

CuidArte

Enfermagem

ISSN 1982-1166

Catanduva, SP Volume 7 Número 1 p. 1-75 janeiro/junho 2013 Semestral

EDITOR

Faculdades Integradas Padre Albino

CONSELHO EDITORIAL

Editora-Chefe

Virtude Maria Soler

Faculdades Integradas Padre Albino – Catanduva –SP.

Editores

Alessandra Mazzo

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.

Antonio Carlos de Araújo

Faculdades Integradas D. Pedro II, São José do Rio Preto-SP.

Ilza dos Passos Zborowski

Faculdades Integradas Padre Albino – Catanduva-SP.

Luciana Bernardo Miotto Faculdade Integrada Metropolitana de Campinas - METROCAMP, Campinas-SP.

Maria Regina Lourenço Jabur

Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FUNFARME.

Bibliotecária e Assessora Técnica

Marisa Centurion Stuchi

Faculdades Integradas Padre Albino – Catanduva –SP.



FUNDAÇÃO PADRE ALBINO

Conselho de Administração

Presidente: Antonio Hércules

Diretoria Administrativa

Presidente: José Carlos Rodrigues Amarante

Núcleo Gestor de Educação

Antonio Carlos de Araújo

FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO

Diretor Geral: Nelson Jimenes

Vice Diretor: Nelson Oliani

Coordenador Pedagógico: Antonio Carlos de Araújo

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Coordenadora de Graduação:

Maria Cláudia Parro

A **CuidArte Enfermagem** é uma publicação com periodicidade semestral, editada pelo Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino.

Indexada: Base de Dados de Enfermagem - BDEFN - BIREME



Rua dos Estudantes, 225
Parque Iracema
Catanduva-SP - Brasil
CEP. 15809-144
Telefone (17) 3311-3228 / 3311-3335

E-mail: revistaenfermagem@fipa.com.br

CONSELHO CIENTÍFICO

Anamaria Alves Napoleão – Enfermeira – Universidade Federal de São Carlos – UFSCar – SP.

Antonio Chizotti - Sociólogo - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP, São Paulo-SP.

Cristina Arreguy-Sena – Enfermeira - Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF – MG.

Dircelene Jussara Sperandio – Enfermeira – Faculdades Integradas Padre Albino - FIPA, Catanduva-SP.

Dulce Maria da Silva Vendruscolo – Enfermeira – Faculdades Integradas Padre Albino - FIPA, Catanduva-SP.

Gilson Luiz Volpato - Biólogo - Instituto de Biociências de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP, Botucatu-SP.

Helena Megumi Sonobe – Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.

Isabel Amélia Costa Mendes - Enfermeira – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.

Isabel Cristina Belasco Bento – Enfermeira – Faculdades Integradas de Bebedouro – FAFIBE - SP.

Jane Cristina Anders – Enfermeira – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Santa Catarina-SC.

Johis Ortega - Enfermeiro - Escuela de Enfermería y Ciencias de La Salud, Universidad de Miami - Miami USA.

José Carlos Amado Martins - Enfermeiro - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Portugal.

Josefina Gallegos Martínez - Enfermeira - Facultad de Enfermería de La Universidad Autónoma de San Luis Potosí - México.

Josimerci Ittavo Lamana Faria – Enfermeira – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP – SP.

Lúcia Marta Giunta da Silva – Enfermeira – Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) – Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo-SP.

Lucieli Dias Pedreschi Chaves – Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.

Magda Fabbri Isaac Silva – Enfermeira – Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – HCFM-USP – SP.

Manoel Santos – Psicólogo – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP – SP.

Manzêlio Cavazzani Júnior – Biólogo - Faculdades Integradas Padre Albino – FIPA, Catanduva-SP.

Márcia Bucchi Alencastre – Enfermeira – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP - SP e Faculdade de Educação São Luís de Jaboticabal – SP.

Maria Auxiliadora Trevisan - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP – SP.

Maria Cristina de Moura-Ferreira – Enfermeira - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia – FAMED - UFU.

Maria de Fátima Farinha Martins Furlan – Enfermeira – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP - SP.

Maria Helena Larcher Caliri - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP - SP.

Maria José Bistafa Pereira - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.

Maria Luiza Nunes Mamede Rosa – Farmacêutica e Bioquímica – Faculdade de Medicina de Barretos, Barretos-SP.

Maria Tereza Cuamatzi Peña - Enfermeira – Facultad de Estudios Superiores Zaragoza da Universidad Nacional Autónoma de México – México.

Margarida Maria da Silva Vieira – Enfermeira - Universidade Católica Portuguesa – Porto - Portugal.

Mariza Almeida Silva – Enfermeira – Universidade Federal da Bahia – UFBA, Salvador – BA.

Marli Villela Mamede - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP - SP.

Mary Elizabeth Santana – Enfermeira – Universidade Federal do Pará – UFPA – Belém do Pará-PA.

Myeko Hayashida - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.

Rosemary Aparecida Garcia Stuchi – Enfermeira – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina-MG.

Simone Peruffo Opitz – Enfermeira – Universidade Federal do Acre - UFAC – AC.

Sinval Avelino dos Santos – Enfermeiro - Universidade Paulista – UNIP, Ribeirão Preto – SP e Faculdade de Educação São Luís de Jaboticabal – SP.

Yolanda Dora Martinez Évora – Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP - SP.

NÚCLEO DE EDITORAÇÃO DE REVISTAS



Componentes do Núcleo:

Marino Cattalini (Coordenador)

Marisa Centurion Stuchi

Virtude Maria Soler

C966 CuidArte enfermagem / Faculdades Integradas Padre Albino, Curso de Graduação em Enfermagem. - - Vol. 7, n. 1 (jan./jun. 2013) - . - Catanduva: Faculdades Integradas Padre Albino, Curso de Enfermagem, 2007- v. : il. ; 27 cm

Semestral.
ISSN 1982-1166

1. Enfermagem - periódico. I. Faculdades Integradas Padre Albino. Curso de Graduação em Enfermagem.

CDD 610.73

Os artigos publicados na **CuidArte Enfermagem** são de inteira responsabilidade dos autores.

- É permitida a reprodução parcial desde que citada a fonte
- Capa: Ato Comunicação
- Início de circulação: dezembro de 2007 / Circulation start: December 2007
- Data de impressão: junho 2013 / Printing date: June 2013

SUMÁRIO / SUMMARY / CONTENIDO

EDITORIAL

AGREGAR VALORES E CONHECIMENTOS ESPECIALIZADOS

ADDING VALUE AND EXPERTISE

AGREGAR VALORES Y CONOCIMIENTOS ESPECÍFICOS

Virtude Maria Soler..... 04

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES / ARTÍCULOS ORIGINALES

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE EM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA (2001-2010)

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF TUBERCULOSIS IN THE MUNICIPALITY OF SÃO PAULO STATE - (2001-2010)

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA TUBERCULOSIS EN LA CIUDAD INTERIOR DE SÃO PAULO - (2001-2010)

Roberta Cristina Zago Ferreira, Ellen Cristine Ramdohr Sobrinho, Edeltraut Nothling Zóia, Rosely Moralez de Figueiredo..... 07

AÇÕES EDUCATIVAS E O USO DE ÁLCOOL ENTRE ESTUDANTES DO ENSINO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

EDUCATIONAL ACTIVITIES AND ALCOHOL USE AMONG STUDENTS OF TECHNICAL EDUCATION IN NURSING

CONSUMO DE ALCOHOL Y LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS DE LOS ESTUDIANTES DE ESCUELAS TÉCNICAS EN ENFERMERÍA

Antonia de Fátima Zanchetta Serradilha, Otília Maria Lúcia Barbosa Seiffert, Isis Alexandrina Casanova, Lidia Ruiz-Moreno..... 13

