patient data.** Am J Med, v. 118, n. 1, p. 2-10, janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15639201>>. Acesso em: 6 de março de 2015.

JACOBSON, Roxane. **Doenças: Da sintomatologia ao plano de alta.** 1. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan: 2007, p. 259-261.

KAIRALLA, Ronaldo Adib. **Doença intersticial pulmonar na esclerodermia.** Jornal Brasileiro de Pneumologia, São Paulo, v.31, n.4, 3 p., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v31n4/26324.pdf>>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2015.

KAYSER, Cristiane; CORRÊA, Marcelo José Uchôa; ANDRADE, Luís Eduardo Coelho. **Fenômeno de Raynaud.** Revista Brasileira Reumatologia, São Paulo, v.49, n.1, p. 48-63, Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v49n1/06.pdf>>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2015.

KIM, EA *et. al.* **Interstitial pneumonia in progressive systemic sclerosis: serial highresolution CT findings with functional correlation.** Jornal of Computer Assisted Tomography v. 25, n. 5, p. 757–763, setembro/outubro, 2001. Disponível em: <http://journals.lww.com/jcat/Abstract/2001/09000/Interstitial_Pneumonia_in_Progressive_Systemic.15.aspx>. Acesso em: 3 de março de 2015.

KOUYOUMDJIAN, JOÃO ARIS. **Síndrome do túnel do carpo: Aspectos atuais.** Arq Neuropsiquiatr, Rio Preto, SP, v. 57. n. 2-B, p. 504-512, fevereiro, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v57n2B/1459.pdf>>. Acesso em: 05 de Março de 2015.

LAMBERT, NC *et. al.* **Quantification of maternal microchimerism by HLA-specific real-time polymerase chain reaction: studies of healthy women and women with**

scleroderma. Arthritis e Rheumatism, v. 50, n. 3, p. 906-914, março, 2004. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.20200/pdf>>. Acesso em: 3 de março de 2015.

LASTRA, Olga Lidia Vera. **Esclerosis sistêmica.** Medicina Interna de México, México, v. 22, n. 3, p. 231-245, maio/Junho, 2006. Disponível em: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2006/mim063k.pdf>>. Acesso em: 03 de Março de 2015.

LEITE, Catarina Correia; MAIA, Ângela Costa. **Sintomas de doença e adaptação psicológica em pacientes brasileiros com esclerodermia.** Revista Brasileira de Reumatologia, Portugal, v. 53, n. 5, p. 405-411, Maio, 2013. Disponível em: <<http://www.reumatologia.com.br/pdfs/rbr535pt.pdf>>. Acesso em: 03 de Março de 2015.

LIBERATI, Ana Paula Torres; SKARE, Thelma; RIBEIRO, Camila Ferrari. **Estudo de associação entre anticorpos anticardiolipinas e fenômenos vasculares periféricos em pacientes com esclerodermia sistêmica.** Anais Brasileiros de Dermatologia, Curitiba, PR, v. 85, n. 3, p. 403-405, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v85n3/a22v85n3.pdf>>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2015.

LIMA, Talita Aquira dos Santos *et. al.* **A sistematização da assistência de enfermagem para clientes com fibrose pulmonar idiopática: relato de experiência.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61, 2009, Fortaleza. Transformação social e sustentabilidade ambiental, Fortaleza: ABEN, 2009, p. 3038-3039. Disponível em:<http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00898.pdf>. Acesso em: 6 de março de 2015.

MARIE, I *et. al.* **Anticardiolipin and anti-beta2 glycoprotein I antibodies and lupus-like anticoagulant: Prevalence and significance in systemic sclerosis.** Br J Dermatol., v. 158, n. 1, p. 141-144, Janeiro, 2008. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18028496>>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2015.

MARTINI, G *et. al.* **Systemic sclerosis in childhood: clinical and immunologic features of 153 patients in an international database.** Arthritis Rheum v. 54, n. 12, p. 3971-3978, dezembro, 2006. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17133611>>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2015.

MARTINS, Renata Cristina da Silva *et. al.* **Síndrome de CREST aplicação da sistematização da assistência de enfermagem: Relato de experiência.** In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, VII ENCONTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E II AMOSTRA CIENTÍFICA DA UFPEL, 19, 2010, Pelotas, Anais do XIX Congresso de Iniciação Científica, Pelotas: UFPEL, 2010, p. 1-4. Disponível em:< http://www2.ufpel.edu.br/cic/2010/cd/pdf/CS/CS_00872.pdf>. Acesso em: 6 de março de 2015.

MATUCCI-CERINIC, M *et. al.* **The complexity of managing systemic sclerosis: screening and diagnosis.** Rheumatology (Oxford),v. 48 s. 3, p. 8-13, 2009 . Disponível em: < http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/48/suppl_3/iii8.full>. Acesso em: 6 de março de 2015.

MEDSGER, Thomas A.; JR.; MD. **Epidemiology of systemic sclerosis.** Clin Dermatol, v. 12, n. 2, p. 207-216, abril/Junho, 1994. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738081X94903239/part/first-page-pdf>>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2015.

MIRANDA, Ingrid Almeida *et.al.* **Oscilações forçadas na avaliação funcional de indivíduos portadores de esclerodermia.** Pulmão RJ, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p.2-6, Março, 2006. Disponível em: <http://www.sopterj.com.br/revista/2006_15_1/04.pdf >. Acesso em: 23 de fevereiro de 2015.

MONTICIELO, Odirlei André *et.al.* **Esclerose sistêmica e níveis séricos elevados de organoclorado: Uma associação possível?** Revista Brasileira de reumatologia, Porto Alegre, RS, v. 48, n. 1, p. 51-54, jan/ fev., 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v48n1/12.pdf>>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2015.

MULLER, Carolina de Souza *et.al.* **Perfil de autoanticorpos e correlação clínica em um grupo de pacientes com esclerose sistêmica na região sul da Brasil.** Revista Brasileira Reumatologia, Paraná, v. 51, n.4, p.314-324, abril, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v51n4/v51n4a04.pdf>>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2015.

MURRAY, KJ.; LAXER, RM. **Scleroderma in children and adolescents.** Rheum Dis Clin North Am. v. 28, n. 3, p. 603-624, agosto, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2442935>>. Acesso em: 3 de março de 2015.

NASCIF, AK *et. al.* **Infl ammatory myopathies in childhood: correlation between nailfold capillaroscopy findings and clinical and laboratory data.** Jornal de Pediatria, Rio Janeiro, v. 82 n. 1, p. 40–45, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v82n1/v82n1a09.pdf>>. Acesso em: 5 de março de 2015.

NEUGEBAUER, KM; MERRIL, JT; WERNER, MH. **SR protein are autoantigens in patients with systemic lupus erythematosus. Importance of phosphoepitopes.** Arthritis Rheum, v. 43, n. 8, p. 1768-1778, agosto, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10943867>>. Acesso em: 6 de março de 2015.

OLIVEIRA, Cleydson Lucena de Andrada *et.al.* **Manifestação severa da esclerodermia.** Rev. Bras. Cir. Craniomaxilofac., Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.183-186, Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://abccmf.org.br/cm/Revi/2010/dezembro/13Manifesta%C3%A7~%C3%A7ao%20severa%20da%20esclerodermia.pdf> >. Acesso em: 26 de fevereiro de 2015.

OLIVEIRA, Natália Cristina de. **Avaliação ergoespirométrica em pacientes com esclerodermia.** 2005. 70 f. Dissertação (mestrado em medicina) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-USP. São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5145/tde-04052006-111335/pt-br.php>>. Acesso em: 03 de Março de 2015.

PANDOLFI, Assunta *et. al.* **Increased plasma levels of platelet derived growth factor activity in patients with progressive systemic sclerosis.** v. 191, p. 1-4, 1989. Disponível em: < <http://ebm.sagepub.com/content/191/1/1.short>>. Acesso em: 3 de março de 2015.

PEDROSO, Camila Lobo *et.al.* **Silicose e Esclerose Sistêmica-Síndrome de Erasmus: Relato de um caso.** Arq. Ciênc. Saúde, São José do Rio Preto, SP, v.16, n.3, p.134-136, jul/set., 2009. Disponível em: < http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-16-

3/IDJ7.pdf>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2015.

PEDROZA, Aline Maria de Araújo *et.al.* **Atuação da fisioterapia em pacientes com esclerodermia sistêmica: Relato de Casos.** Revistas Brasileira de Ciências da Saúde, João Pessoa, PB, vol.16, Supl. 2, p. 115-124, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/16413/9533> >. Acesso em: 26 de fevereiro de 2015.

PINTO, Fernão Pougy da Costa *et.al.* **Cavitação pulmonar infectada em paciente com silicoesclerodermia (síndrome de Erasmus).** Pulmão RJ, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.191-193, Junho, 2006. Disponível em: <http://www.sopterj.com.br/revista/2006_15_3/10.pdf>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2015.

PIOTTO, Daniela Gerent Petry *et.al.* **Capilaroscopia periungueal em crianças adolescentes com doenças reumáticas.** Revista Brasileira Reumatologia, São Paulo, v.52, n. 5, p. 722-732, Junho, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v52n5/v52n5a07.pdf>>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2015.

PISA, FE. *et. al.* **Reproductive factors and the risk of scleroderma: an Italian case-control study.** Arthritis Rheum, v. 46, n. 2, p. 451-456, fevereiro, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11840448>>. Acesso em: 5 de março de 2015.

PUCINELLI, MLC *et. al.* **Nail fold capillaroscopy in systemic sclerosis: correlation with involvement of lung and esophagus.** Rev Bras Reumatol, v. 35, n. 3, p. 136-142, maio-junho, 1995. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=Ink&base=LILACS&exprSearch=169198&indexSearch=ID&lang=p>>. Acesso em: 5 de março de 2015.

RAMANAN, AV; FELDMAN, BM. **Clinical outcomes in juvenile dermatomyositis.** Curr Opin Rheumatol, v. 14, n. 6, p. 658-662, novembro, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12410087>>. Acesso em: 5 de março de 2015.

REVEILLE, JD; SOLOMON, DH. **Evidence-based guidelines for the use of immunologic tests: anticentromere, Scl-70, and nucleolar antibodies.** Arthritis Rheum, v. 49, n. 3, p. 399-412, junho, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12794797> >. Acesso em: 6 de março de 2015.

ROSA, Ana Claudia Ferreira *et.al.* **Calcinose Peritendínea do tendão calcâneo associada a dermatomiosite: Correlação entre radiografia convencional, ultrasonografia, ressonância magnética e macroscopia cirúrgica.** Radiol. Bras., Goiânia/ São Paulo, v.39, n.1, p.75-78, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rb/v39n1/a14v39n1.pdf> >. Acesso em: 23 de fevereiro de 2015.

SAHHAR, J; LITTLEJOHN, G; CONRON, M. **Fibrosing alveolitis in systemic sclerosis: the need for early screening and treatment.** Internal Medicine Journal, v. 34, n. 11, p. 626-638, novembro, 2004. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1445-5994.2004.00674.x/abstract;jsessionid=2E6F492377BC18755ED9485126BBB350.f03t02?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=> >. Acesso em: 5 de março de 2015.

SAMPAIO-BARROS, Percival D.; ANDRADE, Luis Eduardo C. **GEPRO: do Sonho à**

Realidade. Revista Brasileira de Reumatologia, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 6-7, jan./fev., 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v44n1/a02v44n1.pdf>>. Acesso em: 03 de Março de 2015.

SAMPAIO-BARROS, Percival D.; AZEVEDO, Ana Beatriz Cordeiro de; FREIRE, Eutília Andrade Medeiros. **Esclerose Sistêmica**. Rev Brasileira de Reumatologia, v. 44, n. 1, p. 79-85, jan./fev., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0482-50042004000100015&script=sci_arttext>. Acesso em: 6 de março de 2015.

SAMPAIO-BARROS, Percival D; SAMARA, adil Muhib; MARQUES NETO, João Francisco. **Estudo sobre as diferentes formas clínicas e escores cutâneos na esclerose sistêmica**. Revista Brasileira Reumatologia, Campinas, SP, v.44, n.1, p.1-8, jan/fev., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0482-50042004000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2015.

SAKKAS, LI. **New developments in the pathogenesis of systemic sclerosis**. Autoimmunity, v. 38, n. 2, p. 113-116, março, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16040330>>. Acesso em: 3 de março de 2015.

SALLAM, H; MCNEARNEY, TA; CHEN, JD. **Systematic review: pathophysiology and management of gastrointestinal dysmotility in systemic sclerosis (scleroderma)**. Aliment Pharmacol Ther, v. 23, n. 6, p. 691-712, março, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16556171>>. Acesso em: 5 de março de 2015.

SILVA, H. C. da *et.al.* **Estudo da densidade óssea na esclerodermia sistêmica**. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 43, n. 1, p. 40-46, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v43n1/2071.pdf>>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2015.

SILVA, L.S.M. da *et.al.* **Capilaroscopia panorâmica periungueal e sua aplicação em doenças reumáticas**. Rev. Ass. Med. Brasil, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 69-73, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v43n1/2076.pdf>>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2015.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. Histórico e tratamento de Pacientes com Distúrbios Reumáticos. In: **Brunner e Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10 ed. v. 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 1720.

SMITH, Edwin A; LEROY E. Carwile. **A possible role for transforming growth factor-beta in systemic sclerosis**. J Invest Dermatol, U.S.A., v. 95, p. 1255-1275, 1990.

125-7. Disponível em: <<http://www.nature.com/jid/journal/v95/n6s/full/5612723a.html>>. Acesso em: 3 de março de 2015.

SKARE, Thelma L. *et.al.* **Capilaroscopia periungueal e gravidade da esclerodermia sistêmica**. Anais Brasileiros de Dermatologia, Curitiba, PR, v.83, n.2, p.125-129, Fevereiro, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v83n2/v83n02a04.pdf>>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2015.

STEEN, VD. **Scleroderma and pregnancy**. Rheum Dis Clin North Am, v. 23, n. 1, p.133-147, fevereiro, 1997. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9031379>>. Acesso em: 5 de março de 2015.

STEEN, VD. **Autoantibodies in systemic sclerosis.** *Semin Arthritis Rheum*, v. 35, n. 1, p. 35-42, agosto, 2005. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16084222>>. Acesso em: 5 de março de 2015.

TOMIYOSHI, Carolina *et. al.* **Qual o seu diagnóstico?** *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Curitiba, PR, v. 85, n. 3, p. 397-399, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v85n3/a20v85n3.pdf>>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2015.

TORRES, Priscila. **Artrite Reumatoide: Campanha Conscientização sobre a Esclerose Sistêmica- Esclerodermia.** Blog amigo do reumatologista, publicado em 29 de junho de 2014, Disponível em: < <http://www.artritereumatoide.blog.br/tag/abrapes-realiza-campanha-nas-redes-sociais-mobilizando-portadores-de-esclerodermia-e-apoiadores-famosos/>>. Acesso em: 15 de abril de 2015.

VALERI, Carla Bastos. **Avaliação da vasculatura pulmonar na esclerose sistêmica.** 2011. 107 f. Tese (Doutorado em medicina)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-USP. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5150/tde-23112011-183138/pt-br.php>>. Acesso em: 03 de Março de 2015.

VARGA, J; ABRAHAM, D. **Systemic sclerosis: a prototypic multisystem fibrotic disorder.** *J Clin Invest*, v. 117, n. 3, p. 557-567, março, 2007. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17332883>>. Acesso em: 6 de março de 2015.

VIERRA, E; CUNNINGHAM, BB. **Morphea and Localized Scleroderma in Children.** *Semin Cutan Med Surg.* *Semin Cutan Med Surg.* v. 18, n. 3, p. 210-225, setembro, 1999. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10468041>>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2015.

WALKER, UA *et. al.* **Clinical risk assessment of organ manifestations in systemic sclerosis: a report from the EULAR Scleroderma Trials And Research group database.** *Ann Rheum Dis*, v. 66 n. 6, p. 754-763, junho, 2007. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17234652>>. Acesso em: 5 de março de 2015.

