

REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE FUNCIONAL

Saúde e Evidências

VOLUME 1

NÚMERO 2
ISSN: 2358-8691

DEZEMBRO 2014

CORPO EDITORIAL

Me. Djeyne Silveira Wagmacker, Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil
Dr. Fabiano Leichsenring Silva, Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

CONSELHO EDITORIAL

Cláudio Silva de Sousa, Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil
Dayse Rosa Mota Pinto, Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil
Fabiano Leichsenring Silva, Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil
Mérllinton Pastor de Oliveira, Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

EDITOR ADMINISTRATIVO

Esp. Emerson Kiekow de Britto Rodrigues Alves, Faculdade Adventista da Bahia - FADBA, Brasil

BIBLIOTECÁRIO

Uariton Boaventura, Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

AVALIADORES

Dr. Wellington dos Santos Silva, Faculdade Adventista da Bahia - FADBA, Brasil
Me. Ohana Cunha Nascimento, Faculdade Adventista da Bahia - FADBA, Brasil
Me. Dayse Rosa Pinto, Faculdade Adventista da Bahia, Brasil - FADBA, Brasil
Dr. Ana Cláudia Conceição da Silva, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB.
Dr. Wilma Raquel Barbosa Ribeiro, Faculdade Adventista da Bahia - FADBA, Brasil
Me. Claudio Sousa, Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil
Dr. Jefferson Petto, Faculdade Social da Bahia- FSBA, Brasil
Dr. Giulliano Gardenghi, Centro de Estudos Avançados e Formação Integrada - Goiânia/GO; Hospital ENCORE - Aparecida de Goiânia/GO; Hospital e Maternidade São Cristóvão - São Paulo/SP, Brasil
Me. Mariana Leonesy da Silveira Barreto, Faculdade Adventista da Bahia - FADBA, Brasil

REVISORES DE LINGUA PORTUGUESA E INGLESA

Dr. Maria Rita Sousa Barbosa, Faculdade Adventista da Bahia - FADBA, Brasil.
Sr^a. Irlaci Rodrigues, Faculdade Adventista da Bahia - FADBA, Brasil.

DIAGRAMAÇÃO

Luana de Souza, Faculdade Adventista da Bahia - FADBA, Brasil.

WEBSITE

<http://www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/RBSF>

SUMÁRIO

VOLUME 1

NÚMERO 2
ISSN: 2358-8691

DEZEMBRO 2014

EDITORIAL

A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Jefferson Petto e Alan Carlos Nery dos Santos.....04

ARTIGOS

A EFICÁCIA DA CINESIOTERAPIA NA REDUÇÃO DA DIÁSTASE DO MÚSCULO RETO ABDOMINAL EM PUÉRPERAS DE UM HOSPITAL PÚBLICO EM FEIRA DE SANTANA – BA

Andréia Caroline Sampaio Michelowski, Leyliete Ramos Simão, Eliane Cristiana de Alvarenga Melo.....05

COMPORTAMENTO DA GLICEMIA PÓS-SOBRECARGA LIPÍDICA EM JOVENS IRREGULARMENTE ATIVOS

Genildo dos Santos Silva, Daniela Cerqueira Santana Amaral, Leandro Paim da Cruz Carvalho, Diego Passos Diogo, Jorge Bonfim Farias, Djeyne Ferreira Wagmaker, Jefferson Petto.....17

ENCONTROS E DESENCONTROS ENTRE BIOÉTICA E RELIGIÃO: MÉTODOS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA, TRANSFUSÃO DE SANGUE E XENOTRANSPLANTE NA PERSPECTIVA DE LÍDERES RELIGIOSOS

Wellington Gil Rodrigues, Jéssica Renata Ponce de Leon Rodrigues, Amílcar Baiardi.....24

PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO DE QUEDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DO MUNICÍPIO DE CACHOEIRA

Karina Grace F. de Oliveira, Lilian Anabel Becerra, Amanda Silva Santos, Larissa Conceição Dias, Tiago da Silva Lopes, Evanilda S. de Santana Carvalho.....44

PERDAS FÍSICAS E EMOCIONAIS DE PACIENTES RENAIS CRÔNICOS DURANTE O TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Aline Rodrigues da Silva, Raquel dos Anjos Teixeira, Maria Cristina, Vianna Goulart, Mariana Barreto.....52

EDITORIAL

REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE FUNCIONAL

Saúde e Evidências

A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Mais um ciclo de tempo chega ao fim. Em 2014, acadêmicos, profissionais e docentes consolidaram velhos conceitos e incorporaram novos conhecimentos. Isso não seria possível sem o incansável trabalho dos pesquisadores, revisores e editores dos diversos periódicos científicos. Cada vez mais a necessidade da prática baseada em evidências tem norteado as diversas áreas da saúde. Os principais beneficiados são nossos clientes e pacientes, representantes finais desse processo. Há algumas décadas atrás, a maioria das áreas da saúde eram consideradas ciências de livros, pois, a produção de artigos científicos era pequena e crescia lentamente. No cenário atual, a produção científica cresce de forma exponencial. Segundo estimativas, por dia, são publicados 6.000 artigos em periódicos de diversas regiões do mundo. Isso reforça a ideia da prática baseada em evidências ao facilitar o acesso ao conhecimento técnico-científico. Foi justamente nesse intuito que a Revista Brasileira de Saúde Funcional foi criada em 2014. O anseio desta revista, é que você prezado leitor, aquilate conhecimento de qualidade de forma fácil e confiável. Assim com certeza cumpriremos o objetivo final da pesquisa: melhorar a qualidade de vida das pessoas. Boa leitura e que 2015 seja mais um ano de bênçãos a todos.

Desejamos uma boa leitura a todos!

JEFFERSON PETTO E ALAN CARLOS NERY DOS SANTOS

A EFICÁCIA DA CINESIOTERAPIA NA REDUÇÃO DA DIÁSTASE DO MÚSCULO RETO ABDOMINAL EM PUÉRPERAS DE UM HOSPITAL PÚBLICO EM FEIRA DE SANTANA – BA

ANDRÉIA CAROLINE SAMPAIO MICHELOWSKI¹, LEYLIETE RAMOS SIMÃO¹, ELIANE CRISTIANA DE ALVARENGA MELO^{1#}

¹Faculdade Adventista da Bahia – FADBA, Brasil

[#]Autor Correspondente: [enailecris@hotmail.com]

Recebido em 11/agosto/2014
Aprovado em 28/setembro/2014
Sistema de Avaliação: *Double Blind Review*

RESUMO

O objetivo deste estudo foi verificar se a fisioterapia por meio da cinesioterapia é eficaz para a redução da DMRA no puerpério imediato. Foi utilizado um estudo intervencionista, também chamado de experimental, aleatório, com 20 puérperas com idade entre 18 a 40 anos, recrutadas da Unidade Materno Infantil do Hospital Geral Cleriston Andrade, em Feira de Santana – BA, no período de maio a julho de 2012. O Grupo Controle (n=10) e o Grupo Intervenção (GI) foram avaliados e reavaliados através de um questionário de Saúde da Mulher, 6 e 18 horas após o parto. Assinaram também o TCLE. Só o GI recebeu o atendimento, sendo composto por duas sessões. O atendimento fisioterapêutico realizado foi a cinesioterapia por contrações abdominais, o controle respiratório e também o fortalecimento do assoalho pélvico. Utilizou-se um paquímetro como instrumento de medida de precisão na mensuração da diástase abdominal. Para obter os resultados, foi comparada a média entre as medidas supraumbilicais, umbilicais e infraumbilicais antes e após nos grupos controle e intervenção. As diferenças foram estatisticamente significativas, segundo o teste t Student. Como considerações finais, a intervenção fisioterapêutica no puerpério imediato demonstra redução clinicamente significativa da DMRA no puerpério imediato.

PALAVRAS-CHAVE: Diástase dos músculos reto abdominais. Puerpério imediato. Fisioterapia. Cinesioterapia.

ABSTRACT

The goal of this study, was to determine if physical therapy through kinesiotherapy is effective in reducing DRAM puerperium. An interventional study, also called experimental, was used, with 20 randomly chosen mothers, aged 18 to 40 years old. They were recruited from the Maternal Child Unit of the General Hospital Cleriston Andrade in Feira de Santana, Bahia, Brazil, in the period of May to July 2012. The control group (n=10) was assessed through a Women's Health questionnaire received during the physical therapy intervention, consisting of only two reviews, a review 6 hours postpartum and a reassessment 18 hours postpartum; the intervention group (n=10) was assessed using the same questionnaire and received physical therapy through kinesiotherapy by abdominal contractions, breath control and also strengthening of the pelvic floor, at 6 and 18 hours post delivery, consisting of two sessions, the first being an assessment and treatment and second, treatment and reassessment. Both groups signed an informed consent form. A caliper was used as a measuring instrument of precision in the measurement of abdominal diastasis. For the results, the supraumbilical, umbilical and infraumbilical were measured before and after the intervention and control groups. The differences were statistically significant according to the Student "T" test. As a conclusion, physical therapy intervention postpartum demonstrates clinically significant reduction of DRAM.

KEYWORDS: Diastasis of the rectus abdominus muscles, postpartum, physical therapy, kinesiotherapy.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um período muito especial para cada mulher, no qual ocorrem imensas alterações emocionais, físicas e musculoesqueléticas. Acontecem modificações do sistema cardiovascular, endócrino, tegumentar, urinário, gastrintestinal, respiratório e musculoesquelético^[1,2].

As alterações fisiológicas e musculoesqueléticas acontecem por tempo determinado no período gestacional. Porém, durante esse período, podem implicar situações biológicas, corporais, mentais e sociais que devem ser diferenciadas em achados patológicos e normais, sendo diagnosticadas e tratadas durante a gestação e puerpério^[3].

Dentro do sistema musculoesquelético, acontecem mudanças distintas no período gestacional, destacando-se no músculo reto abdominal (MRA). Ele alonga-se até seu ponto limite de elasticidade na gravidez, devido à profunda influência hormonal (estrogênio, progesterona, cortisol e relaxina)^[4].

Os músculos do abdômen estão diretamente ligados ao tórax, ao diafragma pélvico e também à coluna lombar. Eles são muito requisitados no período gestacional, tornando-se totalmente estirados no final da gravidez, causando fraqueza das fibras, desconforto musculoesquelético e ineficiência na sua contração^[5].

A Linha Alba (LA) vai se tornando alongada e amolecida, pois o útero está em expansão, distendendo a parede abdominal (PA). Isso acaba prejudicando o músculo reto abdominal (MRA) e permite que os mesmos separem-se da LA de união, podendo causar a diástase do músculo reto abdominal (DMRA)^[2,6].

Essa condição não provoca dor e nem desconforto na região do abdômen, sendo incomum no primeiro trimestre, mas a incidência aumenta à medida que a gravidez progride. Quando chega ao terceiro trimestre, a continuidade do estiramento da parede abdominal é comprometida, devido ao desenvolvimento do feto^[7].

A falta do suporte dessa musculatura pode trazer menor proteção ao feto, e os casos graves de DMRA podem levar a herniações de vísceras, por causa da separação da musculatura do abdômen. Essas alterações podem instalar-se desde o início até o final da gestação, podendo perdurar no puerpério - período em que a mulher retorna ao seu estado pré-gravídico; ele tem início após a saída da placenta, que pode ser de uma a duas horas após o nascimento do bebê, e dura de 6 a 8 semanas. O puerpério pode ser classificado em: imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (além de 45 dias)^[8,9,10].

No pós-parto, inicia-se o processo de retração uterina à posição anatômica, o que causa constrições dos vasos sanguíneos, diminuindo o diâmetro do útero e evitando hemorragias no pós-parto. Essas contrações são bem mais intensas na hora da amamentação, devido à liberação de ocitocina pela hipófise posterior. Até o décimo dia de pós-parto, o útero já estará em sua posição anatômica normal^[11].

A DMRA corresponde ao afastamento do MRA na LA e pode ser observada em três níveis distintos: a diástase infraumbilical (DIU), correspondente a apenas 11% dos casos, ocorre devido à junção dos músculos abdominais em forma de “v”, dificultando a separação de fibras no período

gestacional; a diástase umbilical (DU), que é a mais frequente e representa 52% dos casos, acontece devido à distância das junções inferior e superior dos músculos e à anteversão da pelve; já a diástase supraumbilical (DSU) representa 36% dos casos, um índice ainda alto, e ocorre devido à pressão das vísceras e do próprio posicionamento do feto nessa cavidade. Na maioria das mulheres, a separação dos MRA pode variar de 2 a 10 centímetros, sendo, portanto, considerada significativa uma separação de 3 centímetros na Linha Alba^[3,10].

A forma mais simples de avaliar a DMRA é através das polpas digitais, palpando a linha média do reto abdominal, verificando quantos dedos são inseridos no afastamento da musculatura. A utilização de um paquímetro é mais segura para uma informação mais precisa com relação ao tamanho do afastamento das fibras. A diminuição da força ou habilidade do MRA poderá levar a possíveis queixas de dores musculoesqueléticas, dores na região lombar e também desconforto na região do assoalho pélvico^[1].

A etiologia da diástase na gravidez ainda não foi muito bem investigada, mas existem alguns fatores que possivelmente podem desencadear a DMRA, como a obesidade, a multiparidade, gestações múltiplas, a macrossomia fetal, a flacidez da musculatura abdominal pré-gravídica e o poliídramnio^[12].

O que pode favorecer ainda mais a separação dessas fibras musculares é a forma da pelve da gestante. Ou seja, uma mulher que tem uma pelve estreita irá carregar esse feto anteriormente durante o período gestacional, e isso trará uma maior distensão dessas fibras, facilitando também a DMRA^[13].

A proximidade entre as gestações também pode ser um fator predisponente para a DMRA, pois o músculo não teve tempo de se recuperar ou não foram realizados exercícios necessários para serem reparados e recolocados no lugar antes de outra gravidez. Por isso, faz-se necessário para a puérpera a prática de exercícios, sendo orientada por um profissional especializado para acelerar o processo de retorno às condições pré-gravídicas. Os exercícios suaves devem ser iniciados no puerpério imediato, pois irão fortalecer a musculatura abdominal e aumentar as funções de sustentação dos músculos do AP e abdômen^[13].

Dentro da equipe multidisciplinar, o fisioterapeuta tem papel fundamental na recuperação da mulher durante o puerpério imediato. Nesse período, esse profissional irá colher dados em sua avaliação sobre as condições do parto e como a mulher está se sentindo no exato momento. Então, pode propor um protocolo de exercícios e orientações sobre a respiração, o posicionamento no leito, a musculatura abdominal e do assoalho pélvico, os cuidados com as mamas e a postura durante os cuidados com o bebê^[14].

Esse profissional vai ensinar e orientar sobre a atividade física e os tipos de exercícios que a parturiente pode realizar durante sua permanência no hospital e também em casa, evitando possíveis complicações no pós-parto. Isso traz à mulher uma melhor aceitação e bem-estar, diminuindo problemas sociais e de estresse no lar e com o recém-nascido^[4].

A cinesioterapia é uma conduta exclusiva do profissional fisioterapeuta. É necessária uma avaliação criteriosa, traçando objetivos e estratégias, além de reavaliações frequentes, conforme

progressão do paciente, até atingir o potencial de recuperação^[15]. Ela é o elemento central no processo de planejamento terapêutico, porém, pode ser complementada por outras intervenções. A cinesioterapia possibilita também que o indivíduo torne-se mais ativo no seu processo de tratamento^[16].

O exercício feito no período pós-parto pode evitar problemas futuros, como a disfunção do assoalho pélvico, a má postura, a motilidade gastrointestinal reduzida, o desconforto nas costas e no pescoço, a pouca força abdominal, a fadiga e a dificuldade em amamentar^[2].

A importância desse trabalho justifica-se devido aos avanços da Fisioterapia nas formas de planejar e implantar programas de assistência à saúde da mulher, dando atenção às habilidades funcionais e também à inclusão social. Partindo desse contexto e do interesse pela fisioterapia obstétrica, este artigo destinou-se a verificar se a cinesioterapia é eficaz para a redução da DMRA no puerpério imediato.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo intervencionista, ou experimental. A pesquisa foi realizada no setor Materno Infantil em um Hospital Público do Município de Feira de Santana, Bahia^[17, 18, 19].

Participaram da pesquisa 20 mulheres com idade entre 18 e 40 anos, no período do puerpério imediato, que apresentaram DMRA com diâmetro superior a 3 centímetros de largura, que tiveram no máximo três partos normais e que aceitaram participar do estudo. O período de realização da pesquisa foi de maio a julho de 2012.

Este projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Adventista da Bahia e executado após aprovação do mesmo, com número de aprovação: parecer 13968. As participantes foram orientadas quanto a sua participação na pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), segundo resolução 466/12^[20].

O mapa da Unidade Materno Infantil foi analisado para encontrar as possíveis pacientes. A amostra foi dividida em dois grupos. O Grupo Controle (n=10), cujas participantes assinaram o TCLE e, após assinarem, foram avaliadas por um Questionário Fisioterapêutico; não receberam intervenção fisioterapêutica, apenas foram avaliadas e reavaliadas, 6 e 18 horas após o parto. O Grupo Intervenção (n=10), cujas participantes também assinaram o TCLE e, após assinarem, foram avaliadas por um Questionário Fisioterapêutico e receberam o atendimento fisioterapêutico através da cinesioterapia por contrações abdominais, controle respiratório e também pelo fortalecimento do assoalho pélvico, 6 e 18 horas após o parto; foram duas sessões, sendo a primeira uma avaliação e tratamento, e a segunda o tratamento e a reavaliação, no período de maio a julho de 2012.

Foram avaliados, também, o aparelho respiratório, o aparelho circulatório, o tônus muscular abdominal e a presença da DMRA. Para a mensuração do tamanho da DMRA, foi utilizado um paquímetro.

O protocolo de atendimento para o grupo intervenção consistiu em manobras de reeducação funcional respiratória; alongamento diafragmático e desbloqueio torácico até a percepção visual do

padrão respiratório predominantemente abdominal; exercício de ponte, também associado à contração do assoalho pélvico mediante estímulo verbal, seguido de contração isométrica dos músculos abdominais, principalmente o transversos abdominal; contração isotônica dos MRA por meio do movimento de flexão anterior do tronco, de modo que a borda inferior da escápula se retirasse do leito. No primeiro atendimento, as puérperas foram orientadas a fazer uma série com 10 repetições de cada exercício; no segundo momento, foram orientadas a fazer uma série com 20 repetições de cada exercício^[12].

As variáveis analisadas neste estudo foram: idade da paciente, presença de DMRA, contração voluntária do AP e tratamento proposto.

O Programa Excel 2010 para Windows 7 foi utilizado para organizar dados, construir tabelas e gráficos, objetivando a melhor compreensão dos mesmos. Para avaliar as diferenças entre os dois grupos, foi utilizado o teste t de Student, que é o método mais utilizado para avaliar as diferenças entre a média populacional antes e depois de um determinado “tratamento”, para verificar se houve alteração significativa. O teste t pode ser usado mesmo com amostras pequenas (n=10), desde que seja admitido que as populações que deram origem às amostras têm distribuição normal e variabilidades não significativamente diferentes^[21].

3 RESULTADOS

Neste estudo, foram selecionadas 38 puérperas, sendo que 18 foram excluídas por não estarem dentro dos critérios de inclusão, totalizando apenas 20 puérperas inclusas na pesquisa. Com relação à cor, houve predominância da cor preta, totalizando 11 (55%); 10 (50%) tinham idade entre 18-22 anos; e 10 (50%) tinham como ocupação donas de casa (Tabela 1).

TABELA 1: Características sociodemográficas, período de maio a julho de 2012.

Características sociodemográficas	N (20)	%
Procedência		
Feira de Santana	11	55
Outros	9	45
Idade		
De 18 a 22 anos	10	50
De 23 a 28 anos	4	20
De 29 a 38 anos	6	30
Ocupação		
Dona de casa	10	50
Lavradora	5	25
Outras	5	25
Cor		
Branca	3	15
Preta	11	55
Amarela	2	10
Parda	4	20
Estado civil		
Solteira	7	35
Casada	6	30
União estável	7	35
Escolaridade		
Fundamental incompleto e completo	8	40
Ensino médio incompleto	4	20
Ensino médio completo	7	35
Superior incompleto	1	5

Fonte: Sampaio AC, Simão LR. Pesquisa de Campo, 2012

Dentro da avaliação obstétrica, foi analisado o acompanhamento do pré-natal, totalizando 14 (70%). Apesar de ser um hospital de alto risco, 15 (75%) não tiveram nenhuma intercorrência durante a gestação e o parto. Tendo predomínio de primíparas 9 (45%), 40% relataram ter tido o tempo de trabalho de parto entre 12 a 17 horas. A Tabela 2 traz outras características da Avaliação Obstétrica.

TABELA 2: Características da Avaliação Obstétrica, período de maio a julho de 2012.

Características obstétricas	N (20)	%
Realizou pré-natais		
Sim	14	70
Não	2	10
Incompleto	4	20
Intercorrências		
Nenhuma	15	75
Outras (febre, hemorragia, DHEG)	5	25
Número de gestações		
Primeira gestação	9	45
Segunda gestação	4	20
Acima de 3 gestações	7	35
Idade gestacional		
De 28 a 36 semanas	6	30
De 37 a 40 semanas	14	70
Duração do trabalho de parto		
De 1 a 6 horas	7	35
De 12 a 17 horas	8	40
De 18 a 29 horas	5	25
Tempo pós-parto		
De 7 a 15 horas	6	30
De 16 a 21 horas	7	35
De 22 a 96 horas	7	35
Peso do recém-nascido		
Muito Baixo Peso < 1500g	2	10
Baixo peso	3	15
Peso normal ao nascer	14	70
Acima do peso	1	5

Fonte: Sampaio AC, Simão LR. Pesquisa de Campo, 2012

Não houve complicações no trabalho de parto. Em relação às características das mamas, 19 (95%) apresentaram mamas secretantes; a prevalência de mamilos protusos foi de 17 (85%); 19 (95%) não apresentaram traumas mamilares; 3 (15%) apresentaram ingurgitamento; e 18 (90%) relataram não ter dificuldade para amamentar. A maioria das puérperas, 15 (75%), apresentou cinesia diafragmática normocinética, enquanto que 5 (25%) eram hipocinéticas. A involução uterina foi mais predominante no nível da cicatriz umbilical, totalizando 12 (60%).

A genitália externa, em 14 (70%), estava íntegra, 5 (25%) apresentaram presença de sutura e apenas 1 (5%) teve edema. Todas apresentaram contração dos MAP, e 14 (70%) utilizaram a musculatura acessória (abdômen, adutores, glúteos) junto à contração dos MAP. Edema em membros inferiores estava presente em 13 (65%). Em relação ao estado psíquico, 10 (50%) mostraram-se tranquilas e 10 (50%), felizes. Outros resultados são apresentados na Tabela 3.

TABELA 3: Características clínicas da amostra, período de maio a julho de 2012.