PROPOSTA DE UMA INTERVENÇÃO TELEFÔNICA PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO

PROPOSAL OF A PHONE INTERVENTION FOR SMOKING CESSATION

PROPUESTA DE UN LLAMADO A LA ACCIÓN DE DEJAR DE FUMAR

Silvia Maria Ribeiro Oyama, Eliane Corrêa Chaves..... 20

PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM PRIMÍPARAS E MULTÍPARAS NUM AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL-ESCOLA DO INTERIOR PAULISTA EM 2011

PREVALENCE OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING IN PRIMIPAROUS AND MULTIPAROUS AN OUTPATIENT CLINIC OF A UNIVERSITY HOSPITAL IN SÃO PAULO STATE IN 2011

LA PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS UNA CLÍNICA AMBULATORIA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO EN EL ESTADO DE SÃO PAULO EN 2011

Adrieli Cristina Spada, Cleidimar da Luz, Patrícia Guaresi Bueno, Regiane Santos Simas, Denise Gonzales Stellutti de Faria..... 28

IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE NEONATAL NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

IMPLEMENTATION OF SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE IN A NEONATAL UNIT IN WESTERN AMAZON

IMPLANTACIÓN DE LA SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD NEONATAL EN LA AMAZONIA OCIDENTAL

Rayhelle Cristiny Arantes de Moura, Ionar Cilene de Oliveira Cosson..... 33

INCIDÊNCIA DE ACIDENTES CAUSADOS POR MATERIAIS PERFUROCORTANTES E FLUIDOS BIOLÓGICOS EM ESTUDANTES DE MEDICINA

INCIDENCE ACCIDENTS CAUSED BY SHARPENED MATERIALS AND BIOLOGICAL FLUIDS AMONG MEDICAL STUDENTS

INCIDENCIA DE ACCIDENTES CAUSADOS POR CORTOPUNZANTES Y FLUIDOS BIOLÓGICOS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA

Mariana Magri Magagnini, Ana Marta Carvalho Moretto, Gabriel Liria Juares, Maristela Aparecida Magri Magagnini, Virtude Maria Soler..... 38

FATORES DE RISCO PARA TRANSMISSÃO DO VÍRUS DA HEPATITE C EM PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE

RISK FACTORS FOR TRANSMISSION OF HEPATITIS C VIRUS IN PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS

FACTORES DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DE VIRUS DE LA HEPATITIS C EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

Dione Medeiros Sena Rosa, Ivete Maria Ribeiro..... 45

OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO COM TRABALHADORES NO CORTE MANUAL DA CANA-DE-AÇÚCAR

WORK ACCIDENTS OCCURRENCES WITH WORKERS ON THE MANUAL SUGAR CANE CUTTING

ACCIDENTES DE TRABAJO OCURRIDOS CON LOS TRABAJADORES DEL CORTE MANUAL DE LA CAÑA DE AZÚCAR

Ana Claudia Affonso Penteado, Fernanda Pugliane Peres Sanches, Rozemir Gusmão Castelane, Tania Valeria Bordinhon do Prado Valderrama, Maristela Aparecida Magri Magagnini..... 51

RELATO DE CASO / CASE REPORT / ESTUDIOS DE CASOS

ABORTAMENTO ESPONTÂNEO DE REPETIÇÃO: IMPORTÂNCIA DE APOIO PSICOLÓGICO

SPONTANEOUS ABORTION REPEATED: IMPORTANCE OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT

ABORTO ESPONTÂNEO RECURRENTE: LA IMPORTANCIA DE APOYO PSICOLÓGICO

Mariana Mendes da Silva, Mariele Morandin Lopes, Nilce Barril..... 60

ARTIGOS DE REVISÃO / REVIEW ARTICLES / ARTÍCULOS DE REVISIÓN

FATORES DETERMINANTES NO DESENVOLVIMENTO DA OBESIDADE INFANTIL: REVISÃO DE LITERATURA

DETERMINING FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF CHILDHOOD OBESITY: LITERATURE REVIEW

FACTORES DETERMINANTES EN EL DESARROLLO DE LA OBESIDAD INFANTIL: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Talita Patrícia Carvalho, Kelli Cristina Paiva..... 68

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

STANDARTS PUBLISHING / NORMAS DE PUBLICACIÓN 73

Editorial

AGREGAR VALORES E CONHECIMENTOS ESPECIALIZADOS

Virtude Maria Soler*

É preciso saber aprender para aprofundar conhecimentos, desenvolver habilidades e construir competências, particularmente no campo do conhecimento técnico e científico.

A proposta mais coerente, em meio a uma vida relacional, a ser vivenciada com mais equidade e respeito, a mim parece, a de se vivenciar a multidisciplinaridade, mesmo que sob a criação de pequenas células de estudos.

Aquela que transpõe barreiras de conceitos preconcebidos, de linguagens e conhecimentos, de disciplinas e áreas, no sentido de transcender, e acolher o que cada ser humano é capaz de produzir intelectualmente.

O aporte, obrigatoriamente, passa pela discussão de aspectos conceituais e de uma melhor abordagem, mais pragmática, além da capacidade para aprimorar o fascinante mundo do conhecimento, marcado ainda por fronteiras entre as diversas áreas de conhecimentos, disciplinas, métodos e abordagens.

Assim, não se trata apenas de reverter o quadro da ausência do dever para com a educação em cada área específica de ação. Trata-se de ter, enquanto necessidade, a clareza indispensável acerca do que sejam Educação e Conhecimento, em seus princípios ou pilares de sustentação.

Os grandes problemas de aproximação que se formam começam pelo fato de não haver domínio de conhecimentos, assim como diálogos coerentes e explicativos capazes de servir de base para o acolhimento e a humanização.

Creio que o amadurecimento das comunidades acadêmicas e científicas carece de adesões e compromissos estabelecidos por premissas que transponham interesses, vantagens individuais e lucros coletivos, além da acomodação individual. Será pela integração e vinculação de novos pensamentos, em consonância com a velocidade da informação, considerando-se as inúmeras possibilidades de enriquecimento material e humano que cada disciplina, ao estabelecer a troca de experiências, promoverá, no somatório, possibilidades de converter conhecimentos em progresso e satisfação.

Entretanto, esta mudança de reflexão e análise para a aplicação e implantação de saberes requer a ampliação das atividades inter-relacionais. Remete-nos, portanto, ao compartilhamento de ações educacionais, de consulta, debate e formulação de políticas na defensoria de modelos mais bem articulados, capazes de traduzir valores em boas práticas de ações que contemplem os direitos humanos.

Estudos e práticas articuladas pelo conhecimento científico promovem intervenções concretas. A sociedade reclama por assimilações que enriqueçam, moldem e configurem novas formas de pensar, analisar, problematizar e propor soluções para diferentes situações ou problemas.

A visão socioconstrutivista do desenvolvimento sustenta-se pelo ambiente social, a aprendizagem e a colaboração. Nas interfaces, em diferentes formas de observar o mundo, de ser, sentir, pensar e agir, investigando e indagando minuciosamente e pelo diálogo crítico e criativo, inclusive nas mídias, a interatividade subsidia a multidisciplinaridade.

A intensidade das trocas entre os especialistas e o grau de interação real das disciplinas possibilitam uma abordagem pragmática e global na qual a ação passa a ser o ponto de convergência entre o fazer e o pensar. Entretanto, requer a interação entre as disciplinas e o diálogo constante de forma participativa e decisiva na formação dos sujeitos sociais.

* Doutora em Enfermagem Fundamental - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (USP). Docente do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP e da Universidade de Franca (UNIFRAN), Franca, SP. Editora-chefe do periódico científico CuidArte Enfermagem. Contato: virtumariasoler@gmail.com

ADDING VALUE AND EXPERTISE

In order to deepen knowledge, develop skills and build proficiency in the field of technical and scientific knowledge it is needed to know how to learn.

In my way of thinking the more coherent proposal, inside a relational life to be experienced with more fairness and respect, it is the one of experience the multidisciplinary, even though under the creation of small cells of study.

It is the one which crosses barriers of predesigned concepts, languages and knowledge, disciplines and areas, in order to transcend, and host everything that each human being is able to produce intellectually.