WEIBEL, L *et. al.* **Evaluation of methotrexate and corticosteroids for the treatment of localized scleroderma (morphoea) in children.** *Br J Dermatol.* p. 1013-1020.

março, 2006. Disponível em: < http://www.therombergconnection.com/other_articles/Evaluation_of_methotrexate_Nov2006.pdf >. Acesso em: 26 de fevereiro de 2015.

WIPFF, J, *et al.* **Prevalence of Barrett's Esophagus in Systemic Sclerosis.** *Arthritis Rheum* v. 52, n. 9, p. 2882—2888, setembro, 2005. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16142744>>. Acesso em: 5 de março de 2015.

WOLFF, Klaus; JOHNSON, Richard A.; SAAVEDRA, Arturo P. A pele nas doenças imunológicas, autoimunes e reumáticas. In: **Dermatologia de Fitzpatrick atlas e texto.** 7. ed. Nova York: McGraw-hill education, 2013. p. 345-351. . Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=rLiZBAAQBAJ&pg=PA348&lpg=PA348&dq=sulcos+radiais+periorais&source=bl&ots=1dFbRKeJKa&sig=Saf0vtj8jm0n-9JBs6BGj7XRqIk&hl=pt-BR&sa=X&ei=ExFMVYLTNsGdgwSe34DwDg&ved=0CC4Q6AEwAg#v=onepage&q=sulco>>

s%20radiais%20periorais&f=false >. Acesso em: 05 de Março de 2015.

XU, S. *et. al.* **Endothelins**: effect on matrix biosynthesis and proliferation in normal and scleroderma fibroblasts. J Cardiovasc Pharmacol, 31 Suppl 1, p. 360-363, 1998.

Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9595482>>. Acesso em: 3 de março de 2015.

ZANCANARO, Pedro C. Q. *et.al.* **Esclerodermia localizada na criança**: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. Anais Brasileiros de Dermatologia, Brasília, DF, v.84, n. 2, p. 161-172, 2009. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n2/v84n2a09.pdf>>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2015.

CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Nursing contribution in the implementation of national policy of humanization

Águida Raquel Sampaio de Souza¹
Maysa de Oliveira Barbosa²
Natácia Elen Félix Silva³
Taciane Raquel Gomes do Carmo⁴
Izabel Cristina Santiago Lemos⁵
Gláucia Margarida Bezerra Bispo⁶
Marta Regina Kerntopf⁷

Recebido em: 17 dez. 2015
Aceito em: 20 dez. 2016

RESUMO: O SUS surgiu de uma intensa e incansável luta dos movimentos sociais. Além de possuir em seu cunho a garantia da assistência de saúde a todos, o SUS anseia por uma atenção holística e humanizada. Entendendo que a enfermagem é a arte do cuidar e que a humanização se torna essência para tal função, buscou-se com este trabalho mostrar a importância da enfermagem na disseminação da Política Nacional de Humanização do SUS. Desse modo, foi observado que, apesar dos desafios impostos pela falta de estrutura das unidades de saúde e da jornada de trabalho exaustiva em que se encontram, os enfermeiros são de inquestionável estima para a propagação do cuidado, da assistência digna e da humanização pela humanização, uma vez que a proposta do cuidado humanizado repousa no próprio cerne da profissão de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem. Humanização. Política Nacional de Humanização.

ABSTRACT: The SUS arose from an intense and relentless struggle of social movements. Besides searching ensure health care to everyone, SUS aims to ensure a holistic and humanized care. Understanding that nursing is the art of caring and that humanization becomes essence for this function, aimed to show a brief reflection of the importance of nursing in the dissemination of the National Policy of Humanization of SUS. Thus, it was observed that despite the challenges posed by the lack of structure of the health units and exhaustive working hours in which they are, nurses are of unquestionable esteem for the propagation of care, dignified care and

¹ Acadêmica de Enfermagem (URCA)/ Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET - URCA).

² Acadêmica de Enfermagem (URCA)/ Bolsista da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap).

³ Acadêmica de Enfermagem (URCA)/ Bolsista da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap).

⁴ Acadêmica de Enfermagem (URCA).

⁵ Graduada em Enfermagem e Mestre pela Universidade Regional do Cariri (URCA). Doutoranda pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE). Docente do Departamento de Enfermagem da URCA.

⁶ Enfermeira. Mestre pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutoranda pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Departamento de Enfermagem da URCA.

⁷ Professora orientadora (Nível: Doutorado) do Programa de Pós - Graduação em Etnobiologia e Conservação da Natureza - PPGEthno (Doutorado em parceria com 3 universidades: URCA (Universidade Regional do Cariri), UEPB (Universidade Estadual da Paraíba) e UFRPE (Universidade Federal Rural de Pernambuco), (4) Coordenadora do Laboratório de Farmacologia de Produtos Naturais (LFPN).

humanization by humanization, since the proposal of humanized care lives in the essence of the nursing profession.

Keywords: Nursing. Humanization. National Humanization Policy.

INTRODUÇÃO

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde não era questão importante como o desenvolvimento econômico brasileiro. O SUS surgiu de uma intensa e incansável luta dos movimentos sociais. Além de possuir em seu cunho a garantia da assistência de saúde a todos, o SUS anseia por uma atenção holística e humanizada (BARBOSA, 2013; PAIM, 2009).

Humanização é um termo predominantemente empregado no campo da saúde. Duarte e Noro (2010), alegam que é um processo que surge nas instituições de saúde da atualidade para que se possa repensar as práticas cotidianas de trabalho, reformulando o atendimento que se vem prestando aos usuários desses serviços.

A humanização pode ser entendida como um compromisso firmado entre profissionais e cliente, sustentado por um vínculo de compromisso, responsabilidade e ética (PASCHÉ; PASSOS, HENNINGTON, 2011).

Desta forma, humanização é a valorização do profissional e do usuário, respeitando o valor do profissional e os direitos do usuário dentro do SUS. Em um conceito mais ampliado, a humanização é a qualidade da assistência, as condições de trabalho, a comunicação entre usuário/profissional e capacitação permanente dos profissionais da saúde (MOREIRA, et al, 2015).

O SUS a cada dia tenta inovar suas ideias para que uma assistência de qualidade possa ser prestada. Alves e Souza (2010) defendem que o Sistema Único de Saúde humanizado é aquele que reconhece o outro como legítimo cidadão de direitos, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. E é sobre essa visão, que foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH) (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Barbosa (et al, 2013) defende a ideia da humanização como um jogo ético, estético e político. Ética, pois, se configura como um comprometimento de usuários, gestores e trabalhadores pela melhoria na assistência a saúde. Estética pelo fato da autonomia dos gestores em realizar medidas criativas que forneçam uma saúde de qualidade. Político porque refere a organização social e institucional dos gestores, bem como agir de forma solidária com trabalhadores, gestores e usuários para propiciar uma saúde humanizada.

A enfermagem como transmissora do cuidado, carrega uma grande responsabilidade quanto o assunto em questão. Essa responsabilidade advém do fato de que são os enfermeiros e enfermeiras que estão em maior contato com os usuários, seja no ambiente hospitalar ou na atenção primária (CORBANI; BRETAS; MATHEUS, 2009).

O presente estudo surgiu através do interesse pela temática. Entendendo que a enfermagem é a arte do cuidar e que a humanização se torna essência para tal função, buscou-se com esta Revisão Narrativa Clássica/ Crítica da literatura mostrar a importância da enfermagem na disseminação da PNH.

Decidiu-se para melhor entendimento do leitor, dividir em duas partes o artigo. Na primeira parte foi abordado a importância da humanização e o desenvolvimento da sua política. Em seguida, foi apresentada uma reflexão sobre tal aspecto como qualidade da enfermagem e como ela contribui para a melhoria da assistência proposta pela PNH.

DESENVOLVIMENTO

HUMANIZAÇÃO E POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH): UMA BREVE CONSIDERAÇÃO

A humanização vem ganhando um espaço importante nas discussões e planejamentos da assistência a saúde. Do ponto de vista de Lazzari *et. al*, (2012), a humanização na saúde pode ser entendida como processo, filosofia ou modo de prestar assistência. Dentre as várias conceituações existentes, a humanização se traduz em uma forma de cuidar, compreender, abordar, perceber e respeitar o doente em momentos de vulnerabilidade.

Sob o olhar de Marques e Souza (2010), a humanização dos serviços de saúde implica transformar o próprio modo como se concebe o usuário do serviço, de objeto passivo a sujeito; de necessitado de atos de caridade àqueles que exercem o direito de ser usuário de um serviço que garanta ações técnicas, políticas e eticamente seguras, prestadas por trabalhadores responsáveis.

Callegaro (2010), alega que vários estudos concluíram que o atendimento humanizado está diretamente relacionado com a otimização do processo de cura e reabilitação, uma vez que cuida do cliente de forma holística na qual o mesmo deve ser visto como um ser humano que possui valores individuais considerados e respeitados.

Na perspectiva de que a assistência aos usuários seja prestada com mais qualidade, foi criada em 2003 a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS, também conhecida como Política Nacional de Humanização ou Humaniza SUS. Junges *et. al*, (2012) alega que a PNH, estratégia lançada pelo Ministério da Saúde para operar em conjunto com o SUS, visa priorizar a integralidade e o acolhimento da atenção, buscando maior resolubilidade na resposta às necessidades dos usuários.

MONGIOVI, Vita Guimarães et al, (2014) complementa dizendo que a Política de Humanização é uma associação entre o lado subjetivo e objetivo do ser humano, buscando fornecer uma saúde de qualidade baseado na promoção, prevenção, reabilitação,

recuperação dos agravos de saúde, através do reconhecimento de aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

O Ministério da Saúde (2008) expressa que a PNH tem como objetivo a melhoria da qualidade do atendimento nos serviços de saúde e que a integralidade das ações e gestão se busca promover de forma indissociável, favorecendo universalidade do atendimento e o aumento da equidade por meio da utilização de novas tecnologias e especializações de saberes sem desvalorizar os processos já instituídos.

A PNH busca estabelecer cinco resultados para melhorar a assistência: redução das filas e do tempo de espera com a ampliação do acesso de atendimento de forma acolhedora e resolutive; baseada em critérios de risco; informação a todos os usuários; acompanhamento de pessoas que fazem parte de sua rede social; defender os direitos dos usuários da saúde; educação permanente para profissionais de saúde (BRASIL 2008).

O Ministério da Saúde expressa ainda, que a Política Nacional de Humanização considera que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo, com experiências cotidianas motivadoras (BRASIL 2008; MARTINS; LUZIO, 2014).

Assim, em concordância com o que foi abordado, tem-se que a PNH se desenvolve por meio do trabalho em rede de forma solidária, interativa e participativa com equipes multiprofissionais; e do pacto entre diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), as diferentes instâncias da gestão e da atenção e os gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL 2008).

Essa política traz como proposta, dentre outras, a de produzir autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados no processo saúde-doença, bem como a valorização da dimensão subjetiva e social nas práticas de atenção e gestão da saúde (BRASIL 2010; SILVA *et. al*, 2013).

HUMANIZAÇÃO COMO QUALIDADE DA ENFERMAGEM: UMA REFLEXÃO

“A arte do cuidar” é, sem dúvidas, a frase mais usada para se explicar o que é a enfermagem. Graça e Santos (2009), defendem que é pelo cuidado que a profissão de enfermagem expressa e manifesta o seu corpo de conhecimentos, de habilidades e atitudes; é pelo cuidar que a enfermagem cria e recria a própria cultura do cuidar, que é da sua essência ética.

Chernicharo *et. al*, (2013), observam que na enfermagem a humanização toma proporções tanto no nível micro, relacionada à assistência, quanto no nível macro, da gestão e de políticas públicas, visto que, para se modificar a realidade, é necessário que se identifiquem obstáculos, presentes na área da saúde, que impeçam uma assistência digna e humana, cabendo a todos os participantes a idealização e implementação de

estratégias, tendo como meta uma assistência eficaz, resolutiva, de qualidade e humanizada.

Beck et al. (2009), considera que a enfermagem possui importante papel na implantação da humanização dos serviços de saúde, seja na assistência direta aos usuários, na educação em serviços com os membros da equipe ou na gestão dos serviços de saúde, uma vez que, em geral, importante percentual desta equipe é composta por trabalhadores da enfermagem que permanece mais tempo em contato com os usuários.

Araújo e Oliveira (2009), em concordância com o que foi afirmado acima, complementam que a enfermagem, bem como as demais da área de saúde, faz parte das profissões essenciais a qualquer sistema de saúde que pressupõe atendimento de qualidade e alicerçada em um processo de trabalho moderno e tecnicamente aceitável em sociedades desenvolvidas.

Além disso, Amador *et. al*, (2011), afirma a importância da enfermagem no processo de assistência humanizada ao considerar as atitudes de cuidado que devem considerar fatores que minimizem essas influências e promovam uma assistência humanizada. O estabelecer vínculo de confiança e amizade, empatia, fazer com que o paciente sinta-se parte do processo, são elementos que permitem o cuidado além da técnica.

Como humanizar corresponde a cuidar/cuidado e a enfermagem tem no eixo de sua ação o cuidar, e esse traz no seu próprio conceito a perspectiva da humanização, logo se pode inferir que o cuidado humanizado está fortemente ligado a esta profissão (CHENICHARO *et. al*, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atendendo o objetivo geral deste trabalho, o qual foi compreender e conhecer o processo de humanização que busca proporcionar uma assistência mais coerente para a saúde e bem-estar do indivíduo, efetuou-se sua correlação direta com a enfermagem. Procurou-se evidenciar a necessidade desse cuidado mais afetivo, interativo, que atribui valor, em todos os serviços de saúde. Isso implica num conceito mais amplo do termo humanizar.

Refletindo um pouco sobre as peculiaridades humanas, notou-se que o cuidado é inestimável em sua existência. Do nascimento até o encerramento da vida, o ser humano precisa de assistência com o intuito de zelar, manter ou recuperar suas funções vitais e sua integridade.

O sistema de saúde do nosso país ainda se encontra em constante modulação para atingir a efetividade na promoção da assistência à população. Compreendeu-se, com o que foi exposto pelos diversos autores citados, que humanizar a saúde é um caminho importante para se chegar a essa meta.

A enfermagem, como promotora do cuidar, torna-se uma aliada essencial para que a PNH consiga atingir seus objetivos. Apesar dos desafios impostos pela falta de estrutura das unidades de saúde e da jornada de trabalho exaustiva em que se encontram muitos, os enfermeiros são de inquestionável estima para a propagação do cuidado, da assistência digna, da humanização pela humanização.

REFERÊNCIAS

AMADOR D.D. et al. Concepção dos enfermeiros acerca da capacitação no cuidado à criança com câncer. **Texto Contexto Enferm**; v. 20, n.1, p. 94-10, jan/mar., 2011.

ARAÚJO, M.F.S; OLIVEIRA, F.M.C. A atuação do enfermeiro na equipe de saúde da família e a satisfação profissional. **Rev. de Ciências Sociais**, n. 14, p. 3-14, set., 2009.

BALLONE, G. J. Humanização do Atendimento em Saúde. In. PsiqWeb, internet, disponível em <http://www.virtualpsy.org/temas/humaniza.html> 2004. Acesso em 20 de Nov. de 2013.

BARBOSA, E.C. 25 Anos do Sistema Único de Saúde: Conquistas e Desafios. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 2, n. 2, p. 85-102, 2013.

BARBOSA, G.C. et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Rev. bras. enferm.** v. 66, n.1, pp. 123-127, 2013.

BRASIL. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**: A Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS: Brasília (DF) Ministério da saúde; 2008.

BRASIL. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde; ed.4, Brasília, DF, 2010.

CALLEGARO, G.D. et al. Cuidado pré-operatório sob o olhar do cliente cirúrgico. **Rev. Rede Enferm.** Nordeste. v. 11, n. 3, p.132-42, jul/set, 2010.

CAMPOS A.C.S. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. **Cad. Saúde Pública** v. 23, n. 4, p. 979-81, 2007.