Características Clínicas	N (20)	%
Cinesia diafragmática		
Normocinética	15	75
Hipocinética	5	25
Percussão abdominal		
Som Timpânico	1	5
Ausência de Timpanismo	19	95
Condições da genitália externa		
Genitália íntegra	14	70
Presença de sutura	5	25
Edema	1	5
Involução uterina		
Acima da cicatriz umbilical	5	25
No nível da cicatriz umbilical	12	60
Abaixo da cicatriz umbilical	3	15
Dor a palpação uterina		
Sim	2	10
Não	18	90
Contração do assoalho pélvico		
Presente	20	100
Uso da musculatura acessória		
Sim	6	30
Não	14	70
Edema em membros inferiores		
Sim	7	35
Não	13	65
Estado psíquico		
Tranquila	10	50
Feliz	10	50

Fonte: Sampaio AC, Simão LR. Pesquisa de Campo, 2012

A tabela 4 elucida as medidas supraumbilical (SU), umbilical (U) e infraumbilical (IU) dos grupos controle e intervenção (antes e após). Ao compararmos o antes e o depois das medidas da DMRA no grupo controle e no grupo intervenção, pode-se identificar que houve diferença estatisticamente significativa segundo o teste t de Student, visto que houve maior diminuição da DMRA nas três medidas do grupo intervenção. Porém, quando foram comparadas as diferenças nas medidas (DMRA depois – DMRA antes) entre o grupo controle e o grupo intervenção, não foi identificada diferença estatisticamente significativa segundo o teste t de Student. Esse fato pode estar associado ao tamanho amostral reduzido.

Tabela 4: Comparação de medidas e das diferenças de medidas (depois da intervenção – antes da intervenção) na região supra-umbilical, umbilical e infra-umbilical entre os grupos controle e intervenção.

Medidas	Grupo controle		p	Grupo intervenção		p	Δ medidas		p
	Antes	Depois		Antes	Depois		Controle	Experimento	
	Supra-Umbilical	3,96±0,86	3,29±0,60	0,011	4,01±1,03	2,72±1,02	0,0001	0,67±0,67	1,29±0,84
Umbilical	5,02±1,32	4,08±0,72	0,002	4,36±1,08	3,23±1,01	0,002	0,94±0,69	1,13±0,84	0,60
Infra-Umbilical	2,72±1,06	1,69±0,76	0,014	2,51±0,73	1,61±0,84	0,0001	0,53±0,55	0,9±0,50	0,13

4 DISCUSSÃO

Ao falar de DMRA, ainda não há evidência científica atual que pontue um valor exato para uma diástase patológica. Este estudo segue a padronização de Souza^[7], que afirma ser uma DMRA patológica aquela acima de 3 centímetros. Este estudo entra em concordância com esse autor, pois foi estabelecido como critério de inclusão que as pacientes tivessem DMRA acima de 3 centímetros^[4]. Já outros autores afirmam, ^[7] em sua revisão da literatura, que uma separação acima de 2 centímetros já é um sinal de alerta e necessita de atenção do fisioterapeuta.

De acordo com o achado deste estudo, observou-se uma maior incidência de DSU, seguida das medidas da U (Gráfico 1). Esses achados estão de acordo com o que pesquisadores ^[22] afirmam em estudos: existe maior incidência nas medidas da SU e U, correspondendo a 33 puérperas (59%) numa amostra de 100 mulheres avaliadas; apenas 13 (23%) apresentavam diástase tanto SU como U e IU. Na mesma pesquisa, não foi identificado nas puérperas afastamento isolado da região IU. Esse achado pode ser justificado pela própria característica morfológica da região.

Segundo a literatura^[23], a faixa tendínea do reto abdominal (RA) é mais forte abaixo do umbigo, por causa da aponeurose de todos os quatro músculos da parede abdominal anterior que se cruzam na frente do músculo reto abdominal.

Pesquisadores afirmam^[10, 22] que a diástase SU apresenta um índice alto devido à pressão das vísceras e ao próprio posicionamento do feto nessa cavidade, e pelo fato de que o RA apresenta mais de um ventre muscular, separados por três inserções tendíneas acima da cicatriz umbilical. A literatura aponta^[24] que separações graves do MRA podem trazer prejuízos à gestante, por diminuírem a proteção e o suporte que é dado ao feto; podem também progredir para herniações das vísceras abdominais.

Foi observado, através deste estudo, que a população de mulheres com presença de diástase em idade de 18 a 28 anos - população considerada jovem - foi de 70%. Em outras pesquisas^[12], observou-se o mesmo em uma população de puérperas, em sua maioria jovens, com idade de 18 a 25 anos, o que nos permite identificar que a mulher jovem também pode apresentar diástase maior que 3 centímetros¹.

A literatura aponta^[7] que as mulheres mais jovens, situadas na faixa etária de 16 a 20 anos (19 % da população total), apresentavam um alto índice de DMRA. Das 14 puérperas que foram avaliadas, 4 apresentaram índice superior a 3 centímetros. A faixa etária de 21 a 25 anos de idade formou a maior população da pesquisa (23 puérperas, 32% da população total). Evidenciou-se, também, um alto índice de diástase nessa população: 6 puérperas apresentaram um espaçamento maior do que 3 centímetros entre os músculos.

No presente estudo, a maioria das mulheres (70%) era primigesta e secundigesta e apresentou diástase maior que 3 centímetros, dado considerado patológico^[7]. Pesquisadores concordam^[8,12,24] que a multiparidade pode predispor a um maior afastamento das fibras musculares do reto abdominal durante a gravidez. Mas este estudo não entra em concordância com os autores supracitados, pois

afirma que diástases maiores que 3 centímetros também podem estar presentes em mulheres primigestas e secundigestas.

A cesariana foi um fator de exclusão no presente estudo. Logo, 100% da população estudada teve parto normal, concordando com alguns autores na literatura^[13, 12], que também em seus estudos tiveram como critério de exclusão o parto cesariano, pois a diástase é mais presente em partos normais. Outros autores^[2] afirmam que, se a diástase não ocorreu durante a gravidez, ela pode desenvolver-se durante o segundo estágio do trabalho de parto, pelo fato de a mãe realizar a manobra de Valsalva durante o parto.

Neste estudo foi observado que 25% das puérperas tiveram parto de recém-nascidos (RN) de muito baixo peso a baixo peso e, mesmo assim, apresentaram DMRA acima de 3 centímetros; apenas uma puérpera teve RN acima do peso. Em outro estudo, confirmou-se a hipótese de que mulheres com RN acima do peso possam ter maior probabilidade de apresentar uma DMRA maior. Ainda outro estudo, porém, não encontrou significância estatística entre diástase e peso do RN^[22,25].

Observou-se, neste estudo, a contração voluntária do AP em 100% da população pesquisada, dado que indica não haver relação entre a DMRA e a fraqueza do AP.

A fisioterapia está, aos poucos, ganhando seu espaço nas maternidades, pois vem, ao longo do tempo, demonstrando seus benefícios no período gravídico puerperal e contribuindo com orientações, prevenção e tratamentos de alterações no sistema musculoesquelético, respiratório e circulatório. O fisioterapeuta é um profissional qualificado para atender queixas musculoesqueléticas em puérperas. Visando realizar uma avaliação detalhada, ele vai além dos sinais vitais como frequência respiratória e pressão arterial, avaliando o padrão respiratório, a expansibilidade torácica, a mobilidade diafragmática, as condições das mamas, se há dificuldades em amamentar e ingurgitamento; também avalia a musculatura do assoalho pélvico e se há presença de edemas em extremidades inferiores^[3,14].

A literatura nos traz^[26] a importância da fisioterapia no puerpério imediato. Ela acelera o processo de recuperação fisiológica e morfológica que acontece no corpo da mulher durante todo o período gestacional e no parto. Pesquisadores^[14] afirmam que é de fundamental importância a realização da avaliação detalhada antes de qualquer intervenção fisioterapêutica, objetivando orientar desde o posicionamento no leito, a postura na deambulação, até a reeducação respiratória, bem como a avaliação da musculatura abdominal e do assoalho pélvico.^[27] Este estudo entra em concordância com alguns autores citados acima sobre a importância da atuação fisioterapêutica e da realização de uma avaliação detalhada, pois, durante a pesquisa, pôde-se observar que as orientações dadas às puérperas davam-lhes uma maior confiança ao cuidar do bebê, bem como ao movimentar-se no leito e durante a deambulação.

A deambulação no pós-parto ajuda no peristaltismo intestinal. A realização do bombeio túbico társico e a elevação dos membros inferiores podem evitar edemas e trombos. É importante buscar sempre avaliar e ajudar a paciente como um todo, e não apenas sua patologia ou complicação específica^[26].

Em um estudo com uma amostra de 50 puérperas, houve a redução da DMRA de 12,5% no grupo de intervenção e de 5,4% no grupo controle, apesar de terem realizado um número pequeno de repetições dos exercícios^[12,28]. No presente estudo, foi observada uma redução da DRMA quando comparado à medida antes e depois no mesmo grupo. Porém, não foram encontradas diferenças significativas quando comparando o grupo controle e o grupo de intervenção, devido ao tamanho da amostra e o número de repetições dos exercícios serem menores que os utilizados em outros estudos ^[12].

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DMRA é uma condição que não causa dor e nem desconforto. Porém, a falta de suporte do MRA pode trazer uma menor proteção ao feto e promover condições patológicas durante a gestação e após o parto. Ela pode instalar-se no 3º trimestre do período gestacional ou no momento do trabalho de parto, devido ao esforço físico gerado pela gestante para expulsar o bebê, e pode perdurar também no puerpério.

DMRA maiores que 3 centímetros são consideradas prejudiciais, pois podem causar fraqueza da musculatura abdominal, desconforto musculoesquelético, ineficiência na contração do músculo abdominal, instabilidade do tronco, prejuízos nas funções posturais, parto e levar a herniações das vísceras.

O profissional fisioterapeuta desempenha um papel fundamental na recuperação da mulher durante o puerpério imediato. A metodologia e as técnicas de cinesioterapia são práticas próprias e exclusivas do fisioterapeuta, onde ele traça seus objetivos e estratégias até atingir o potencial de recuperação da puérpera.

De acordo com os dados obtidos, chegou-se à conclusão de que houve uma predominância maior de DMRA SU e U e que a cinesioterapia mostrou-se eficaz na redução das medidas, quando foram comparados o antes e o depois de cada uma. Porém, ao comparar a diferença nas medidas entre os grupos, não foi identificada diferença estatisticamente significativa.

Durante o processo de elaboração deste trabalho, foram verificadas poucas produções científicas que identificassem a eficácia do exercício terapêutico na redução da DMRA no período do puerpério. Como limitação, este artigo contou com uma amostra pequena e número reduzido de sessões. Isso dificultou a comparação dos dados estatísticos entre grupos. Assim, tornam-se necessárias pesquisas com amostras maiores e protocolos de exercícios que tenham maior número de sessões.

6 REFERÊNCIAS

1. Kisner C, Colby LA. Exercícios terapêuticos fundamentos e técnicas. 4ª ed. Barueri: Manole; 2005.
2. Stephenson RG, O'Connor LJ. Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2004.
3. Baracho E. Fisioterapia aplicada à obstetrícia aspectos de ginecologia e neonatologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
4. Bim CR, Perego AL. Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia. Iniciação Científica Cesumar. 2002 mar-jul; 4(1): 57-61.
5. Moore KL, Dalley AF, Araujo CL. Anatomia orientada para clínica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
6. Nogueira LF. Benefícios do exercício físico para gestantes nos aspectos fisiológicos e funcionais [monografia]. Londrina: Centro Universitário Filadélfia; 2009.
7. Souza CB. Incidência de diástase de reto abdominal no período de pós-parto imediato em puérperas do alojamento conjunto do HNSC Tubarão/SC [monografia]. Tubarão: Universidade do sul de Santa Catarina; 2006.
8. Freitas RS. Considerações Ergonômicas no período gravídico e puerperal [monografia]. Rio de Janeiro: Universidade Veiga de Almeida; 2008.
9. Hall CM, Brody LT. Exercício terapêutico na busca da função. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
10. Rett MT, Braga MD, Bernardes NO, et al. Prevalência de diástase dos músculos reto abdominais no puerpério imediato: comparação entre primíparas e múltiparas. Rev Bras Fisiot. 2009 jul-ago; 13(4): 275-80.
11. Zugaib M. Zugaib obstetrícia. Barueri: Manole; 2008.
12. Mesquita LA, Vieira MA, Andrade AV. Fisioterapia para Redução da Diástase dos Músculos Retos Abdominais no Pós-Parto. Rev Bras Ginecol Obstet. 1999; 21(5): 267-72.
13. Both AC, Reis MM, Moreira RS. Estudo comparativo da diástase do Musculo Reto Abdominal em puérperas praticantes de atividade física e sedentárias [monografia]. Belém: Universidade da Amazônia; 2008.
14. Beleza AC, Carvalho GP. Atuação fisioterapêutica no puerpério. Rev Hispeci & Lema. [Internet]. 2006 [acesso em 2012 fev 14]. Disponível em: www.fafibe.br/hispecielemaonline.
15. Guimarães LS, Cruz MC. Exercícios terapêuticos: a cinesioterapia como importante recurso da fisioterapia. Lato & Sensus. 2003 out; 4(1): 3-5.

16. Weber S, Lima IA. Efeitos da cinesioterapia e laserterapia na síndrome do impacto do ombro: estudo de caso. [monografia] [Internet]. Santa Catarina: Universidade do Sul de Santa Catarina. 2003 [acesso em 2012 abr 10]. Disponível em: www.fisio-tb.unisul.br/TCC2003a.html.
17. Medronho RA, Katia VB, Ronir RL, Guilherme LW. Epidemiologia. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009.
18. Antônio CG. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2007.
19. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet]. 2010 [acesso em 2011 out 30]. Disponível em: www.ibge.gov.br
20. Castilho EA, Kalil J. Ética e pesquisa médica: princípios, diretrizes e regulamentações. Rev da Soc Bras de Med Tropical. 2005; 38(4): 344-47.
21. Bittencourt HR. Bioestatística. [Internet]. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Faculdade de Matemática Departamento de Estatística. [acesso em 2012 set 27]. Disponível em: http://www.pucrs.br/famat/helio/Caderno_Bio_puc.pdf.
22. Leite AC, Araújo KK. Diástase dos retos abdominais em puérperas e sua relação com variáveis obstétricas. Rev Fisiot Mov. 2012; 25(2): 389-97.
23. Silva CB, Lemos A, Oliveira BDR. A diástase do músculo reto abdominal interfere na prensa abdominal no período expulsivo do parto? [monografia]. Recife: Faculdade Integrada do Recife; 2008.
24. Polden M, Mantle J. Fisioterapia em Ginecologia e obstetrícia. São Paulo: Santos; 2005.
25. Silva MM. Análise morfométrica da diástase dos músculos retos do Abdome no puerpério imediato [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2003.
26. Rett MT, Bernardes NO, Santos AM, et al. Atendimento de puérperas pela fisioterapia em uma maternidade pública humanizada. Fisiot e Pesq. 2008 out-dez; 15(4): 361-6.
27. Oliveira C. Efeito da cinésioterapia no assoalho pélvico durante o ciclo gravídico-puerperal [monografia]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2006.
28. Paula BL, Soares MB, Lima GE. A eficácia da associação da cinesioterapia e da crioterapia nos pacientes portadores de osteoartrite de joelho utilizando o questionário Algo-Funcional de Lequesne. Rev Bras Ci e Mov. 2009; 17(4): 18-26.

COMPORTAMENTO DA GLICEMIA PÓS-SOBRECARGA LIPÍDICA EM JOVENS IRREGULARMENTE ATIVOS

GENILDO DOS SANTOS SILVA¹, DANIELA CERQUEIRA SANTANA AMARAL¹, LEANDRO PAIM DA CRUZ CARVALHO¹, DIEGO PASSOS DIOGO¹, JORGE BONFIM FARIAS¹, DJEYNE FERREIRA WAGMAKER², JEFFERSON PETTO³

¹ Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS, Brasil

² Faculdade Adventista da Bahia – FADBA, Brasil

³ Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS/Faculdade Social-FSBA, Brasil

#Autor Correspondente: [gfpecha@bol.com.br]

Recebido em 15/julho/2014
Aprovado em 21/agosto/2014
Sistema de Avaliação: *Double Blind Review*

RESUMO

Introdução: Muito se tem estudado sobre o comportamento da lipemia pós-prandial, no entanto, pouco ainda se sabe sobre o comportamento da glicemia frente a uma sobrecarga lipídica. Portanto, o objetivo desse trabalho foi verificar se existe alteração da glicemia pós-sobrecarga lipídica em jovens irregularmente ativos. **Métodos:** Incluídos indivíduos com idade entre 20 e 30 anos, de ambos os sexos, com Triglicérides (TG) abaixo de 150mg/dL e glicemia abaixo de 100mg/dL, classificados como irregularmente ativos. Foram excluídos indivíduos obesos, em uso de corticoides ou beta-bloqueadores, fumantes, com histórico de alcoolismo e em dieta hipo ou hiperlipídica. Após 12h de jejum, foram coletados 5ml de sangue para a dosagem da glicemia e dos TG. Após a coleta de jejum, os voluntários fizeram ingestão de 50 gramas de gordura, permanecendo em ambiente laboratorial para nova coleta sanguínea e dosagem da glicemia 60, 180 e 240 minutos após a sobrecarga lipídica. **Resultados:** Foram avaliados 32 indivíduos, 18 mulheres, idade de $24 \pm 3,4$, IMC $22 \pm 3,3$ e TG $69 \pm 34,1$. Os valores da glicemia expressos em média e desvio padrão dos pontos de coleta de jejum, 60, 180 e 240 minutos foram, respectivamente, de $78 \pm 8,0$, $70 \pm 14,7$, $81 \pm 8,6$ e $84 \pm 8,0$. Foram verificadas diferenças significantes entre todas as comparações: jejum e 60 minutos; jejum e 180 minutos; jejum e 240 minutos; 60 e 180 minutos; 60 e 240 minutos e 180 e 240 minutos ($p < 0,05$). **Conclusão:** Neste estudo, a curva de glicemia de jovens irregularmente ativos sofreu alteração significativa pós-sobrecarga lipídica.

PALAVRAS-CHAVE: Hiperlipemia. Período Pós-Prandial. Teste de tolerância à glicose.

ABSTRACT

Introduction: Much has been studied about the behavior of postprandial lipemia, however, little is known about the behavior of glycemia front of a fat overload. Therefore, the aim of this study was to establish the change in blood glucose after lipid overload irregularly active youth. **Methods:** The sample comprised individuals aged between 20 and 30 years, of both sexes, Triglycerides (TG) and glucose levels below 150mg/dL below 100mg/dL classified as irregularly active. Were excluded obese individuals, use of corticosteroids or beta-blockers, smoking, history of alcoholism and hypo-or high-fat diet. After 12 hours of fasting 5ml blood was collected for measurement of serum glucose and TG. After collection of fasting volunteers did intake of 50 grams of fat remaining in the laboratory for new blood collection and blood glucose level 60, 180 and 240 minutes after the fat overload. **Results:** 32 subjects, 18 women, mean age 24 ± 3.4 , BMI 22 ± 3.3 and 69 ± 34.1 TG were evaluated. Blood glucose values expressed as mean and standard deviation of the sampling points of fasting, 60, 180 and 240 minutes respectively were 78 ± 8.0 , 70 ± 14.7 , 81 ± 8.6 and 84 ± 8.0 . Significant differences between all comparisons were observed: fasting and 60 minutes; fasting and 180 minutes; fasting and 240 minutes; 60 and 180 minutes; 60, 240 and 240 minutes and 180 minutes ($p < 0.05$). **Conclusion:** In this study, the blood glucose curve irregularly active youth suffered significant change post- lipid overload.

KEYWORDS: Hyperlipemia; Postprandial period; Glucose tolerance test.

1 INTRODUÇÃO

A competência do organismo em metabolizar a glicose em estados de jejum e pós-prandial é fundamental para o controle e produção energética, que visa a manutenção da capacidade de trabalho dos diferentes tecidos e também da homeostasia corporal.

As formas mais usuais de se avaliar o metabolismo glicêmico são através da dosagem da glicemia de jejum e da glicemia pós-prandial. Os valores de referência da glicemia em jejum, definida como a falta de ingestão calórica de no mínimo 8 horas, devem estar entre 60 e 100 mg/dL, e da glicemia pós-prandial, mensurada uma e duas horas após sobrecarga de carboidratos, devem estar ao final da curva entre 125 e 200 mg/dL, a depender da faixa etária¹. Valores acima dos de referência sejam os de jejum ou pós-prandial caracterizam uma incompetência no metabolismo dos carboidratos, o que pode acarretar disfunções principalmente cardiovasculares¹.

Apesar de estes testes estarem muito bem definidos pela literatura, novas formas de se avaliar o metabolismo glicêmico vêm sendo estudadas. A análise do comportamento glicêmico pós-sobrecarga lipídica é algo que vem despertando interesse da comunidade científica, já que o organismo é uma unidade que possui sistemas que interagem entre si na utilização de carboidratos e lipídios para produção energética².

Portanto, o objetivo deste trabalho foi verificar se existe alteração da glicemia pós-sobrecarga lipídica em jovens irregularmente ativos.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Foram selecionados indivíduos irregularmente ativos, sem alteração lipídica ou glicêmica de jejum, com idade entre 20 e 30 anos, de ambos os sexos, alunos do curso de Fisioterapia da Faculdade Social da Bahia.

Para classificar o voluntário como irregularmente ativo, foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física (versão longa), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde e pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças Norte-Americano (Centers for Disease Control and Prevention)³. Esse questionário foi escolhido, por apresentar as seguintes vantagens: pode ser realizado em duas formas (curta e longa), permite estimar o gasto calórico, apresenta uma classificação mais detalhada (sedentário, irregularmente ativo, ativo e muito ativo), além de possibilitar maior chance de comparações e estar adaptado à realidade brasileira⁴.

Foram adotados como critérios de exclusão limitações osteomioarticulares, uso de suplementos alimentares ou anabolizantes, dieta hipo ou hiperlipídica, histórico de alcoolismo, tabagismo, uso de corticoides, diuréticos ou beta-bloqueadores, hipo ou hipertireoidismo, índice de massa corpórea (IMC) acima de 30kg/m² e doenças renais parenquimatosas.

Os voluntários selecionados responderam a questionário-padrão e foram submetidos a exame físico que incluiu: medidas de pressão arterial (PA) em repouso, massa corporal total, estatura e circunferência de cintura.

A estatura foi medida com auxílio de estadiômetro tipo trena da Sanny (São Paulo, SP - Brasil) com precisão de 0,1 cm, sendo a medida executada com os sujeitos descalços e com os glúteos e ombros apoiados em encosto vertical. A massa corporal total foi mensurada com balança digital da Filizola Personal Line 150 (São Paulo, SP – Brasil), capacidade máxima de 150 kg, aferida pelo Inmetro, com certificado próprio especificando margem de erro de ± 100 g.