The contribution necessarily passes through the discussion of conceptual aspects and of a better and more pragmatic approach beyond the ability to enhancing the fascinating world of knowledge still marked by boundaries between the different areas of knowledge, disciplines, methods and approaches.

Accordingly, it is not just a matter of reverting the pattern of absence of duty in the field of education in each specific area of action. Furthermore it is needed to get, while necessary, an indispensable clarity about which are the principles or pillars supporting education and knowledge.

The main incoming problems of approximation depend upon the fact that there is nor power on knowledge, neither coherent and explanatory dialogues able to serve as a basis for reception and humanization.

I believe that the maturation of the academic and scientific communities lacks accessions and commitments based on principles able to overpassing interest, individual profits and collective advantages, as well as individual accommodation. It will overcome through the integration and linking of new thoughts, along with the speed of information, considering the countless possibilities of material and human enrichment that each discipline establishing an exchange of experiences will promote, in sum, possibilities of converting knowledge in progress and satisfaction.

However, this change of reflection and analysis for the application and implementation of knowledge requires the expansion of interrelationship activities. This fact bring us to share educational actions, consultation, debate and proposals of policy in order to protect better articulated models, able to convert worthy values in good practices looking for human rights.

All studies and practice articulated through scientific knowledge promote concrete interventions. The society claims for assimilations able to enrich, shape and set up new models of thinking, analyzing, discussing and proposing solutions for different situations or problems.

The socio-constructivist vision of development is supported by the social environment, by learning and by collaboration as well. In interfaces, interactivity subsidizes the multidisciplinary in different ways of looking at the world, of being, of feeling, of thinking and acting, through the investigation and inquire in detail as well as through the creative and critical dialogue, including inside the media.

The intensity of the exchanges between the experts and the real degree of interaction of disciplines enable a pragmatic and global approach in which the action becomes to be the point of convergence between doing and thinking. Some action however, requires interaction between the disciplines and the constant dialogue performed in participatory way, becoming decisive in the formation of social subjects.

AGREGAR VALORES Y CONOCIMIENTOS ESPECÍFICOS

Es preciso saber para aprender a profundizar conocimientos, desarrollar habilidades y destrezas, particularmente en el campo del conocimiento técnico y científico.

La propuesta más coherente, en medio de una vida relacional, es tener más experiencia con más equidad y respeto, a mí me parece, para experimentar la multidisciplinariedad, es necesario la creación de pequeñas celulas de estudios.

Aquella que transpone las barreras de conceptos prediseñados, idiomas y conocimiento, las disciplinas y áreas, para trascender y acoger de lo que cada ser humano es capaz de producir intelectualmente.

La contribución pasa necesariamente por la discusión de aspectos conceptuales y mejor enfoque más pragmático y la capacidad para mejorar el fascinante mundo del conocimiento, marcada por los límites entre las distintas áreas de conocimiento, disciplinas, métodos y enfoques.

Entonces, no es sólo revertir el contexto de la ausencia del derecho a la educación en cada área específica de acción. Hay que detener, mientras sea necesario, indispensable claridad sobre lo quíe es educación y conocimiento en principios o pilares de apoyo.

Los mayores problemas de aproximación que comienzan por el hecho de que no hay ningún campo de conocimiento, así como diálogos coherentes y explicativos pueden servir como base para la recepción y la humanización.

Creo que la madurez de las comunidades académicas y científicas carece de adhesiones y compromisos establecidos mediante la implementación de supuestos intereses, ventajas beneficios individuales y colectivos, además de alojamiento individual. Será por la integración y la vinculación de nuevos pensamientos, en consonancia con la velocidad de la información, teniendo en cuenta las innumerables posibilidades de material y enriquecimiento humano que cada disciplina, para establecer el intercambio de experiencias, promover, en suma, las posibilidades de convertir el conocimiento en el progreso y satisfacción.

Sin embargo, este cambio de reflexión y análisis para la aplicación e implementación del conocimiento requiere la expansión de las actividades interrelacionais. Nos remite a compartir acciones educativas, consulta, debate y formulación de políticas en la promoción de mejores modelos articulados, capaces de traducir los valores en acciones práctica que contemplan los derechos humanos.

Estudios y prácticas articuladas por conocimiento científico promuevem intervenciones concretas. La compañía afirma que enriquecen por asimilació, a la forma y configuración de nuevas formas de pensar, analizar, discutir y proponer soluciones para diferentes situaciones o problemas.

La visión socio-constructivista del desarrollo es apoyada por el entorno social, el aprendizaje y la colaboración. En interfaces, en diferentes maneras de mirar el mundo del ser, sentir, pensar y actuar, investigar y diálogo creativo y crítico, incluso en los medios de comunicación, la interactividad subvenciona multidisciplinariedad.

La intensidad de los intercambios entre los expertos y el grado real de la interacción de las disciplinas permiten un enfoque pragmático y global en el cual la acción pasa a ser el punto de convergencia entre el hacer y pensar. Sin embargo, requiere la interacción entre las disciplinas y el diálogo constante así como participativo y decisivo en la formación de sujetos sociales.



Maternidad
Vicente Romero



Artigos

Originais

CuidArte
Enfermagem

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE EM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA (2001-2010)

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF TUBERCULOSIS IN THE MUNICIPALITY OF SÃO PAULO STATE (2001-2010)

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA TUBERCULOSIS EN LA CIUDAD INTERIOR DE SÃO PAULO (2001-2010)

Roberta Cristina Zago Ferreira*, Ellen Cristine Ramdohr Sobrinho**, Edeltraut Nothling Zóia***, Rosely Moralez de Figueiredo****

Resumo

Introdução: A Tuberculose, no Brasil, está associada principalmente aos fatores socioeconômicos e de saúde da população, bem como a dificuldade de acesso aos serviços. Além disso, evidencia-se um alto índice de casos bacilíferos associados à demora do diagnóstico e início do tratamento, que favorecem a continuidade da cadeia de contaminação da doença. Neste sentido, torna-se importante o mapeamento, em longo prazo, do perfil dos casos de tuberculose em municípios e regiões brasileiras. **Objetivo:** Diante disso, o estudo tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos casos de tuberculose no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2010, em um município do interior paulista. **Material e Método:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e retrospectivo, sendo os dados coletados na Vigilância Epidemiológica Municipal, no mês de julho de 2012, por meio de consulta às fichas de notificação compulsória de tuberculose do período de janeiro de 2001 a dezembro de 2010. **Resultados:** Foram analisadas 495 fichas de notificação, com média de idade de 41,8 anos; 69% eram homens; 60% possuíam ensino fundamental; 62% exerciam algum tipo de atividade remunerada; 73% dos casos apresentavam tuberculose pulmonar; 40% foram diagnosticados em serviços especializados, com taxa de cura de 41% e mediana de 51 casos novos anuais. **Conclusão:** A região apresentou índice de cura da doença muito aquém do preconizado pela Organização Mundial da Saúde, baixa identificação de casos novos na Atenção Primária e falhas importantes na qualidade das informações disponíveis nas fichas de notificação.

Palavras-chave: Tuberculose. População. Epidemiologia.

Abstract

Introduction: Tuberculosis in Brazil is mainly associated with socioeconomic and with population health factors, as well as with the difficulty of access to services. Furthermore, it is evident a high rate of smear positive cases associated with delay in diagnosis and initiation of treatment. These aspects favor the continuing of the chain of disease contamination. In this sense, it is important the long term mapping of the profile of tuberculosis cases of Brazilians municipalities and regions. **Objective:** Therefore, this study aims to delineate the epidemiologic profile of tuberculosis cases from January 2001 to December 2010, in a countryside city of São Paulo State-Brazil. **Method:** This is a descriptive, exploratory and retrospective study, performed with data collected in Municipal Epidemiological Surveillance, in July 2012, through consultation of the compulsory notification forms of tuberculosis from January 2001 to December 2010. **Results:** 495 reporting forms were analyzed, showing an average age of 41,8 years; among the patients, 69% were men, 60% had primary education, 62% had some form of paid work, 73% of the cases had pulmonary tuberculosis, 40% were diagnosed at specialized services, with a cure rate of 41% and a median of 51 new cases yearly. **Conclusion:** The region showed a cure rate of the disease below the recommended by the World Health Organization, as well as low identification of new cases in Primary Care and important gaps of the quality of information available in the notification forms.