CHENICHARO, I.M.; FREITAS, F.D.S; FERREIRA, M.A. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. **Rev. Enferm. Brasília**, v. 66 n. 4, p. 564-70, 2013.

COLOMÉ C.L.B. et al. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. **Rev. Gaúcha enferm**, v. 30, n. 1, p. 54-61, 2009.

CORBANI, N.M.S.; BRETAS, A.C.P.; MATHEUS, M.C.C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?. **Rev. bras. enferm.**, v. 62, n. 3, p. 349-354, 2009.

DUARTE M.L.C, NORO A. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 31 n. 4, p. 685-92, 2010.

JUNGES, J.R. et al. O discurso dos profissionais sobre a demanda e humanização. **Rev Saúde Soc.** v. 21, n. 3, p. 686-697, 2012.

LAZZARI, D.D; LILIAN G.J; JUNG. W. A humanização da assistência de enfermagem a partir da formação acadêmica. **Rev Enferm UFSM**; v. 2 n. 1, p. 116-124, jan/abr., 2012.

MARQUES I.R; SOUZA A.R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Rev. Bras. Enferm**; v. 63 n. 1 p. 141-4, 2010.

MARTINS, C.P.; LUZIO, C.A. Experimentações no apoio a partir das apostas da Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS. **Interface (Botucatu)**, v. 18, supl. 1, p. 1099-1106, 2014.

MONGIOVI, V.G. et al. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. bras. enferm.** vol.67, n.2, pp. 306-311, 2014.

MOREIRA, M.A.D.M et al. **Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura.** Ciênc. saúde coletiva. V. 20, n.10, pp. 3231-3242, 2015.

PAIM, J.S. An analysis on the process of Reform in the Brazilian Health Sector. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009.

PASCHE, D.F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, É.A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, Nov. 2011.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B de; GOMES, R.S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface (Botucatu)**, v.13, supl. 1, p. 603-613, 2009

SILVA, A. M.; SÁ, M. C.; MIRANDA, L. Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. **Rev Soc. São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 840-852, 2013.

ANSIEDADE NOS PROFESSORES DE ENFERMAGEM EM CENÁRIO DA PRÁTICA

Ansiedad in the teachers of nursing practice in scenery

Amanda Moraes Lima¹
Monique Milano Alves²
Valdemira Santana Dagostin³
Ana Regina da Silva Losso⁴
Ioná Vieira Bez Birollo⁵
Maria Tereza Soratto⁶

Recebido em: 12 jan. 2016

Aceito em: 23 ago. 2016

RESUMO: Estudo com objetivo de identificar o nível e os fatores associados à ansiedade nos professores de enfermagem em cenário da prática. Pesquisa de abordagem quali-quantitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido com 19 professores que realizam atividade teórico-prático e/ou supervisão de estágio do Curso de Enfermagem de uma universidade comunitária em Santa Catarina. Aplicou-se a Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton e posteriormente questionário semiestruturado sobre os fatores relacionados à ansiedade nos professores. A análise e interpretação dos dados qualitativos foram realizadas pela análise de conteúdo a partir da categorização dos dados, através da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados. Na fase de análise de dados quantitativos, as informações foram quantificadas através do Microsoft Office Excel e apresentados por meio de análise quantitativa. Os resultados da pesquisa realizada identificaram 31,58% dos docentes com nível de ansiedade intensa. Os fatores associados à ansiedade nos professores de enfermagem foram relacionados ao processo de avaliação do acadêmico; relacionamento interpessoal; gerenciamento do tempo; fatores pessoais que interferem na vida profissional e formação profissional do acadêmico. Diante da pesquisa, os professores apresentaram sugestões quanto à otimização de sua vida laboral, extra laboral e prevenção da ansiedade. A partir dos resultados da pesquisa sugere-se a organização de encontros voltados para o cuidado do cuidador e relacionamento interpessoal, com dinâmicas, confraternização, terapias alternativas, ginástica laboral, entre outros que busquem a qualidade de vida no trabalho do professor.

Palavras-chave: Ansiedade. Enfermagem. Estágios.

ABSTRACT: This study aimed to identify the level and the factors associated with anxiety in the nursing teachers in the practice setting. Research qualitative and quantitative approach, descriptive, exploratory and field. The study was conducted with

¹ Enfermeiras – UNESC - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina- Criciúma - SC - Brasil.Email: amanda.enf.lima@gmail.com.

² Enfermeiras – UNESC - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina- Criciúma - SC - Brasil.Email: monique.enf.milano@gmail.com.

³ Enfermeira - Mestre em Enfermagem – UNESC - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina- Criciúma - SC - Brasil. Email: vsd@unesc.net.

⁴ Enfermeira - Mestre em Enfermagem – UNESC - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina- Criciúma - SC - Brasil.Email: analosso@unesc.net.

⁵ Enfermeira – Mestre em Enfermagem – UNESC - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - Criciúma - SC - Brasil.Email: ionavieira71@hotmail.com.

⁶ Enfermeira - Mestre em Educação – UNESC - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - Criciúma - SC - Brasil.Email: guiga@unesc.net.

19 teachers who perform theoretical and practical activity and / or probation supervision of the Nursing Course of a community college in Santa Catarina. Applied the Hamilton Anxiety Rating Scale and later semi-structured questionnaire on factors related to anxiety in teachers. The analysis and interpretation of qualitative data were performed by content analysis from the categorization of data by sorting, classification and final analysis of researched data. In quantitative data analysis phase, the information was quantified through Microsoft Office Excel and presented through quantitative analysis. The results of the survey identified 31.58% of teachers with a level of intense anxiety. Factors associated with anxiety in nursing teachers were related to academic assessment process; interpersonal relationship; time management; Personal factors that interfere with the work and training of the academic. Before the survey, teachers made suggestions as to optimize their working lives, extra labor and preventing anxiety. From the survey results suggest the organization of targeted meetings for the care of the caregiver and interpersonal skills, with dynamic, socializing, alternative therapies, gymnastics, among others who seek quality of life in the teacher's work.

Keywords: Ansiedad. Nursing. Internships.

INTRODUÇÃO

Durante toda a existência do ser humano a ansiedade é um sentimento presente. A mesma, quando normal é uma reação que permite ao homem permanecer atento a possíveis ameaças externas. Manifesta-se por um sentimento desagradável de apreensão negativa em relação ao futuro (PITTA, 2011). “A ansiedade é uma resposta fisiológica ao estresse vivenciado pelo indivíduo, necessária para enfrentarmos as situações de risco” (SAMPAIO et al., 2013, p.548).

Conforme a Organização Mundial de Saúde, as pessoas que são diagnosticadas com transtorno de ansiedade precocemente devem procurar métodos de relaxamento para minimizar suas tensões e medos. Sendo assim, as medicações psicotrópicas devem ser usadas de forma cautelosa e secundária, porque seu uso prolongado pode causar a dependência e/ou outros efeitos colaterais (SOUZA et al., 2008).

O transtorno de ansiedade quando não tratado, dificilmente terá melhora espontânea e provavelmente irá cronificar ou ocasionar outros transtornos psiquiátricos, afetando atividades diárias, laborais e relacionamentos interpessoais. Quanto mais cedo diagnosticados os transtornos de ansiedade, avaliados e devidamente tratados, melhores os prognósticos e menores os prejuízos para o indivíduo (DESOUZA et al., 2013).

O estresse e ansiedade dos profissionais de educação podem influenciar no desempenho profissional do professor. Existe a necessidade de desempenho e motivação desses profissionais para estar apto a promover um trabalho de qualidade e suscetível às mudanças (TERRA, MARZIALE E ROBAZZI, 2013).

Em sua prática pedagógica, o professor deverá ser capaz de mediar à ação educativa, vendo o educando como agente e sujeito participante do processo de ensino e de aprendizagem. Compete ao educador, encaminhar o educando a descoberta e à prática

dos conhecimentos a serem internalizados, através de uma ação/reflexão constante, por intermédio dos quais a educação ganha sentido (FREIRE, 2011).

Sendo assim, o professor tem sobre si grande responsabilidade, tornando-se o mediador, fornecedor de conhecimento e até de exemplo, no que concerne a conceitos éticos e postura profissional. Do contrário, pode gerar ansiedade na vida profissional e pessoal de seus acadêmicos. Considerando, também, que o transtorno de ansiedade pode comprometer as atividades cotidianas e os relacionamentos sociais, pessoais e profissionais do professor. (FREIRE, 2011).

Segundo Aguiar (2013), para que o processo de supervisão obtenha resultado significativo, são necessárias condições que proporcionem um bom desempenho e interação destes atuantes: supervisor, docente e estudante, sendo que os mesmos ocupam papéis diferentes e restritos às suas funções, tendo como objetivo comum a organização e a reflexão da prática.

Uma das responsabilidades do supervisor clínico é a de proporcionar comportamentos modelo ao aluno, agindo como um enfermeiro competente. Esta responsabilidade engloba a demonstração de competências e habilidades no saber fazer, na prática dos cuidados de enfermagem, perante os alunos, sujeitos da aprendizagem, através de exemplos realizados em contexto hospitalar ou na comunidade (AGUIAR, 2013, p. 55).

O docente transmite o conhecimento teórico e estimula o acadêmico na tomada decisão, onde através da prática, observa se o acadêmico desempenha o seu papel, relacionando teoria e prática (BETHANCOURT et al., 2011).

A ansiedade ou síndrome do pensamento acelerado é considerada o mal do século, sem dúvida predomina em quase toda população. Conforme a Organização Mundial de Saúde, 80% dos indivíduos desenvolverão a ansiedade em algum momento de suas vidas, independente de gênero, idade ou profissão. A mesma é facilmente percebida através do ritmo acelerado na construção de pensamentos e, conseqüentemente, nas atitudes cotidianas estressantes, desencadeando uma implicação na saúde emocional (CURY, 2014).

A ansiedade se não for controlada adequadamente poderá interferir nas atividades cotidianas, laborais e nas relações interpessoais. A ansiedade do professor pode influenciar no aprendizado dos acadêmicos e, também, na relação professor x aluno.

Assim, debater sobre o cuidado, suas formas de ser e agir, é primordial para desenvolver nos profissionais de saúde, a necessidade de se autoconhecer e se reconhecer, a fim de valorizar o cuidar de si para poder cuidar do outro (SANTOS; RADUNZ, 2011).

“Lidar com o ser humano significa lidar com sentimentos e valores distintos, que precisam ser considerados na busca de melhores condições laborais, num meio ambiente de trabalho equilibrado” (GELLY, 2015, p.1).

Desta forma resolveu-se pesquisar sobre a ansiedade dos professores em supervisão de estágio. Considera-se que os fatores associados à ansiedade dos

professores supervisores de estágio poderão estar relacionados à sobrecarga de trabalho; processo avaliativo; supervisão do acadêmico frente à assistência ao paciente e família; relacionamento interpessoal com a equipe multiprofissional do local de estágio; responsabilidade na formação do acadêmico. Em decorrência da falta de tempo e sobrecarga de atividades o professor supervisor de estágio não se cuida adequadamente.

Nesta perspectiva este estudo teve por objetivo identificar o nível e os fatores associados à ansiedade e burnout nos professores de enfermagem em cenário da prática.

MÉTODOS

Pesquisa de abordagem quali-quantitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido com 19 professores que realizam atividade teórico-prático e/ou supervisão de estágio do Curso de Enfermagem de uma universidade comunitária em Santa Catarina. Utilizaram-se como critérios de inclusão dos pacientes: professores que realizam atividade teórico-prático e/ou supervisão de estágio do Curso de Enfermagem e que aceitaram participar da pesquisa de acordo com a Resolução 466/12 e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Aplicou-se a Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton e posteriormente questionário semiestruturado sobre os fatores relacionados à ansiedade dos professores.

A análise e interpretação dos dados qualitativos foram realizadas pela análise de conteúdo a partir da categorização dos dados, através da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados. Na fase de análise de dados quantitativos, as informações foram quantificadas através do *Microsoft Office Excel* e apresentados por meio de análise quantitativa.

A Escala de Ansiedade de Hamilton (1959) compreende 14 itens distribuídos em dois grupos, sendo o primeiro grupo, com 7 itens, relacionado a sintomas de humor ansioso e o segundo grupo, também com 7 itens, relacionado a sintomas físicos de ansiedade.

Segundo Bandeira (2010) dentre as escalas de humor utilizadas mundialmente e que foram traduzidas e adaptadas para a realidade brasileira para o quesito 'ansiedade', está a escala de Hamilton-A para Ansiedade, que apresenta fácil aplicabilidade (HAMILTON, 1959) e confiabilidade.

O escore total é obtido pela soma dos valores (graus) atribuídos em todos os 14 itens da escala, cujo resultado varia de 0 a 56. Graus de Ansiedade segundo Escala de Ansiedade de Hamilton: Nenhum = 0; Leve = 1; Médio = 2; Forte = 3; Máximo = 4.

A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total, que varia de 0 a 56. Esse escore deve ser classificado de acordo com os intervalos a seguir: 0 (zero) caracteriza ausência de ansiedade; 1 a 17 pontos caracterizam ansiedade leve; 18 a 24 pontos caracterizam ansiedade moderada; 25 a 56 pontos caracterizam ansiedade severa ou intensa.

Para preservar o sigilo e o anonimato dos sujeitos pesquisados, de acordo com as diretrizes da Resolução 466/12, utilizou-se indicador alfanumérico (E1 a E19). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC pelo Projeto nº1. 157.228/2015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PERFIL DOS PROFESSORES ENFERMEIROS

Em relação ao perfil dos professores 52,63% encontra-se na faixa etária de 50 a 60 anos; 26,31% de 30 a 40 anos; 15,79% de 40 a 50 anos e 5,26% de 20 a 30 anos. A faixa etária dos professores mais significativa foi representada por 94,73% entre 30 a 60 anos.

Tabela 1 - Perfil dos Professores em relação à idade

Idade	Nº	%	Professores Enfermeiros (E)
20-30	1	5,26	E14
30-40	5	26,31	E1, E5, E6, E9, E12,
40-50	3	15,79%	E7, E17, E19
50-60	10	52,63%	E2, E3, E4, E8, E10, E11, E 13, E15, E16, E18
Total	19	100%	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015

Tabela 2 - Perfil dos Professores em relação a idade, tempo de trabalho como enfermeiro e como professor

E	Idade	Tempo Trab. Enf.	Tempo Trab. Prof.
E1	37 anos	12 anos	10 anos
E2	54 anos	25 anos	14 anos
E3	52 anos	27 anos	19 anos
E4	55 anos	32 anos	17 anos
E5	32 anos	10 anos	7 anos e 6 meses
E6	36 anos	12 anos	10 anos
E7	47 anos	25 anos	15 anos
E8	51 anos	18 anos	18 anos
E9	34 anos	11 anos e 3 meses	6 anos
E10	56 anos	31 anos	20 anos
E11	52 anos	31 anos	15 anos
E12	34 anos	12 anos	3 anos
E13	55 anos	30 anos	11 anos
E14	29 anos	7 anos	4 anos
E15	56 anos	25 anos	14 anos
E16	58 anos	34 anos	12 anos
E17	43 anos	20 anos	10 anos
E18	59 anos	32 anos	17 anos
E19	48 anos	15 anos	18 anos

Fonte: Dados da pesquisa, 2015

O Tempo de trabalho como enfermeiro variou de 7 a 34 anos e o tempo de trabalho como professor foi de 3 a 19 anos. Percebe-se que os profissionais apresentam experiência tanto na profissão de enfermeiro, como na docência, apresentando prevalência na faixa etária entre 30 a 60 anos.

ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON

Após a seleção dos professores, a partir dos critérios de inclusão da pesquisa, realizou-se o teste de ansiedade de Hamilton. Todos os professores apresentaram algum nível de ansiedade, sendo classificados em: 57,90% nível leve; 10,53% nível moderado e 31,58% nível intenso.