O IMC foi calculado com as medidas de massa e altura, de acordo com a fórmula de Quetelet = massa (kg) / altura² (m). Os valores de referência adotados para o IMC foram os preconizados pela IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia⁵.

2.1 TESTE DA CURVA GLICÊMICA PÓS-SOBRECARGA LIPÍDICA

Os voluntários foram submetidos a teste de sobrecarga lipídica, no qual, após um jejum de doze horas, foram dosados os triglicerídeos, o colesterol total, as lipoproteínas de baixa e alta densidade e a glicemia de jejum. Em seguida, foi dado um composto lipídico líquido, industrializado, comercializado pela TECNOVIDA, contendo 50 gramas de triglicerídeos e 4,3 gramas de carboidratos e então, dosada a glicemia 60, 180 e 240 minutos, após a ingestão do composto lipídico. Foram escolhidos estes pontos, pois a curva de lipídica atinge seu pico 180 a 240 minutos após sobrecarga lipídica e retorna aos valores basais entre a sexta e oitava hora em indivíduos sadios⁶.

Para as coletas sanguíneas a veia antecubital foi canulada com gelcro de 16mm e, a cada coleta, hidrolisada com soro fisiológico. As medidas da concentração plasmática de colesterol total, triglicerídeos e lipoproteína de alta densidade foram obtidas por meio do método bioquímico enzimático (*Dade Bebring-Dimension RXL- DADE Bebring Inc., Newark, DE – USA, e o reagente do Kit Flex Cartriabe da Dade Bebring-Dimension® IVD*). A lipoproteína de baixa densidade foi calculada através da equação de Friedewald. Para glicemia, foi utilizado o método do sistema de química clínica (*Dade Bebring-Dimension RXL- DADE Bebring Inc., Newark, DE – USA e o reagente do kit Flex Cartriabe da Dade Bebring-Dimension® IVD Dimension®*).

O cálculo amostral foi realizado considerando um alfa = 0,05 (bidirecional) e um beta = 0,80 e adotando como significativa uma diferença de 20% entre os pontos de coleta, tendo em vista que o coeficiente de variação laboratorial da dosagem da glicose é de 5% e que uma diferença quatro vezes maior que a esperada anula o viés desse coeficiente de variação analítica. Foram então necessários 32 voluntários. O cálculo amostral foi realizado no *GraphPad StatMate 2.0 for Windows*.

2.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As características antropométricas e clínicas da amostra foram apresentadas em médias e desvios-padrão. Verificada a distribuição normal dos dados com testes de simetria e curtose e com o teste de Shapiro-Wilk. Para a comparação das médias da glicemia entre os pontos de coleta (jejum – 60min; jejum – 180min; jejum – 240min; 60 – 180min; 60 – 240min e 180 -240min) foi utilizado um

critério ANOVA, adotando como significativo p-valor $\leq 0,05$. Todas as análises foram realizadas no BioEstat 5.0.

2.3 CRITÉRIOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EBMSP, sob o nº 058/2008, e todos os sujeitos receberam detalhadamente as informações sobre os riscos e benefícios da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 RESULTADOS

Dentre 35 estudantes do curso de Fisioterapia da Faculdade Social da Bahia, foram incluídos 32 indivíduos sedentários de ambos os sexos, 14 do masculino, com idade entre 20 e 30 anos. Três foram excluídos por apresentarem triglicerídeos de jejum maior que 150 mg/dL.

Tabela 1 - Características gerais da amostra (n=32).]

Variáveis	Média ± Desvio Padrão
Idade (anos)	24 ± 3,4
Altura (cm)	169 ± 8,3
Massa (kg)	64 ± 11,3
IMC (kg/m ²)	22 ± 3,3
Colesterol total (mg/dL)	168 ± 22,3
HDL-C (mg/dL)	50 ± 8,5
LDL-C (mg/dL)	102 ± 19,7
VLDL (mg/dL)	14 ± 6,8
Triglicerídeos (mg/dL)	69 ± 34,1
Glicemia (mg/dL)	78 ± 8,1

IMC - Índice de Massa Corpórea; HDL-C - Lipoproteína de Alta Densidade; LDL-C - Lipoproteína de Baixa Densidade; VLDL - Lipoproteína de Muito Baixa Densidade.

As características gerais da amostra estão descritas na tabela 1. Dos 32 voluntários incluídos, cinco indivíduos apresentaram sobrepeso, dos quais três mulheres e dois homens.



Figura 1: Valores médios da glicemia (mg/dL) nos diferentes pontos de coleta.

Os valores da glicemia expressos em média e desvio padrão dos pontos de coleta de jejum, 60, 180 e 240 minutos foram, respectivamente, de $78 \pm 8,0$, $70 \pm 14,7$, $81 \pm 8,6$ e $84 \pm 8,0$ (gráfico 1) Verificadas diferenças significantes entre todas as comparações: jejum e 60 minutos ($p=0,0008$); jejum e 180 minutos ($p=0,0351$); jejum e 240 minutos ($p=0,0001$); 60 e 180 minutos ($p=0,0001$); 60 e 240 minutos ($p=0,0001$); 180 e 240 minutos ($p=0,0001$).

4 DISCUSSÃO

De acordo com os resultados desta pesquisa, existe alteração da glicemia pós-sobrecarga lipídica em jovens irregularmente ativos. Foi observado que durante o pico da lipemia pós-prandial ocorreu aumento da glicemia. Importante reforçar que a ingestão foi basicamente de lipídeos e, mesmo assim, foi observada elevação da glicemia.

No período pós-prandial, a glicose é a principal fonte de energia e seus níveis plasmáticos são regulados pela ação da insulina. Após a refeição, ocorre aumento da produção e liberação da insulina pelo pâncreas. Isso promove elevação dos valores plasmáticos desse polipeptídeo favorecendo a absorção da glicose pelos músculos e acúmulo dos triglicerídeos nos adipócitos. Isso provoca diminuição da lipólise e aumento da glicólise⁶. Talvez por esse motivo, mesmo frente à sobrecarga lipídica, os valores de glicose plasmática se elevem na tentativa do organismo manter em níveis adequados a glicemia, já que a glicose é o substrato energético primordial do sistema nervoso.

Observa-se também que, mesmo substratos energéticos diferentes, apresentam metabolismos associados, uma vez que são controlados em parte pela mesma via, a hepática.

A maior parte dos carboidratos e aminoácidos da dieta são transportados pela veia porta até o fígado. Já os lipídeos, sob a forma de quilomícrons, percorrem caminho diferente, sendo absorvidos principalmente pelo ducto linfático abdominal e liberados na circulação sanguínea. Os quilomícrons remanescentes, após deixarem grande quantidade de seu conteúdo, triglicerídeos, no tecido adiposo e músculos, são absorvidos pelos hepatócitos e dão origem às lipoproteínas de muito baixa densidade⁹. De modo geral, a concentração dos nutrientes no sangue é controlada regularmente pelo fígado, que os capta e posteriormente os distribui. Assim, o fígado é considerado o órgão central da homeostase do metabolismo de proteínas, lipídeos e carboidratos¹⁰.

Especificamente sobre o metabolismo dos carboidratos no fígado, o transporte deles é realizado pelo GLUT2, proteína presente na membrana plasmática que, de modo eficiente, mantém a concentração de glicose no hepatócito na mesma proporção com que o nutriente se encontra na circulação sanguínea¹⁰. No entanto, a glicose só poderá ser utilizada pelo tecido hepático após ser fosforilada. E isso só ocorrerá uma vez que haja concentração suficientemente alta de glicose na circulação. Isso ocorre porque o fígado pode usar outros substratos energéticos, como ácidos graxos ou aminoácidos, como fonte energética⁹.

Esses mecanismos de regulação glicêmica estão bem controlados em pessoas sem enfermidades metabólicas, como na amostra avaliada neste estudo. No jejum e no estado pré-prandial, o consumo de

glicose é representado pelo sistema nervoso central (50%), músculo (25%) e pelos tecidos esplâncnicos (25%)^{7,8}.

No estado pós-prandial existe aumento fisiológico na glicemia com incremento de 50 mg/dL até 140 mg/dL. Esse aumento é dependente da quantidade de glicose ingerida e da produção endógena de glicose. Neste estudo, o incremento da glicemia foi discreto, embora significativo estatisticamente. Isso pode ser explicado pela pequena quantidade de carboidrato contida no composto ingerido para provocar a lipemia pós-prandial.

Esse aumento, mesmo discreto, da glicemia durante a sobrecarga lipídica sugere que outros fatores relacionados ao metabolismo lipídico interferem diretamente na glicemia. Na revisão bibliográfica prévia a este estudo não foram encontrados trabalhos que tivessem realizado esse tipo de pesquisa, impossibilitando comparações. No entanto, é bem provável que os achados deste estudo representem um processo fisiológico que ocorre em pessoas saudáveis.

5 CONCLUSÃO

Segundo os resultados deste estudo, a sobrecarga lipídica altera significativamente os valores de glicose plasmática, especialmente no pico pós-prandial. No entanto, muitos mecanismos ainda devem ser elucidados para explicar a interação entre o metabolismo lipídico e a curva glicêmica.

6 REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus 2006. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2007.
2. Geloneze B, Lamounier NR, Coelho RO. Hiperglicemia pós-prandial: tratamento do seu potencial aterogênico. *Arq Bras Cardiol.* 2006; 87:660-70.
3. US Department of Health and Human Services; Centers for Disease Control and Prevention; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Executive Summary. 1996.
4. Matsudo SM, Matsudo VR, Araújo T, Andrade D, Andrade E, Oliveira L, et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento.* 2002;10(4):41-50.
5. Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia, IV; *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* - 2007; 88(1).
6. Signore UL, Plentz MDR, Irigoyen CM, Schaan DAB. O papel da lipemia pós-prandial na gênese da aterosclerose: particularidades do Diabetes Mellitus. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2007;51(2):222-31.
7. Gavin JR. Pathophysiologic mechanisms of postprandial hyperglycemia. *Am J Cardiol.* 2001;88(suppl 1):4H-8H.
8. Lebovitz HE. A symposium: managing the atherogenic potential of the postprandial state. *Am J Cardiol.* 2001;88(Suppl 1):1H-3H.
9. Malheiros SVP. Integração metabólica nos períodos pós-prandial e de jejum. *Revista Brasileira de Ensino de Bioquímica e Biologia Molecular,* 2006; 1(1)p.1-7.
10. Brosnan JT. Glutamate, at the interface between amino acid and carbohydrate metabolism. *J Nutr.* 2000; 130(4S Suppl):988S-90S

ENCONTROS E DESENCONTOS ENTRE BIOÉTICA E RELIGIÃO: MÉTODOS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA, TRANSFUSÃO DE SANGUE E XENOTRANSPLANTE NA PERSPECTIVA DE LÍDERES RELIGIOSOS

WELLINGTON GIL RODRIGUES^{1#}, JÉSSICA RENATA PONCE DE LEON RODRIGUES¹, AMILCAR BAIARDI²

¹ Faculdade Adventista da Bahia – FADBA, Brasil

² Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal do Recôncavo Baiano- UFBA, Brasil

Autor Correspondente: [welligi2000@hotmail.com]

Recebido em 19/agosto/2014
Aprovado em 02/setembro/2014
Sistema de Avaliação: *Double Blind Review*

RESUMO

O campo da bioética é um território fértil de polêmicas envolvendo as áreas da ciência e da religião. Em pleno século XXI muitas pessoas recusam tratamentos médicos em função de suas crenças religiosas, é, portanto necessário procurar entender como e porque isso ocorre. Nesse sentido, o problema que guia nossa pesquisa é: Qual a perspectiva dos líderes religiosos sobre métodos de reprodução assistida, transfusão de sangue e xenotransplante? Em busca de respostas aplicamos um questionário estruturado a 12 líderes religiosos, representantes das religiões afro, adventista, católica, espírita, protestantes tradicionais (batista, assembleia de Deus) e neopentecostais (igreja universal e igreja mundial) e testemunhas de Jeová. Os dados foram tabulados e apresentados em gráficos juntamente com as falas dos líderes. Na área das técnicas de reprodução assistida a grande maioria dos líderes se posiciona contra esse tipo de intervenção, com os católicos se destacando na sua não concordância radical, enquanto outros líderes aceitam alguns tipos de intervenção específica. Quanto à questão da transfusão de sangue, a grande maioria dos líderes religiosos se posicionou a favor e somente as testemunhas de Jeová se colocaram radicalmente, indicando que a interpretação bíblica que faz corresponder o não comer sangue a uma proibição de recebê-lo em transfusão, não é compartilhada pelos outros grupos religiosos. Na área do xenotransplante, a grande maioria dos líderes se posicionou contra, no entanto, percebe-se que os líderes católicos são radicalmente a favor, seguidos de perto pelos líderes afros. Concluímos que não existe uma opção radical religiosa que se opõe de modo geral contra a ciência, o que se percebe é que cada religião encontra temas específicos dentro do rol de técnicas e conhecimentos científicos que confrontam com suas doutrinas específicas.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética. Religião. Métodos de Reprodução Assistida. Transfusão de Sangue. Xenotransplante.

ABSTRACT

The field of bioethics is a fertile territory of controversies involving the areas of science and religion. In the XXI century many people refuse medical treatments because of their religious beliefs, it is therefore necessary to seek to understand how and why this occurs. In this sense, the problem that guides our research is: What are the prospects of religious leaders on methods of assisted reproduction, blood transfusion and xenotransplantation? In search of answers apply a structured questionnaire to 12 religious leaders, representatives of african religions, Adventist, Catholic, Spiritualist, mainline Protestant (Baptist, Assembly of God) and neo-Pentecostal (Universal Church and World Church) and Jehovah's Witnesses. Data were tabulated and presented graphically together with the speeches of the leaders. In the area of techniques of assisted reproduction the vast majority of leaders stands against this type of intervention, with Catholics excelling in their non-radical agreement, while other leaders accept some types of specific intervention. On the issue of blood transfusion, the vast majority of religious leaders stood for and only Jehovah's Witnesses have placed radically, indicating that the biblical interpretation that does match the eating of blood to a ban on receiving it in transfusion is not shared by other religious groups. In the xenotransplantation area, the vast majority of leaders was against, however, is a surprise to realize how Catholic leaders are radically in favor, followed closely by afros leaders. We conclude that there is no radical religious option that opposes generally against science, which seems to us is that every religion finds specific topics within the list of technical and scientific knowledge to confront their specific doctrines.

KEYWORDS: Bioethics. Religion. Methods of Assisted Reproduction. Blood Transfusion. Xenotransplantation.

1 INTRODUÇÃO

No século XXI a ciência e seus derivados tecnológicos parece ser a principal força a moldar a cultura da humanidade, sendo que os avanços nas áreas das ciências biomédicas tem sidodos mais promissores e ao mesmo tempo desafiadores das tradições, inclusive das de matriz religiosa. Mesmo hoje, existem pessoas que são capazes de recusar “benefícios” trazidos pela ciência médica, mesmo ao custo de sua saúde e vida, por conta de suas crenças religiosas. Fanatismo? Teimosia? Preconceito contra a ciência? É portanto, necessário tentar entender como e porque essa resistência acontece. Nesse sentido, o problema que guia nossa pesquisa é: Qual a perspectiva dos líderes religiosos sobre métodos de reprodução assistida, transfusão de sangue e xenotransplante? O objetivo principal foi investigar as tendências de aceitação ou resistência apresentadas pelos representantes de diferentes opções religiosas frente aos avanços da ciência médica e os dilemas da bioética que tocam em questões religiosas. Os principais autores utilizados foram: Leone & Privitera¹; Fornero²; Sgreccia³; França, Batista & Brito⁴; Mori⁵; Fornero & Mori⁶. Quanto à metodologia, a pesquisa consistiu de uma abordagem empírica com uso de questionário contendo questões que relacionavam ciência, religião e bioética. Foram entrevistados 12 líderes religiosos cujas atividades estão localizadas na região do Recôncavo baiano, as respostas foram tabuladas, e representadas em tabelas e gráficos expressando a distribuição das variáveis e a frequência, além da apresentação das suas falas.

O trabalho está estruturado da seguinte forma: Na primeira parte procuramos apresentar a origem do conceito de bioética, suas relações com a religião e algumas áreas onde essas duas áreas de saberes estão apresentando algum atrito. Em seguida apresentamos a metodologia e a análise dos dados, divida em três partes principais: Métodos de Reprodução Assistida; Transfusão de Sangue e Xenotransplante. Em seguida, tecemos as considerações finais apresentando um quadro das tendências geral de aceitação/rejeição das práticas médicas em função da filiação religiosa dos líderes.

BIOÉTICA: ORIGEM E CONCEITO

Para Lecaldano⁷ a origem da bioética tem gerado debates, alguns defendem que a primeira questão bioética ocorreu nos anos 40 do século XX durante as reflexões do processo de Nuremberg sobre as práticas médicas nazistas, outros vão localizar essa origem nos 50 e 60 nos EUA no processo de democratização do atendimento médico e que levou as modificações no papel e obrigações dos enfermeiros, e ambas as visões estão datadas pela visão da periculosidade da medicina moderna e das vantagens do estado liberal-democrático, por isso Lecaldano⁷ prefere se concentrar nos anos 70, quando o biólogo americano Van Rensselaer Potter utiliza o termo pela primeira vez no artigo *Bioethics, Science of Survival*, em um sentido de interesse bioecológico, ou seja, a humanidade precisaria utilizar esse novo conhecimento (bioética) para garantir a sua sobrevivência diante da perspectiva de catástrofe gerada pela crise ambiental. Potter é considerado como um dos pais da bioética e sua obra *Bioethics, Bridge to the Future* de 1971 é um clássico dessa área, na qual ele afirma que a bioética deveria se constituir em “*uma nova disciplina que combinasse o conhecimento biológico com o conhecimento dos sistemas de valores humanos.*”⁸

A bioética tem sido entendida como “setor da ética que estuda os problemas inerentes da tutela da vida física e em particular as implicações éticas das ciências biomédicas.”¹. E Reich⁹ define bioética como “o estudo sistemático da conduta humana, no âmbito das ciências da vida e da saúde, examinada à luz dos valores e dos princípios morais.”.

Apesar de existirem diversas áreas onde estão acontecendo polêmicas envolvendo bioética e crenças religiosas tais como: Pesquisa Genética (Clonagem, uso de células tronco etc.), Métodos Contraceptivos (aborto, pílula do dia seguinte etc.), Eutanásia, Suicídio Assistido¹ etc., neste trabalho discutiremos somente três temas: Métodos de Reprodução Assistida, Xenotransplante e Transfusão de Sangue.

MÉTODOS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Para Leone & Privitera¹ desde 1978 quando os jornais estamparam o sorriso de Louise Brown a primeira menina de “proveta”, a reflexão ética tem de lidar com os dois polos desse tipo de intervenção, de um lado a inocente e bem vinda intervenção terapêutica igual a tantas outras apresentadas pela medicina de remediar um defeito da natureza e por outro lado a manifestação do “brincar de Deus” na criação da vida.

Em relação às tecnologias da reprodução assistida, a mais simples e por isso a primeira a ser empregada, é a inseminação artificial, nesta é colhido o sêmen masculino, colocado em uma cânula e inserido no canal feminino. A inseminação pode ser executada com sêmen, óvulos e embriões do próprio casal (homóloga) ou de doadores (heteróloga). Tipos especiais de inseminação homóloga é a **post-mortem**, quando a inseminação é executada com sêmen depositado antes da morte do parceiro/doador e a **inseminação à distância**, quando o sêmen é enviado pelo correio até a receptora por exemplo. Tipos especiais de inseminação heteróloga é aquela executada por mulheres solteiras ou de casais de mulheres homossexuais.

Uma questão de pouca importância do ponto de vista secular mais carregada de significado do ponto de vista religioso é o fato de que na reprodução assistida o sêmen é obtido por meio da masturbação, ou seja, o possível filho será fruto não de ato de encontro sexual, mas de um gesto solitário, será fruto de uma produção e não de uma doação. Essa objeção é apresentada pela Igreja Católica, no entanto, ela não é insuperável visto que nesse caso ele também pode ser interpretado como um ato de amor pelo futuro filho.

A técnica da fertilização in vitro é bem mais complexa, implica é uma indução ao crescimento dos ovócitos para posterior coleta mediante laparoscopia e depois uma transferência para um terreno de cultura ao qual se adiciona o líquido seminal, quando o embrião se encontra entre 4-6 células é transferido para o útero por via vaginal ou por via abdominal. Por conta da pluriovulação o número de embriões obtidos sempre supera o número de embriões dos que serão transferidos, o que acaba gerando a questão ética, do que fazer com os embriões que sobram? Eliminação, congelamento? No caso do congelamento, ele é útil principalmente quando falham as primeiras tentativas de gravidez,

¹ Para uma discussão desses temas em suas relações com a religião ver o artigo de Baiardi, Mendes e Rodrigues (2013).

também existem “bancos de sêmen”, os doadores se encontram frequentemente entre estudantes de medicina, doadores de sangue e pessoal da enfermagem.

A técnica conhecida como “barriga de aluguel” se caracteriza quando uma mulher tem a gestação no lugar de outra, existem basicamente duas formas: em um caso a mãe substituta fornece o ovulo e a gravidez e em outro caso só a gravidez. O nome barriga de aluguel não é muito exato já que a mãe substituta pode fazê-lo por caridade, como é geralmente o caso entre parentes próximos. O problema do pagamento pela gravidez é um problema moralmente diverso do problema da gravidez substituta.

Mori⁵ ao colocar o caso de duas irmãs que decidem que uma delas assumirá a gravidez pela outra em função da saúde, pergunta: “Qual objeção moral pode ser adotada contra a gravidez substitua nesse caso?” Ele mesmo apresenta as possíveis respostas, alguém pode sempre argumentar que a intervenção é ilícita porque contraria a vontade de Deus que não permitiu aquela mulher engravidar. “Mas qual argumento resta a quem abandonou tal princípio?” Outros apontam é contrária à dignidade de uma mulher, que se vê reduzida a uma simples incubadora, a isto Mori responde que a dignidade maior reside na escolha autônoma de ajudar sendo mãe substituta.

Como o próprio nome da obra de Mori⁵ indica ele está tentando construir uma “civildade biomédica secularizada” e aqui mais uma vez se vê o encontro entre a ciência biomédica e sua busca por uma ética própria desacralizada e uma ética derivada das crenças religiosas.

TRANSFUSÃO DE SANGUE

A transfusão de sangue consiste em transferir sangue ou hemocomponentes (plaquetas, hemácias, leucócitos) de um doador para o sistema circulatório de um receptor. Geralmente é utilizada em casos onde houve grande perda de sangue, tais como cirurgias, hemorragias, traumatismos. As testemunhas de Jeová tem chamado a atenção por sua rejeição da transfusão de sangue baseada em seus princípios religiosos. Ao interpretar literalmente textos bíblicos que proibiam alimentar-se de sangue e de carne com sangue, eles apresentam um sério desafio ético aos médicos.