Keywords: Tuberculosis. Population. Epidemiology.

Resumen

Introducción: Tuberculosis en Brasil se asocia principalmente con los factores socioeconómicos y de salud de la población, así como la dificultad de acceso a los servicios. Además, es evidente un alto índice de casos de índices positivos asociados con el retraso en el diagnóstico y el inicio del tratamiento. En este sentido, es importante la cartografía, a largo plazo, del perfil de los casos de tuberculosis en los municipios y regiones de Brasil. **Objetivo:** Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo delinear la epidemiología de los casos de Tuberculose entre enero de 2001 a diciembre de 2010 en una ciudad del interior del São Paulo-Brazil. **Material y Método:** Esta es un estudio descriptivo, exploratorio y retrospectivo, con datos recogidos en Vigilancia Epidemiológica Municipal, en julio de 2012, a través de consultas a los formularios de notificación obligatoria de la tuberculosis desde enero 2001 hasta diciembre 2010. **Resultados:** Se analizaron 495 formularios de información, con una edad media de 41,8 años, 69% eran hombres, 60% tienen educación primaria, 62% tenía algún tipo de trabajo remunerado, 73% de los casos de tuberculosis pulmonar, 40% fueron diagnosticados en el servicio especializado, con una tasa de curación del 41% y una mediana de 51 nuevos casos. **Conclusión:** La región mostró una tasa de curación de la enfermedad mucho más abajo que los recomendados por la Organización Mundial de la Salud, bajo identificación de nuevos casos en la atención primaria y necesidad de mejora importante en la calidad de la información disponible en los formularios de notificación.

Palabras clave: Tuberculosis. Población. Epidemiología.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) ainda representa um sério problema de saúde nos países em desenvolvimento. Em 2010, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), registrou-se 6,2 milhões de casos de TB no mundo, dos quais cerca de 5,4 milhões correspondem a casos novos. O Brasil está entre os 22 países que possuem 80% da carga global de doença, com uma taxa de incidência de 36,0 por 100 mil habitantes no ano de 2011¹.

Concernente ao Estado de São Paulo no ano de 2010 foram notificados 18.577 casos de TB, sendo 16.170 casos novos, 1.178 recidivas, 1.062 retratamento após abandono e 167 retratamento após falência do esquema terapêutico. A taxa de cura no período foi de 77,7%, seguido por 10,3% de abandono e 2,8% de óbitos por TB².

Especificamente no município de estudo, no ano de 2011, foram notificados 55 casos novos da doença, correspondendo a uma incidência de 24 casos por 100 mil habitantes. No mesmo período obteve-se 78% de cura e 10% de abandono de tratamento².

No Brasil, a ocorrência da TB está associada principalmente às más condições de moradia e alimentação da população, uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas, bem como locais de aglomerados urbanos¹. Outro aspecto do perfil da doença no país é a alta taxa de casos bacilíferos, já que estes são responsáveis pela transmissão da doença. Além disso, fatores relacionados aos doentes e aos serviços de saúde podem colaborar na demora do diagnóstico e início do tratamento da TB, favorecendo a continuidade da cadeia de transmissão³.

A taxa de cura é um dos principais indicadores para se avaliar o programa de TB, sendo meta da OMS alcançar a cura em 85% dos casos novos da doença e reduzir o abandono do tratamento em 5%⁴.

Embora estejam implantadas estratégias governamentais para o tratamento da TB, a cadeia de transmissão persiste, com o surgimento de casos novos, especialmente nos conglomerados urbanos. Ainda que o objetivo do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) seja garantir a continuidade da atenção, com a expansão do Tratamento Diretamente Observado (TDO), a taxa de cura da doença no Estado de São Paulo está abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde, mesmo tendo este uma das maiores redes de serviços de saúde do país. Portanto, este contexto sinaliza dificuldades no controle da doença.

A problematização de fatores relacionados ao acesso e a utilização dos serviços ofertados em instâncias centrais e locais são muito importantes para a obtenção de melhores resultados nas taxas de cura e sucesso do tratamento.

Neste sentido, torna-se muito importante o mapeamento, em longo prazo, do perfil dos casos de TB em municípios e regiões brasileiras, especialmente no Estado de São Paulo, visto esta ser a região que agrega a maior parte dos casos notificados no país. Este conhecimento é importante para identificar necessidades locais específicas e subsidiar ações de controle da doença.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos casos de TB no período de 2001 a 2010, em um município do interior paulista.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e retrospectivo, realizado em município do interior paulista, que possui 220.000 habitantes, distante 250 km da capital e tem a maior parte das ações de controle da TB centralizadas. Atualmente, há uma discussão no município na direção da descentralização do atendimento, sendo que, até esse momento, apenas parte do tratamento supervisionado está sendo realizada na Atenção Primária à Saúde (APS).

Os dados foram coletados na Vigilância Epidemiológica Municipal (VIGEP), no mês de julho de 2012, por meio de consulta às fichas de notificação compulsória de TB do período de janeiro de 2001 a dezembro de 2010.

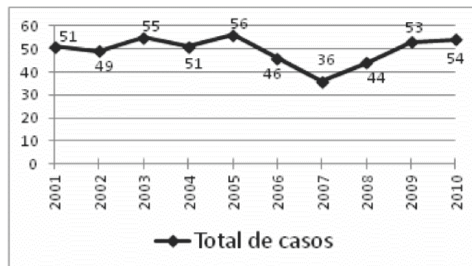
Optou-se por utilizar as fichas impressas uma vez que, pelo sistema TBWeb não foi possível identificar a distribuição do local de moradia por região, dentro do município.

Entre os critérios contemplados na ficha de notificação, foram considerados: variáveis de características pessoais e sociodemográficas da população (faixa etária, sexo, escolaridade e ocupação); local de residência, segundo dados da Regional de Saúde do município; unidade de saúde que descobriu o caso; história de tratamento (tipo de tratamento anterior e período de latência entre o início dos sintomas e tratamento); forma clínica; exames diagnósticos; agravos associados; internação e desfecho da doença.

RESULTADOS

No período de 2001 a 2010, foram notificados no município estudado 495 casos de TB, com uma distribuição média de 49,5 e mediana de 51 casos anuais (Gráfico 1).

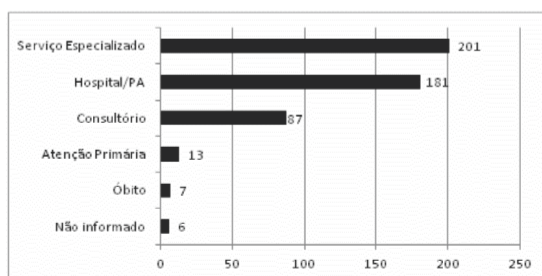
Gráfico 1 - Distribuição do total de casos de TB, segundo ano de notificação, no município de estudo (2001-2010)



Na caracterização do perfil sociodemográfico dessa população verificou-se média de idade de 41,8 e mediana de 41 anos, 340 (69%) eram homens, 486 (98%) moravam na área urbana, 60% possuíam ensino fundamental e 62% exerciam algum tipo de atividade remunerada. Quanto ao perfil epidemiológico, constatou-se que a forma clínica pulmonar foi predominante em 360 (73%) casos e, dentre as formas extrapulmonares, predominaram a ganglionar (5%) e pleural (5%).