Tabela 3 - Escala de avaliação de ansiedade de Hamilton dos professores Enfermeiros (n =19)

Nível de Ansiedade	Nº	%	Professores Enfermeiros (E1 a E19) n=19
Ausência de ansiedade	0	0	-
Ansiedade leve	11	57,90	E2, E3, E5, E6, E8, E9, E12, E14, E16, E17, E18
Ansiedade moderada	2	10,53	E11, E13
Ansiedade severa ou intensa	6	31,58	E1, E4, E7, E10, E15, E19
Total	19	100	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015

Destaca-se nos resultados da pesquisa que 42,11% dos professores apresentaram nível de ansiedade de moderado a intenso. A ansiedade caracteriza-se por apresentar sintomas físicos e de humor ansioso, tais como: preocupação constante; tensão e dor muscular; cansaço físico e mental; insônia; medo; falta de concentração e falhas de memória; falta de interesse em atividades cotidianas; irritabilidade e inquietação (HAMILTON, 1959; ABRATA, 2011; CURY, 2014).

De acordo com o CID - F41 as manifestações de ansiedade não estão restritas a qualquer situação ambiental em particular, sendo caracterizadas por sintomas depressivos, obsessivos e com alguns elementos de ansiedade fóbica (CID 10, 2009). A ansiedade caracteriza-se pela apreensão, medo, antecipação de perigo relacionado ao futuro (SURIANO et al., 2009; DESOUSA et al., 2013).

QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Após a aplicação Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton com todos os professores selecionados aplicou-se o questionário semiestruturado para identificar o perfil e os fatores associados à ansiedade dos professores de enfermagem em cenário da

prática.

Segundo os professores os fatores associados à ansiedade relacionados ao **processo de avaliação**: 78,95% referiram observar e orientar o acadêmico a relacionar o conhecimento teórico e prático no estágio; 52,63% avaliação das técnicas de enfermagem são de grande responsabilidade, pois lida diretamente com o paciente; 47,37% avaliar a postura ética dos acadêmicos no estágio; 42,10% critérios de avaliação diferente conforme o professor orientador de estágio; 36,84% excesso de atividades avaliativas para corrigir.

O processo de avaliação requer grande responsabilidade e comprometimento do docente, podendo ocasionar ansiedade e preocupação com o desempenho do aluno.

Em relação à **comunicação profissional e relacionamento interpessoal**, 63,16% dos professores destacaram a falta de acolhimento no campo de estágio dos acadêmicos; 36,84% citaram o conflito na relação interpessoal professor x aluno e com o grupo de estágio; além da comunicação com os profissionais da área de saúde no local do estágio; 31,58% as dificuldades que envolvem o relacionamento com outros profissionais da área; 21,05% falta de comunicação clara entre professor x aluno; competitividade entre a equipe multiprofissional do campo de estágio; falta de comunicação entre os professores de estágio; 5,26% dificuldades de comunicação com paciente x família.

O professor não se restringe ao aluno só no processo de aprendizagem. Os docentes são visto pelos universitários como conselheiros por isso a importância da relação professor e a aluno, a comunicação é o vínculo que se tem no ambiente de trabalho (OLIVEIRA et al., 2014).

Para ser efetiva a gestão precisa ter a percepção e respeito às diferenças humanas e suas individualidades por isso a relevância de uma boa comunicação e interação entre os profissionais, à valorização dos mesmos e conseqüentemente a motivação dos professores. Respeitando a hierarquia e fazendo com que seja um ambiente e processo de trabalho agradável e acolhedor (SOUSA, 2014).

A comunicação no ambiente de trabalho é imprescindível, sendo diretamente influenciada pela formação pessoal e pela personalidade do cuidador e do ser cuidado, adquiridas através de suas experiências, crenças e cultura.

Diante do **gerenciamento do tempo** foi relatado por 84,21% dos professores a falta de tempo para os momentos de descanso; 78,95% tempo reduzido para estar com os familiares, amigos, namorado (a), esposo (a); 57,90% faltar tempo para o lazer.

O professor se encontra em uma situação onde recaem sobre ele grandes responsabilidades, acúmulo de tarefas e carga horária, ocasionando muitas vezes a falta de tempo para o autocuidado. É significativo considerarmos a saúde física e mental dos profissionais e uma ressignificação quanto à qualidade de vida, visando suas necessidades e limites (REBOLO; OLIVEIRA BUENO, 2014).

Com a sobrecarga de trabalho, percebe-se grande necessidade da organização do professor e estímulo para o autocuidado, tanto em sua vida laboral, quanto extra laboral,

para que tenha uma otimização de tempo. Priorizando necessidades e funções, estipulando tempo, sempre consciente de seus limites, buscando o equilíbrio e qualidade de vida.

O professor precisa evitar atividades extra laborais no seu ambiente familiar, pois as atividades são contínuas, não há mais aquela divisão necessária do que é profissional e pessoal em termo de tempo, por isso a importância de priorizar o tempo e evitar que essas atitudes comprometam seu ambiente familiar, e realizar atividades prazerosas, impossibilitando que os problemas relacionados ao estresse ocupacional se agravem (LIPP, 2007).

Quanto aos fatores associados à ansiedade relacionados aos **fatores pessoais**, 31,58% dos professores referiram problemas familiares que interferem na vida profissional; 21,05% problema de saúde/ emocional que interfere na vida profissional; 10,53% problemas financeiros.

O professor mantém relações interpessoais constantes, seja com os colegas de trabalho ou alunos, que na sua grande maioria o vêem como exemplo, tendo grande responsabilidade quanto sua postura ética, profissional e pessoal/ emocional. Apesar da dificuldade que muitos profissionais têm de separar suas vidas pessoais, problemas, dificuldades, sejam elas de ordem familiares, financeiras ou até de saúde, em sua atuação, destaca-se a importância deste em se manter nestes momentos como uma “figura neutra/imparcial/discreta” para evitar influências negativas em suas relações com colegas e alunos e, até mesmo, no ensino e aprendizagem. Considerando, também, que o mesmo precisa repensar e reorganizar sua situação e buscar resolver seus problemas, procurando auxílio se necessário.

Em relação à **formação profissional** 84,21% dos professores destacaram a preocupação com a formação profissional contínua para ser um bom professor supervisor de estágio; 78,95% responsabilidade com a formação do aluno; 52,63% preocupação com o futuro profissional do acadêmico; 26,31% carga horária do estágio insuficiente para alcançar as competências necessárias no estágio curricular; 15,79% conteúdo teórico insuficiente para a prática no estágio supervisionado; 5,26% carga horária teórica x prática insuficiente para a formação com segurança do profissional.

Compreendemos que a educação continuada/permanente do professor, acontece ao longo da trajetória profissional do mesmo, que busca estar sempre se aperfeiçoando, de modo a contribuir para o seu constante desenvolvimento profissional. A conscientização do próprio profissional para educação permanente é de grande relevância para sua auto formação, considerando também a importância do sujeito se sentir sempre inserido neste processo formativo, para que ocorram mudanças tanto no âmbito pessoal quanto profissional (BAPTAGLIN; ROSSETTO; BOLZAN, 2014).

O aluno é preparado para atividade técnico e científico, tendo como princípio atender as demandas que são exigidas na sua futura carreira profissional. A partir dos conhecimentos técnico-científicos adquiridos na sua formação, cabe ao mesmo progredir na prática, por meio dos conhecimentos que lhe foi repassado. Por isso, o momento da

formação é fundamental para a aprendizagem das habilidades que serão exigidas ao futuro profissional, o que inclui a capacitação para o uso de todo tipo de tecnologia que a saúde exige (GONZE; 2009; GONZE; SILVA, 2011).

A enfermagem é uma profissão de grande responsabilidade, por isto é muito importante por parte do acadêmico, dedicação e amadurecimento durante a graduação, tanto em aspectos éticos, técnicos e científicos, buscando o aperfeiçoamento acadêmico durante e após sua formação.

Categoria 1 – Dificuldades enfrentadas pelos professores que possa estar associado ao nível de ansiedade

Quando os professores foram questionados sobre **outros fatores importantes associados ao seu nível de ansiedade**, foram destacados principalmente as questões referentes à falta de comprometimento, associado à falta de postura e individualismo do acadêmico:

“Falta de comprometimento no processo de saúde e doença, estudo disto; às vezes, vemos o aluno (poucos) que não se comprometem e querem tudo pronto.” (E1).

“Falta de postura do acadêmico, individualismo do acadêmico.” (E13).

“Falta de comprometimento do acadêmico. Falta de comprometimento dos colegas, com atividades dentro do curso.” (E14).

“O comportamento do acadêmico com a responsabilidade que a profissão exige.” (E18).

“Comprometimento profissional e acadêmico. Questões éticas dos alunos.” (E19).

A Educação Profissional desenvolve-se através da escola e do professor que possibilitam o processo de ensino e aprendizagem, promovendo desta forma a formação do futuro exercício profissional. Porém, para que o processo de ensino e aprendizagem se concretize com sucesso há a necessidade dos envolvidos assumirem suas responsabilidades no contexto educacional, principalmente o aluno (SANTOS; FELICETTI, 2014).

Este é protagonista, pois segundo Felicetti e Morosini (2010, p. 24), “[...] o comprometimento compete, também, ao educando, visto que só aprende quem quer aprender, e só se ‘ensina’ a quem quer ser ensinado.”

O professor E14 ainda destacou a falta de comprometimento dos professores em relação às atividades realizadas pelo Curso de Enfermagem. O professor E7 ressaltou a indiferença de alguns professores, além de dificuldades de relacionamento interpessoal no grupo:

“Indiferença por parte de alguns colegas. Preocupação demasiada de colegas com situações (picuinhas) e coisas que para mim não são tão importantes e acabam despejando-transferindo para a gente.” (E7).

O relacionamento interpessoal é relevante no entendimento do cuidado nas práticas profissionais em saúde, que são essenciais a estas. Considerando-se também, que o processo social é característico de cada contexto, cultura e costumes, onde o indivíduo está inserido e precisa 'adaptar-se' (FORMOZO et al., 2012).

A sobrecarga de atividades foi ressaltada pelos professores E16 e E17 como associado ao nível de ansiedade; além do desinteresse pelo conteúdo repassado no relato do professor E17:

“Penso que sou pouca ansiosa, mas vamos ver o que o resultado das pontuações vai apontar. Porém, quando me pedem muitas coisas para fazer ao mesmo tempo me incomoda.” (E16).

“Sobrecarga de atividades; desinteresse pelo conteúdo ministrado; acúmulo de função.” (E17).

A motivação é um impulso para que possamos atingir objetivos, é processo responsável por iniciar, direcionar e manter comportamentos relacionados com o cumprimento das desejadas finalidades e é imprescindível para um bom desempenho do docente, considerando que consiste sobre o mesmo uma sobrecarga de trabalho.

O professor E8 relatou como dificuldades enfrentadas que possa estar associado ao nível de ansiedade: *“Excesso de cobrança.” (E8).*

As dificuldades inerentes para avaliar o acadêmico decorrente do pouco tempo para as atividades práticas foram citadas pelo professor E15: *“Pouco tempo de convivência com os alunos para poder avaliá-lo.” (E15).*

Avaliação é um processo que consiste em visualizar os pontos que precisam ser consertados, ou seja, certas intervenções são necessárias, mas para isso o professor tem como papel fundamental orientar as atividades teórico- práticas, instigando o acadêmico no aprendizado, portanto é importante um bom relacionamento com o discente, através da observação de suas particularidades diante das situações que são encontradas. O período de estágio nem sempre é suficiente para que o professor avalie o acadêmico em todo seu processo de ensino e aprendizagem, ocasionando na maioria das vezes preocupação no processo avaliativo.

Os métodos de avaliação é uma forma de obter o acompanhamento do acadêmico no seu processo de ensino e aprendizagem é através deste processo o docente pode esta direcionando o acadêmico a melhoria nas atividades educacionais (MOTTA et al., 2014).

Na era da informação, o espaço de saber do docente cede lugar ao de mediador e problematizador do aprender: Ele passou a ser visto como aquele que desafia os estudantes, mostrando-lhes, entre as várias possibilidades de aprendizagem, caminhos que poderão ser percorridos (CAVEIÃO, 2015, p.104).

Já o professor E10 ressaltou a dificuldade de acompanhar todas as informações e a falta de tempo necessária para a preparação de aulas:

“Excesso de culpa em relação a não estar mais bem preparada para aulas.”

Dificuldade para acompanhar as informações. Não conseguir tirar tempo para estudar.” (E10).

Enquanto o tempo passa, a sociedade cresce junto do excesso de informações e a idéia equivocada da necessidade em acompanhar aumenta, e tudo é pensado e realizado de maneira acelerada, onde muitas vezes, esquece-se da qualidade e/ou conclusão do objetivo desejado. Este modo de viver pode ocasionar sérios problemas em toda a dimensão do ser humano, seja físico, psíquico e espiritual. Os profissionais mais acometidos por este ‘mal’ são aqueles que têm características altruístas e cobram excessivamente a si (CURY, 2014). Desacelerar nossos pensamentos e aprender a gerir nossa mente é tarefa fundamental.

A falta de cuidado do cuidador foi destacada na fala do professor E5: *“Sono e repouso bem prejudicado.” (E5).*

Destaca-se a importância das instituições e coordenações de ensino que visem ações e interações desenvolvidas no ambiente laboral que estimulem e propiciem o autocuidado dos professores, dentro e fora do ambiente de trabalho, para que desperte a prática, sendo que os mesmos já possuem o conhecimento e a importância de manter o seu autocuidado (OLINISKI; LACERDA, 2006).

O cuidado em saúde é entendido como um ato singular que objetiva o bem-estar das pessoas envolvidas, sendo indispensável que o ser cuidado e o ser cuidador estejam em interação produtiva. Assim, idealiza-se uma constante aproximação entre sujeitos no contexto das interações sociais (FORMOZO et al., 2012)

Categoria 2 - Cuidado do professor para evitar a ansiedade

Quando os professores foram questionados sobre como se cuidam para evitar a ansiedade, os enfermeiros E1, E6, E8, E9, E13, E14, E17 e E19 relataram que realizam atividade física; cuidado com a alimentação e nutrição; sono e repouso; massagem e pilates; utilização de terapias alternativas; além do descanso e lazer:

“Alimentação e nutrição.” (E1).

“Faço hidroginástica.” (E8).

“Faço massagem, drenagem duas vezes na semana, cuido da alimentação, procuro dormir no mínimo 6 horas- noite.” (E9).

“Cuido da alimentação saudável e pratico atividade física.” (E13).

“Horários reservados para descanso e lazer; atividades físicas.” (E14).

“Terapias alternativas: Reiki, massagens, acupuntura.” (E17).

“Atividade física duas vezes por semana.” (E19).

O professor E6 além do cuidado com o corpo pensa positivo, ama o trabalho e busca realizar as atividades de forma pró ativa.

“Eu tenho atitudes positivas em minha vida. Amo o que faço e busco ressignificar atividades difíceis para executá-las sem considerar um fardo. Cuido do meu corpo fazendo pilates e massagem.” (E6).

Para eliminar as causas da ansiedade é importante ser mais paciente, tolerante, menos perfeccionista e aprender a identificar os pensamentos vigiando e corrigindo-os para torná-los mais adequados e lógicos. Um dos melhores métodos para lidar com a ansiedade é ser otimista e racional em nosso modo de pensar e ver o mundo. A ansiedade pode ser decorrente do modo que a pessoa se relaciona com o que acontece ao seu redor, sendo importante que modifique o modo como percebe a vida e as situações. Ter soluções criativas para lidar com a ansiedade se torna eficaz com mudança no estilo de vida e enfrentamento dos desafios cotidianos (LIPP, 2007).

A organização do tempo, o não acúmulo de tarefas com planejamento das atividades; diálogo e tempo com a família e com os amigos; aprender a dizer não com imposição de limites foi destacado como cuidado dos professores E2, E3, E5, E7, E11, E12, E16 e E18 para evitar a ansiedade:

“Procuro não acumular tarefas, estou aprendendo a dizer não quando solicitado, tento dividir meu tempo entre trabalho, família e lazer.” (E2).

“Desligar das situações e resolver os problemas.” (E3).