Para Leone & Privitera¹ o problema não está em decidir se esta interpretação do texto bíblico é a mais ou a menos correta, o grande problema está no dilema ético entre o princípio fundamental de procurar o benefício do paciente e o princípio de respeito à autonomia do mesmo. França, Batista & Brito⁴ apresentam esse dilema de uma forma bem clara:

As TJ alegam que a alma do ser humano está no sangue e, assim, ela não pode ser passada para outra pessoa, pois do contrário, o adepto desobedeceria ao mandamento de amar a Deus com toda a alma. A proibição está impressa em um cartão de identificação pessoal que contém, no seu reverso, as diretrizes sobre tratamento de saúde, isenção para a equipe médica e a assinatura do adepto. Assim, quando a vida de uma TJ está em risco, e ela recusa hemotransfusão, o médico vivencia uma situação de difícil resolução, dado que deverá escolher entre respeitar a autonomia do paciente ou os dispositivos legais que regem a sua prática.

Eis aqui, um forte exemplo de como as crenças religiosas podem interferir na aceitação ou resistência a práticas específicas das ciências médicas, no entanto, é uma generalização indevida afirmar que a religião está contra a ciência (tese do conflito), ou que na verdade é a religião que promoveu o nascimento da ciência moderna (tese da harmonia), pensamos que cada caso deve ser examinado dentro do seu próprio contexto histórico e social, ou seja, as relações entre ciência e religião são bem mais complexas do que um exemplo de conflito ou harmonia pode demonstrar¹².

XENOTRANSPLANTE

As grandes descobertas da medicina visam o prolongamento da existência, o qual é um anseio profundo impresso no ser humano. Um dos fatores de relevância para a saúde diretamente relacionada ao prolongamento da vida é a substituição de um órgão humano depois de sua falência, o que faz com que a pessoa fique curada. Diante de grandes avanços tecnológicos e científicos o xenotransplante seria uma das soluções para cura de determinadas patologias. O que entender por xenotransplante? É um termo técnico que significa um tipo específico de transplante. Xeno é de origem grega (Xenos = estranho, estrangeiro); transplante vem do latim (Trans-plantare = plantar em outro lugar). Assim, o termo xenotransplante é empregado para significar a transferência de elementos ou órgãos de um corpo para outro corpo. Especificamente o xenotransplante é o transplante de um órgão, ou tecido, ou células, de um animal para outro de espécie distinta. Entende-se normalmente que tal transferência se faça dos animais para os seres humanos, exemplo, o transplante do coração de um porco ou macaco para o homem. O xenotransplante é uma das grandes promessas para suprir as necessidades de órgãos, tecidos e células transplantáveis já que a procura tornou-se maior que a demanda de oferta.

Para Sgreccia³ há alguns problemas éticos envolvidos no xenotransplante. Primeiro há a questão da ética de se levar adiante o procedimento mesmo ao se considerar a incerteza do sucesso e a altíssima probabilidade de rejeição do órgão por parte do doador. Não é tanto a questão de retirar um órgão animal e colocar em um humano, já que o uso de animais em pesquisa é até certo ponto aceitável, a questão está no nível de conhecimento e sucesso presente, como no caso em que determinada intervenção não tem finalidade terapêutica mas somente de experimentação.

Há tentativas de transplantes de órgãos de porcos, mas quando o órgão entra em contato com o sangue humano, gera uma violenta reação antígeno-anticorpo a qual inviabiliza o transplante, e o uso de imunodepressores ainda não tem apresentado resultados satisfatórios, no entanto, existe otimismo nos pesquisadores quanto ao futuro sucesso dessa técnica.

Um outro problema ético é a do preparo psicológico do sujeito receptor para aceitar conviver com o órgão de origem animal, ou da aceitação social desse tipo de intervenção. Como exemplo hipotético, pode-se apresentar o caso de um rapaz de crença adventista que recebe o xenotransplante de algumas partes do porco, sem se considerar que existe uma forte rejeição nessa comunidade religiosa a esse animal, o que poderia gerar uma auto rejeição, um caso análogo ao de uma testemunha de Jeová que se suicida ao saber que tinha recebido uma transfusão de sangue sem sua autorização.

BIOÉTICA E RELIGIÃO

Uma das imagens mais recorrentes quando se pensa sobre a relação entre ciência e religião é a do Conflito, os casos Galileu e Darwin aparecem como os paradigmas dessa relação complicada entre uma ciência que avança quebrando antigos dogmas e uma igreja retrograda que resiste ao progresso científico. Hoje se sabe que essas relações não são tão estanques assim e que elas têm variado de acordo com o período histórico e o local.

As interações entre ciência e religião encontram, na bioética, um campo fértil para manifestações de divergências que vão se modificar em função de cada momento histórico particular, da região e da cultura na qual surgem e também da particularidade de cada religião, visto que elas reagem diferentemente aos desafios postos pelos avanços da ciência e suas implicações sobre questões que envolvem a religiosidade¹⁰.

Nesse sentido, um aparente confronto entre ciência e religião ou pelo menos entre diferentes tipos de bioética pode ser lido nos títulos de alguns dos livros que tratam sobre bioética: *Bioética Católica e Bioética Laica*¹; *Leigos e Católicos na Bioética: História e teoria de um confronto*⁶.

Porque a bioética está imbuída de áreas de contato com a religião? Para Lecaldano⁷ é porque ela trata de reflexões de caráter ético-normativo próprias de uma filosofia moral e de uma teologia moral, ou seja, procura indicar como o mundo da medicina deve agir e por isso mesmo produz ou tenta produzir juízos universalizantes (tendência própria das religiões). É preciso lembrar que em outras épocas, o campo da reflexão ético-moral era território exclusivo da religião e da filosofia. No entanto, o homem contemporâneo não aceita mais uma moral que desça do alto, daí que nesse sentido a bioética pode ser considerada uma revolta da cultura moderna contra a ingerência da Igreja na definição do certo e do errado nas práticas das ciências médicas.

Segundo Leone & Privitera¹ a complexidade teológica da bioética deriva do fato de que se por um lado ela deve enfrentar situações que exigem respostas aplicáveis ao conjunto da sociedade, (onde atualmente ser um crente não é de maneira alguma um fator determinante), por outro lado não se pode exigir do não crente uma conduta que é derivada da regra emanada pela religião.

Segundo Fornero & Mori⁶ se de um ponto de vista ideal ou teórico devesse existir uma única bioética, numa descrição mais próxima da realidade se verificaria uma distinção entre bioética laica e bioética religiosa. É claro que existem muitas divergências na definição desse campo de conhecimento, veja o caso de Agostinho¹¹: “*A bioética é ética, um ramo da filosofia e não da teologia moral e portanto nela se deve utilizar argumentos da mera razão, argumentos controversos, mais ou menos compartilháveis, mais jamais dogmáticos.*” Essa divergência na definição do campo da bioética é mais um dos exemplos de atrito entre perspectivas bioéticas derivadas da religião e as perspectivas secularizadas.

A bioética é deveras uma área do saber que reúne muitas áreas e muitas posições teóricas (biologia, medicina, direito, antropologia, filosofia, teologia, ética etc.) e é praticamente impossível dar respostas únicas às complexas questões envolvidas. Tome-se o exemplo de um único caso que

é o da origem da vida, inúmeras perguntas e dúvidas emergem: O que é vida? Quando é o seu momento inicial? A partir de quando o embrião tem status de ser humano? Em que situação é lícito realizar um procedimento anticoncepcional? Portanto, é até natural que surjam polêmicas envolvendo as práticas das ciências biomédicas e as crenças religiosas dos sujeitos, tanto dos atores (médicos, enfermeiros, equipes hospitalares e científicas) e dos pacientes.

2 METODOLOGIA

O objeto da investigação é descrever como as intervenções da ciência biomédica são percebidas com uma maior tolerância ou resistência por diferentes sistemas de crença corporificados em seus líderes. A abordagem da pesquisa é quantitativa caracterizada pelo uso de frequência simples.

A pesquisa consistiu de uma abordagem empírica com uso de questionário fechado contendo questões que relacionavam ciência, religião e bioética. O questionário foi estruturado em torno de 3 temas principais: 1) métodos de reprodução assistida, 2) transfusão de sangue 3) xenotransplante. Cada pergunta teve três possíveis respostas: a) Totalmente a favor, F, (quando a crença religiosa concorda completamente com essa prática ou não vê nenhum problema com ela); b) Totalmente contra, C, (quando a crença religiosa discorda completamente com essa prática); c) A favor só em certos casos, FS, (quando aprova somente uma intervenção específica e não o procedimento de modo geral). E em todas as questões os sujeitos deveriam elaborar uma justificativa.

As religiões na pesquisa foram a católica, afro, protestante tradicional (Assembleia de Deus, Batista), protestante neo-pentecostal (Universal do Reino de Deus, Mundial do Poder de Deus), Adventista, todas essas representadas por dois sujeitos pesquisados cada uma e Espírita e Testemunha de Jeová, representadas por apenas um sujeito pesquisado cada uma. Ao todo foram entrevistados 12 líderes dessas religiões cujas atividades religiosas estão localizadas na região do Recôncavo baiano. O perfil dos líderes entrevistados é apresentado no quadro abaixo,

Quadro 1 – Perfil dos Líderes Religiosos

Líder Religioso	Idade	Gênero	Tempo de Atuação na Liderança	Formação escolar
Afro 1	74	Masc.	25 anos	3ª série
Afro 2	33	Masc.	15 anos	8ª série
Adventista 1	38	Masc.	14 anos	Graduação em Teologia
Adventista 2	53	Masc.	22 anos	Doutorando - Teologia
Católico 1	40	Masc.	7 anos	Graduação em Filosofia, Teologia e Museologia
Católico 2	41	Masc.	20 anos	Doutor em Teologia
Espírita	-	Feminino	1 ano e 2 meses	Graduação em Pedagogia
Neopentecostal 1 Igreja Mundial	45	Masc.	20 anos	Graduação em Educação Física e Teologia
Neopentecostal 2 Igreja Universal	52	Masc.	5 anos	Ensino Médio
Protestante Tradicional 1 Assembleia de Deus	61	Masc.	-	Graduação em Teologia
Protestante Tradicional 2 Igreja Batista	38	Masc.	7 anos	Graduação em Teologia e Filosofia
Testemunha de Jeová	43	Masc.	17 anos	Ensino Médio

Fonte: Pesquisa de Campo

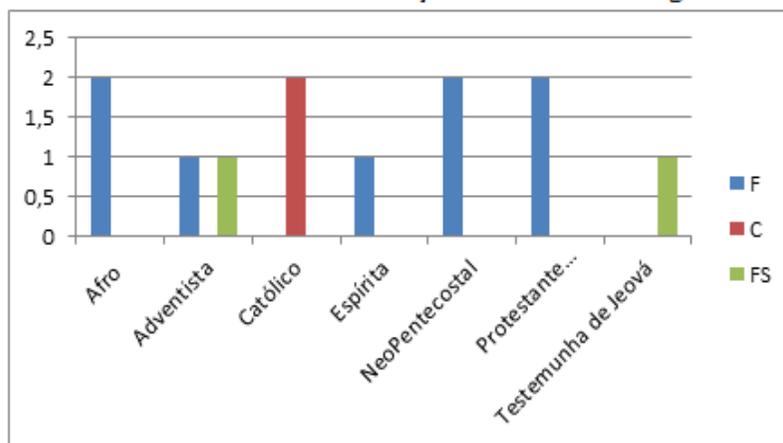
As respostas foram tabuladas, e representadas em tabelas e gráficos expressando a distribuição das frequências. A análise de dados consistiu do cruzamento entre a concordância ou não concordância com o procedimento médico, os argumentos utilizados nas justificativas e a literatura disponível sobre os posicionamentos éticos. Existe uma forte ênfase descritiva visto que o objetivo do trabalho foi justamente fornecer descrições das percepções dos líderes religiosos sobre o encontro entre religião e bioética e com isso subsidiar novas pesquisas sobre o tema.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

MÉTODOS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Reprodução medicamente assistida: também chamada procriação medicamente assistida (PMA) é o processo segundo o qual são utilizadas diferentes técnicas médicas para auxiliar à reprodução humana. Estas técnicas são normalmente utilizadas em casais inférteis, casais em que haja portadores do vírus da imunodeficiência humana (VIH positivo), ou do vírus da hepatite B ou C. Outras indicações são casais com elevado risco de transmissão de doença genética.

Gráfico 1 - Inseminação artificial homóloga



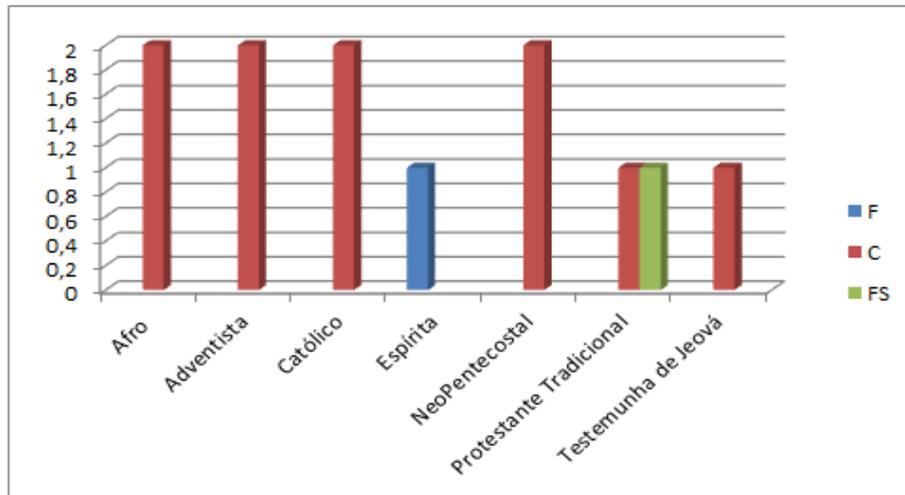
Fonte: Pesquisa de Campo

Na inseminação artificial homóloga (sêmen, óvulos e embriões do próprio casal) quase 70% se declararam a favor e somente os líderes católicos se colocaram contra a utilização dessa técnica: *O entendimento da origem da vida humana se dá a partir do matrimônio, uma união estável de um homem e de uma mulher. A igreja entende em primeiro lugar que a vida é digna de nascimento, essa relação amorosa de comunhão de amor entre o homem e a mulher tem uma expressão concreta pela atividade sexual. Entendendo o sexo não simplesmente como uma necessidade como às vezes alguns pensam e entendem, mas como uma expressão de amor, comunhão, entrega e doação entre duas pessoas. O entendimento de que a vida brota dessa entrega, da doação desse ato. (Líder Católico 2).*

No entanto, dois líderes protestantes declararam a sua opção a favor:

Quando há uma prescrição médica no caso de infertilidade, doenças transmissíveis (Líder Assembleia de Deus). Sou totalmente a favor, pois não oferece risco ao paciente, e é uma forma de promover a vida. Mc 2:17. (Líder Batista)

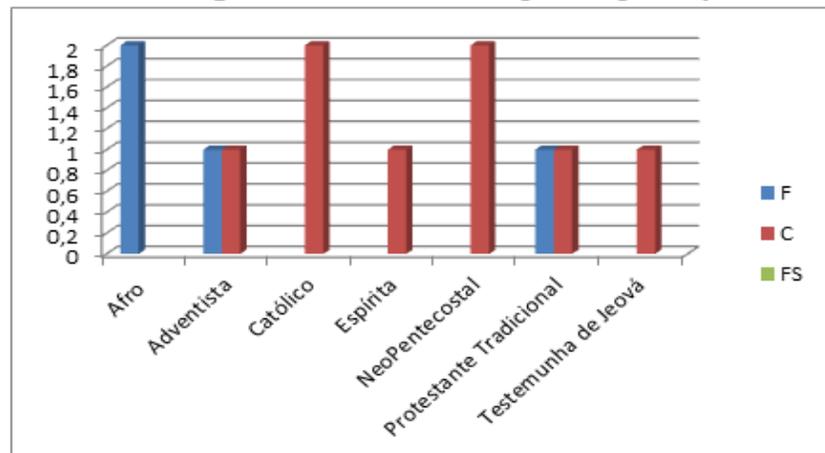
Gráfico 2 - Inseminação artificial heteróloga



Fonte: Pesquisa de Campo

Quanto à Fertilização in Vitro (fecundação fora do corpo da mulher) a maioria dos líderes são a favor ou a favor em certos casos, os líderes católicos se colocam contra e sugerem uma saída para o casal que quer vivenciar a experiência da paternidade: “a sugestão da igreja é viver a experiência da adoção para poder vivenciar essa realidade.” (Líder Católico 2). O líder batista afirma que Deus se utiliza da ciência para abençoar a humanidade: “Também sou a favor por nada vai de encontro com a bíblia e os preceitos bíblicos, e acho que às vezes Deus se utiliza desses artifícios para dar a felicidade ao casal. Mc 2:17.” E o líder da Assembleia de Deus concorda com uma ressalva: “Por indicação médica, quando são usados sêmen e óvulos do próprio casal.”

Gráfico 4 - Congelamento de Embriões para reprodução futura



Fonte: Pesquisa de Campo

Na questão do congelamento de embriões, quase 70% dos líderes religiosos se posicionaram contra, somente os líderes afro e um líder espírita se declararam a favor, mas não explicitaram as razões. A posição dos católicos é muito clara e não há espaço para meios termos e situações específicas em que concordariam com essa prática:

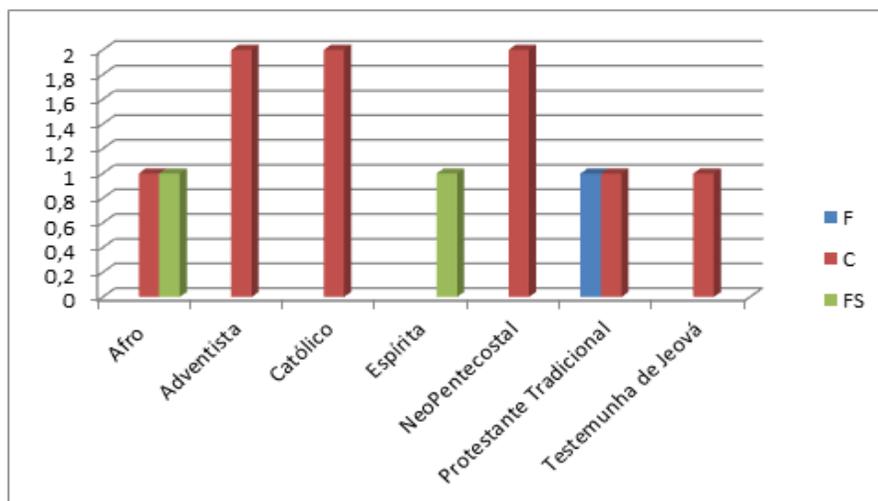
É claro que a igreja contrária à ação de congelar os embriões. O embrião é considerado um ser humano, há toda uma discussão sobre isso. Hoje a ciência fala de pré-embrião e embrião, mas essa distinção não é muito favorável. Por que agente entende que o embrião é um ser humano. (Líder Católico 2).

Essa perspectiva de que o embrião tem status de ser vivo, é compartilhada pelo líder da Assembleia de Deus:

As estatísticas mostram que a maior parte dos embriões não são reclamados e milhares são perdidos. A bíblia em textos como Ex: 23:7 diz: ... “nem condene a morte o inocente e o justo.” Isto é suficiente para indicar como é crime contra Deus matar uma criança ainda não nascida.

No entanto, o líder batista não percebe o congelamento de embriões como uma prática proibida pelos princípios bíblicos: “Sou a favor, Jesus disse quem estiver necessidade procure a ciência, sei que isso não altera em nada, a doutrina bíblica.”

Gráfico 5 - Barriga de aluguel utilizando parentes próximos



Fonte: Pesquisa de Campo

Na questão da barriga de aluguel utilizando-se de parentes próximos, e portanto teoricamente sem envolver a questão de pagamento pela gravidez substituta, 75% dos líderes foram contra. Os líderes católicos apresentaram uma objeção psicológica, ou seja, do apego da mãe substituta:

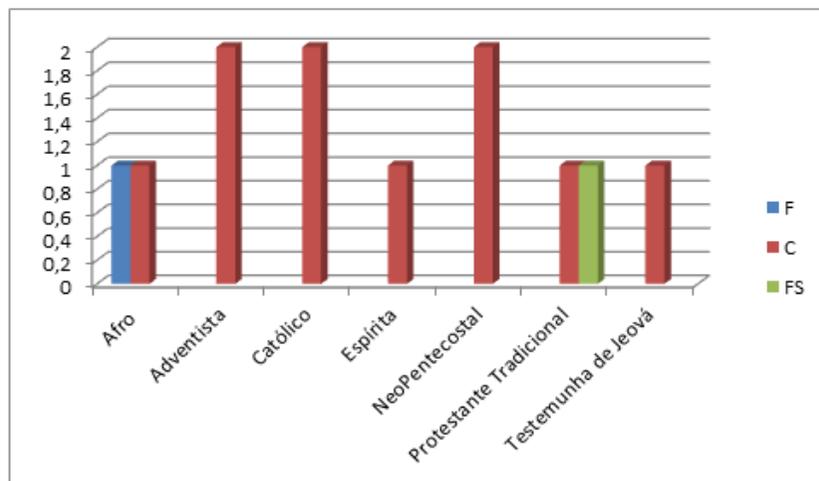
A barriga de aluguel é até um pouco complicada nos casos concretos agente sempre vê que a mãe fica com uma ligação tão profunda de ter um ser dentro dela, não deixa de ver a beleza da gestação e se doa. Todo o processo de manipulação do ovulo fecundado colocado no corpo de outra mulher, essa manipulação é vista como algo não favorável. (Líder Católico 2).

Mori⁵ procura responder a essa objeção psicológica, afirmando que isso deriva de uma confusão do conceito de mãe, ou seja, simplesmente carregar a gravidez, ser a incubadora, não faz da mulher uma verdadeira mãe. Quanto ao dano psicológico que pode recair sobre a gestante, a qual durante a gestação tenderá a se afeiçoar à criança a ponto de não querer entregá-la como o prometido. Mori responde que é uma falsa objeção, visto que muitas mulheres grávidas de seus próprios filhos os entregam para adoção logo após o nascimento. E estatisticamente pouquíssimos casos desse tipo (mães de aluguel que reclamam como seus os bebês gestados por elas) têm acontecido na gravidez substituta. Mori também apresenta o “paradoxo do dano da gravidez”, ou seja, como se pode entender que o único meio (a gravidez substituta) que pode possibilitar o nascimento a um filho (fato positivo e bom) pode ser tornar em uma fonte de dano.

Surpreendentemente, o líder batista apresenta argumentos bíblicos *sui generis* para apoiar a prática da gravidez substituta.

Sou totalmente a favor, houve pelo menos dois casos de barriga de aluguel na Bíblia: O nascimento de Jesus, Maria emprestou sua barriga para trazer a terra o salvador do mundo, e Agar a serva que Abraão teve e com consentimento de sua esposa tiveram uma junção carnal dando origem a Ismael. Isaías 7:14, Isaías 9:6.