Quanto ao local de descoberta dos casos, 201 (40%) doentes foram diagnosticados no Centro Municipal de Especialidades Médicas (CEME), 181 (36%) em hospitais e serviços de urgência/emergência, 87 (17%) nos consultórios particulares, 13 (3%) foram identificados na Atenção Primária e sete (1,5%) somente após o óbito (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição do total de casos de TB por local de descoberta no município de estudo (2001-2010)



O intervalo entre o início dos sintomas e o início do tratamento para 217 (44%) doentes foi de cinco a 24 semanas. Os exames mais solicitados foram a baciloscopia de escarro e o RX de tórax (85%), seguido de histologia (10%) e cultura (escarro, tecido ou líquido pleural) (6,5%).

As comorbidades mais encontradas foram o alcoolismo (19,3%), seguido por AIDS (18,9%), diabetes (7%) e outros (10,5%). Além disso, em 220 casos (44,4%)

não havia comorbidades e em 26 casos (5,2%) essa informação não estava disponível.

Houve um aumento do número de internações hospitalares de cinco em 2001 para 22 internações em 2010.

Em 93% das notificações estava informado o tipo de tratamento realizado: em 275 (55,5%) casos o tratamento foi autoadministrado e em 181 (36,5%) o tratamento foi supervisionado.

Houve uma distribuição geográfica homogênea dos locais de residência dos doentes entre as cinco regionais de saúde do município.

Dentre os esquemas terapêuticos utilizados até o ano de 2009, 393 (77%) casos foram tratados com o Esquema I; 39 (8%) com o Esquema IR (esquema I + Etambutol) e três casos com o Esquema III. A partir de 2010, foi implantada no município a mudança do esquema básico, registrando 48 casos (9,5%). Em 20 (4%) casos não havia a informação sobre o esquema terapêutico utilizado, além disso, em duas fichas foi registrado o esquema (RH).

Em relação ao desfecho do tratamento, verificou-se que em 215 (43%) casos não se comprovou a cura, 201 (41%) casos obtiveram a cura da doença, 52 (10%) foram a óbito e em 26 (6%) casos os dados não estavam disponíveis.

DISCUSSÃO

O estudo evidenciou que o número de casos novos notificados/ano manteve-se estável, visto que a taxa de incidência apresentou pequena variação em relação ao crescimento da população no município. A elevada incidência da forma pulmonar da TB ratifica a ocorrência frequente da doença. Dentre as formas extrapulmonares, predominaram a ganglionar e a pleural, como observado em outros estudos, tais características não destoam do perfil epidemiológico do país.

De acordo com os parâmetros nacionais, o número de sintomáticos respiratórios esperados por ano corresponde a 1% da população, ou seja, deste total espera-se encontrar 4%, em média, de doentes. É importante salientar que cerca de 90% dos doentes com TB corresponde à forma pulmonar e, destes, aproximadamente 60% são casos bacilíferos. O Estado de São Paulo notificou 16.290 casos novos de TB no ano de 2010, representando uma taxa de incidência de 39,5/100.000 habitantes, enquanto a capital do estado

apresentou uma taxa de incidência de 54,2/100.000 habitantes.

No município estudado foram notificados apenas 54 casos novos de TB no ano de 2010, aproximadamente 27/100.000 habitantes, o que revela uma divergência da tendência epidemiológica do estado paulista. Este dado também está abaixo do número preconizado de casos novos e notificados pela OMS. Neste sentido, pode-se inferir que há uma subnotificação de casos no município em questão.

Ressalta-se a importância do preenchimento adequado das fichas de notificações, a fim de subsidiar um planejamento adequado das ações de controle da doença, bem como qualificar a assistência, de modo a amenizar as complicações da doença, principalmente nos casos de coinfeção¹⁰.

No que tange ao acometimento entre homens e mulheres, verificou-se maior prevalência da doença no sexo masculino, o que é convergente com resultados de outros estudos e pode ser justificado pela maior exposição desse grupo à doença^{10,11}. Diferentes investigações abordaram as dificuldades encontradas pelos homens na procura e acesso aos serviços de saúde^{12,13}. A percepção que os homens possuem sobre o processo de adoecimento colabora para retardar a procura por um serviço de saúde, o que contribui, na maioria dos casos, para o agravamento do quadro clínico. Além disso, diversos fatores podem dificultar o acesso dos homens ao serviço de saúde entre eles: a dificuldade em expressar as necessidades de saúde, a incompatibilidade de horários de funcionamento dos serviços de saúde e o trabalho, bem como o risco de perder o emprego por causa do absenteísmo em decorrência da doença^{12,13}.

A mediana de idade encontrada nesse estudo aponta uma maior incidência de casos na faixa etária de 39-49 anos. Esses dados são compatíveis com a literatura, embora achados de pesquisas brasileiras evidenciam uma tendência do aumento da incidência de TB entre os idosos^{10,14}. É válido ressaltar, ainda, que na literatura internacional a grande parcela da população acometida pela TB encontra-se principalmente no grupo de pessoas economicamente ativas⁶, que inclui a faixa etária referida.

Concernente à escolaridade, verificou-se dentre os casos notificados que os doentes apresentavam uma média acima dos resultados de outras investigações^{5,15}. Nesse sentido, uma alta escolaridade sugere maior qualificação profissional e inserção no mercado de trabalho, o que

poderia proporcionar maior acesso à informação e aos serviços de saúde.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, nos doentes bacilíferos, com escolaridade acima de oito anos de estudo, evidencia-se percentuais de cura e de abandono, 77,2% e 6,3%, respectivamente¹. Deste modo, verifica-se que no município a taxa de cura (41%) está abaixo do preconizado pelo Ministério, que corresponde a 85% dos casos. Além disso, não foram identificadas nas fichas de notificação informações referentes ao abandono do tratamento.

Outra característica analisada dentre os casos notificados foi relacionada à detecção da TB no serviço de saúde. No município em estudo, o serviço responsável pelo diagnóstico da doença concentra-se na Atenção Secundária e Terciária, respectivamente com 40% e 36%, ao passo que na APS, o diagnóstico ocorreu em apenas 3% das vezes. Esses dados demonstram possíveis falhas na identificação precoce dos sintomáticos respiratórios e contribuem para acentuar a gravidade do quadro clínico, uma vez que o doente procura o serviço de saúde apenas quando não consegue mais lidar com os sintomas da doença. Assim, uma parcela significativa da população recorre às instituições hospitalares por acreditar na maior resolutividade dos casos, visto que o serviço apresenta maior densidade tecnológica.

Ainda com relação à detecção da TB, diferentemente deste estudo, os achados de uma investigação realizada em outro município do estado de São Paulo demonstraram que a porcentagem dos casos identificados na APS foi de 74%¹⁵. Já outra pesquisa realizada em Vitória-ES¹⁶ evidenciou que a APS foi responsável pelo diagnóstico de 19,8%, embora 38% dos pacientes tenham procurado este serviço.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) definiu prioridades no âmbito da APS, principalmente visando ações para serem desempenhadas na Estratégia Saúde da Família (ESF). O fortalecimento da Atenção Primária em Saúde na prevenção e controle da TB tem como objetivo aumentar a autonomia do nível primário de atenção para este orientar os outros níveis, com vistas a assegurar um cuidado integral e humanizado nos serviços de saúde. Visa também garantir o acesso aos serviços especializados conforme o nível de complexidade exigido¹⁷.

Neste panorama, no município estudado a detecção no nível da APS necessita ser aprimorada, a fim de poder contribuir para reorientar as ações de saúde da TB,

contribuir para reorientar as ações de saúde da TB, principalmente quando os serviços de saúde reconhecem no território um espaço para realizar intervenções contínuas, o que facilita o estabelecimento de vínculo e de co-responsabilidade entre a equipe de saúde e a população local.

Por essa razão, torna-se essencial a rediscussão do modelo de atenção à saúde no município, a fim de propor ações de descentralização da doença, conforme preconizado pelo PNCT, com vistas a facilitar o acesso do usuário ao tratamento e à cura. Além disso, é fundamental a maior detecção de casos na APS, especialmente para os casos mais simples (pulmonares bacilíferos) que representam, aproximadamente, 57% do total de casos diagnosticados no país¹.