“Procuro aproveitar minhas horas vagas para curtir com familiares e amigos. Sair do estresse.” (E5).

“Procuro desligar da Universidade quando saí dela [...]. Procuro realizar atividades que gosto e tenho vontade [...].” (E7).

“Tento não sobrecarregar com horas de trabalho, busco lazer com a família e atividades de relaxamento.” (E11).

“Penso na situação, não tomo atitudes precipitadas, converso com meu esposo, estar com minha filha diminui minha ansiedade.” (E12).

“Fazer cada coisa a seu tempo; planejar as atividades com uso de cronograma e agendamento; diálogo; estar sempre atenta e priorizando reuniões e encontros em família e amigos.” (E16).

“Organizando o tempo e os compromissos.” (E18).

O lazer é uma forma de relaxamento e alívio de problemas que são enfrentados diariamente, é necessário que os profissionais procurem meios para se autocuidar melhorando sua saúde e qualidade de vida (SANTOS; RANDUZ, 2011).

O profissional deve ser capaz de se adaptar aos diferentes contextos e funções a desempenhar no local de trabalho, de resolver situações de grande indefinição ou de se adaptar a todas as situações que comportam grandes níveis de imprevisibilidade, ansiedade e sofrimento, tal como se observa nas situações de prestação de cuidados ao outro (HILDA SOBRINHO; RADÜNZ; ROSA, 2015).

Os professores E4; E10 e E15 relataram déficit no autocuidado:

“Não me cuido!” (E4).

“Não estou me cuidando, apesar de achar que preciso praticar exercícios e melhorar a alimentação. Gosto de ler e procuro tirar algum tempo para leitura.” (E10).

“Não me cuido!” (E15).

O professor deve cuidar de si, repensando e transformando o estilo de vida em prol de um viver saudável; buscando autoconhecimento e autovalorização para promover mudanças de atitudes favoráveis à promoção da saúde.

Categoria 3 - Estratégias de enfrentamento da Ansiedade para melhorar a qualidade de vida

Diante do questionamento referente às estratégias de enfrentamento da ansiedade que o professor poderia utilizar para melhorar a qualidade de vida, destacaram lazer, atividade física, terapias alternativas, nutrição, sono e repouso, assistência médica, otimização do tempo, ou seja, o cuidado do cuidador:

“Sono e repouso, lazer e família, exercícios ao ar livre, tentarei!” (E1).

“Me sinto bem no momento, mas acho que preciso um pouco mais de lazer.” (E2).

“Frequentar a academia, reservar tempo para o lazer.” (E4).

“Pelo resultado, possuo ansiedade leve, acredito que aproveitar as horas vagas é o que fará a diferença.” (E5).

“Eu tenho bruxismo desde a adolescência, como tenho consciência, uso uma placa para dormir, o que evita crises de enxaqueca. Períodos de gastrite e pirose intensa tomo medicamentos ou dentro do possível trato com acupuntura. Para superar as dores musculares faço pilates duas vezes na semana mais massagem uma vez na semana ou a cada 15 dias.” (E6).

“Viver a vida com alegria; Fazer o que gosto; Desligar do curso fora do período.” (E7).

“Começar a praticar exercício, fazer meditação, melhorar padrão alimentar e de sono.” (E10).

“Buscar alternativas para mudar o ritmo e cuidado a saúde, vou buscar terapias como acupuntura, prática de atividade física e assistência médica para acompanhamento.” (E11).

“Atividade física; Atividade de lazer; Atividades sem relação com o ambiente de trabalho.” (E14).

“Tempo com família, reuniões com grupos de amigos, viagem, organizar as atividades de trabalho.” (E16).

“Cuidando do cuidador.” (E17).

Os professores destacaram também como estratégias de enfrentamento para melhorar a qualidade de vida as questões relacionadas ao processo de trabalho na educação, citando a carga horária e a harmonização do ambiente de trabalho:

“Harmonizar ambiente de trabalho.” (E3).

“Muita cobrança. Trabalha-se o dobro da carga horária que se tem.” (E8).

“Diminuição da jornada de trabalho para ter tempo com a família e lazer.” (E9).

“Diminuir carga horas trabalhadas.” (E13).

O docente possui vocação, idealismo, solidariedade, e prazer no que faz e com isso realiza educação e a formação das pessoas, mas não é exatamente só esse conjunto, um dos fatores que vem sendo motivo de ansiedade pelos professores é sua desvalorização. É de suma importância trabalhar no que gosta consequentemente isso gera satisfação e qualidade de vida, mas a forma como é atribuído pode comprometer seu desempenho como carga horária excessiva, falta de tempo com os familiares e o apoio (TIMMA; STOBÄUSB; MOSQUERA, 2014).

O professor E18 busca a motivação através de exemplos positivos frente à postura comprometida do acadêmico: *“Procurar observar os acadêmicos que estão comprometidos, responsáveis, que fazem valer a pena o futuro profissional.” (E18).*

A experiência do prazer no trabalho promove um duplo benefício onde ganham os profissionais que tem um espaço para a expressão da subjetividade e ganha também a organização que terá trabalhadores mais motivados e engajados no processo laboral. (ROSAS; MORAES; 2012, p.159).

O prazer no trabalho dos professores se associa à relação que se estabelece com o aluno, principalmente quando é possível visualizar o esforço e a dedicação dos discentes. Desse modo, o sentido atribuído ao trabalho está na contribuição efetiva na formação desses alunos, ao perceber que o ensino e aprendizagem foram alcançados (ROSAS; MORAES, 2012).

Categoria 4 - Sugestões frente à temática ao Curso de Enfermagem

Os professores fizeram várias colocações sugerindo melhorias quanto ao Cuidado do Cuidador que perpassa atividades em grupos; reuniões e encontros entre os professores; terapias comunitárias e alternativas; ginástica laboral; buscando a saúde dos professores e o comprometimento dos alunos e futuro profissionais enfermeiros.

Destaca-se nos relatos dos professores a importância dos grupos terapêuticos envolvendo a terapia comunitária; complementares; lazer e ginástica laboral objetivando uma melhor qualidade de vida do educador:

“Grupo para cuidar de quem cuida ou de quem ensina. Não temos na instituição algo assim, focado.” (E1).

“Terapia comunitária, maior solidariedade entre os colegas.” (E4).

“Como sugestão à coordenação poderia designar hora- aula a professores que trabalham com terapias complementares para desenvolver atividades com os professores. Para tanto o ideal seria organizar uma sala na própria unidade de saúde, ou na clínica, a qual os professores pudessem ser atendidos individualmente ou em grupos, principalmente nos períodos de maior estresse. Tenho ciência que a universidade tem um programa que visa cuidar da saúde do colaborador, outra possibilidade seria estruturar espaços de acesso mais direto (talvez por unas) para que pudesse participar.” (E6).

“Trabalhar questões relacionadas a atividades que possam diminuir a ansiedade e estresse nessa área. Ginástica laboral.” (E13).

“Encontros entre os professores para atividades de laser que envolva o maior numero possível. O curso dá muitas oportunidades ao professor de se manifestar, individual e no coletivo.” (E16).

“Grupo terapêutico.” (E17).

A interação do profissional com a equipe favorecendo as relações interpessoais saudáveis/ positivas e pró-ativas foram relatadas pelos professores.

“Sugiro que se investigue, jornada de trabalho entre os docentes e relações interpessoais [...]” (E2).

“Motivação e um debate sobre interação no grupo.” (E3).

“Que haja mais encontros com os profissionais para discutir suas dificuldades.” (E10).

“Sugiro reuniões com supervisores de estágio que aborde o tema ansiedade e comunicação. Adorei o tema da pesquisa.” (E12).

As questões relacionadas à jornada de trabalho na docência repercutindo na saúde do professor; além da necessidade da busca da saúde dos professores foi destacado nos relatos:

“Sugiro que se investigue a jornada de trabalho entre os docentes [...]” (E2).

“Olhar para a saúde dos professores; dividir entre os professores, não cobrar - exigir maior desempenho e comprometimento sempre dos mesmos.” (E7).

“Compreender os professores na sua individualidade e seus problemas. Não cobrar tanto, isto em demasia.” (E8).

“Diminuir atividades fora da carga horária do professor, como excesso de reuniões.” (E9).

A responsabilização do acadêmico em todo o processo ensino-aprendizagem, desde o início do curso deve ser meta a ser atingida pelos professores; formando profissionais responsáveis, éticos e comprometidos com a profissão, forma citados pelos

professores E14 e E18:

“Estimular o acadêmico para que este seja o autor principal na busca do conhecimento e que este entenda a importância do comprometimento- ética- conhecimento para a profissão escolhida (Enfermagem).” (E14).

“Desde a primeira fase a ter aulas para que o acadêmico tome consciência da responsabilidade da profissão escolhida. Ter critérios rígidos para aprovar o futuro enfermeiro, aos critérios rígidos significa não facilitar que o acadêmico continue indo para fase seguinte sem corresponder o saber necessário para aquela fase. O comportamento pessoal, a ética, responsabilidade, o amadurecimento pessoal para poder compreender a seriedade de ser enfermeiro.”(E18).

Ainda o professor E5 citou: *“Tenho uma carga horária reduzida no curso e acredito que a temática utilizada é boa.” (E5).*

É necessário que a Universidade invista na prevenção de doenças e na promoção de saúde do trabalhador, “apoando e incentivando o crescimento profissional do docente, dando-lhe mais autonomia, diminuindo conflitos interpessoais e, acima de tudo valorizando seu corpo docente”, buscando a melhoria do processo ensino-aprendizagem e a qualidade educacional (CARNEIRO, 2010, p. 71).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dos professores em cenário de prática, 57,90% apresentaram nível de ansiedade leve; 10,53% nível moderado e 31,58% nível intenso.

Os fatores associados à ansiedade nos professores de enfermagem foram relacionados ao processo de avaliação do acadêmico em cenário de prática; comunicação profissional e relacionamento interpessoal; gerenciamento do tempo; fatores pessoais que interferem na vida profissional e formação profissional do acadêmico.

As estratégias de enfrentamento da ansiedade citadas pelos professores para melhorar a qualidade de vida foram relacionadas ao lazer, atividade física, terapias alternativas, nutrição, sono e repouso, assistência médica, harmonização do ambiente de trabalho, otimização do tempo e pensamento positivo.

Os professores sugeriram ações condizentes com o Cuidado do Cuidador que perpassa atividades em grupos; reuniões e encontros entre os professores; terapias comunitárias e alternativas; ginástica laboral; buscando uma melhor qualidade de vida do educador. Os docentes destacaram as questões relacionadas à jornada de trabalho, quanto a excesso de atividades e sobrecarga de trabalho, que implica na saúde do professor.

Ressalta-se a importância da interação do profissional com a equipe, favorecendo as relações interpessoais saudáveis/positivas e pró-ativas, além do comprometimento dos alunos e futuros profissionais.

A partir dos resultados da pesquisa, sugere-se a realização de um calendário semestral, com programação de encontros mensais voltados para o cuidado do cuidador e relacionamento interpessoal (com dinâmicas, confraternização, terapias alternativas, ginástica laboral, etc.). Organizar momentos para educação continuada, trazendo profissionais de fora e/ou próprios da instituição e do curso. Além de organizar reuniões com antecedência, para que seus objetivos possam ser cumpridos.

Diante deste, sugere-se a realização de uma pesquisa de resultados para avaliação, após as recomendações a instituição, almejando melhorias do processo de ensino e aprendizagem e saúde dos profissionais envolvidos em cenário da prática em enfermagem.

REFERÊNCIAS

ABRATA. Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos. **Transtorno de Ansiedade**- Manual informativo. São Paulo: Planmark, 2011, 7 p. Disponível em: <<http://www.abrata.org.br/new/OS%202348%20-%20Manual%20Paciente%20Abrata%202%20-%2010-08-11.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015.

AGUIAR, Maria Jacinta Silva Ferreira. **Supervisão de Ensinos Clínicos em Enfermagem Perspectivas e Vivências dos Enfermeiros Orientadores**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade de Supervisão Pedagógica) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2013.

BANDEIRA, Roberto Albuquerque. **Dor pós-operatória em idosos submetidos à prostatectomia transvesical: correlação com a ansiedade no pré-operatório**. 2010. 83 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2010.

BAPTAGLIN, Leila Adriana; ROSSETTO, Gislaine Aparecida Rodrigues da Silva; BOLZAN, Doris Pires Vargas. Professores em formação continuada: narrativas da atividade docente de estudo e a da aprendizagem da docência. **Educação Santa Maria.**, v. 39, n. 2, p. 415-426, maio/ago. 2014.

BETTANCOURT, Lorena et al. O docente de enfermagem nos campos de prática clínica: um enfoque fenomenológico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. V. 19, n. 5, p. 1197-1204, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000500018>.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2015.

CARNEIRO, Rúbia Mariano. **Síndrome De Burnout: Um Desafio para o Trabalho do Docente Universitário**. 2010. 86 f. Dissertação (Mestrado Multidisciplinar em Sociedade,

Tecnologia e Meio Ambiente) - Centro Universitário de Anápolis – Uni Evangélica
Departamento De Pós-Graduação Stricto Sensu, 2010.

CAVEIÃO, Cristiano. Percepção de Docentes sobre o Processo de Aprendizado em Administração de Enfermagem. **Cogitare Enfermagem.**, v.20, n.1, p.103-111, 2015.

CID 10/ Organização Mundial da Saúde. **Centro colaborador da OMS para família classificações internacionais em português.** 10 ed. Rev.2 reimp. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2009.

CURY, Augusto. **Ansiedade- como enfrentar o mal do século:** a síndrome do pensamento acelerado: como e por que a humanidade adoeceu coletivamente, das crianças e adultos. 1 ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

DESOUZA, Diogo Araújo et al. Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira. **Avaliação Psicológica.** Itatiba, v 12, n. 3, dez, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2015.

FELICETTI, Vera Lucia; MOROSINI, Marília Costa. Do compromisso ao comprometimento: o estudante e a aprendizagem. **Educar em Revista.** Curitiba, Brasil, n. especial 2, p. 23-44, 2010.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 43. ed., São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FORMOZO, Gláucia Alexandre et al. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Revista enfermagem.** UERJ, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.124-7, jan/mar 2012.

GELLY, Adriana Gomes da Silva Khairallah. Síndrome de burnout: o meio ambiente de trabalho que adoeca o trabalhador e seu reflexo previdenciário. **Revista Jus Navigandi.** Teresina, ano 20, n. 4218, jan.2015. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/30530>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

GONZE, Gabriela Guerra. **A integralidade na formação dos profissionais de saúde:** tecendo saberes e práticas. 2009. 158 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

GONZE, Gabriela Guerra; SILVA, Gislene Alves da. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. **Physis.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 129-146, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 nov.2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000100008>.

HAMILTON, M. The assesment of anxiety states by rating. **BrJMedPsych,** 1959.

HILDA SOBRINHO, Sandra; RADÜNZ, Vera; ROSA, Luciana Martins da. O cuidar de si para promoção da saúde: os cuidados da enfermagem. **CiencCuidSaude.** V. 14, n. 1, p. 941-947, jan/mar. 2015.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes (Org.). **O stress do professor.** Campinas, SP: Papyrus,

2007. 136 p.

MOTTA, Leticia Letícia Carnevalli et al. O enfermeiro na prática docente: refletindo sobre os métodos de avaliação do ensino e aprendizagem. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. Três Corações, v. 12, n. 1, p. 257-261, jan./jul, 2014.

OLIVEIRA, Clarissa Tochetto de et al. Percepções de estudantes universitários sobre a relação professor-aluno. **Psicologia Escolar e Educacional**. Maringá, v. 18, n. 2, p. 239-246, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572014000200239&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-3539/2014/0182739>.

OLINISKI, Samanta Reikdal; LACERDA, Maria Ribeiro. Cuidando do cuidador no ambiente de trabalho: uma proposta de ação. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, v. 59, n. 1, Fev. 2006.

PITTA, José Cássio do Nascimento. Como Diagnosticar e Tratar Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Medicina**. v. 68, n 12, dez 2011.