Gráfico 6 - Barriga de aluguel utilizando desconhecidos



Fonte: Pesquisa de Campo

Quase 85% dos líderes religiosos foram contra a prática da barriga de aluguel utilizando desconhecidos e conseqüentemente envolvendo algum tipo de compensação financeira. Os católicos apelaram para o perigo de interferir com a natureza: “*Toda forma do homem estar manipulando a vida é proibida pela igreja, acreditamos na “vida natural” e que somente a Deus pertence a vida.*” (Líder Católico 1). O líder da Igreja Universal também apontou essa alteração da ordem natural e acrescentou uma objeção econômica:

O filho tem de ser gerado por um casamento, não por uma barriga de aluguel, e muitas pessoas ganham dinheiro para fazer isso [...] emprestar o útero por dinheiro isso é crime essa opção pode trazer um benefício momentâneo, porém vai acarretar prejuízos no futuro, principalmente à criança. (Líder Igreja Universal)

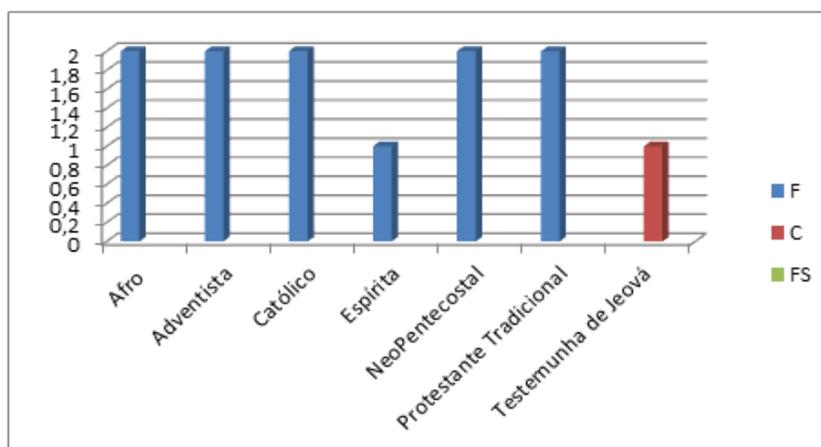
Quanto a essa objeção econômica, sabe-se que na Índia hoje existem mulheres que veem a gravidez substituta como uma espécie de trabalho do qual eles dependem para garantir a sobrevivência da própria família e para manter os filhos na escola. Mori⁵ se pergunta onde está a injustiça, no ato da gravidez substituta em si mesmo ou na retribuição injusta? E também, se a gravidez substituta pode ser considerada lícita quando é feita gratuitamente, porque se torna ilícita quando feito por compensação? Em que senso a injustiça do ato depende da presença de compensação? E os médicos que curam, e as professoras que ensinam, o pagamento torna ilícito o ato? Mori⁵ se questiona onde está o ilícito, no ato em si (gravidez substituta), na compensação em si, ou na quantidade injusta de compensação (seja exígua ou excessiva).

No entanto, nem todos os líderes religiosos são contra: *“Também sou a favor pela barriga de aluguel com desconhecidos, desde quando haja um dialogo maduro e ambas as partes sejam de pessoas equilibradas e coerentes. Isaías 7:14, Isaías 9:6.”* (Líder Igreja Batista).

TRANSFUSÕES DE SANGUE

A utilização de sangue ou dos seus componentes em medicamentos ou procedimentos médicos é usualmente conhecida por hemoterapia. E o grupo religioso que mais oferece resistência a essa intervenção médica é das Testemunhas de Jeová. A posição religiosa das Testemunhas de Jeová em relação ao uso de sangue na medicina e na alimentação é uma das mais controversas e criticadas ao longo dos anos¹⁶. Baseando-se na sua singular interpretação da Bíblia, entendem que o uso de transfusões de sangue total ou dos seus componentes primários é proibido pela lei divina. No entanto, é interessante contrastar essa perspectiva com a opinião dos outros líderes religiosos para entender as suas razões.

Gráfico 7 - Transfusão de sangue em caso de risco de vida



Fonte: Pesquisa de Campo

Nesse quesito, quase 100% dos entrevistados se posicionaram a favor e somente os líderes das TJ foram contra, entre as razões apresentadas a favor, destacamos a do líder afro: “Eu só

estou vivo hoje porque 7 pessoas doaram sangue para eu não morrer.”(Líder Afro 1). E a d o líder batista: “Sou totalmente a favor da transfusão de sangue, pois sangue é vida e em nenhum momento a bíblia é contra esta boa ação, pelo contrário. I João 3:16.”

O líder das TJ também apresentou argumentos retirados da Bíblia para justificar seu posicionamento contrário:

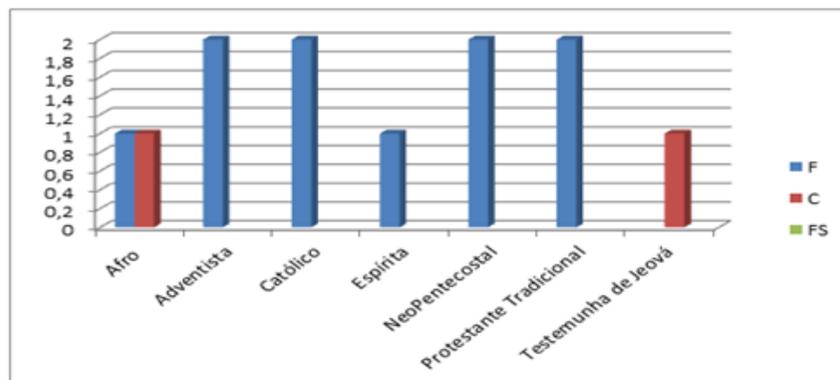
Com base nas escrituras sagradas da bíblia, ordena-se aos cristãos que se abstenham de sangue Atos 15:28-29, sendo unicamente o uso sacrificial de sangue aprovado por Deus. Lev. 17:11-12; Heb. 9:11-14 e 22; Efé. 1:7. A bíblia evidencia também que se pode comer a carne dos animais, mas não sangue. Gên. 9:3-4; Atos 15:19-20; Lev. 17: 13-16. (Líder Testemunha de Jeová).

As Testemunhas de Jeová dizem basear na Bíblia a sua recusa na utilização e consumo de sangue, humano ou animal. Entendem que esta proibição foi dada à humanidade em geral visto que foi transmitida por Deus a um homem que a Bíblia apresenta como ancestral de todos os homens, Noé. Além disso, reforçando esta aplicação geral, a ordem teria sido dada na ocasião em que Noé, tal como o primeiro homem Adão, iria dar um novo início à sociedade humana. Esta mais antiga referência bíblica ao uso de sangue diz o seguinte:

Tudo o que se move e vive vos servirá de alimento; eu vos dou tudo isto, como vos dei a erva verde. Somente não comereis carne com a sua alma, com seu sangue. Eu pedirei conta de vosso sangue, por causa de vossas almas, a todo animal; e ao homem que matar o seu irmão, pedirei conta da alma do homem. (Gênesis 9:3-5, Bíblia Ave Maria).

As Testemunhas entendem que esta ordem não era uma mera restrição alimentar ou dietética visto que se associa o sangue não só com o alimento, mas também com o assassinato. Mais tarde, após a formação da nação de Israel, a própria constituição ou Lei nacional incluía as seguintes ordens: “E não deveis comer nenhum sangue em qualquer dos lugares em que morardes, quer seja de ave quer de animal. Toda alma que comer qualquer sangue, esta alma terá de ser decepada do seu povo.” (Levítico 7:26, 27, Tradução do Novo Mundo).

Gráfico 8 - Transfusão de sangue mesmo contra a vontade do paciente como único recurso para salvar a sua vida.



Fonte: Pesquisa de Campo

Nesse quesito, se introduz a questão da liberdade de escolha do paciente frente a recomendação médica e a manutenção da vida, ou seja, o dilema que se coloca para o médico sobre qual é o maior valor, a vida do paciente ou a sua liberdade de consciência. Nessa questão, 83% dos líderes foram a favor de se violar a autonomia do paciente, como exemplo das razões a favor citamos: “*Sou a favor da transfusão de sangue independente da opinião do paciente pois neste caso é um situação delicada que não se pode dar o luxo de achar isso ou aquilo.*” (Líder Batista). A resposta do líder das TJ segue abaixo:

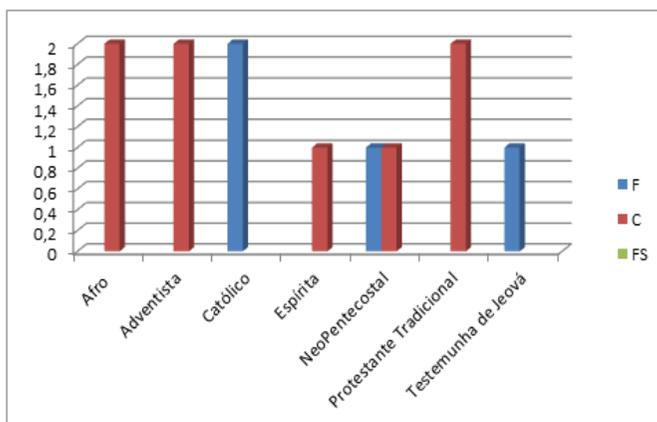
O membro da igreja que violar Atos 21:25 passaria por uma comissão julgativa, formado por alguns líderes da igreja. Porém podem existir fatores que pesam a favor ou contra essa pessoa, o que definiria a decisão a ser tomada. Num hospital, quando um paciente não consegue alimentar-se pela boca, ele é alimentado endovenosamente. Ora, será que alguém que jamais poria sangue em sua boca mas que aceitasse sangue por meio de transfusão, estaria realmente obedecendo a ordem de persistir em abster-se de sangue? Atos 15: 29. A título de comparação, considere o caso de um homem a quem o médico dissesse que precisa abster-se de álcool. Estaria ele obedecendo a ordem, se deixasse de beber álcool, mas fizesse que este lhe fosse injetado diretamente nas veias? (Líder Testemunha de Jeová).

França, Batista & Brito⁴ apontam uma saída para esse dilema:

Os dilemas éticos que envolvem a assistência dos TJ podem ser resolvidos por meio de hemoterapias alternativas ou transferência dessas pessoas para uma CLH. Na impossibilidade desses procedimentos, instaura-se uma aparente colisão entre o direito fundamental à vida e o direito fundamental à liberdade de consciência e de crença que obrigará o profissional a decidir pela prevalência da dignidade da pessoa humana como limite e fundamento do exercício dos demais direitos.

No entanto, diante da impossibilidade de terapias alternativas e de iminente risco de vida, França, Batista & Brito⁴ concluem que: “[...] o ordenamento jurídico não atribui valor absoluto a liberdade religiosa, e na iminência de risco de vida, a intervenção médica, mesmo sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, não se constitui crime, razão porque, apesar dos riscos para os profissionais, não há história de condenação no país.”

Gráfico 9 - Os pais tem o direito de negarem a recomendação médica de realizar uma transfusão para uma criança com risco de vida.



² Comissões de Ligação Hospital – Órgão das Testemunhas de Jeová para auxiliar seus membros e os médicos nas questões relacionadas à transfusão de sangue.

Nessa questão, quase 70% dos líderes foram contra concederem o direito aos pais de negarem a transfusão de sangue para seus filhos por conta das suas convicções religiosas.

Sou contra, os pais não tem direito de intervir na vida do filho por razões religiosas ou qualquer que seja o motivo, isto é um absurdo, e acho que os pais deveriam ser punidos judicialmente por negligência quando estes casos ocorressem. I João 3:16. (Líder Batista).

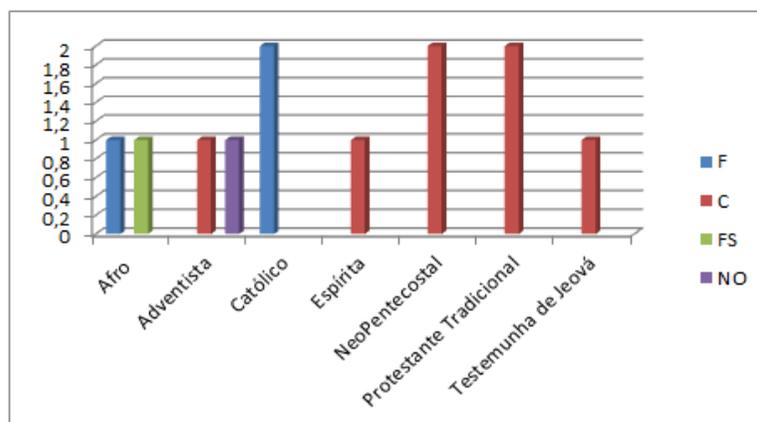
Nesse caso, os líderes católicos posicionaram-se a favor e um deles alegou a questão da autonomia do paciente: “*Sim, só os Testemunha de Jeová. Não se pode realizar nenhum procedimento sem permissão do paciente.*” (Líder Católico 2). O líder das TJ justificou seu posicionamento a favor com o argumento abaixo:

Todos nos temos consciência da proibição bíblica e buscaríamos outras alternativas para preservar a vida. O que é mais importante nesse momento é a obediência, um cristão não mataria, não roubaria, não praticaria fornicação para salvar sua vida, assim também é em relação a transfusão de sangue. (Líder Testemunha de Jeová).

Segundo Leone & Privitera¹ há uma marcante diferença entre o indivíduo crente que rejeita a intervenção médica para si mesmo em função de sua crença religiosa, caso em que o médico deve respeitar a livre escolha do paciente, e a situação de uma criança que precisa da transfusão de sangue e os pais ou responsáveis recusam a intervenção em função de suas crenças religiosas, caso em que o médico pode intervir para garantir o direito primário da saúde da criança.

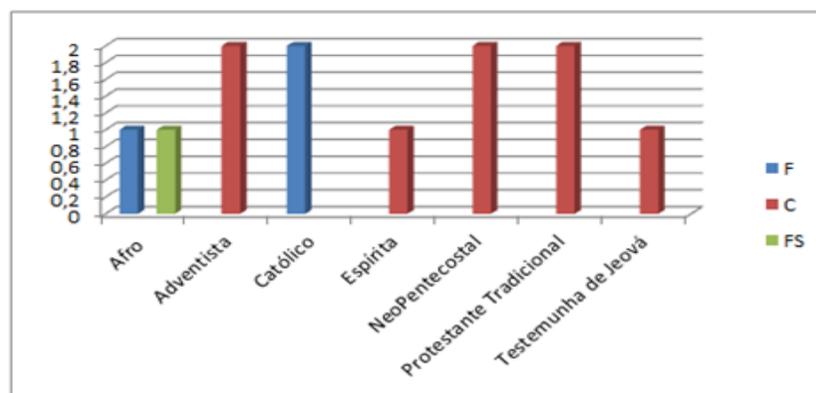
XENOTRANSPLANTE

Desde o seu início a prática de transplantar órgãos entre espécies diferentes tem estado ligado mesmo que indiretamente a questões religiosas, veja-se o caso de Stephanie Fae Beauclair (14 Outubro 1984 – 15 de Novembro, 1984) mas conhecida como Baby Fae. Ela foi a primeira criança a ser submetida ao procedimento do xenotransplante, recebendo o coração de um babuíno. O procedimento foi considerado a princípio um sucesso, mas Fae faleceu 21 dias depois devido à rejeição do transplante (incompatibilidade sanguínea entre doador e receptor). Uma informação não muito conhecida é que o médico que a operou Dr. Leonard L. Bailey é um adventista do sétimo dia e o local do procedimento foi o centro médico da universidade de Loma Linda na Califórnia, uma universidade adventista. Houve vários questionamentos sobre a ética médica envolvida nesse procedimento, entre eles: Bailey não procurou um coração humano para Fae; Há a questão de se os pais deveriam voluntariar suas crianças para procedimentos médicos inovadores. Sabe-se que a mãe de Fae não tinha seguro de saúde e portanto não podia pagar por um transplante de coração, e o xenotransplante foi oferecido gratuitamente. Quando o Dr. Bailey foi perguntado por que tinha escolhido um babuíno e não um primata (mais próximo aos humanos na escala evolutiva), ele respondeu que não acreditava na teoria da evolução (crença comum entre os adventistas do sétimo dia). A Associação Médica Americana criticou Bailey afirmando que o xenotransplante só deveria ser praticado como parte de um programa de pesquisa sistemático e com controles clínicos rígidos. No entanto, a favor de Bailey pode-se dizer que essa experiência possibilitou que um ano depois ele executasse o primeiro bem sucedido xenotransplante infantil.¹³¹⁴

Gráfico 10 - Xenotransplantar o coração de um macaco para uma pessoa

Fonte: Pesquisa de Campo

Quanto a transplantar um coração de um macaco para uma pessoa, quase 60% dos líderes religiosos foram contra, os únicos líderes a favor foram os católicos e os afros, mas não deram razões. O líder da Igreja Universal é a favor do transplante dentro da mesma espécie mas é contra o xenotransplante: “Se fosse um coração de humano para humano sim, pense você com um coração de um macaco como você reagiria?” O líder da Assembleia de Deus admite o xenotransplante de partes mas não de órgãos: “Entendo que é errado transplantar um coração, ou outro órgão, mas se for apenas uma parte de tecido vivo tudo bem.”

Gráfico 11 - Xenotransplantar o coração de um porco para uma pessoa

Fonte: Pesquisa de Campo

Aparentemente não existe razão para aceitar o xenotransplante de um órgão de uma espécie animal e rejeitar o de outra espécie animal, no entanto, em algumas perspectivas religiosas, existem classificações de animais limpos e imundos, sendo que o porco é considerado um animal imundo (impróprio para ser consumido como alimento) nas tradições islâmica, judaica e no adventismo do sétimo dia¹⁵. Ao se considerar que o porco é o animal que atualmente tem sido mais frequentemente requisitado para os xenotransplantes, torna-se importante tentar perceber a aceitação ou rejeição desse animal como fornecedor de órgãos.

Nesse quesito, quase 70% dos líderes se posicionaram contra, um líder adventista apresentou uma objeção de ordem biológica, na ausência de uma prescrição religiosa específica sobre esse tipo de intervenção: *“Não tem nada escrito sobre o xenotransplante na literatura adventista, sou contra, porque nós não temos noção das contaminações que podem ocasionar, e também tem o princípio de evitar o contato intracorporal com outra espécies.”* (Líder Adventista 1).

Enquanto que o líder batista apresenta uma objeção de ordem técnica, obviamente confundindo uma impossibilidade técnica (é tecnicamente impossível fazer) com uma prescrição moral (não se deve fazer): *“Bom sou contra, pois é impossível que tal ciência dê certo, creio que o homem só vai colocar o seu braço aonde ele pode alcançar, e esta ciência pragmaticamente é impossível dar certo. (Romanos 1:23).”*

Os líderes católicos e afros foram os únicos a concordarem com o emprego dessa técnica: *“Apesar de a pessoa deixar de ser 100% humana, sua alma é mais importante e é intocada.”* (Líder Católico 1). *“A favor, independente de qualquer animal. Se há possibilidade por que não?”* (Líder Católico 2).

A afirmação do líder católico pode ser transcrita da seguinte forma “apesar de ter seu corpo modificado, a personalidade que é a parte mais importante não é afetada pelo xenotransplante.” Essa preocupação demonstrada pelo líder católico de que a pessoa deixa de ser completamente humana é compartilhada por muitas pessoas, com a diferença que essas levantam a questão hipotética que a introdução de um órgão animal (ou mesmo artificial) pode de alguma forma vir a alterar a personalidade do receptor humano³. No caso dos adventistas do sétimo, normalmente abertos em relação aos avanços científicos médicos Sgreccia³ tenta responder a essa objeção com o seguinte argumento: Como os órgãos transplantados são geralmente órgãos executores (fígado, coração etc.), ou seja, funções que não caracterizam a essência da pessoa humana, esse questionamento não representa um grande problema.

Apesar dos líderes católicos entrevistados se declararem a favor dos xenotransplantes, Sgreccia³ cita um documento preparado pela Pontificia Accademia per La Vita (um órgão católico) sobre o risco da transmissão de agentes patogênicos de animais para o homem no caso de xenotransplantes

Foram identificados outros sessenta agentes infecciosos do porco, com a potencial capacidade de causar doenças no homem. Existe atualmente um processo de produção de uma linha limpa de animais doadores com estado de saúde certificado [...] no entanto, não se pode excluir que exista um vírus desconhecido no porco, que não provoca alguma doença no próprio animal, mas que poderia ser patógeno para o homem.

Isso revela que nem sempre as opiniões dos líderes religiosos coincidem com as opiniões expressas nos documentos oficiais da igreja que eles representam, no entanto, um maior grau de homogeneidade entre os líderes de uma mesma agremiação religiosa e com a doutrina conforme explicitada nos escritos da Igreja pode ser percebida entre os líderes católicos, talvez pela existência de uma autoridade centralizada que prescreve os artigos de crença.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o objetivo de concluir com uma visão mais clara das tendências gerais de aceitação ou resistência por parte dos líderes religiosos para com os avanços dos conhecimentos científicos nos temas da reprodução assistida, transfusão de sangue e xenotransplante, preparamos um quadro mostrando o número de vezes que os líderes se posicionaram a favor (F), a favor somente em um caso específico, ou seja, com ressalvas (FS), e contra a aplicação da técnica (C). Nessa análise deve-se levar em conta que: algumas denominações religiosas só tiveram um único representante entrevistado (Espírita e Testemunha de Jeová), o que acaba gerando um número menor quando comparado com as denominações com dois representantes. No entanto, mesmo assim é perceptível a tendência geral das escolhas, o destaque na cor verde representando uma tendência à aprovação a técnica e o destaque vermelho indicando não aceitação.

Quadro 2 - Áreas de Concordância/Discordância – Líderes X Intervenções Médicas

Líderes	Reprodução Assistida			Transfusão de Sangue			Xenotransplante		
	F	FS	C	F	FS	C	F	FS	C
Afro	6	2	4	4		1	2	2	
Adventista	3	1	8	4					3
Assembleia de Deus	1	1	4	2					2
Católico			10	4			4		
Espírita	2	2	1	2					2
Igreja Universal	1	1	4	2					2
Igreja Mundial	3		3	2					2
Testemunha Jeová		1	5			2			1

Fonte: Pesquisa de Campo

Pode-se observar que na área das técnicas de reprodução assistida a grande maioria dos líderes se posiciona contra esse tipo de intervenção, com os católicos se destacando na sua não concordância radical, enquanto outros líderes aceitam alguns tipos de intervenção específica. Os líderes afros se destacam como aqueles que mais se posicionaram a favor, seguidos de perto pelos líderes espíritas. Ou seja, nas questões relacionadas à reprodução, ao se considerar católicos e protestantes, os católicos tendem a serem mais conservadores que os protestantes, no entanto, tanto estes como aqueles tendem a terem posições mais conservadoras do que os líderes das religiões afro e espírita.