Outro aspecto identificado é que o intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento foi de cinco a 24 semanas, ou seja, de 30 a 180 dias. Em uma revisão sistemática¹⁸ constatou-se que nos países desenvolvidos o tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico é de 61,3 dias, ao passo que nos países em desenvolvimento a média foi de 67,8 dias. Verifica-se, portanto, que no município estudado este intervalo está acima do aceitável.

A demora pela procura de um serviço de saúde associada ao desconhecimento da doença contribui para o retardo no diagnóstico e, conseqüentemente, para o início do tratamento da TB. É essencial analisar o tempo decorrido até o diagnóstico, visto que possibilitaria conhecer o comportamento da doença na população, contribuindo sobremaneira para a detecção precoce dos casos e o conseqüente rompimento da cadeia de transmissão da TB^{6,19}.

Referente às comorbidades, que são fatores de risco para o acontecimento de formas clínicas mais graves e de diagnósticos mais complexos da doença, o alcoolismo (19,3%) foi a comorbidade mais encontrada neste estudo. Este é considerado fator que dificulta a adesão ao tratamento, por causa do estilo de vida do etilista^{11,20}. A AIDS, que aparece em segundo lugar representando 18,9% dos casos, é apontada como a comorbidade mais grave, visto que aumenta a taxa de incidência da infecção, bem como as complicações decorrentes da doença¹⁰.

A presença significativa da busca por atendimento hospitalar pode estar associada às preferências do doente por determinados serviços. Neste estudo, o serviço de saúde para atendimento foi significativamente em hospitais/serviços de urgência e emergência. Essa escolha pode estar pautada em experiências prévias, bem como em

aspectos organizacionais, a saber: disponibilidade de consultas médicas/exames diagnósticos e flexibilidade de horário de funcionamento⁵.

O hospital continua sendo parte importante da atenção à TB no país, quer seja na realização do diagnóstico ou ainda acolhendo o doente vulnerável. O aumento no número de internações identificado no estudo ao longo dos anos colabora com os resultados de outros pesquisadores^{11,21}. Foram apontados como fatores que podem reforçar a necessidade de internação: ausência de família nuclear ou de uma rede de apoio, ausência de moradia fixa, complicações das comorbidades e falta de informações sobre a doença, principalmente relacionada à sua transmissão, o que resulta na impossibilidade de se finalizar o tratamento de forma ambulatorial²¹.

Quanto ao tratamento utilizado, o Ministério da Saúde adotou dois esquemas terapêuticos para o tratamento da TB no período em questão. No município de estudo, o esquema I (básico) foi administrado em 77% dos casos, o qual é indicado para indivíduos sem tratamento anterior. No esquema IR (esquema I + Etambutol) registrado até o ano de 2009, 8% dos casos, uma vez que esse tratamento era indicado nos casos de recidiva após cura ou retorno após abandono²².

Em agosto de 2008 ocorreu mudança no tratamento da TB com a introdução do Etambutol no esquema básico, na fase intensiva de tratamento, porém essa mudança só foi implantada no município a partir de 2010, sendo registrados 9,5% dos casos no novo esquema. Essa mudança tem como justificativa a comprovação do aumento da resistência à Isoniazida e a resistência primária à Isoniazida associada à Rifampicina²². Por fim, o esquema III, indicado nos casos de falência de tratamento com Esquema I e Esquema IR²³, foi utilizado em apenas três casos.

Quanto ao tipo de tratamento, observa-se que o método supervisionado auxilia um maior acompanhamento e minimiza o risco de abandono do mesmo, que pode estar associado a questões pessoais, tempo de tratamento e problemas familiares²¹. Nesse sentido, o tratamento supervisionado é apontado como ferramenta facilitadora na adesão ao tratamento, já que estabelece um vínculo entre os profissionais com o doente e sua família, além de proporcionar um planejamento mais adequado das ações por conta da maior aproximação com o contexto de vida do doente^{21,23}. O tratamento supervisionado é registrado em apenas 36,5% dos casos, porém torna-se fundamental a adoção dessa estratégia visando à obtenção de resultados positivos nos índices de cura da doença e, conseqüentemente, no controle da cadeia de transmissão,

uma vez que atua diretamente com o doente, assegurando a regularidade no tratamento e na ingestão do medicamento^{15,24}.

De acordo com o desfecho do tratamento da TB registrado nas fichas de notificações, houve a confirmação da cura da doença em apenas 41% dos casos. Desta forma, evidencia-se que no município de estudo este dado está aquém das metas recomendadas pela OMS, que correspondem a 85% de cura e menos de 5% de abandono¹. No entanto, em 43% a cura não foi comprovada, assim, é essencial que as informações disponíveis sejam confiáveis e atualizadas, a fim de subsidiar as ações de controle da doença no município.

CONCLUSÕES

A análise das informações possibilitou identificar uma distribuição homogênea dos casos de TB entre as regionais de saúde do município. Verificou-se que a maior escolaridade é inversamente proporcional à taxa de cura, uma vez que a maior incidência de TB é entre indivíduos

com alta escolaridade, ao passo que a taxa de cura do município no período analisado está sobremaneira abaixo do esperado, conforme preconizado pela OMS.

Observou-se baixa identificação de casos novos na Atenção Primária, além do retardo na implantação do tratamento. No entanto, essas fragilidades proporcionam, nos casos bacilíferos, a continuidade da cadeia de transmissão da doença.

Identificou-se a necessidade de capacitar os profissionais de saúde para maior detecção dos doentes, bem como incentivar as atividades de busca ativa de sintomáticos respiratórios na comunidade, de modo a aumentar o acesso aos serviços de saúde e proporcionar condições para realizar o tratamento de forma ambulatorial. E, assim, diminuir os casos de internações.

Foram constatadas falhas importantes na qualidade das informações disponíveis nas fichas de notificação. Portanto, sugere-se a rediscussão do modelo de atenção à TB adotado no município, visando melhorias em sua linha de cuidado à TB.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Especial Tuberculose. 43; 2012. [acesso em 2012 dez 15]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/bolepi_v43_especial_tb_correto.pdf.
2. Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo. Resultado de tratamento da coorte de casos novos - 2011. São Paulo; 2011 [acesso em 2012 nov 12]. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/hm/TB/tb_num/tb09_coorte.htm.
3. Leung ECC, Leung CC, Tam CM. Delayed presentation and treatment of newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. 2007; 13(3):221-7.
4. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing. Geneva: WHO Report; 2009.
5. Beraldo AA, Arakawa T, Pinto ESG, Andrade RLP, Wysocki AD, Silva Sobrinho RA. Atraso na busca por serviço de saúde para o diagnóstico da tuberculose em Ribeirão Preto (SP). *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(11):3079-86.
6. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2012. Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva: WHO Report; 2012.
7. Gonçalves BD, Cavalini LT, Valente JG. Epidemiological monitoring of tuberculosis in a general teaching hospital. *J Bras Pneumol*. 2010; 36(3):347-55.
8. Ribeiro SA, Matsui TN. Admission for tuberculosis to a university hospital. *J Bras Pneumol*. 2003; 29(1):9-14.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Relatório de situação: São Paulo. 5ª ed. Brasília; 2011. [acesso em 2012 out 22]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/21_sao_paulo_final.pdf
10. Hino P, Takahashi RF, Bertolozzi MR, Egry EY. Coinfection of tuberculosis/human immunodeficiency virus in an administrative district in the city of São Paulo. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(5):755-61.
11. Zanoti MDU, Caliar JS, Yamamura M, Figueiredo RM. Perfil epidemiológico de mulheres internadas por tuberculose em um hospital especializado (2005-2009). *CuidArte Enfermagem*. 2011; 5(2):104-8.
12. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R et
13. Figueiredo WS, Schraiber LB. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina. *Cienc Saude Colet*. 2011; 17(Supl. 1):935-44.
14. Vendramini SHF, Villa TCS, Gonzales RIC, Monroe AA. Tuberculose no idoso: análise de conceito. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2003;11(1):96-103.
15. Caliar JS, Figueiredo RM. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(1):43-7.
16. Loureiro RB, Peres RL, Villa TCS, Dietze R, Maciel ELN. Access to the diagnosis of tuberculosis in health services in the municipality of Vitória, ES, Brazil. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2010; 13(12 Supl 1). Abstract book: S251.
17. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanela L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégias para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Públ*. 2011; 29(2):84-95.
18. Sreeramareddy CT, Panduru KV, Menten J, Van den Ende J. Time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: a systematic review of literature. *BMC Infect Dis*. 2009; 9:91.
19. Maciel EL, Golub JE, Peres RL, Hadad DJ, Fávoro JL, Molino LP, et al. Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitoria, Brazil. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2010; 14(11):1403-10.
20. Colombrini MR, Lopes MH, Figueiredo RM. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na internet]. 2006 [acesso em 2012 nov 11]; 40(4):576-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400018&lng=pt.
21. Assunção CG, Seabra JDR, Figueiredo RM. Percepção do paciente com tuberculose sobre a internação em hospital especializado. *Cienc Enferm* [periódico na internet]. 2009 [acesso em 2012 out 15]; 15(2):69-77. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n2/art08.pdf>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica. Brasília; 2002 [acesso em 2012 out 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tuberculose.pdf
23. Rodrigues IL, Monteiro LL, Pacheco RH, da Silva SE. Abandonment of tuberculosis treatment among patients co-infected with TB/HIV. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2):380-4.
24. Vieira AA, Ribeiro AS. Noncompliance with tuberculosis treatment involving self administration of treatment or the directly observed therapy, short-course strategy in a tuberculosis control program in the city of Carapicubá, Brazil. *J Bras Pneumol*. 2008; 34(3):159-66.