REBOLO, Flavinês; OLIVEIRA BUENO, Belmira. O bem-estar docente: limites e possibilidades para a felicidade do professor no trabalho. **Acta Scientiarum. Education**. Universidade Estadual de Maringá Paraná, Brasil, v. 36, n. 2, jul/dez, 2014, p. 323-331.

ROSAS, Maria Letícia Messias; MORAES, Rosângela Dutra de. Entre o prazer e o sofrimento: estudo com professores do ensino fundamental de uma escola rural da cidade de Iranduba no Amazonas. **Revista AMAzônica**. Ano 5, v.IX, n. 2, jul./dez, 2012.

SANTOS, Viviane Euzebia P; RADUNZ, Vera. O cuidar de si na visão de acadêmicas de enfermagem. **Revista de enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.46-51, jan/mar, 2011.

SANTOS, Guilherme Mendes Tomaz dos; FELICETTI, Vera Lucia. Discursos de alunos e professores sobre o comprometimento do estudante na educação profissional. **Competência**. Porto Alegre, RS; v. 7, n.1, p. 31-48, jan/jun, 2014.

SAMPAIO, Carlos Eduardo Peres et al. Fatores determinantes da ansiedade e mecanismos de coping em procedimentos cirúrgicos gerais. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 547-555, out/dez. 2013.

SOUSA, Adriana Alves de. **Os vínculos afetivos entre professores e gestores na prática docente do ensino fundamental da escola Nossa Senhora de Fátima**. 2014. 45 f. Monografia (Especialização em Gestão Escolar) - Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

SOUZA, Ângela Maria Alves et al. Grupo Terapêutico com mulheres com Transtornos de Ansiedade: Avaliação pela escala de ansiedade de Hamilton. **Revista RENE**. Fortaleza, v.9, n.1, p.19-26, jan/mar, 2008.

SURIANO, Maria Lucia Fernandez et al. Identificação das características definidoras de medo e ansiedade em pacientes programadas para cirurgia ginecológica. **Acta Paulista de Enferm**. v. 22(Especial - 70 Anos), p.928-34, 2009.

TERRA, Fábio de Souza; MARZIALE, Maria Helena Palucci; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz. Avaliação da autoestima em docentes de enfermagem de universidades pública e privada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 71-78, fev, 2013. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jun.

2015.<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700010>.

TIMM, Jordana Wruck; STOBÄUS, ClausDieter; MOSQUERA, Juan José Moriño. Psicologia Positiva e bem-estar docente: Estado de Conhecimento (CAPES, 2011-2012) **Educação Por Escrito**. Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 228-239, jul/dez,2014

CAUSAS RELACIONADAS AO ABORTO EXPONTÂNEO: UMA REVISÃO DE LITERATURA¹

Causes Related To Abortion Expontâneo: A Literature Review

Silvia Barbosa Mattos²
Luciane Bisognin Ceretta³
Maria Tereza Soratto⁴

Recebido em: 20 jan. 2016

Aceito em: 02 dez. 2016

RESUMO: Pesquisa com objetivo de identificar as causas relacionadas ao aborto espontâneo, a partir de uma revisão de literatura. Trata-se de uma revisão bibliográfica, desenvolvida a partir de artigos científicos publicados em 2004 a 2014 em revistas indexadas na base de dados e pesquisa da Scielo, Bireme. O abortamento espontâneo é uma das complicações mais comuns durante a gravidez. A etiologia do abortamento espontâneo é heterogênea e multifatorial, incluindo fatores genéticos e ambientais. As anomalias cromossômicas estão entre as causas mais comuns de abortamento espontâneo. Os profissionais de enfermagem devem ser capacitados e sensibilizados para a assistência integral, técnica, ética e humana, com relação ao processo de perda e a vivência do luto da mulher.

Palavras-chave: Aborto. Aborto espontâneo. Assistência de enfermagem.

ABSTRACT: Research in order to identify the causes related to expontaneo abortion, from a literature review. This is a literature review, developed from published scientific articles in 2004 to 2014 in journals indexed in the database and research of Scielo, Bireme. The spontaneous abortion is one of the most common complications during pregnancy. The etiology of spontaneous abortion is heterogeneous and multifactorial, including genetic and environmental factors. Chromosomal anomalies are among the most common causes of spontaneous abortion. Nursing professionals must be trained and sensitized to the integral assistance, technical, ethical and human, with respect to the process of loss and the experience of grief from his wife.

Keywords: Abortion. Miscarriage. Nursing care.

INTRODUÇÃO

Abortamento é a interrupção da gravidez até a 20^a ou 22^a semana e com produto da concepção pesando menos que 500g (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006; BRASIL,

¹ Artigo Baseado na Monografia Pós-graduação Especialização em Obstetrícia e Neonatologia.

² Enfermeira - Especialista em Obstetrícia e Neonatologia - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC - Criciúma - SC - Brasil. Email: silviabmattos@hotmail.com.

³ Enfermeira - Doutora em Ciências da Saúde - Mestre em Enfermagem –Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina- Criciúma - SC – Brasil - UNESC - Email: luk@unesc.net.

⁴ Enfermeira - Mestre em Educação –Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - UNESC - Criciúma - SC - Brasil. Email: guiga@unesc.net.

2011). Aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento (BRASIL, 2011).

Geralmente, é considerado que antes de 20 semanas completas de gestação o feto não sobrevive, mesmo que sejam utilizados aparelhos artificiais. Poderá haver ou não viabilidade do feto com 20 a 27 semanas, e a sua condição de vitalidade estará presente, após 27 semanas completas de gestação (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006).

O aborto é considerado espontâneo quando da “interrupção natural da gravidez antes das 20 semanas de gestação” (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006, p. 463). O aborto é provocado, induzido ou inseguro quando se utiliza de qualquer “processo abortivo externo, químico ou mecânico. Este último pode ter a participação voluntária ou involuntária da gestante, e ser considerado legal ou ilegal” (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006, p. 463).

“O abortamento representa um grave problema de saúde pública, com maior incidência em países em desenvolvimento, sendo uma das principais causas de mortalidade materna no mundo, inclusive no Brasil” (BRASIL, 2012, p. 07).

O abortamento espontâneo ocorre em aproximadamente (10 a 15%) das gestações e envolve sensações de perda, culpa pela impossibilidade de levar a gestação a termo, além de trazer complicações para o sistema reprodutivo, requerendo uma atenção técnica adequada, segura e humanizada (BRASIL, 2012, p. 07).

São várias as causas de abortamento, contudo, na maioria das vezes, a causa permanece indeterminada (BRASIL, 2011). “Falar de aborto é falar de uma questão íntima e pessoal que se refere à feminilidade” (BAZOTTI; STUMM; KIRCHNER, 2009, p.151).

O bom prognóstico da gestação é de grande importância para saúde materno-infantil. Neste contexto é fundamental que sejam acumuladas mais informações sobre os fatores associados ao aborto (KAC et al., 2007).

A realização de estudos sobre o aborto permite proposição de novas políticas públicas de saúde, pois retratam o caráter recorrente deste fenômeno e permitem uma compreensão da problemática como questão de saúde da mulher, que necessita de cuidados e atenção específica para minimizar as complicações físicas, emocionais e sociais (NOMURA et al., 2011, p.650).

A elucidação da causa dos abortos espontâneos ainda não é rotina em nosso País. A prevalência de doenças com risco de transmissão congênita nas mulheres com abortamento espontâneo é importante, sendo indispensável um maior número de pesquisas objetivando elucidar a causa do aborto. “A saúde da mulher deve receber mais atenção dos gestores de saúde, pois o cuidado primário é o melhor e o mais eficiente caminho a ser seguido visando uma qualidade de vida para mães e seus futuros filhos” (BARBARESCO et al., 2014, p.21).

“A atenção humanizada às mulheres em abortamento é direito de toda mulher e dever de todo (a) profissional de saúde” (BRASIL, 2012, p. 22).

A partir da realização da pós-graduação em obstetrícia e neonatologia, surgiram inquietações sobre os fatores causais no aborto espontâneo e a assistência de enfermagem

realizada nestes casos. Nesta perspectiva este estudo teve por objetivo identificar as causas relacionadas ao aborto espontâneo, a partir de uma revisão de literatura.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada a revisão bibliográfica por meio de levantamento Bibliográfico no Scielo, Bireme, livros e material do Ministério da Saúde. Os critérios para seleção dos artigos para a presente pesquisa foram: artigos que relatam o assunto, publicados na base de dados Scielo e Bireme; artigos que compreendam as palavras chaves: aborto, aborto espontâneo, assistência de enfermagem no aborto; artigos publicados no idioma português, no período de 2004 a 2014.

Os critérios para exclusão dos artigos para a presente pesquisa foram: palavras chaves: aborto em animais; aborto provocado; resenha, editorial, dossiê; artigos repetidos.

A avaliação inicial do material bibliográfico ocorreu mediante a seleção de datas, entre os anos de 2004 e 2014, idioma português e os descritores aborto, aborto espontâneo, assistência de enfermagem no aborto. A segunda avaliação ocorreu mediante a leitura dos resumos, com a finalidade de selecionar aqueles que atendiam aos objetivos do estudo, através do tema proposto. A seguir realizou-se a leitura dos artigos selecionados na íntegra, proporcionando a identificação de três aspectos analisados: causas relacionadas ao aborto espontâneo; aborto na adolescência; aborto e luto; assistência de enfermagem no abortamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta de dados ocorreu de dezembro de 2014 a março 2015, com a obtenção de 671 artigos, destes foram selecionados 28 artigos, os quais continham informações referentes ao tema de estudo, que foram lidos e analisados criticamente. Em seguida foram organizados e sintetizados em um quadro contendo informações de acordo com título, tipo e método do estudo, ano, autores, periódico.

Quadro 1: Artigos selecionados de acordo com título, tipo e método do estudo, ano, autores, periódico.

Título do artigo	Tipo e método do estudo	Ano	Autores	Artigo Periódico
Sexualidade e depressão em gestantes com aborto espontâneo de repetição	Estudo prospectivo caso-controle com 105 gestantes.	2014	FRANCISCO et al	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.
Atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde no Nordeste Brasileiro: a estrutura dos serviços	Pesquisa avaliativa em 09 maternidades da Rede SUS. Utilização de questionário.	2014	ALVES et al	Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.,
Infecções de transmissão vertical em material abortivo e sangue com	Estudo coorte-transversal, com 105 mulheres que sofreram aborto espontâneo completo	2014	BARBARESCO et al	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.

ênfase em Toxoplasmose gondii.	e/ou incompleto. Aplicação de questionário e coleta de amostras de sangue e material abortivo.			
Cuidado integral e aconselhamento reprodutivo à mulher que abortou: percepções da enfermagem	Pesquisa qualitativa. Entrevista com 19 profissionais de enfermagem.	2013	STREFLING et al	Esc. Anna Nery
Perdas fetais espontâneas e voluntárias no Brasil em 1999-2000: um estudo de fatores associados	Análise de corte transversal, com 3.047 puérperas	2013	MACHADO et al	Rev. bras. epidemiol.
Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres?.	Inquérito com 2.804 usuárias, internadas por complicações do aborto em 19 hospitais	2012	AQUINO et al	Ciênc. saúde coletiva
Abortamento na adolescência: vivência e necessidades de cuidado.	Pesquisa qualitativa com 8 adolescentes.	2012	FARIA et al	Rev. Gaúcha Enferm.
Percepção feminina diante da gravidez interrompida: análise da experiência vivenciada por mulheres com diagnóstico de abortamento	Pesquisa Qualitativa, descritiva. Entrevista com 13 mulheres.	2011	GUIMARAES XIMENES NETO et al	Cienc. enferm
Fenótipo de subfertilidade, polimorfismos cromossômicos e falhas de concepção	Avaliação de 1.236 cariótipos de casais com fenótipo de subfertilidade de dois diferentes centros (público e privado).	2011	CAMPANHO et al	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.
Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais Brasileiras	Entrevistas, aplicação Avaliação da Atenção Primária de Transtornos Mentais ou PRIME-MD, 316 mulheres	2011	NOMURA et al	Rev. Assoc. Med. Bras.
Você conhece esta síndrome?	Relato de caso, Paciente de 18 anos, sexo feminino, com síndrome de Goltz	2011	URBANO; LEAL; COSTA	An. Bras. Dermatol.
Gestação gemelar de mola hidatiforme completa com feto vivo	Estudo de caso de primigesta, 20 anos, com gestação gemelar coexistindo com mola hidatiforme e feto normal	2011	YELA et al	J. Bras. Patol. Med. Lab.
Programas de controle da toxoplasmose congênita	Artigo de revisão	2011	LOPES-MORI et al	Rev. Assoc. Med. Bras.
Histeroscopia ambulatorial em casos de abortamento consecutivo	Estudo transversal em 66 pacientes com diagnóstico de dois ou mais abortamentos de repetição, sendo submetidas à histeroscopia diagnóstica ambulatorial.	2011	SOUZA et al	Rev. Assoc. Med. Bras.
Mulheres em situação de abortamento: estudo de caso	Pesquisa qualitativa, estudo de caso com 19 mulheres. Técnicas de observação participante, entrevista, diário de campo e análise de prontuário.	2010	BERTOLANI; OLIVEIRA	Saude soc.
Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto.	Pesquisa qualitativa. Entrevista com 13 mulheres	2010	MARIUTTI; FUREGATO	Rev. bras. enferm.
Análise citogenética em material de abortamento espontâneo	Compilação retrospectiva da análise de cariótipo em lâmina corada, com material de 428	2010	ROLNIK et al	Rev. Assoc. Med. Bras.

	produtos de abortamento encaminhados para estudo			
Abortamento na adolescência: da vida à experiência do colo vazio - um estudo qualitativo	Abordagem qualitativa, entrevista com 10 adolescentes	2010	VIEIRA et al	Ciênc. saúde coletiva.
Abordagem laboratorial das síndromes antifosfolípide e do aborto recorrente	Artigo de revisão	2010	SANCHES et al	Arq. bras. ciênc. saúde
Aborto espontâneo em mulheres residentes nas proximidades do parque industrial do município do Rio Grande - RS	Estudo transversal realizado com 285 mulheres em idade fértil, expostas à poluição e 280 não expostas. Instrumento com questões fechadas	2008	NOGUEZ et al	Texto contexto - enferm.
Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa.	Pesquisa Qualitativa. Entrevista com 100 mulheres.	2009	BENUTE et al	Rev. Assoc. Med. Bras.
Ser cuidada por profissionais da saúde: percepções e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento.	Estudo qualitativo, com entrevista aberta e observação com 5 mulheres que sofreram abortamento espontâneo.	2009	BAZOTTI; STUMM; KIRCHNER	Texto contexto - enferm
Anomalias e prognóstico fetal associados à translucência nucal aumentada e cariótipo anormal	Estudo prospectivo com 6.991 gestantes	2009	SALDANHA et al	Rev. Assoc. Med. Bras.
Fatores associados à ocorrência de cesárea e aborto em mulheres selecionadas em um centro de saúde no município do Rio de Janeiro	Dados de uma coorte no pós-parto com 352 mulheres entre 15-45 anos.	2007	KAC et al	Rev. Bras. Saude Mater. Infant.
Casais com abortamento espontâneo recorrente: participação das translocações cromossômicas	Estudo citogenético, 24 casais com história de pelo menos dois abortamentos espontâneos em primeiro trimestre de gestação	2007	SILVA et al	Arq Ciênc Saúde
Associação entre abortamentos recorrentes, perdas fetais, pré-eclâmpsia grave e trombofilias hereditárias e anticorpos antifosfolípidos em mulheres do Brasil Central.	Estudo observacional transversal de 48 gestantes com histórico de abortamentos recorrentes, perdas fetais, além de pré-eclâmpsia grave	2007	FIGUEIRO-FILHO; OLIVEIRA	Rev. Bras. Ginecol. Obstet
O luto no processo de aborto provocado	Relato da experiência.	2006	GESTEIRA; BARBOSA; ENDO	Acta paul. enferm
Abortamentos espontâneos: estudos citogenéticos e riscos de recorrência	Análise citogenética em 120 amostras de abortamentos espontâneos (vilosidades coriônicas) em primeiro trimestre de gestação	2004	RODINI et al	Arq Ciênc Saúde

Fonte: Dados da pesquisa bibliográfica, 2015.