Quanto à questão da transfusão de sangue, como já se esperava, a grande maioria dos líderes religiosos se posicionou a favor e somente as testemunhas de Jeová se colocaram radicalmente contra esse tipo de intervenção médica, indicando que a interpretação bíblica que faz corresponder o não comer sangue a uma proibição de recebê-lo em transfusão, não é compartilhada pelos outros grupos religiosos, tornando-se assim um traço doutrinário muito peculiar das testemunhas de Jeová. Isso indica a necessidade de a comunidade médica conhecer para estar mais bem preparada para lidar com o dilema entre cuidar da saúde física do paciente enquanto respeita a suas convicções religiosas.

Na área do xenotransplante, a grande maioria dos líderes se posicionou contra, no entanto, percebe-se que os líderes católicos são radicalmente a favor, seguidos de perto pelos líderes afros. O que nos faz concluir que não existe uma opção radical religiosa que se opõe à ciência, o que se percebe é

que cada religião encontra temas específicos dentro do rol de técnicas e conhecimentos científicos que confrontam com suas doutrinas específicas.

No caso católico, fica evidente que a questão da sacralidade da vida conforme interpretada pelo magistério da Igreja conduz a uma radical oposição às práticas da ciência no sentido de uma manipulação do embrião humano. No entanto, uma posição mais aberta da liderança católica pode ser encontrada em outros temas da bioética como é o caso do xenotransplante. No caso das Testemunhas de Jeová a questão da sacralidade do sangue e sua interpretação bastante peculiar que iguala a proibição bíblica de comer sangue à utilização da técnica da transfusão, os conduz a uma obediência mesmo em face do risco de morte, no entanto, não detectamos esse mesmo posicionamento radical nos outros líderes religiosos.

No caso dos adventistas do sétimo, normalmente abertos em relação aos avanços científicos médicos nas ciências da saúde¹⁷ (tendo realizado o primeiro xenotransplante em sua instituição médica) apresentam resistência em relação a alguns conceitos científicos na área biológica (teoria da evolução) e também a outras áreas da ciência que contrariam suas crenças criacionistas (geologia, paleontologia, biologia evolucionista etc.). No caso das outras denominações protestantes (Igreja Universal, Mundial, Assembleia e Batista), percebemos que os líderes locais tem um grande poder de influenciar comportamentos de acordo com suas interpretações pessoais do texto bíblico, ou seja, a aceitação ou negação dos procedimentos médicos vai depender muito da postura do líder, do seu nível educacional, de sua perspectiva mais aberta ou mais fechada diante dos avanços da ciência. Quanto aos afros e espíritas não conseguimos detectar nenhum padrão mais evidente que guiou suas escolhas em relação às questões da bioética.

5 REFERÊNCIAS

1. Leone, Salvino & Privitera, Salvatore (edd.). *Nuovo Dizionario di Bioetica*. Roma: Città Nuova Editrice, 2004.
2. Fornero, Giovanni . *Bioetica cattolica e bioética laica*. Milano: Bruno Mondadori Editori, 2005.
3. Sgreccia, Elio. *Manuale di Bioetica – Volume I – Fondamenti ed etica biomédica*. 4.ed. Milano: Vita e Pensiero, 2007.
4. Franca, Inacia Sátiro Xavier de; Baptista, Rosilene Santos; Brito, Virgínia Rosana de Sousa. Dilemas éticos na hemotransusão em Testemunhas de Jeová: uma análise jurídico-bioética. *Acta paul. Enferm., São Paulo* , v. 21, n. 3, 2008 .
5. Mori, Mauricio. *Manuale di Bioetica: verso una civiltá biomédica secolarizzata*. Firenze: Casa Editrice Le Lettere, 2010.
6. Fornero, Giovanni & Mori, Maurizio. *Laici e cattolici in bioetica: storia e teoria de un confronto*. Firenze: Casa Editrice Le Lettere, 2012.
7. Lecaldano, Eugenio. *Bioetica Le scelte morali*. Roma-Bari: Laterza & Figli Spa, 2005.
8. Potter, Van Rensselaer. *Bioethics: Bridge to the future*. Englewood Cliffs, N. J. Prentice-Hall, 1971.
9. Reich, W. T. (ed.). *Encyclopedia of Bioethics*. Macmillan, New York: Simon & Schuster, 1995.
10. Baiardi, Amilcar; Mendes, Fabihana Souza; Rodrigues, Wellington Gil. *Cosmopolitismo Científico e Culturas Locais: percepções dos avanços da ciência por lideranças religiosas no recôncavo baiano*. *CADERNO CRH, Salvador* , v . 26, n. 69, p. 433-448, Set./Dez. 2013.
11. Agostino, F.D. *Bioetica*. Torino: Giappichelli, 1998.
12. Rodrigues, Wellington Gil; Baiardi, Amilcar. *Abordagens historiográficas aplicadas ao estudo das relações entre ciência e religião: tese do conflito, tese Yates e tese da complexidade*. *Hermeneutica*, v . 13, p. 59-67, 2013.
13. *The Legacy of Baby Fae*. Disponível em: <http://www.llu.edu/news/babyfae/index.page?> Acessado em: 14.02.14.
14. Bailey, Leonard; Nehlsen-Cannarella SL; Concepcion W; Jolley WB. (December 1985). “Baboon-to-human cardiac xenotransplantation in a neonate.”. *The Journal of the American Medical Association*. 3321-9. 254 (23): 3321–9.doi:10.1001/jama.1985.03360230053022. PMID 2933538.
15. Gaarder, Jostein; Hellern, Victor; Notaker Henry. *O livro das religiões*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
16. *Por que as Testemunhas de Jeová não aceitam transfusão de sangue?* Disponível em: <http://www.jw.org/pt/testemunhas-de-jeova/perguntas-frequentes/por-que-testemunhas-jeova-nao-transfusao-sangue/> Acessado em: 05.02.14.
17. Schünemann, Haller Elinar Stach. *Interfaces entre Religião e Ciência no Discurso de Saúde no Adventismo*. Disponível em: <http://www.abhr.org.br/wp-content/uploads/2008/12/schunemannn-haller.pdf>. Acessado em: 02.02.14.

PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO DE QUEDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DO MUNICÍPIO DE CACHOEIRA

KARINA GRACE FERREIRA DE OLIVEIRA^{1#}, LILIAN ANABEL BECERRA¹, AMANDA SILVA SANTOS¹,
LARISSA CONCEIÇÃO DIAS¹, TIAGO DA SILVA LOPES¹, EVANILDA S. DE SANTANA CARVALHO²

¹ Faculdade Adventista da Bahia – FADBA, Brasil

² Universidade Federal da Bahia- UFBA, Brasil

Autor Correspondente: [karina.gr1@hotmail.com]

Recebido em 22/setembro/2014

Aprovado em 10/outubro/2014

Sistema de Avaliação: *Double Blind Review*

RESUMO

O Brasil possui cerca de 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais e no ano de 2025 será o sexto país do mundo com maior número de idosos. As quedas seguidas de fraturas são responsáveis por 70% da morte de idosos. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo que teve como objetivo avaliar a prevalência de fatores de risco de quedas em idosos institucionalizados, através da escala de Tinetti, para verificar a tendência à falta de equilíbrio e dificuldade na marcha, e da categorização dos medicamentos usados pelos idosos e tempo de institucionalização. Este estudo aconteceu na Casa Velhos de Cachoeira, Bahia, onde somente 17 residentes preencheram os critérios de inclusão, sendo 14 mulheres e 3 homens com idades entre 67-93 anos, com uma média de 81,82 anos de idade. Estes sujeitos responderam a ficha de avaliação e realizaram o teste de Tinetti. Dos sujeitos que participaram da pesquisa, 88,2% apresentaram risco de queda, sendo que 64,7% dos idosos tiveram alto risco de queda. Quanto ao tempo de institucionalização, 35,29% vivem na instituição há 3 anos ou menos. 70,58% fazem uso de medicamentos considerados fatores de risco. Os dados resultantes desta pesquisa se assemelham a outros apresentados pela literatura científica sobre o tema e comprovam a necessidade de um planejamento quanto à prevenção e reabilitação de equilíbrio e marcha destes idosos, procurando manter e melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso institucionalizado. Risco de queda. Uso de medicamentos. Escala de Tinetti.

ABSTRACT

Brazil has about 15 million people aged 60 or more and the year 2025 will be the sixth country in the world with the highest number of elderly. Falls leading to fractures account for 70% of deaths of elderly. This is a cross-sectional, descriptive study aimed to assess the prevalence of risk of falls in elderly institutionalized by Tinetti scale factors to verify the tendency to poor balance and difficulty in walking, and categorization of the drugs used by the elderly and length of institutionalization. This study took place in the House of Elders Cachoeira, Bahia, where only 17 residents met the inclusion criteria, 14 women and 3 men aged 67-93 years with an average of 81.82 years old. These subjects completed evaluation form and performed the Tinetti test. 88.2% of the subjects, who participated in the survey, were at risk of falling, and 64.7% had high risk of falling. Regarding the time of institutionalization, 35.29% live in the institution for three years or less. 70.58% used drugs considered risk factors. The data resulting from this study are similar to others presented in the scientific literature on the subject and show the need for a plan for the prevention and rehabilitation of balance and gait of these seniors, seeking to maintain and improve quality of life.

KEYWORDS: Elderly institutionalized. Risk of falls. Use of medications. Scale of Tinetti.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que em 2025 existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Nesse contexto, o segmento populacional que mais cresce é o de pessoas com 80 anos ou mais. No Brasil, a previsão é de que, em 2020, serão 30,8 milhões de idosos, ou seja, 14,2% da população brasileira, o que fará do Brasil o sexto país do mundo com maior número de idosos¹.

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo em que ocorrem alterações bioquímicas, morfológicas e funcionais que alteram o organismo progressivamente, tornando-o suscetível a agressões intrínsecas e extrínsecas que podem levar à morte². A queda é um dos problemas mais importantes e comuns relatados entre os idosos e aumenta progressivamente com o avanço da idade em ambos os sexos. Esta é considerada a segunda causa de morte por lesões acidentais e não acidentais^{3,4}.

Os fatores extrínsecos são os perigos ambientais (pisos escorregadios, má iluminação, mobília instável, etc.), calçados inadequados e os comportamentos de risco. Já os fatores intrínsecos são: imobilidade e incapacidade funcional para realizar as atividades diárias, diminuição da força muscular dos membros inferiores, distúrbios da marcha, déficit de equilíbrio, queixas de tontura, uso de medicações psicotrópicas, déficits cognitivos, visual e/ou auditivo, hipotensão postural e doenças crônicas^{5,6}.

O equilíbrio do corpo depende da recepção adequada de informações através de componentes sensoriais, cognitivos, do sistema nervoso central e musculoesquelético de forma integrada. O efeito cumulativo de alterações relacionadas à idade, doenças e meio-ambiente inadequado parece predispor à instabilidade e, conseqüentemente, à queda⁷.

Certamente os fatores em questão não se manifestam isoladamente entre si. De maneira que a capacidade de manter o equilíbrio, por exemplo, mantém relação de dependência quanto ao processo de envelhecimento. Assim, é típico que a perturbação do equilíbrio corporal, aliada à atitude de limitação dos movimentos, pode comprometer o desempenho de atividades diárias, escolares, profissionais e sociais. Além disso, é comum acontecerem multimorbidades e reincidência das quedas entre os idosos, causando incapacidades parciais ou dependência com diminuição da qualidade de vida^{7,8}.

As quedas acontecem como consequência da perda total do equilíbrio postural, podendo estar relacionadas à influência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares envolvidos na manutenção da postura, sendo as consequências mais perigosas da perda de equilíbrio e da dificuldade de locomoção, seguidas de fraturas, sendo responsáveis por 70% da morte de idosos com mais de 75 anos^{9,10}.

Portanto, esta pesquisa teve como objetivo estudar a prevalência de fatores de risco de queda em idosos institucionalizados na Casa dos Velhos da cidade de Cachoeira, definidos pelo equilíbrio, a marcha e o uso de medicação. Os dados encontrados pretendem dar visibilidade a um problema a ser enfrentado na rede assistencial ao idoso e subsidiar o planejamento de medidas preventivas a serem implantadas nas instituições de apoio e cuidado a essa parcela da população, em especial às situadas no Recôncavo Baiano.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo, com observação, registro e correlação de fatos sem manipulação dos mesmos. O local da pesquisa foi a Casa dos Velhos de Cachoeira, localizada na Rua Benjamin Constant nº 2, na cidade de Cachoeira – BA. No momento da pesquisa, única instituição de longa permanência do município.

A casa dos Velhos de Cachoeira foi fundada em 1966, caracteriza-se como uma instituição filantrópica. Possui uma equipe total de 14 servidores, sendo dois deles técnicos em enfermagem e oferece visita semanal de um geriatra. Grupos de voluntários realizam atividades com objetivo de socialização e desenvolvimento físico, como: dança, canto e brincadeiras. As intervenções são quinzenais.

Os sujeitos do estudo foram os idosos internos desta instituição, que foram selecionados segundo os critérios de inclusão: idade maior que 65 anos, ter mobilidade mínima para realizar os testes da escala de equilíbrio e marcha de Tinetti. Critérios de exclusão: estar acamados, ter problemas visuais e apresentar déficit mental. Todos os idosos deram seu consentimento para participar da pesquisa, sendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo responsável dos idosos, termo aprovado pelo comitê de ética desta instituição, (CAAE: 0047.0.070.000-08).

Os instrumentos de avaliação foram: uma ficha com perguntas básicas de exame, tais como: idade, tempo de permanência na instituição, queixa de dor e medicamentos em uso; bem como a Escala de avaliação do equilíbrio e da marcha de Tinetti, que é um protocolo de Mary Tinetti proposto em 1986 e adaptado para ser usado no Brasil em 2003, recebendo o nome de POMA-Brasil. Ele é capaz de avaliar as condições vestibulares e de marcha da pessoa idosa. A resposta à tarefa proposta pode ser classificada como: normal, adaptativa ou anormal, segundo descrição que consta no próprio instrumento. É composto de 16 questões que geram um escore avaliado da seguinte forma: quanto menor a pontuação, maior o comprometimento ou limitação (pontuação menor que 19 indica 5 vezes maior risco de quedas); quanto mais alta a pontuação, melhor o desempenho relativo ao equilíbrio e à marcha e, conseqüentemente, menor o risco de queda.

Os dias das avaliações foram agendados com a profissional responsável pela instituição, de modo que os dias e horários pudessem ser escolhidos de acordo com a conveniência dos sujeitos. Os idosos foram avaliados em locais variados dentro da instituição, mais frequentemente nos quartos e áreas externas.

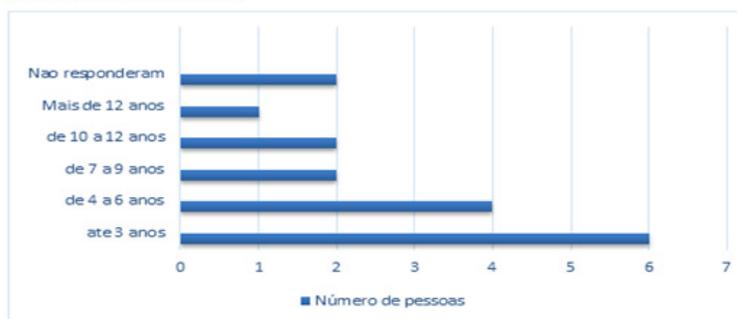
A coleta de dados foi realizada nos meses de abril e maio de 2009, pelas pesquisadoras e por três auxiliares de pesquisa (acadêmicos do quinto período do curso de graduação em Fisioterapia da Faculdade Adventista da Bahia). Os auxiliares de pesquisa foram submetidos a um treinamento e procederam a coleta de dados acompanhados pelas pesquisadoras.

3 RESULTADOS

O número total de sujeitos que puderam ser submetidos aos instrumentos da pesquisa foi 17. Sendo 14 mulheres e 3 homens, com idades entre 67-93 anos, com uma média de 81,82 anos de idade.

Quanto ao tempo de institucionalização, 35,2% (06) dos idosos estavam na instituição há três anos ou menos; 23,5% (04) há quatro anos; 11,7% (02) entre 7 a 9 anos, 11,7% (02) entre 10 a 12 anos, e 5,8% (01) mais de 12 anos, e ainda alguns não responderam a esta pergunta. (Gráfico 1).

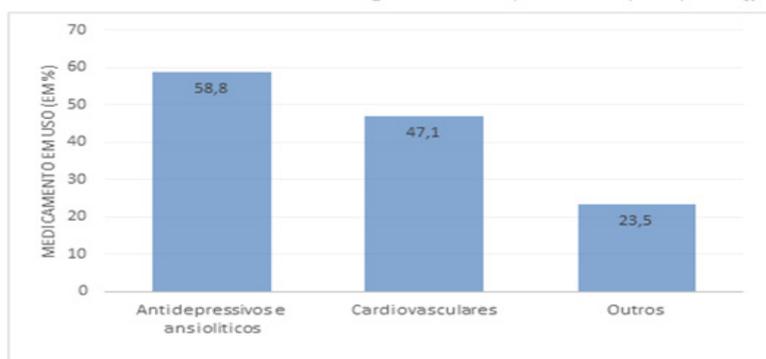
Gráfico 1. Tempo de permanência dos idosos na instituição em anos. (Cachoeira, BA, 2009)



Os problemas de saúde mais prevalentes, dentre os apresentados pelos sujeitos da pesquisa, foram: hipertensão em 47,05%, diabetes 17,64% e doenças cardíacas 11,76%.

O uso de medicação regular deu-se em 70,58% (12) dos sujeitos que se submeteram à escala de Tinneti. Quanto à sobreposição, 47,05% (8) destes usava mais de um tipo de medicação, ou seja, medicação para mais de um tipo de problema de saúde. A categoria de medicação mais consumida era a dos ansiolíticos e antidepressivos, representando 58,82% (10) dos sujeitos estudados; em seguida, os cardiovasculares com 47,05% (8). Houve ainda outros tipos de fármacos utilizados, que totalizaram 23,5% (4), segundo o Gráfico 2.

Gráfico 2. Medicamentos em uso pelos idosos (Cachoeira, BA, 2009)



Dos indivíduos pesquisados, 88,23% declararam ter sofrido pelo menos uma queda durante o tempo de institucionalização; destes 47,05% faziam uso de mais de um fármaco. No que diz respeito às manobras avaliativas propostas pelo instrumento (escala de Tinneti), foi possível verificar algumas alterações que merecem destaque por relacionar-se com a funcionalidade dos sujeitos em questão. (Tabela 1). Quanto à ação “levantar da cadeira”, mais da metade dos avaliados apresentou desempenho adaptativo, ou seja, necessitou apoiar os braços para levantar. Pouco mais da metade, 52,9%, não foram capazes de

levantar na primeira tentativa. Quanto à ação “girando 360°”, 29,4% não foram capazes de realizar a manobra. (Tabela 1).

Tabela 1 Desempenho dos idosos institucionalizados nas manobras de avaliação do equilíbrio de Tinetti. Cachoeira. (BA), 2009.

Manobras	Categorias						Total	
	Normal		Adaptativa		Anormal		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Levantar	5	29.4	9	52.9	3	17.6	17	100
Tentativa para levantar	8	47.1	6	35.3	3	17.6	17	100
Girando 360°	8	47.1	4	23.5	5	29.4	17	100

As manobras relacionadas à avaliação da marcha são apresentadas na Tabela 2. O destaque é feito para a “distância dos tornozelos”, na qual 58,8% dos idosos apresentaram medidas fora do padrão de normalidade. Ainda destaca-se que 23,5% tiveram dificuldade para iniciar a marcha.

Tabela 2. Desempenho dos idosos institucionalizados nas manobras de avaliação da marcha de Tinetti. Cachoeira Bahia, 2009.

Manobras	Categorias				Total	
	Normal		Anormal		N°	%
	N°	%	N°	%		
Início da marcha	13	76.5	4	23.5	17	100
Equilíbrio de tronco	14	82.4	3	17.6	17	100
Distância dos tomozelos	7	41.2	10	58.8	17	100

Ao ser calculado o escore final da Escala, não foi encontrada diferença importante entre os resultados das duas partes do instrumento: equilíbrio e marcha. E quanto aos resultados da Escala como um todo, dos idosos que participaram da avaliação neste estudo, 88,2% apresentaram risco de queda, sendo que 64,7% desses foram classificados como de alto risco de queda.

4 DISCUSSÃO

O presente estudo verificou um cenário de alta prevalência de fatores de risco de quedas dentre os idosos institucionalizados estudados, em função dos seguintes dados: uso de medicação regular na maioria dos casos (88,23%), uso concomitante de mais de um fármaco (47,05%), necessidade de utilização dos braços como apoio para levantar (52,9%), incapacidade de levantar na primeira tentativa (52,9%), dificuldade para iniciar a marcha (23,5%), distância anormal dos tornozelos durante a marcha (58,8%) e no escore geral da escala de Tinetti 88,2% apresentaram risco de queda.

O problema de saúde mais prevalente dentre os apresentados pelos sujeitos da pesquisa foi: hipertensão em 47,05%, um índice abaixo do indicado pelo Ministério da Saúde [20] que estima que 65% dos idosos brasileiros são hipertensos, a diferença pode dever-se ao fato de a população estudada ser pequena.

O uso de medicação regular deu-se em 70,58% dos sujeitos que se submeteram à escala de Tinetti. Quanto à sobreposição, 47,05% (8) destes usava mais de um tipo de medicação, ou seja, medicação

para mais de um tipo de problema de saúde. A categoria de medicação mais consumida era a dos ansiolíticos e antidepressivos, representando 58,82% dos sujeitos estudados; em seguida, os cardiovasculares com 47,05%.

O uso frequente de fármacos como ansiolíticos e antidepressivos tem como efeitos redução de reflexos, queda dos níveis de pressão, sonolência, diminuição de atenção, que podem culminar em maior déficit motor, de marcha e equilíbrio. O uso concomitante de vários medicamentos predis põe o idoso aos riscos de seus efeitos aditivos. Por isso, o uso de medicamentos tem sido vastamente estudado como um dos fatores de risco para quedas^{11,9}.

Estudos¹² realizados comprovam uma associação significativa ($p < 0,0001$) entre uso de psicotr ópicos e aumento de risco de fraturas em mulheres, sendo o peso corporal a única variável de confusão. Pesquisadores¹³ avaliaram a etiologia dos fatores de risco de desenvolver hipotensão. A hipotensão ortostática refere-se a uma diminuição na pressão sanguínea sistólica ao modificar a posição de supino a ereto. Baseado no critério clínico, é caracterizado por uma diminuição da pressão sistólica de 20 mmHg e da pressão diastólica em 10 mmHg nos primeiros três minutos na posição ereta. Mais prevalente entre os idosos, acarreta diversos problemas, dentre eles: problemas na marcha, quedas e dificuldades cardiocirculatórias. Os medicamentos usados em tratamentos para hipertensão, isquemia miocárdica, psicose e esquizofrenia, entre outros, têm uma influência direta sobre a hipotensão, podendo provocar quedas, o que confirma o risco dos sujeitos estudados nesta pesquisa.