Recebido em: 20/02/2013
Aceite em: 15/04/2013

ACÇÕES EDUCATIVAS E O USO DE ÁLCOOL ENTRE ESTUDANTES DO ENSINO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

EDUCATIONAL ACTIVITIES AND ALCOHOL USE AMONG STUDENTS OF TECHNICAL EDUCATION IN NURSING

CONSUMO DE ALCOHOL Y LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS DE LOS ESTUDIANTES DE ESCUELAS TÉCNICAS EN ENFERMERÍA

Antonia de Fátima Zanchetta Serradilha*, Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert**, Isis Alexandrina Casanova***, Lidia Ruiz-Moreno****

Resumo

Introdução: O consumo de altas doses de álcool é prejudicial para jovens estudantes. **Objetivo:** Analisar o consumo de álcool pelos alunos do Curso Técnico de Enfermagem de um município paulista e as atividades educativas desenvolvidas pela escola para enfrentar o problema. **Material e Método:** Para a coleta de dados foi utilizado parte do questionário sobre Uso de Drogas, desenvolvido pela *WHO-Research and Reporting Project on the Epidemiology of Drug Dependence*, aplicado a 75 estudantes do 2º. ao 4º. módulos, e entrevista a professores e coordenadores do curso. **Resultados:** Os resultados evidenciam que a maioria dos alunos ingere álcool precocemente, por influência da família, amigos, mídia e desejo de autoafirmação. A escola orienta e conscientiza os alunos, divulgando informações sobre os malefícios do álcool, promove palestras e debates sobre o tema, procurando envolver os alunos em suas atividades. **Conclusão:** O estudo indica a necessidade de ações mais efetivas, participativas e continuadas no âmbito da escola e da comunidade.

Palavras-chave: Ensino técnico. Enfermagem. Bebidas alcoólicas. Ensino.

Abstract

Introduction: The consumption of high doses of alcohol is harmful to young students. **Objective:** Analyze the consumption of alcohol by students of a Technical Course in Nursing, in a city of São Paulo state, as well as the educational activities developed by the school in order to face this problem. **Material and Methods:** The data were collected using part of the questionnaire on Drug Abuse, developed by WHO-Research and Reporting Project on the Epidemiology of Drug Dependence, which was applied to 75 students of the 2nd to 4th module, as well as using an interview with teachers and course coordinators. **Results:** The results showed that most students had already started drinking in an early age, influenced by family, friends, media and desire for self-assertion. The school guides and educates students, providing information about the alcohol damages, promoting lectures and discussions about the topic, and trying to engage students in its activities. **Conclusion:** The study strongly suggests the need of more effective, participatory and continued actions within the school and community as well as in the community.

Keywords: Technical education. Nursing. Alcoholic beverages. Teaching.

Resumen

Introducción: El consumo de altas dosis de alcohol es perjudicial para los jóvenes estudiantes. **Objetivo:** Analizar el consumo de alcohol de los alumnos del Curso Técnico de Enfermería de un municipio del Estado de San Pablo y las actividades educativas desarrolladas por la escuela para enfrentar el problema. **Material y Métodos:** Para la recolección de datos fue utilizado el cuestionario sobre Uso de Drogas, desarrollado por WHO-Research and Reporting Project on the Epidemiology of Drug Dependence aplicado a 75 estudiantes del 2º. al 4º. módulo y entrevistas a profesores y coordinadores del curso. **Resultados:** Los resultados evidencian que la mayoría de los alumnos ingiere alcohol precocemente, por influencia de la familia, amigos, medios de comunicación y deseo de autoafirmación. La escuela orienta y conscientiza los alumnos, divulgando informaciones sobre los maleficios del alcohol, promueve conferencias y debates sobre el tema, envolviendo los alumnos. **Conclusión:** El estudio indica la necesidad de acciones mas efectivas, participativas e continuadas en el ámbito escolar y comunitario.

Palabras clave: Enseñanza técnica. Enfermería. Bebidas alcohólicas. Enseñanza.

* Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde. Docente de Enfermagem da Escola Técnica Estadual Elias Nechar e das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP, Brasil. Contato: antonia.zanchetta@terra.com.br

** Doutora em Psicologia da Educação. Professora do Programa de Mestrado Ensino em Ciências da Saúde do CEDESS/UNIFESP, São Paulo, Brasil. Contato: o.seiffert@unifesp.br

*** Mestre em Ensino em Ciências da Saúde pelo Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS/UNIFESP), São Paulo, Brasil. Contato: isiscasanova@hotmail.com

**** Doutora em Ciências Biológicas. Professora do Programa de Mestrado Ensino em Ciências da Saúde do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS/UNIFESP), São Paulo, Brasil. Contato: lidia.ruiz@unifesp.br

INTRODUÇÃO

O álcool etílico é considerado uma droga psicotrópica depressora do sistema nervoso central, podendo, inicialmente, provocar efeitos estimulantes, como euforia, desinibição e loquacidade (maior facilidade para falar). Posteriormente, começam a surgir os efeitos depressores, como sensação de lentidão, sono, perda de interesse pela vida e falta de coordenação motora. Quando o consumo é muito exagerado, pode até provocar o estado de coma. Em longo prazo, dependendo da dose, frequência e circunstâncias, pode provocar um quadro de dependência conhecido como alcoolismo¹.

Há várias definições para uso, abuso e dependência. A Classificação Internacional das Doenças, em sua décima revisão (CID-10), define uso como qualquer consumo, independente da quantidade ou frequência; abuso como um consumo que traz consequências adversas recorrentes e dependência quando o consumo passa a caracterizar um estado funcional².

O consumo de baixo risco quando envolve baixas doses é geralmente acompanhado de precauções para a prevenção de acidentes. O uso nocivo ou abuso envolve o consumo eventual em doses maiores, acompanhado de eventos, como acidentes, brigas e perda de compromissos. Já a dependência engloba o consumo frequente, compulsivo e acompanhado de problemas fisiológicos, sociais e psicológicos³.

O uso de substâncias psicoativas de forma abusiva configura-se como um dos principais problemas de saúde pública da sociedade contemporânea. É um assunto complexo e de difícil resolução, referindo uma abordagem multidisciplinar, integrada e planejada, pois envolve fatores econômicos, sociais, culturais, políticos e ambientais⁴.