CAUSAS RELACIONADAS AO ABORTO ESPONTÂNEO

O abortamento espontâneo é uma das “complicações mais comuns durante a

gravidez. Sua incidência varia entre 6,5% e 21% em gestações clinicamente reconhecidas. Ocorre em 75% dos casos entre a 7ª e a 15ª semanas de gravidez” (RODINI, 2004, p.37).

A etiologia do abortamento espontâneo é heterogênea e multifatorial (RODINI, 2004; SILVA et al., 2007). Inclui fatores genéticos e ambientais, sendo que as principais causas são anomalias cromossômicas no concepto (RODINI, 2004).

O aborto pode estar associado ao consumo de álcool e fumo. Entre os potenciais fatores determinantes do aborto estão o efeito da idade, o estado marital e o estado nutricional pré-gestacional com níveis deficientes de micronutrientes como o ácido fólico, ferro e zinco (KAC et al., 2007).

A pesquisa de Noguez et al. (2008) apontou os possíveis indicadores de risco para a ocorrência de aborto espontâneo, relacionando às condições socioeconômicas, à história reprodutiva e à exposição ambiental e ocupacional da mulher. As DSTs constituem sério problema para a saúde reprodutiva, podendo causar esterilidade, gravidez ectópica, parto prematuro, aborto, entre outros.

As variáveis que se associaram a maior ocorrência de perdas em pesquisa de Machado et al. (2013, p.24) foram: “não ter filho vivo; ter história de outras DST diferentes de sífilis, não ter feito pré-natal na gravidez de referência e nem na gravidez atual”.

“As anomalias cromossômicas estão entre as causas mais comuns de abortamento espontâneo. Aproximadamente 50% das perdas fetais no primeiro trimestre de gestações clinicamente reconhecidas apresentam cariótipos anormais” (RODINI, 2004, p.37).

As alterações citogenéticas representam importante causa de perdas gestacionais e sua detecção auxilia o aconselhamento genético do casal (ROLNIK et al., 2010).

“Aproximadamente 50% das mortes fetais durante o primeiro trimestre resultam de alterações cromossômicas”; embora vários outros fatores podem resultar ou influenciar no abortamento espontâneo, sendo a maioria deles, de “origem materna como doenças crônicas e infecciosas, alterações anatômicas do sistema reprodutor e fatores trombogênicos” (RODINI, 2004, p.38).

“O abortamento espontâneo pode recorrer” (RODINI, 2004, p.38). “A síndrome do aborto recorrente pode ser ocasionada por inúmeros fatores, entre eles anormalidades cromossômicas, anatômicas ou hormonais, ou ainda por defeitos nas proteínas de coagulação sanguínea ou plaquetária” (SANCHES et al., 2010, p.111).

“Os casos de abortamento de repetição apresentam uma prevalência aumentada de alterações uterinas adquiridas e congênitas diagnosticadas através da histeroscopia diagnóstica ambulatorial” (SOUZA et al., 2011, p.407).

Em cerca de 50% dos casos de abortamento recorrente (AR), a etiologia não é esclarecida. Dentre os diferentes fatores associados (anatômico, genético, imunológico, endócrino, ambiental), as causas cromossômicas têm um papel relevante (SILVA et al., 2007).

Translucência nucal aumentada, entre 11 - 13 semanas e 6 dias, é importante marcador de anomalias cromossômicas fetais e malformações estruturais fetais, principalmente cardíacas; podendo ocorrer aumento do risco de abortamento, óbito intrauterino e neonatal para estas gestações (SALDANHA et al., 2009).

Considerando-se a importância em estabelecer os cariótipos de casais com histórico de abortamento recorrente e riscos para as próximas gestações, o estudo de Silva et al. (2007) teve por objetivo investigar citogeneticamente a ocorrência de anomalias cromossômicas estruturais em tais casais, dado que em caso de casal portador de uma alteração cromossômica equilibrada, a gravidez pode resultar, além de perdas gestacionais, em crianças com malformações múltiplas e retardo mental.

Silva et al. (2007) destaca a necessidade da investigação do cariótipo em todos casais com pelo menos dois abortamentos recorrentes no primeiro trimestre de gestação de causa não estabelecida, independentemente da idade dos genitores e enfatiza a contribuição das translocações balanceadas em um dos cônjuges, como fator etiológico das perdas fetais.

A explicação mais plausível, para a alta incidência de anomalias cromossômicas em abortamentos espontâneos precoces, é que a maioria das cromossomopatias resulta em desenvolvimento desordenado do conceito, incompatível com a sobrevivência intrauterina prolongada e nascimento. Os fatores relacionados à incompatibilidade imunológica materno-fetal e deficiência na vascularização placentária estão entre os mais importantes e podem determinar a recorrência do abortamento espontâneo, mais frequente nos casos de normalidade citogenética dos conceitos abortados (RODINI, 2004, p.38).

A contribuição das translocações na etiologia do aborto e auxiliam quanto ao risco e ao aconselhamento genético dos casais nas gestações futuras. No futuro próximo, o crescente entendimento das implicações dos fatores genéticos na ocorrência dos abortos espontâneos recorrentes deve resultar em diagnósticos mais precisos e esclarecedores e tratamentos potenciais. Portanto, nestes casais é recomendada uma avaliação cuidadosa para estabelecer a causa das perdas gestacionais e indicação de possíveis tratamentos e aconselhamento genético (SILVA et al., 2007).

Campanho et al. (2011, p.250) considera imprescindível o oferecimento do “teste para casais com fenótipo de subfertilidade”, pois oferece uma resposta diagnóstica efetiva e em menor tempo, poupando o casal de “sucessivas frustrações com relação ao insucesso reprodutivo ou, ainda, colocando-os em contato com outras abordagens investigativas a fim de se determinar a etiologia da doença e as possíveis opções terapêuticas”.

A gestação gemelar de uma mola hidatiforme completa coexistindo com um feto vivo é uma entidade rara, possui risco aumentado de aborto espontâneo, parto prematuro, morte fetal intraútero, sangramento, pré-eclâmpsia e doença trofoblástica persistente. “Na suspeita de gestação gemelar molar com presença de feto vivo, o primeiro passo deve ser a determinação do cariótipo” (YELA et al., 2011, p.169).

Urbano, Leal e Costa (2011) descrevem um estudo de caso de uma paciente de 18 anos, com síndrome de Goltz.

A síndrome de Goltz é uma doença genética rara, de herança dominante ligada ao X, mais comum em doentes do sexo feminino e, na maioria das vezes, resulta no aborto dos fetos do sexo masculino. Tem um amplo espectro de manifestações clínicas possíveis. O diagnóstico consiste no somatório dos numerosos achados clínicos, radiológicos e histopatológicos. O tratamento é o aconselhamento genético, cirurgias reconstrutivas e abordagem multidisciplinar, com objetivo de melhorar a qualidade de vida e garantir uma vida normal e produtiva (URBANO; LEAL; COSTA, 2011, p.391).

Os estudos de Figueiro-Filho e Oliveira (2007, p.566) sugere que “mulheres portadoras de trombofilias durante a gestação apresentam associação positiva com maior prevalência de complicações obstétricas e perinatais, como abortamentos recorrentes e perdas fetais”. Desta forma, deve ser realizada “investigação de rotina para trombofilias em pacientes com história de abortamentos recorrentes e perdas fetais em gestações anteriores”, considerando a possibilidade de tratamento com heparina de baixo peso molecular durante a gravidez atual, evitando, assim, os efeitos deletérios da associação entre gravidez e trombofilias (FIGUEIRO-FILHO; OLIVEIRA, 2007, p.566).

Os resultados da pesquisa de Barbaresco et al. (2014) demonstraram que a soropositividade de um agente infeccioso da síndrome de STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus) pode ocasionar o aborto espontâneo.

A triagem sorológica para toxoplasmose, doença de Chagas, rubéola, citomegalovírus e sífilis ou para síndrome STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus) é de suma importância na gestação, pois possibilita o tratamento precoce, evitando a ocorrência de aborto (BARBARESCO et al., 2014, p.18).

A toxoplasmose congênita pode causar aborto e danos neurológicos e/ou oculares ao feto, sendo que o Ministério da Saúde aprovou a portaria 2.472, de 31 de agosto de 2010, que estabeleceu a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas (LNCS), incluindo a Notificação da toxoplasmose aguda gestacional e congênita (LOPES-MORI et al., 2011).

ABORTO NA ADOLESCÊNCIA

Segundo o Ministério da Saúde “em 2010, o número de internações por aborto espontâneo, aborto por razões médicas e outros tipos de gravidez que terminaram em aborto, na faixa etária de 10 a 19 anos, foi de 38.771” (FARIA et al., 2012, p.21).

Na pesquisa de Faria et al. (2012) a experiência do abortamento para as adolescentes envolveu a dor física e dor existencial pela perda gestacional, configurando-se em um momento difícil e permeado por tristeza.

No estudo de Vieira et al. (2010) as adolescentes entrevistadas referiram que a perda fetal caracterizou-e como um processo permeado por sentimentos de dúvida, ansiedade, medo, negação e desamparo, intensificados pela falta de conhecimentos prévios, de orientações e de apoio.

Acompanhar as adolescentes em processo de abortamento permitiu a constatação da

necessidade de estratégias que vão além do cuidado imediato inerente a tal intercorrência. Fazem-se necessárias intervenções em todos os aspectos biopsicossociais, não cabendo aos profissionais a atribuição de juízo de valor, mas sim a compreensão de que a adolescente, por encontrar-se em período de transição entre a infância e a fase adulta, ao enfrentar o abortamento sente que o aflorar de uma nova vida transformou-se na experiência do colo vazio (VIEIRA et al., 2010, p.3153).

“Para as adolescentes, enfrentar o abortamento traduziu-se na necessidade de amadurecimento e mudança de comportamento; voltar ao cotidiano gerou expectativa e esperança de uma nova vida apoiada pelos familiares” (VIEIRA et al., 2010, p. 3154).

“No caso das adolescentes, este contexto demanda uma atenção especial, pois de modo geral elas estão iniciando a vida sexual e reprodutiva e o que se apresenta é novo e desconhecido” (FARIA et al., 2012, p.23).

A adolescente que procura o serviço de saúde deve ser acolhida pela equipe e receber informações sobre sua condição de saúde e os procedimentos a que será submetida. Para muitas delas, esse momento é a primeira experiência de internação, e esta, se for traumática, poderá trazer repercussões negativas a sua vida (FARIA et al., 2012, p.24).

O estudo de Faria et al. (2012) ressalta a importância da atuação dos profissionais da saúde no sentido de planejar e realizar ações de acordo com as necessidades de cuidado manifestadas pelas adolescentes.

ABORTO E LUTO

O aborto é caracterizado por um processo fisiológico do corpo com o fim da vitalidade intra-uterina e, geralmente é anunciada de maneira drástica, devido à forma ou quadro clínico; pois, mesmo que a mulher não tenha conhecimento sobre os aspectos científicos e obstétricos, a suspeita da finalização da gestação é percebida, visto que o saber popular sobre os riscos durante a gravidez é conhecido, e o próprio corpo sinaliza que algo está ocorrendo e, nesse momento, se inicia o sentimento feminino sobre o fim da gravidez (XIMENES NETO, 2011).

O risco iminente de perda da criança provoca um sentimento de decepção, frustração, e até luto pelo ente expulso da cavidade uterina antes de poder viver sem dependência direta do corpo da mãe. Essa realidade pode ser vista comumente nos centros obstétricos, com mulheres em processo de abortamento inevitável e ao conversarem sobre o ocorrido, entram em crises de choro, tanto pela morte do conceito, quanto por sentirem-se incapazes de manter uma gravidez até o período de viabilidade da criança, achando que não estão desempenhando a função reprodutiva feminina efetivamente (XIMENES NETO, 2011).

Abortamentos espontâneos e provocados são vivenciados de formas diferentes embora sejam ambas as experiências exclusivamente femininas, íntimas, singulares e subjetivas. A forma como cada mulher o vivencia pode ser remetido a outros eventos correlacionados a perdas que já tenham ocorrido em suas vidas (BERTOLANI; OLIVEIRA, 2010, p. 299).

A gravidez interrompida afora atitudes distintas em cada uma, transformando-se de uma percepção descrita como de alegria, realização pessoal, expressão de feminilidade, para outra, com sentimento de indecisão e até raiva, sentimento de perda e luto (XIMENES NETO, 2011).

Dessa forma, a ansiedade e a depressão se relacionam, tanto no abortamento provocado como no espontâneo, à vivência subjetiva do abortamento, mas dois fatores podem ser destacados como preponderantes: o processo de luto pela perda do filho quer seja do filho real desejado e imaginado ou do filho em potencial desencadeado a partir do 'saber-se' grávida; e o desvio do padrão de comportamento esperado socialmente, já que a maternidade ainda é reconhecida como inerente à mulher. O desvio reforça a culpa sentida, iniciada a partir de um sentimento conflituoso com o dever instaurado. Os comportamentos discordantes das normas sociais e morais instalam-se na sombra e desencadeiam um conflito. A culpa também decorre da exigência interna de reparação, desencadeando ansiedade e depressão na busca por respostas. A culpa é expressa na crença de um castigo futuro e redimida por meio da introspecção, da busca por respostas. Ansiedade e depressão podem ser as consequências da culpa pela perda que podem resgatar a integridade (BENUTE et al., 2009, p.326).

Em pesquisa de Ximenes Neto (2011) as mulheres mesmo com a gravidez não-planejada, a princípio, tinham sentimentos de indecisão com relação ao surgimento da gravidez, mas que ao vivenciarem este momento, mudaram de opinião e ao perceberem o risco da gravidez ser interrompida, sentiam-se tristes, imaginando como seria essa criança que não chegou a sobreviver.

O estudo de Ximenes Neto (2011) destacou que metade das mulheres com história de aborto, não tinham filhos. Pesquisa que alerta para a necessidade de planejamento e implementação de medidas de apoio psicológico, social e de saúde por parte dos profissionais, especialmente o enfermeiro, para uma atenção integral a fim de evitar sequelas psicológicas decorrentes da experiência abortiva e assim, contribuir para a diminuição de traumas e transtornos mentais se instalem.

Desta forma, os distúrbios psicológicos devem ser observados, incluindo sua incidência, principalmente, entre as adolescentes que ainda estão em desenvolvimento físico, psicológico e social. Isso requer práticas eficazes de prevenção de gravidez precoce e de forma não planejada (XIMENES NETO, 2011).

Os fatores de risco para a depressão da mulher após o aborto estão associados a precárias condições socioeconômicas e afetivas; drogas; prostituição; falta de apoio social e familiar; violência. Nos fatores protetores observam-se presença de condições socioeconômicas favoráveis à criação dos filhos; apoio familiar (especialmente do companheiro) e social; profissão e trabalho. O reconhecimento desses aspectos abre caminhos para dar melhores cuidados às mulheres em abortamento (MARIUTTI; FUREGATO, 2010, p.183).

Com a ampliação dos conhecimentos sobre os sentimentos femininos enfrentados de forma adaptativa, a gravidez interrompida, pode-se oferecer um cuidado adequado à realidade das mulheres, visando, principalmente, à reação de luto (XIMENES NETO, 2011).

Em se tratando do aborto como causa de perda de um filho, ele é considerado como um não evento, pois não aconteceu o nascimento e nem houve a morte convencional. A

mulher em situação de aborto vivencia o 'luto não autorizado' que se refere às perdas que não podem ser abertamente apresentadas, socialmente validadas ou publicamente pranteadas. Esse tipo de luto é considerado uma perda não reconhecida (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006).

“O luto por um filho é marcado por muita culpa e revolta” (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006, p.465). “Na vivência do aborto, é elevada a proporção de mulheres que apresentam diagnóstico de depressão maior” (NOMURA et al., 2011, p. 646).