Com respeito à ação “levantar da cadeira”, estudos¹¹ apresentam dados semelhantes aos resultados encontrados nesse estudo, sendo os mesmos descritos na Tabela 1.

As alterações nas manobras de equilíbrio e marcha denotam limitações funcionais para os sujeitos pesquisados, tais como: subir e descer escadas (a instituição onde residem apresenta em sua arquitetura, diversas escadas), sentar e levantar de sua cama e do vaso sanitário, dentre outros. Segundo um estudioso⁵ quando há algum distúrbio clínico ou funcional, aumentam as chances de haver quedas. Por isso a identificação precoce do declínio funcional é essencial para se prevenir este evento. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde do Idoso, aprovada em 1999, destaca a capacidade funcional e a relevância das ações que tenham como objetivo: melhorar, manter e recuperar a funcionalidade¹⁴.

Quando comparado com outros países americanos, os coeficientes de mortalidade por causas externas apresentados pelo Brasil, mostram que essas taxas são consideradas das mais altas (122,3/100.000). No nosso país, cerca de 29% dos idosos caem ao menos uma vez ao ano e 13% caem de forma recorrente^{10,15}. A prevalência de quedas foi estudada na cidade de Rio Grande, RS, com 243 idosos residentes em instituições de longa permanência, observando-se um total de 32,5%, sendo que o maior número de quedas na rua (30,9%), no quarto (25%) e no banheiro (17,6%) Entre os que sofreram quedas, as partes do corpo mais atingidas foram membros inferiores (32%), cabeça (26,7%), tronco (16%)¹⁶.

Destaca-se ainda a maior prevalência de mulheres neste estudo, sendo que as mesmas têm maior probabilidade de queda, como demonstrado em estudo envolvendo 41 municípios de sete estados do Brasil⁹.

Essas informações nos permitem verificar a necessidade de “promoção do envelhecimento saudável e manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível”¹⁴.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo verificou que os idosos da Casa dos Velhos de Cachoeira possuem alta prevalência de fatores de risco de quedas, em função dos seguintes dados: uso de medicação regular na maioria dos casos, uso concomitante de mais de um fármaco, utilização dos braços como apoio para levantar, incapacidade de levantar na primeira tentativa, dificuldade para iniciar a marcha, distância anormal dos tornozelos durante a marcha e no escore geral da escala de Tinetti apresentaram alta porcentagem de risco de queda. Dados estes que ressaltam a necessidade de políticas de atenção ao idoso que contemplem prevenção e reabilitação de equilíbrio e marcha, procurando reduzir risco de queda, bem como manter e melhorar sua qualidade de vida.

6 REFERÊNCIAS

1. Ferreira DCO, Yoshitmoie AY. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2010; 63(6): 991-7.
2. Maia BC, Viana PS, Arantes PMM, Alencar MA. Consequências das Quedas em Idosos Vivendo na Comunidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2011; 14(2):381-393.
3. Beck AP, Antes DL, Meurer ST, Benedetti TRB, Lopes MA. Fatores associados às quedas entre idosos praticantes de atividades físicas. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(2): 280-6.
4. Álvares LM, Lima RC, Silva RA. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(1):31-40.
5. Lobo AJS. Relação entre aptidão física, atividade física e estabilidade postural. *Revista de Enfermagem Referência*. 2012; 3(7): 123-30.
6. Bento PCB, Rodacki ALF, Homann D, Leite N. Exercícios físicos e redução de quedas em idosos: uma revisão sistemática. *Rev. bras. cineantropom. desempenho hum*. 2010;12(6).
7. Ribeiro, A. P, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(4):1265-73.
8. Gai J, Gomes L, Nóbrega OT, Rodrigues MP. Fatores associados a quedas em mulheres idosas residentes na comunidade. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(3): 327-32.
9. Biazus M, Balbinot N, Wilbelinger LM. Avaliação do risco de quedas em idosos. *RBCEH* 2010; 7(1): 34-41.

10. Ferreira DCO, Yoshitome AY. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(6): 991-7.
11. Menezes RL, Bachion MM. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Cienc Saude Coletiva.* 2008; 13(4):1209-18.
12. Vitry AI, Hoil AP, Gilbert AL, Estermann A, Luszcz MA. The risk of falls and fractures associated with persistent use of psychotropic medications in elderly people. *Arch Gerontol Geriatr.* 2010; 50(3).
13. Mosnaim AD, Abiola R, Wolf ME, Perlmutter LC, Abiola R. Etiology and Risk Factors for Developing Orthostatic Hypotension. *Am. J. Ther.* 2009; 17(1):86-91.
14. Brasil. Política de saúde do idoso. Portaria n.º 1.395/GM. 1999.
15. Maciel SSSV, Maciel WV, Teotônio PM, Barbosa GG, Lima VGC, Oliveira TS, Silva ETC. Perfil epidemiológico das quedas em idosos residentes em capitais brasileiras utilizando o Sistema de Informações sobre Mortalidade. *Revista da AMRIGS.* 2010; 54 (1): 25-31.
16. Álvares LM, Lima LC, Silva RA. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26(1):31-40.
17. Allan LM, et al. Incidence and prediction of falls in dementia: a prospective study in older people. *Public Library of Science.* 2009; 4(5): 5521.
18. Brasil. Portaria no. 2.528 de 19 de Outubro de 2006.
19. Ricci NA, Gonçalves DFF, Coimbra IB, Coimbra AMV. Fatores Associados ao Histórico de Quedas de Idosos Assistidos pelo Programa de Saúde da Família. *Saúde Soc.* 2010;19 (4): 898-909.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília; 2006.
21. Gillespie LD, et al. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; 15(2).

PERDAS FÍSICAS E EMOCIONAIS DE PACIENTES RENAI CRÔNICOS DURANTE O TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

ALINE RODRIGUES DA SILVA¹, RAQUEL DOS ANJOS TEIXEIRA¹, MARIA CRISTINA, VIANNA GOULART¹, MARIANA BARRETO^{2#}

¹ Faculdade Santíssimo Sacramento, Brasil

² Faculdade Adventista da Bahia – FADBA, Brasil

Autor Correspondente: [maribarreto@gmail.com]

Recebido em 27/julho/2014

Aprovado em 19/agosto/2014

Sistema de Avaliação: *Double Blind Review*

RESUMO

A insuficiência renal crônica é considerada um grande problema no campo da saúde pública. Profissionais e instituições da área têm direcionado uma ampla atenção para esse, problema em busca de possíveis maneiras para tratar a doença. Pesquisas foram publicadas nos últimos sete anos e mostraram aumento significativo no número de pacientes renais crônicos no Brasil, constatando que tais sujeitos demonstram evidentes limitações e fragilidade, e que a doença acarreta perdas significativas que interferem no bem estar biopsicossocial. O presente trabalho tem como objetivo analisar as perdas físicas e emocionais de pacientes adultos durante o tratamento hemodialítico, compreender o significado dessas perdas e identificar os sentimentos vivenciados em razão da doença renal crônica. Para isso, foi realizada uma metassíntese qualitativa. Foi realizada uma pesquisa a partir dos seguintes bancos de dados: Scielo, Pepsic, Portal da CAPEs e domínio público nos anos entre 2007 a 2013. Foram utilizados os seguintes descritores: pacientes renais crônicos, perdas, hemodiálise e insuficiência renal. Como critérios de inclusão, foram utilizados artigos que retratassem a temática referente à doença renal crônica, fixando-se na hemodiálise em adultos como tratamento específico, abordando as perdas físicas e emocionais. Para a análise dos dados, foram encontrados 12 artigos e uma dissertação. Os resultados indicaram as perdas físicas e emocionais dos pacientes, bem como o auxílio da psicanálise na adesão ao tratamento em pacientes com hemodiálise. Conclui-se a necessidade de realização de pesquisas empíricas sobre o tema e a necessidade de inserção da psicanálise para o auxílio da adesão ao tratamento de pacientes renais crônicos.

PALAVRAS-CHAVE: Hemodiálise. Doença renal. Psicanálise.

ABSTRACT

Chronic Kidney Failure (CKD) is considered a major problem in the public health field. Professionals and institutions in the field of health care have directed their attention to the issue, looking for possible ways to treat this disease. Studies published over the last seven years demonstrate a significant increase in the number of CKD patients throughout Brazil, noting that subjects showed obvious signs of limitation and fragility that resulted in significant losses that affect both their physical and psychological well-being. This study aims to analyze the physical and emotional losses of adult patients who undergo hemodialysis in order to understand the meaning of these losses and to identify the feelings experienced because of chronic kidney disease. For this study, a qualitative meta-synthesis was performed utilizing surveys from the following databases: Scielo, Pepsic, Portal Capes and Domínio Público between the years 2007 to 2013. The key words utilized were: chronic renal failure patients, losses, hemodialysis and kidney failure. The criteria for inclusion were articles which reflected the theme referring to chronic kidney disease, settling in hemodialysis of adults and specific treatment addressing the physical and emotional losses. As a result, it was possible to identify the physical and emotional loss of patients and how the adherence to psychoanalysis can assist in the treatment of patients who undergo hemodialysis. It supports the need for future research for the clinical role of psychoanalysis as a coping strategy to assist patients who suffer from chronic kidney problems

KEYWORDS: Hemodialysis. Kidney disease. Psychoanalysis.

1 INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica tem sido considerada um grande problema no campo da saúde pública; profissionais e instituições da área têm direcionado uma ampla atenção para esse problema, uma vez que há aumento significativo no número de paciente com essa doença. Nos censos realizados pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN¹, 2013), o número de pacientes com doença renal crônica em 2009 era de aproximadamente 78 mil, ocorrendo um considerável aumento no decorrer dos anos, tendo, em 2012, aproximadamente 92 mil pacientes em tratamento, o que representa 0,05% da população.

A doença renal crônica é uma enfermidade com características de irreversibilidade e progressão na diminuição funcional dos rins, comprometendo o sistema celular e metabólico dos órgãos do corpo. Ela causa diversas alterações no organismo, tais como a falta de eliminação de resíduos tóxicos excedentes do organismo, a não regulação da produção de glóbulos brancos e na formação de ossos, a irregularidade na pressão arterial e do controle do equilíbrio químico e líquido do organismo e a perda da função renal.

A insuficiência renal crônica consiste no estado final da função dos rins, os quais são acometidos por doenças que se caracterizam por processos lesionais progressivos rápidos ou lentos, como hipertensão arterial, diabetes, infecção urinária, cálculos renais, lúpus, gota e as doenças próprias do rim (Freitas e Cosmo² 2010, Magalhães et al.³ 2008, Sá⁴ 2008, Resende et al.⁵ 2007, Caiuby e Karam⁶ 2010).

O tratamento para a insuficiência renal crônica mais utilizado no Brasil é a hemodiálise tratamento que se propõe a filtrar o sangue com excesso de ureia, fazendo o trabalho que o rim do paciente desempenharia. Ele é realizado como uma substituição, em busca da possibilidade de maior sobrevida aos pacientes, ocorrendo em sessões de quatro horas, três vezes por semana, visando eliminar as toxinas do organismo do paciente (Magalhães et al.³ 2008, Camargo et al.⁷ 2010).

Ao longo desses últimos anos, a doença renal crônica tem acometido grande parte da população. Segundo os dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), há atualmente cerca de 92 mil pacientes em diálise no Brasil. Esse número cresceu 115% nos últimos 10 anos, devendo aumentar em uma proporção de 500 casos por milhões de habitantes a cada ano (Censo SBN⁸, 2012), o que cria um gasto em diálise e transplante renal no Brasil de aproximadamente 1,4 bilhões de reais ao ano (SBN¹, 2013).

A doença renal crônica atua de forma degradante nas vivências do sujeito, estabelecendo perdas significativas e uma reestruturação na vida do mesmo, integrando-o a uma realidade ambivalente sobre a vida e o adoecer. Os significados das perdas físicas e emocionais ocorrem durante todo o tratamento, de modo que o processo de adoecimento torna-se uma ruptura da estruturação psicossocial do sujeito, em que as perdas físicas e sociais são singulares a cada indivíduo que vivencia o adoecer (Fayer⁹ 2010, Sá⁴ 2008).

Ao analisar o conceito de saúde funcional, que é o estado de funcionalidade e de bem-estar individual e das coletividades, em todos os ciclos de vida, no desempenho das atividades e na participação social, promovendo qualidade de vida e autonomia para o pleno exercício da cidadania, segundo a Política Nacional de Saúde Funcional (PNSF¹⁰ 2011), as doenças renais crônicas e os pacientes dependentes de tratamento hemodialítico demonstram evidentes limitações e fragilidades. Elas acarretam perdas

significativas, que interferem no bem estar biopsicossocial dos pacientes, como constatam os estudos de Caiuby e Karam⁶ (2010), Fayer⁹ (2010) e Sá⁴ (2008), na área de Psicologia, embasados na teoria psicanalítica.

Dessa forma, é importante realizar estudos com o objetivo de entender as perdas físicas e psíquicas vivenciadas pelo indivíduo que apresenta doença renal crônica. Para isso, a presente pesquisa teve como o objetivo entender o seguinte problema: como a literatura aborda as perdas físicas e emocionais de pacientes em tratamento hemodialítico? Com o objetivo de analisar as perdas físicas e emocionais desses pacientes durante o tratamento a partir de uma metassíntese qualitativa e compreender os significados das perdas para os pacientes que enfrentam o tratamento hemodialítico.

2.2 PERDAS FÍSICAS E EMOCIONAIS DA DOENÇA RENAL CRÔNICA: UMA VISÃO A PARTIR DA PSICANÁLISE

Freud¹¹ (1915/1975) descreveu a relação da perda com o luto. Este, na perspectiva de Freud, assume um papel simbólico, uma realidade abstrata e ocorre no momento em que o indivíduo perde o seu objeto de desejo, o qual pode ser representado pela perda de um amor, um ideal, ou da noção de liberdade, apenas para citar alguns exemplos. O luto, portanto, são representações simbólicas e ocorre quando a perda é significativa. Nesse sentido, a perda não se resume somente à morte de pessoas queridas, mas a todas as perdas que ocorrem durante a vida do indivíduo.

O luto está presente em todas as etapas da vida. Ele é frequentemente vivenciado pelo ser humano, uma vez que as perdas fazem parte do desenvolvimento do indivíduo (Bowlby¹², 2002). Ele pode ser representado pela perda do emprego, pela separação dos pais, por mudanças de residência, pela separação, ou até mesmo por doenças crônicas que se consolidam como mortes simbólicas no momento em que o indivíduo tem o seu corpo transformado e há a perda da vitalidade ou do seu estado de saúde (Kovács¹³ 1992).

Algumas doenças crônicas submetem o sujeito a situações muito limitantes e angustiantes. De acordo com pesquisas, esses indivíduos sofrem graves alterações em suas vidas em diversas dimensões, tais como fisiológicas e físicas, psicológicas e psicossociais. No que se refere ao tratamento da doença renal, ocorrem muitas perdas simbólicas, em que o indivíduo deve elaborar o luto do seu próprio corpo e se adaptar a sua nova condição física. O corpo do paciente com doença renal passa a apresentar cicatrizes geradas pelas fístulas, pelos cateteres, pelos exames e pelas cirurgias; apresenta pele pálida e seca, manchas hemorrágicas e múltiplas; como consequência, o sofrimento é constante (Cuker e Frangani¹⁴ 2010).

O tratamento desencadeia diversas alterações no corpo do paciente, como mudança na aparência devido aos inchaços, à palidez e às manchas, náuseas, excesso de líquido no corpo e perda de peso por causa de alterações biológicas e metabólicas da doença (Sá⁴, 2008; Cuker e Frangani¹⁴, 2010). Como consequência, as capacidades físicas do paciente são minimizadas, necessitando de repouso constante e resultando na redução da sua vitalidade. No entanto, apesar da limitação física, o paciente com

problemas renais precisa realizar exercícios físicos para controlar a hipertensão, a função cardíaca e a força muscular. Essas atividades são para manter uma capacidade funcional conforme recomendações médicas, direcionando o paciente para uma melhoria na qualidade de vida (Cuker e Frangnani¹⁴, 2010).

No que diz respeito ao hábito alimentar, conforme as indicações médicas, o indivíduo acometido pela doença renal crônica necessita seguir uma dieta rigorosamente estabelecida, ressaltando a singularidade de cada sujeito.

“Quando os rins não estão filtrando conforme deveriam, a ureia permanece no sangue e pode se elevar a níveis muito altos podendo causar náuseas, vômitos, soluços ou mal-estar generalizado. Embora a diálise faça baixar o nível da ureia, há ainda a necessidade de se restringir a proteína da dieta, a fim de eliminar o aumento de ureia nos períodos inter-dialíticos” (Pro-renal¹⁵, 2013).

Algumas substâncias, por não serem eliminadas do organismo, podem ocasionar diversas reações no paciente, por isso a necessidade de uma dieta precisa. No tratamento dialítico é necessária uma dieta adequada, a fim de reduzir os produtos tóxicos prejudiciais ao organismo e promover uma sensação de bem-estar ao paciente (Pro-renal¹⁵ 2013).

A dieta especial pode necessitar de mudanças significativas nos hábitos alimentares e no padrão comportamental do paciente. A ingestão dos alimentos favoritos torna-se restrita e eles são substituídos por outros não tão agradáveis ao paladar (Cuker e Frangnani¹⁴, 2010). Essa relação da doença com os hábitos alimentares é de grande importância para o sucesso do tratamento, com uma dieta nutricional prescrita segundo orientação do nutricionista, considerando a bioquímica e os sintomas clínicos e físicos do paciente.

Conforme Freitas e Cosmo² (2010), devido às alterações físicas e emocionais, o paciente torna-se vulnerável, fomentado por um processo de incapacitação e de medos. Isso causa uma mudança na sua conduta sexual, em decorrência dos efeitos da uremia na espermatogênese e também de fatores psicológicos, pois a vida sexual está totalmente ligada ao bem estar físico e mental.

Segundo os estudos de Cuker e Frangnani¹⁴ (2010), a sexualidade está ligada a sensações, sentimentos e emoções que envolvem uma energia advinda de uma dimensão psicológica. O tratamento com hemodiálise pode comprometer tanto o homem quanto a mulher, podendo ocasionar uma redução da libido e da circulação, dificuldade hormonal e infertilidade, além de causar alteração no sistema nervoso devido ao excesso de medicamentos. A modificação da aparência tem grande influência, por causar alteração na imagem do parceiro.

Durante o tratamento, muitos medicamentos são totalmente excretados pelo organismo, porém alguns deles são absorvidos paulatinamente. A quantidade de medicamentos pode ser alterada conforme a necessidade médica do paciente. É comum o uso de anti-hipertensivos, antiarrítmicos e até mesmo antidepressivos no tratamento, os quais devem ser monitorados com bastante atenção para garantir um equilíbrio na ação desses medicamentos, sem provocar uma

intoxicação no organismo do paciente (Cuker e Frangnani¹⁴, 2010).

Dessa forma é importante que o indivíduo não se afaste do contato e da relação com o meio social, a família e os amigos, pois os mesmos formam uma base de sustentação para auxiliar o paciente na adesão ao tratamento. Esse contato pode dar suporte e orientação nas demandas do tratamento, como a dieta alimentar, o uso de medicamentos, o direcionamento das atividades físicas e as alterações corporais e sexuais, no caso dos parceiros na vida íntima. Esses amigos e familiares podem ser mediadores entre a equipe médica e o paciente, além de trazer o conforto, a compreensão e o ambiente acolhedor que a vida social pode proporcionar (Cuker e Frangnani¹⁴ 2010).

Conforme Silva *et al.*¹⁶ (2011), a hemodiálise provoca mudanças emocionais que devem ser enfrentadas pelo paciente, como ansiedade, insegurança pela saúde debilitada, angústia pela incapacidade e dependência, e medo do futuro por causa das mudanças ocorridas de forma brusca. Percebe-se assim que a hemodiálise promove a melhora de alguns sintomas clínicos, porém, ao mesmo tempo, provoca algumas desordens emocionais (Pascoal *et al.*¹⁷, 2009). A doença renal crônica acarreta consequências negativas para o indivíduo por causa das restrições acometidas pela doença, que fragiliza sua autoimagem, autoestima, e a percepção do próprio sentido da vida e da capacidade de tomar decisões, que o afetam pela rápida alteração na sua identificação enquanto ser social.

Dessa forma, há interferência nas suas relações afetivas, pelo sentimento de dependência e inutilidade que o contexto da doença agrega. Portanto, o indivíduo fica impedido de operacionalizar suas escolhas e atividades diárias devido às regras que a doença impõe. Ela faz com que o paciente deixe de trabalhar, de relacionar-se com o meio social, restringindo-o na realização de atividades antes rotineiras, o que gera um enorme sofrimento ao indivíduo (Cuker e Frangnani¹⁴, 2010; Resende *et al.*⁵, 2007).

2 MÉTODO

Trata-se de uma metassíntese qualitativa, que é definida como uma integração interpretativa de achados qualitativos. Estes são derivados de estudos fenomenológicos e etnográficos, com fontes de dados secundárias (Matheus¹⁸, 2009).

Esta pesquisa é uma investigação para o reconhecimento das perdas físicas e emocionais dos pacientes renais crônicos durante o tratamento. Resulta da análise das pesquisas já publicadas sobre o tema proposto. Para o levantamento de artigos na literatura, realizou-se uma busca eletrônica em bases de dados de artigos acadêmicos disponibilizados na Internet, sendo eles: Scielo, Pepsic, Portal da Capes e Domínio Público.

Para realização da metassíntese qualitativa, foram utilizados os seguintes descritores: pacientes renais crônicos, perdas, hemodiálise e insuficiência renal crônica. Os critérios de inclusão definidos para seleção dos artigos foram as publicações entre os anos de 2007 e 2013, com artigos que retratassem a temática referente à doença renal crônica, fixando-se na hemodiálise em adultos como tratamento específico, abordando as perdas físicas e emocionais para os pacientes renais crônicos adultos

durante o tratamento hemodialítico. Em relação aos critérios de exclusão, foram excluídos artigos que não retratassem a temática referente às perdas físicas e emocionais de paciente renais crônicos adultos durante o tratamento hemodialítico.

Para a análise dos dados, foram inicialmente encontrados 30 artigos. No entanto, 17 artigos foram excluídos por não atenderem os critérios de inclusão da pesquisa. Esses artigos não tratavam sobre as perdas físicas nem psíquicas dos pacientes com doença renal em tratamento com a hemodiálise. Foram utilizados 12 artigos e uma dissertação de mestrado, sendo que, entre esses, oito artigos foram publicados em revistas de psicologia e cinco em revistas de enfermagem entre os anos de 2007 e 2013.

A escolha desse recorte temporal deveu-se ao aumento considerável no número de pacientes renais crônicos no Brasil. Como estratégia de análise de dados, foi utilizada a análise conteúdo de Bardin¹⁹ (1977). A partir da leitura minuciosa dos resultados das pesquisas, foi possível identificar três categorias específicas: 1. Mudanças advindas do tratamento hemodialítico; 2. Sentimentos apresentados pelo paciente hemodialítico; e 3. A Psicanálise no auxílio de pacientes renais crônico.

3 PERDAS FÍSICAS E EMOCIONAIS EM PACIENTES QUE VIVENCIAM O PROCESSO DE HEMODIÁLISE: DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

A partir de uma metassíntese qualitativa, foi possível fazer um levantamento bibliográfico dos artigos publicados nos anos de 2007 a 2013 sobre as perdas físicas e emocionais dos pacientes que vivenciam o processo de hemodiálise. Entre os 13 artigos analisados, oito encontram-se na área de psicologia e cinco na área de enfermagem, sendo que a maioria dos artigos foram publicados nos anos de 2008 (n=5) e 2010 (n=5). Nos anos de 2007, 2009 e 2011, houve um total de três publicações, sendo uma por ano; não foram identificados artigos nos anos de 2012 e 2013, tal como pode ser visto na Tabela 1.

TABELA 1
Publicações sobre perdas físicas e emocionais em pacientes que realizam hemodiálise por ano de publicação

2007	1
2008	5
2009	1
2010	5
2011	1
2012	0
2013	0
N	13

As publicações analisadas foram desenvolvidas a partir de diferentes abordagens metodológicas. Houve uma maior quantidade de artigos realizados dentro da abordagem qualitativa (n=4) e em revisão de literatura (n=4), seguidas das abordagens quantitativas (n=3) e mistas (n=2) (TABELA 2).

TABELA 2

Perdas físicas e emocionais em pacientes hemodialíticos por abordagem de pesquisa e quantidade de publicações

Método	Número
Qualitativo	4
Quantitativo	3
Misto	2
Revisão de Literatura	4
Total	13

Em relação aos temas debatidos nos artigos, foi possível identificar que os trabalhos versavam sobre as emoções vivenciadas pelos pacientes renais crônicos. Elas retratavam o sofrimento, as angústias e o luto vivenciado por pacientes com doenças renais crônicas (n=5). Houve trabalhos abordando o papel do psicólogo frente aos pacientes com problemas renais crônicos (n=4); outros dois temas debatidos, com um menor número de publicações, foram: a adesão ao tratamento em pacientes com doenças renais (n=2) e fatores relacionados com a qualidade de vida do paciente (n=2) (TABELA 3).

TABELA 3

Temas das publicações sobre as perdas físicas e emocionais de pacientes que realizam a hemodiálise

Tema	Quantidade
Sufrimento, Angústias e Luto	5
Atuação do Psicólogo	4
Adesão ao Tratamento	2
Qualidade de Vida	2

Com o objetivo de melhor sintetizar e analisar a temática desenvolvida, foram criadas três categorias para a análise dos conteúdos referentes às publicações analisadas. Assim, para a categorização dos resultados, o presente estudo foi realizado a partir de um levantamento de três categorias, sendo elas: Mudanças advindas do tratamento hemodialítico; Sentimentos apresentados pelo paciente hemodialítico; e A Psicanálise no auxílio de pacientes renais crônicos.

3.1 MUDANÇAS ADVINDAS DO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

A hemodiálise é um método de diálise que promove a remoção do excesso de líquido corporal. Porém, o corpo do paciente é marcado por implicações dos procedimentos médicos, tornando o tratamento doloroso e trazendo sofrimento físico e moral, ocasionando diversas mudanças na vida do paciente, sendo algumas delas: restrições dos hábitos alimentares e hídricos, incapacidade ou a

limitação das atividades profissionais, físicas e de lazer. Nos estudos de Silva *et al.*¹⁶ (2011), Cuker e Frangnani¹⁴ (2010), Freitas e Cosmo² (2010) e Sá⁴ (2008), foi possível identificar que tais mudanças infligem diretamente o social, o fisiológico e o psicológico do indivíduo com insuficiência renal crônica que está em tratamento hemodialítico, sendo ele fragilizado por causa das incisões e alterações físicas.

É possível notar que as pesquisas demonstram que o sofrimento físico gera uma necessidade do indivíduo de adaptar-se fisicamente em decorrência das fragilidades do organismo. Tais fatores influenciam no relacionamento interpessoal do indivíduo com os seus familiares, na relação amorosa, com os amigos e com o trabalho; como consequência da redução das redes sociais, o indivíduo acaba por vivenciar questionamentos metafísicos relativos a sua identidade e sua existência humana, o que influencia na sua adesão ao tratamento e na sua imagem corporal, tal como pode ser observado no Quadro 1.

QUADRO 1: MUDANÇAS OCORRIDAS DURANTE O TRATAMENTO HEMODIALÍTICO		
Mudanças	Categorias	Resultados
Fisiológico	- Adaptação	Diante os avanços da tecnologia médica, os pacientes renais necessitam adaptar-se às mudanças decorrentes da doença renal crônica. Por ser uma doença marcada por fragilidades e limitações, exige uma nova construção psíquica do seu portador, uma capacidade de adaptação e aderência às exigências do tratamento.
Psicológico	- Adesão ao Tratamento - Sentimento de Existência - Imagem Corporal	A doença crônica é caracterizada como uma insuficiência de alguma função orgânica que causa limitações na rotina do indivíduo. Em função da gravidade do estado e dos fatores estressores característicos do tratamento, a insuficiência renal crônica modifica a imagem corporal, o sentido de existir e a adesão ao tratamento.
Social	- Relacionamento - Trabalho - Lazer	As mudanças estendem-se a hábitos relacionados ao lazer, ao trabalho e aos relacionamentos. Na idade adulta, a questão é preocupante, pois o sentimento de ser útil está vinculado à sociedade e ao significado social. "Eu tinha uma atividade física muito intensa, eu era profa. de Ed. Física [...] hoje eu me acho meio inútil, pra mim foi meio complicado, eu se ver fraca por causa da anemia, pesa numa máquina pra poder sobreviver" (SIC), (Silva <i>et al.</i> ¹⁶ , 2011).

A doença renal crônica ocasiona implicações negativas para o paciente. Devido às advertências decorrentes da doença, a adaptação do indivíduo ao tratamento é extremamente complexa. Há incisões, medicamentos e regras, e o tratamento tende a transgredir o psicológico do indivíduo, impondo-lhe limites na vida diária, modificando a imagem corporal, que está relacionada ao homem como ser no mundo, com características, impressões e particularidades. Tudo isso produz um efeito na sua sexualidade, nos seus gostos e nas suas dimensões de vida (Silva *et al.*¹⁶, 2011).

Nesse sentido, no que se refere à dimensão psicológica, o indivíduo tem dificuldade em aceitar o seu físico. Há um luto em relação à perda do corpo saudável, para assumir um corpo com fragilidades.

Tais características acabam por fazer com que o indivíduo discuta acerca de aspectos existenciais, tais como o medo da morte, o questionamento acerca da importância de existir e dos relacionamentos essenciais à vida das pessoas. O modo como o indivíduo lida com o luto do corpo, bem como com a sua rede de apoio social, influencia na adesão ao tratamento, a qual também será influenciada por aspectos sociais que perpassam a vida do paciente com doença renal crônica (Silva *et al.*¹⁶, 2011).

No contexto do social, por sua vez, as mudanças estão vinculadas ao meio em que o sujeito está inserido. Elas trazem diversas limitações e afetam as relações formadas pelo seu contato interpessoal como a família e amigos. Essa rede fica desestruturada, devido ao afastamento desses indivíduos, o que gera, como um mecanismo de defesa, a negação do lazer e uma estagnação na vida profissional. O indivíduo evita o lazer e o trabalho, o que acaba contribuindo para o agravamento da dificuldade orgânica vivenciada pelo paciente renal (Silva *et al.*¹⁶, 2011),

3.2 SENTIMENTOS APRESENTADOS PELO PACIENTE HEMODIALÍTICO

Em relação aos sentimentos vivenciados pelo paciente em tratamento de hemodiálise, é possível identificar o medo em relação à morte, há uma desesperança em relação à vida e um questionamento acerca da sua condição (Camargo *et al.*⁷, 2010). Esses sentimentos podem ocasionar sentimentos depressivos no indivíduo que, além de permanecer triste, acredita que há uma perda de sentido em relação a sua vida (Reis *et al.*²⁰, 2008). Isso faz com que o paciente tenha que encontrar outro sentido para continuar a viver, que seja ressignificado pela doença.

A partir da doença, o discurso dos pacientes renais crônicos adquire matizes de significações ambivalentes. Isso porque o corpo do indivíduo, ao qual muitas vezes é atribuído o significado de força e vivacidade do ser humano, acaba por adquirir marcas que levam a uma constante reflexão acerca da finitude dos seres humanos. O corpo traz marcas físicas do processo da hemodiálise, o que leva o indivíduo sempre a questionar sua existência e seu risco de morte. A partir desse contexto, os pacientes relatam sentimentos vivenciados, entre eles angústia, insegurança, revolta, inconformismo, pânico, depressão, sensação de prisão à máquina e medo relacionado às limitações decorrentes das modificações do tratamento.

Os sentimentos dos pacientes em hemodiálise são desenvolvidos conforme a constituição psíquica deles. Cada paciente reage de forma diferente em relação a sua condição de vida e aos seus relacionamentos interpessoais. Isso também depende da intensidade do tratamento. As emoções do paciente hemodialítico foram identificadas a partir dos estudos realizados por Silva *et al.*¹⁶ (2011), Bezerra e Santos²¹ (2008), Madeiro *et al.*²² (2010), Higa *et al.*²³ (2008), Magalhães *et al.*³ (2008), Camargo *et al.*⁷ (2010) e Reis *et al.*²⁰ (2008), os quais retratam que, a partir da doença, pode emergir o medo a morte, o estresse emocional, a insegurança e o humor depressivo, tal como pode ser visualizado na Quadro 2.

QUADRO 2: SENTIMENTOS IDENTIFICADOS DURANTE O TRATAMENTO HEMODIALÍTICO		
Sentimentos	Categorias	Resultados
Tipos de Sentimentos	- Medo da Morte	A reação ao diagnóstico frente ao problema renal faz emergirem sentimentos de medo e desesperança por causa do desconhecimento da doença e pela possibilidade da morte. Tais reações são frequentes, devido ao estresse emocional intenso vivido pelos pacientes, resultante das mudanças ocorridas em suas vidas, levando-os a reagir com insegurança e a rejeitar o tratamento. O humor depressivo e os sentimentos pessimistas são manifestações psicológicas presentes, que podem fomentar a depressão, uma complicação comum nesses pacientes. "A angústia que é pra ti carregar o outro não carrega, né, então Deus não te dá nada maior do que tu pode carregar, né." (SIC) (Camargo <i>et al.</i> ⁷ , 2010). "[...] sabe que não tem nenhuma perspectiva de ... parece que está esperando a morte porque não tem perspectiva de melhora [...]" (SIC) (Reis <i>et al.</i> ²⁰ , 2008).
	- Estresse Emocional	
	- Insegurança	
	- Angústia	
	- Humor Depressivo	

A possibilidade de modificar os sentimentos vivenciados pelos indivíduos pode variar durante o tratamento do paciente que se submete à hemodiálise. Tais mudanças ocorrem a depender do significado atribuído à doença a partir da perspectiva do paciente. O sofrimento psíquico e emocional que a doença acarreta gera conflitos internos baseados em sentimentos que provocam alterações psicológicas no indivíduo, as quais podem desencadear outros sintomas decorrentes do abalo emocional e psicológico, tais como a depressão, agressividade, revolta, insônia, irritabilidade, enfim, várias alterações do humor.

3.3 A PSICANÁLISE NO AUXÍLIO DE PACIENTES RENAI

A assistência psicológica de orientação psicanalítica junto aos pacientes renais crônicos pode auxiliá-los a encarar sua condição a partir de outra perspectiva, ativando estratégias de ressignificação que resgatem o bem-estar e promovam melhor qualidade de vida. Diante do modo como o indivíduo reage à doença, é possível criar possibilidades em meio às adversidades e promover sua reabilitação social, de modo a preparar o paciente e a sua família para lidar com o processo de hospitalização e a convivência com a cronicidade da doença. Essa assistência contribui para a atenuação de problemas psíquicos advindos do processo de adoecimento, o que facilita a superação e a readaptação do sujeito a sua nova rotina de vida (Resende *et al.*⁵, 2007; Magalhães *et al.*³, 2008).

A partir dos resultados das pesquisas, foi possível identificar que a família forma uma base de sustentação que pode auxiliar o paciente na adesão ao tratamento. O contato e o acolhimento familiar são de extrema importância para que ele consiga enfrentar os impactos trazidos pela doença. É necessário acompanhamento constante durante as diferentes etapas do processo, isto é, desde o diagnóstico, passando o tratamento e as implicações relativas ao processo de adaptação e enfrentamento das adversidades vivenciadas pelo indivíduo com doença renal.

A intervenção psicológica ao paciente com insuficiência renal crônica tem como objetivo possibilitar que ele elabore simbolicamente o luto ocasionado pelo impacto que a doença causa na vida do doente e da sua família. O tratamento desse indivíduo deve ocorrer a partir do direcionamento multiprofissional, recebendo inclusive o amparo psicológico

O trabalho da Psicologia na hemodiálise é buscar a reestruturação psíquica do paciente, como também a manutenção do tratamento. Sá⁴ (2008) constata que o paciente em tratamento hemodialítico tem dificuldade em pensar na vida apesar da doença, assim como em confiar nos recursos que objetivam estabilizar a evolução da condição e viabilizar a sobrevivência nesse período significativo. É nesse contexto marcante que o psicanalista pode intervir. Segundo a autora, no momento da desestabilização psicológica causada pela doença, o psicanalista deve criar condições facilitadoras no processo de elaboração do luto decorrente das perdas decorrentes do tratamento.

Conforme Pascoal et al.¹⁷ (2009), o psicólogo inserido em uma clínica de hemodiálise visa trabalhar com os conteúdos emocionais relacionados à insuficiência renal crônica (IRC), possibilitando uma busca de soluções para as mudanças advindas da doença e melhorando a compreensão do paciente em relação ao seu tratamento. Isso favorece a sua adesão aos novos hábitos e rotinas que devem ser adquiridos em decorrência da doença.

Nesse sentido, os serviços de saúde devem proporcionar espaços propícios à expressão dos sentimentos dos pacientes, por meio dos quais o indivíduo poderá falar sobre a sua vivência e as estratégias utilizadas para lidar com as perdas ocasionadas pelas limitações fisiológicas. A partir desse trabalho, o indivíduo é capaz de atribuir novos significados às experiências vividas, sendo que as informações compartilhadas contribuem para que o paciente esclareça os seus questionamentos acerca da sua existência, bem como dúvidas em relação ao tratamento, de modo a minimizar as fantasias, os medos e as ansiedades vividos pelo paciente - essa proposta foi sugerida a partir do estudo de Fayer⁹ (2010).

4 DISCUSSÃO

A partir da categorização dos resultados, é aceitável observar que as pesquisas retratam a necessidade da adaptação do paciente a sua atual condição física, apesar de todas as cargas limitantes que a doença proporciona. Tal adaptação torna-se complexa, uma vez que seu mundo psicológico é invadido pela doença, que ocasiona diversos efeitos negativos ao paciente, tais como transformações físicas, emocionais e sociais. O paciente em hemodiálise vivencia questionamentos acerca da sua existência, admite um sentimento de inutilidade e inexistência em relação ao seu mundo social, pois acredita ser um fardo para aqueles que o cercam.

Nos estudos analisados, são notórias as mudanças vivenciadas pelo paciente renal crônico, não apenas em relação ao aspecto fisiológico, como também ao contexto social em que o indivíduo está inserido. As relações interpessoais dos pacientes alteram-se ou até mesmo são rompidas em decorrência do agravamento da doença.

Os significados dos sentimentos são estritamente configurados pelo universo simbólico que o indivíduo elabora durante o tratamento. Os resultados demonstram que o modo como o indivíduo lida com a doença desenvolve-se singularmente, dependendo da sua estruturação psíquica e trajetória de vida. Assim, o paciente renal crônico necessita de uma rede social, familiar

e multiprofissional que possa auxiliá-lo no decorrer do tratamento hemodialítico, para acompanhar o indivíduo durante as diferentes etapas do processo terapêutico

A intervenção psicológica para pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico tem o objetivo de minimizar as transformações que a doença proporciona na vida desse indivíduo, buscando proporcionar apoio psicológico ao paciente e à família. Diante dos resultados, avaliou-se que, no contexto da hemodiálise, a assistência psicológica de orientação psicanalítica desenvolve um trabalho de reestruturação psicológica, com o objetivo resgatar o bem-estar dos pacientes renais crônicos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde funcional de um indivíduo envolve uma condição de vida saudável que explore suas competências de acordo com suas características físicas e psicológicas, relacionadas à identidade social e cultural. Assim, a partir do presente estudo, foi possível notar que a hemodiálise contribui para o aumento na sobrevivência de pessoas com doença renal crônica, porém impõe ao paciente um sentimento de angústia, por limitar o cotidiano do indivíduo com as diferentes perdas físicas e emocionais vivenciadas por ele.

O tratamento renal implica na alteração dos hábitos alimentares do indivíduo e em alterações em relação à fragilidade do corpo. Tais modificações na rotina do paciente influenciam também sua vida social, acarretando modificações nas relações com os seus familiares e amigos, o que provoca sentimentos de ansiedade, depressão e angústia.

É possível afirmar, portanto, que o paciente vivencia o luto em relação ao seu corpo, a sua vida familiar e aos seus amigos, pois o tratamento é perpassado por perdas simbólicas e afetivas, o que fragiliza o sujeito e traz como consequência um redimensionamento em relação ao sentido da sua vida e do seu meio social. O paciente, muitas vezes, sente-se inútil e frágil, por não poder operacionalizar suas escolhas e atividades do meio social, sendo podado na construção de um projeto de vida.

O significado dessas perdas é elaborado de forma singular, e um universo simbólico será construído por cada indivíduo a partir do modo como ele é capaz de extrair novos conceitos para o sentido de sua vida. A maneira como cada um lida com o luto é única, o que configura a sua identidade e estrutura psíquica. Assim, compreende-se que o adoecer pode modificar a saúde física e psicológica do sujeito, abreviando sua liberdade de ser e de influir no mundo.

Nesse sentido, torna-se importante a intervenção multiprofissional no cuidado de pacientes renais crônicos. O psicólogo e, especialmente, a psicanálise, pode contribuir para a criação de um espaço em relação à escuta clínica, por meio do qual é possível lidar com o indivíduo e com a sua forma de lidar com o enfrentamento da doença, a fim de que ele possa posicionar-se em relação à elaboração do luto, bem como construir um novo sentido em relação à sua vida.

6 REFERÊNCIAS

1. Censo de diálise SBN 2013 [Internet]. Sociedade Brasileira de Nefrologia: Dr. Lúcio Roberto Requião Moura [acesso em 28 ago. 2013]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/>.
2. Freitas PP, Cosmo M. Atuação do psicólogo em hemodiálise. Rev. SBPH [Internet]. 2010. [acesso em 16 set. 2010]; 13(1): 19-32. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100003.
3. Magalhães A, Scatambulo GC, Szinvelski KF, Romão LM, Costa MG, Parente MN, et al. Atuação do psicólogo junto ao paciente com insuficiência renal crônica. [Trabalho de conclusão de curso]. Maringá: Centro Universitário de Maringá; 2008. 4p. Graduação em Psicologia.
4. Sá HA. Escutando o sujeito com insuficiência renal crônica. [Trabalho de conclusão de curso]. Governador Valadares: Universidade Vale do Rio doce; 2008. 19p. Especialização em Psicanálise.
5. Resende MC, Santos FA, Souza MM, Marques TF. Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. Rev. Psic. Clin [Internet]. 2007 [acesso em 04 mar. 2013]; 19 (2): 87-99.
6. Caiuby AV, Karam CH. Aspectos psicológicos de pacientes com insuficiência renal crônica. In: Ismael SM. A prática psicológica e sua interface com as doenças. São Paulo: Casa do psicólogo; 2010.p. 131-148.
7. Camargo VP, Wottrich SH, Quintana AM. A insuficiência renal crônica na visão de pacientes em hemodiálise: ressignificando o corpo e a vida. [Trabalho de conclusão de curso]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2010. 6p. Graduação em psicologia.
8. Censo de diálise SBN 2012 [Internet]. Sociedade Brasileira de Nefrologia: Dr. Lúcio Roberto Requião Moura [Acesso em: 28 de ago de 2013]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/>.
9. Fayer AA. Repercussões psicológicas da doença renal crônica: comparação entre os pacientes que iniciam o tratamento hemodialítico após ou sem seguimento nefrológico prévio. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2010. 162p. Mestrado em Ciências.
10. Política Nacional de Saúde Funcional PNSF 2011 [Internet]. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional: Departamento de informática; 07 de jan. 2012.
11. Freud S. Luto e melancolia, 1917 [1915]. In: Freud S. A história do movimento psicanalítico. Rio de Janeiro: Imago; 2006. p. 327.
12. Bowlby J. Apego e perda: a natureza do vínculo. 3ª.ed. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
13. Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do psicólogo; 1992.p. 153-169.
14. Cuker GM, Fragnani EC. As dimensões psicológicas da doença renal crônica. [Trabalho de conclusão de curso]. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense; 2010. 16p. Graduação em psicologia.

15. Orientação Nutricional em Pacientes em Diálise [Internet]. Fundação Pro Renal-PRO RENAL: Dr. M.C. Riella. [Acesso em: 28 de ago de 2013]. Disponível em <http://www.pro-renal.org.br>.
16. Silva AS, Silveira RS, Fernandes GF, Lunardi VL, Backes VM. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. Rev. Bras Enferm [Internet]. 2011 [acesso em 16 set. 2013]; 64(5): 839-844.
17. Pascoal M, Kioroglo PS, Bruscato WL, Miorin LA, Sens YA, Jabur P. A importância da assistência psicológica junto ao paciente em hemodiálise. Rev. SBPH [Internet]. 2009 [acesso em 28 set. 2013]; 12(2): 2-11.
18. Matheus MC. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009 [acesso em 22 fev. 2014]; 22 (especial nefrologia): 543-545.
19. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
20. Reis CK, Guirardello EB, Campos CJ. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. Rev. Bras Enferm [Internet]. 2008 [acesso em 16 set. 2013]; 61(3):336-341.
21. Bezerra KV, Santos JL. O cotidiano de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. Rev. Latino-am Enfermagem . 2008; 16(4): 1-6.
22. Madeiro AC, Machado PD, Bonfim IM, Braqueais AR, Lima FE. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. Acta Paul Enferm [Internet] . 2010. [acesso em 16 set. 2013]; 23 (4): 546-551.
23. Higa K, Kost MT, Soares DM, Morais MC, Polins BR. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. Acta Paul Enferm [Internet]. 2008 [acesso em 28 set. 2013]; 21(especial): 203-206.