Mulheres que vivenciam a perda de um filho que está sendo gerado merecem cuidados da equipe de saúde, em especial, da enfermagem. Muitas não esperam este acontecimento, sentindo-se desanimadas, frustradas, tristes, fragilizadas, culpadas, podendo evoluir para depressão (BAZOTTI; STUMM; KIRCHNER, 2009).

Em estudo de Francisco et al. (2014) constatou que grávidas com história de aborto espontâneo de repetição (ERA) apresentam frequência duas vezes mais elevada dos sintomas de depressão moderada e grave.

Nesse contexto, o sofrimento do luto vivenciado com o abortamento, quer espontâneo quer provocado, pode ser entendido, por um lado, a partir de uma explicação racional, que vem da exigência de se cumprir uma função social, a maternidade, por outro lado, do ponto de vista psíquico. Essa mulher é fruto das exigências e das transformações de sua época, mas carrega consigo uma inscrição de maternidade. Há uma demanda interna que clama pela vivência do arquétipo e uma demanda externa que apresenta limites para tal vivência. Surge o conflito inerente ao papel social da mulher, a teleologia corporal e a demanda interna associada às pressões do mundo externo em que vive a mulher. O que resulta em sentimentos de angústias, conflitos, dúvidas e culpa pelo abortamento. (BENUTE et al., 2009, p.326).

A vivência do luto necessita ser verbalizada e trabalhada, “tanto com as mulheres em processo de abortamento quanto com a equipe de assistência, especialmente com as enfermeiras” (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006, p.466). Desta forma a mulher necessita de assistência com relação ao processo de perda e a vivência do luto (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006).

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ABORTAMENTO

“O aborto não é isento de risco”. As complicações resultantes do aborto podem estar relacionadas à: “hemorragia, infecção, perfuração uterina, laceração cervical, esterilidade, culpa, depressão e morte materna” (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006, p.463).

O abortamento é um problema obstétrico comum e, muitas vezes, pode ser encarado pela equipe de enfermagem como rotineiro. Porém, para a mulher e para a família, independente da gravidez ser planejada ou não; essa perda sempre vem acompanhada do sentimento de culpa (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006, p.464).

Dor, cólica, sangramento são os sintomas que as mulheres procurem atendimento hospitalar (BERTOLANI; OLIVEIRA, 2010). Em pesquisa de Francisco et al. (2014, p.152)

gestantes com histórico de aborto espontâneo de repetição apresentam “depressão com frequência duas vezes mais elevada e função sexual mais comprometida”.

A assistência de enfermagem deve ser similar àquela prestada às mulheres que se encontrem no puerpério, e as(os) enfermeiras(os) devem prestar atenção acurada, com vistas à identificação de possíveis problemas quando da avaliação e estabelecimento do diagnóstico de enfermagem (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006).

Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, devem estar sensibilizados para o cuidado à mulher em processo de abortamento. Estas mulheres necessitam da assistência técnica e humanística com relação ao processo de perda e à vivência do luto (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006).

Os profissionais de enfermagem devem estar atentas(os) para a identificação dos seguintes problemas: medo relacionado ao risco de perda da gestação; conhecimento deficiente em relação à causa do aborto; dor relacionada com as cólicas abdominais e com contrações da musculatura uterina; alteração da autoestima relacionada com os sentimentos de culpa pelo abortamento; risco de traumatismo relacionado com a retenção de tecido e a exigência de cirurgia para o esvaziamento uterino; estresse causado pelo não cumprimento dos ritos religiosos fúnebres do casal e/ou da mulher; riscos de traumatismos relacionados com a possível isoimunização de uma mãe portadora de fator Rh negativo e o luto (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006, p.464).

Como casos de abortamento são problemas obstétricos comuns nas instituições de saúde, muitas vezes pode ser encarado pela equipe de enfermagem como rotineiro. “O cuidado às mulheres que abortaram não pode ser influenciado por julgamentos pessoais, mas expressaram compreender o cuidado integral como o desenvolvimento de práticas que satisfazem as necessidades biológicas” (STREFLING et al., 2013, p. 704).

Os profissionais da saúde podem oferecer o suporte necessário para as mulheres que passam por essa experiência, que venham a engravidar ou ter atitudes com crianças sem receios, devido a experiência abortiva e assim realizar-se pessoalmente (XIMENES NETO, 2011).

Desta forma o plano terapêutico instituído pela enfermagem deve contemplar o processo de luto da mulher (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006).

O estudo de Strefling et al. (2013) apontou uma lacuna no aconselhamento reprodutivo que necessita ser abordada de forma integral, além das orientações para a contracepção, abordando também outros problemas vivenciados pelas mulheres com histórico de abortamento.

Mariutti e Furegato (2010) observaram em sua pesquisa que na assistência à mulher em situação de abortamento predomina o cuidado centrado no atendimento às necessidades físicas.

O ciclo gravídico-puerperal deve ser acompanhado a fim de se dar especial atenção à saúde mental das mulheres, identificando seus fatores de risco, principalmente a depressão, o transtorno mental de maior prevalência durante a gravidez e o puerpério (FRANCISCO et al., 2014, p.03).

“Para avançar no cuidado é preciso compreender a mulher, não apenas fisicamente, mas como ser humano que vivencia tal situação e sem dúvida, experimenta sofrimento e sentimentos dolorosos” (MARIUTTI; FUREGATO, 2010, p.189).

O cuidado integral nas situações de abortamento envolve desde o acolhimento e diagnóstico das reais necessidades de cada usuária, o emprego de tecnologias apropriadas para a terapêutica, bem como a inclusão de orientações e esclarecimento sobre o planejamento familiar, visando à escolha e adoção de um método contraceptivo adequado a cada situação (BRASIL, 2011 apud STREFLING et al., 2013, p.699).

Aquino et al. (2012, p.1772) destaca que mesmo aquelas mulheres com “abortos espontâneos estão expostas a situações de discriminação pela mera suspeita de que estes foram induzidos”. A atenção ao aborto encontra-se bem distante do que propõem as normas brasileiras e os organismos internacionais, incluindo os acordos assumidos pelo governo brasileiro.

O estudo de Strefling et al. (2013) ressaltou a carência de capacitação e sensibilização dos profissionais para incorporar o acolhimento e a orientação como uma prática que complementa as ações clínicas, ou seja, que promove o cuidado integral.

Alves et al. (2014, p.229) ressaltou em sua pesquisa que as unidades estudadas “não apresentam estrutura adequada para o modelo de atenção ao abortamento preconizado. Há necessidade de intervenções para qualificar a estrutura dos serviços para a atenção ao aborto e promover a humanização do cuidado”. Destacou a necessidade da inclusão nos programas de capacitação e formação de profissionais tanto de conteúdo técnico, quanto de reflexão sobre a temática do aborto, para que se efetivem as mudanças esperadas pelas políticas de atenção à saúde das mulheres.

A impessoalidade na atenção, a falta de informações sobre as intervenções a serem realizadas e a negligência em considerar as necessidades das mulheres e sua capacidade de compartilhar decisões podem comprometer a integralidade da atenção almejada (AQUINO et al., 2012).

Diante disso, percebe-se que a assistência não integra nem se ocupa das reais necessidades de saúde da mulher em situação de abortamento. Questões íntimas, subjetivas, pessoais, não são contempladas e a mulher na sua integralidade não é vista, não é acolhida nem é tratada. As questões emocionais que, caladas, podem provocar sequelas não visíveis pelo diagnóstico corpóreo, tendem a ser perpetuadas e não acolhidas pelos serviços, embora os protocolos assistenciais em sua maioria tutelem a necessidade da assistência em saúde também das possíveis sequelas psíquicas (BERTOLANI; OLIVEIRA, 2010, p. 299).

As necessidades de saúde das mulheres - no que se referem aos aspectos reprodutivos - não são efetivamente satisfeitas pelo sistema de saúde, desde “a cobertura contraceptiva às mulheres em idade reprodutiva até a interrupção da gravidez quando essa for de escolha e ou necessidade da mulher” (BERTOLANI; OLIVEIRA, 2010, p. 299).

As reais necessidades de saúde que as mulheres em situação de abortamento devem nortear as políticas públicas e as políticas de gestão em saúde, a fim de que a “assistência prestada às mulheres nessa situação não se baseie em somente tratar das

consequências e sequelas fisiológicas dessa doença, mas, também, das consequências simbólicas, emocionais, que números não são capazes de mensurar” (BERTOLANI; OLIVEIRA, 2010, p. 299).

“A orientação sobre cuidados pós-alta e o agendamento de consulta de revisão permitiriam evitar complicações imediatas à saúde das mulheres” (AQUINO et al., 2012, p.1773). Desta forma torna-se *imprescindível* assegurar o acesso à atenção ao aborto com qualidade, de modo a preservar a saúde e os direitos reprodutivos das mulheres.

A assistência centrada nas necessidades integrais da mulher inclui uma abordagem ética, respeitosa e sem julgamento, independente da etiologia da enfermidade (STREFLING et al., 2013).

O processo de abortamento e a hospitalização das mulheres que sofreram aborto espontâneo representa um “momento difícil, no qual se sentem frágeis, tristes, ansiosas pela perda do bebê, necessitando de apoio e cuidados especiais da equipe de profissionais que as assistem” (BAZOTTI; STUMM; KIRCHNER, 2009, p.153). Nesta perspectiva a comunicação da equipe e o saber ouvir são fundamentais no cuidado e na relação paciente-profissional.

Ao cuidar das mulheres que sofreram abortamento, as ações dos profissionais devem ser pautadas por “princípios éticos, pois o que está presente neste acontecimento é outra vida, outro ser humano, um filho que muitas não esperavam perder” (BAZOTTI; STUMM; KIRCHNER, 2009, p.151).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O abortamento espontâneo é uma das complicações mais comuns durante a gravidez. A etiologia do abortamento espontâneo é heterogênea e multifatorial, incluindo fatores genéticos e ambientais. As anomalias cromossômicas estão entre as causas mais comuns de abortamento espontâneo.

O aborto não é isento de risco, podendo surgir complicações como hemorragia, infecção, perfuração uterina, laceração cervical, esterilidade; além de culpa, ansiedade, depressão e morte.

A assistência de enfermagem a mulher que sofreu o aborto espontâneo deve contar com profissionais preparados e livres de preconceito. A mulher necessita de assistência com relação ao processo de perda e a vivência do luto envolto no processo de abortamento.

Os profissionais de enfermagem devem ser capacitados e sensibilizados para a assistência integral, técnica, ética e humana, com relação ao processo de perda e a vivência do luto da mulher.

REFERÊNCIAS

ALVES, Maria Teresa Seabra Soares de Britto e et al. Atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde no Nordeste Brasileiro: a estrutura dos serviços. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 14, n. 3, Set. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292014000300229&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar. 2015.

AQUINO, Estela M. L. et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres?. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, jul 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 fev. 2015.

BARBARESCO, Aline Almeida et al. Infecções de transmissão vertical em material abortivo e sangue com ênfase em Toxoplasmose gondii. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, jan. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2015.

BAZOTTI, Kellen Daiane Valandro; STUMM, Eniva Miladi Fernandes; KIRCHNER, Rosane Maria. Ser cuidada por profissionais da saúde: percepções e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 18, n. 1, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 mar. 2015.

BENUTE, Gláucia Rosana Guerra et al. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 55, n. 3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000300027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2015.

BERTOLANI, Georgia Bianca Martins; OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. Mulheres em situação de abortamento: estudo de caso. **Saude soc.** São Paulo, v. 19, n. 2, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde., 2011. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 302 p.

CAMPANHO, Cássia de Lourdes et al . Fenótipo de subfertilidade, polimorfismos cromossômicos e falhas de concepção. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, maio 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar. 2015.

FARIA, Ester Correa Rodrigues de et al. Abortamento na adolescência: vivência e

necessidades de cuidado. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 33, n. 3, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2015.

FIGUEIRO-FILHO, Ernesto Antonio; OLIVEIRA, Vanessa Marcon de. Associação entre abortamentos recorrentes, perdas fetais, pré-eclâmpsia grave e trombofilias hereditárias e anticorpos antifosfolípidos em mulheres do Brasil Central. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007001100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar. 2015.

FRANCISCO, Maria de Fátima Rezende et al. Sexualidade e depressão em gestantes com aborto espontâneo de repetição. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000400152&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar. 2015.

GESTEIRA, Solange Maria dos Anjos; BARBOSA, Vera Lúcia; ENDO, Paulo César. O luto no processo de aborto provocado. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 19, n. 4, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2015.

KAC, Gilberto et al. Fatores associados à ocorrência de cesárea e aborto em mulheres selecionadas em um centro de saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v. 7, n. 3, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 fev. 2015.

LOPES-MORI, Fabiana Maria Ruiz et al. Programas de controle da toxoplasmose congênita. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 57, n. 5, out. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000500021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2015.

MACHADO, Carla Jorge et al. Perdas fetais espontâneas e voluntárias no Brasil em 1999-2000: um estudo de fatores associados. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 16, n. 1, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar. 2015.

MARIUTTI, Mariana Gondim; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 63, n. 2, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2015.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimaraes et al. Percepção feminina diante da gravidez interrompida: análise da experiência vivenciada por mulheres com diagnóstico de abortamento. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 17, n. 1, p. 95-103, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000100010&lng=es&nrm=iso>. acesso em 20 jan. 2016.

NOGUEZ, Patrícia Tuerlinckx et al. Aborto espontâneo em mulheres residentes nas proximidades do parque industrial do município do Rio Grande - RS. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 17, n. 3, set. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 mar. 2015.

NOMURA, Roseli Mieko Yamamoto et al. Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais Brasileiras. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 57, n. 6, dec. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000600010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar. 2015.

RODINI, Elaine S. O. et al. Abortamentos espontâneos: estudos citogenéticos e riscos de recorrência. **Arq Ciênc Saúde**, v.11, n.1, p. 37-9, jan-mar. 2004. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-1/ac08.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2015.

ROLNIK, Daniel Lorber et al. Análise citogenética em material de abortamento espontâneo. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 56, n. 6, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000600017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar. 2015.

SALDANHA, Fátima Aparecida Targino et al. Anomalias e prognóstico fetal associados à translucência nucal aumentada e cariótipo anormal. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 55, n. 1, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2015.

SANCHES, Juliane Cristina Trevisan et al. Abordagem laboratorial das síndromes antifosfolípide e do aborto recorrente. **Arq. bras. ciênc. Saúde**, v.35, n.2, maio-ago. 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2010/v35n2/a007>. Acesso em: 10 mar. 2015.

SILVA, Ana Elizabete et al. Casais com abortamento espontâneo recorrente: participação das translocações cromossômicas. **Arq Ciênc Saúde**, v.14, n.4, p. 211-5, out-dez. 2007. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-4/ID249.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2015.

SOUZA, Carlos Augusto Bastos de et al. Histeroscopia ambulatorial em casos de abortamento consecutivo. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 57, n. 4, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2015.

STREFLING, Ivanete da Silva Santiago et al. Cuidado integral e aconselhamento reprodutivo à mulher que abortou: percepções da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, dez. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400698&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2015.

URBANO, Lilian Mendes Ferreira; LEAL, Isabel Irene Ramos; COSTA, Izelda Maria Carvalho. Você conhece esta síndrome? **An. Bras. Dermatol.** Rio de Janeiro, v. 86, n. 2, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000200036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2015.

VIEIRA, Leila Maria et al. Abortamento na adolescência: da vida à experiência do colo

vazio - um estudo qualitativo. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, Out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000800019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Mar. 2015.

YELA, Daniela Angerame et al. Gestação gemelar de mola hidatiforme completa com feto vivo. **J. Bras. Patol. Med. Lab.** Rio de Janeiro, v. 47, n. 2, Abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442011000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 mar. 2015.

ZAC, Renata Indelicato et al. Associação entre alergia prévia, infertilidade e abortamento. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 51, n. 3, Jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302005000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2015.