Há uma maior preocupação da sociedade com relação ao aumento de consumo de álcool nas últimas décadas, problema correlacionado ao crescimento da criminalidade, acidentes automotivos, comportamentos anti-sociais e evasão escolar.

Estudos epidemiológicos têm sido realizados sobre o uso de drogas por estudantes, a fim de orientar políticas públicas de prevenção e promoção da saúde.

Em nível nacional, destacam-se três estudos sobre o uso de drogas entre estudantes de 1o e 2o graus da rede estadual de ensino, realizados em dez capitais brasileiras, pelo Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina^{5,6}. Os resultados mostraram que o álcool, o

tabaco e os solventes foram as drogas que tiveram maior uso, seguidos pelos ansiolíticos e anfetamínicos.

Os adolescentes frequentemente usam drogas, lícitas ou ilícitas, na maioria das vezes, em caráter experimental, o que pode refletir na idade adulta como padrão de comportamento⁷. As atividades de cunho preventivo-educativo constituem ações importantes entre adolescentes e jovens, principalmente no âmbito da instituição de ensino⁸.

A escola, por ser considerado o primeiro espaço social de inserção da criança, depois da família, tem grande significado na vida do adolescente e contribui para a formação de sua identidade pessoal. Na adolescência, a escola torna-se importante centro de socialização, que possibilita o estabelecimento de uma ampla rede de relações interpessoais, proporcionando ao adolescente a expansão de sua identidade para além da família. Assim, a escola é um dos espaços sociais onde o adolescente começa a elaborar seus projetos de vida⁹, representa a instituição de maior referência para o comportamento e a conduta dos jovens, pois é o local onde o saber é construído por meio de interações de diferentes saberes, entre alunos e educadores, disseminando informações para a comunidade, sendo os alunos a interface entre o saber popular e o científico¹⁰.

Parte da educação em saúde pode ser assumida pela escola, como a promoção, a prevenção e a intervenção no processo saúde-doença dos alunos. Cada vez mais a integração Saúde-Educação se faz necessária no espaço escolar, tendo como multiplicadores profissionais da área da saúde, da educação e os próprios adolescentes¹¹.

Por prevenção de substâncias psicoativas compreende-se um conjunto de estratégias e ações que objetivem a diminuição do consumo de drogas. Sua eficácia dependerá do conhecimento prévio, das condições do ambiente, das características sociodemográficas da população-alvo e do seu padrão de consumo, informações que irão definir o tipo de intervenção que deverá ser realizada¹².

O objetivo deste artigo é caracterizar o consumo de álcool pelos alunos de uma Escola Técnica de Enfermagem em um município do Estado de São Paulo e descrever as atividades educativas desenvolvidas pela instituição para enfrentar o problema. Tem como propósito contribuir para a conscientização e diminuição do uso de álcool.

MÉTODOS

Este estudo, de natureza descritiva-exploratória, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Universidade Federal de São Paulo, Parecer nº. 0867/08, e realizado após a assinatura do Termo de Consentimento Institucional pela Direção da escola e dos participantes (professores e alunos). Participaram da pesquisa estudantes matriculados no segundo, terceiro e quarto módulos do Curso Técnico de Enfermagem. Do universo de 78 estudantes, 75 concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O processo de coleta de dados teve como instrumentos questionários e entrevistas semiestruturadas. Os questionários foram aplicados no período de aulas. O questionário aplicado ao conjunto dos alunos constava de duas partes. A primeira teve como referência parte do questionário desenvolvido pela WHO - *Research and Reporting Project on the Epidemiology of Drug Dependence*¹³. Foram utilizadas apenas as questões sobre características sociográficas e informações sobre o uso de álcool. A segunda parte constava de assertivas, estruturadas segundo a Escala de Likert, e questões abertas que tiveram como foco as atividades educativas desenvolvidas no âmbito da escola.

Para a análise das questões abertas do questionário utilizou-se a análise temática que consistiu em identificar as unidades de contexto e de registro. As primeiras questões referiram-se à delimitação do contexto de compreensão; já as unidades de registro constituíram-se de palavra-chave ou frase, a partir das quais se apreenderam as unidades temáticas¹⁴.

O roteiro de entrevista aplicado a professores e gestores da escola foi estruturado com base nos seguintes eixos norteadores: características sociográficas; uso de álcool pelos alunos; ações educativas desenvolvidas pela escola, componentes curriculares com foco no uso de álcool; motivações, expectativas e sugestões em relação às atividades educativas.

Os dados quantitativos foram sistematizados a partir de tratamento estatístico descritivo e apresentados em tabelas. Os valores de média, mediana e desvio padrão referentes à faixa etária dos estudantes foram realizados no programa SPSS versão 8.0.

Os dados referentes ao consumo de bebidas alcoólicas foram analisados com base nos indicadores de classificação sobre o uso de drogas, preconizados pela OMS¹⁵: uso na vida (uso pelo menos uma vez na vida); uso no ano (uso pelo menos uma vez nos 12 meses que antecederam a pesquisa); uso no mês (pelo menos uma vez

nos 30 dias que antecederam a pesquisa); uso frequente (seis ou mais vezes nos 30 dias que antecederam a pesquisa) e uso pesado (20 ou mais vezes nos 30 dias que antecederam a pesquisa).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 75 alunos que concordaram em participar deste estudo, 29 frequentavam o segundo módulo e 21 o terceiro módulo no turno da manhã. Os demais, 25 estudantes, o quarto módulo no período da tarde. O perfil sociográfico estabelecido compreendeu faixa etária, gênero e estado civil.

A maioria dos participantes tem entre 18 e 24 anos, idade predominante em todos os módulos, representando 62% no 2º., 57% no 3º. e 72% no 4º. módulo do curso Técnico de Enfermagem. Trata-se de uma população em transição, da fase de adolescentes jovens para a fase de adultos jovens. Já cinco estudantes (24%) que cursavam o 3º módulo do curso se encontravam na faixa etária de 37 a 42 anos. Assim, a idade da população variou de 18 a 54 anos, sendo a média de idade 24,31 (SD =/- 7,85) e a mediana, 20 anos.

A população predominante foi do sexo feminino, 70 (93,3%) mulheres e apenas 5 (6,7%) homens, revelando, talvez, a especificidade da profissão no Brasil, pois a maioria das pessoas que concluem os cursos da área de Enfermagem pertencem ao sexo feminino. A maioria, 62 (82,7%) estudantes, declarou-se de cor branca; 10 (13,3%) negros; 2 (2,7%) pardos e amarelos 1 (1,3%). Além disso, os dados mostraram que 48 (61,3%) estudantes eram solteiros, 19 (28%) casados ou que vivem com companheiros, 6 (8%) separados ou divorciados e 2 (2,7%) viúvos. Neste sentido, outros estudos^{16,17} também referem maioria de estudantes solteiros.

Na presente pesquisa a maioria dos pesquisados, 47 (62,7%) estudantes, de todos os módulos, respondeu que não exerce trabalho remunerado, situação que talvez possa ser explicada pelo fato de o curso ser ministrado nos períodos diurno e vespertino.

Consumo de bebida alcoólica pelos alunos do Curso Técnico de Enfermagem

Os dados mostraram que dos 75 estudantes entrevistados, 66 (88%) afirmaram ter consumido bebida alcoólica em algum momento da vida. A distribuição por módulo correspondeu a: 25 (86,2%) do 2º. módulo; 20 (95,2%) do 3º. módulo e 21 (84%) do 4º. módulo. Indagados se fizeram uso de bebidas alcoólicas no último ano prévio ao momento da pesquisa, 58 (77,3%) afirmaram que sim, enquanto 17 (22,7%) responderam negativamente.

Quanto ao uso de bebidas alcoólicas no último mês, prévio a pesquisa, 27 (36%) ingeriram bebidas alcoólicas no período de 1 a 5 dias anteriores; 5 (6,7%) entre 6 a 19 dias anteriores e 9 (12%) em 20 dias ou mais antes da pesquisa; 34 (45,3%) relataram que não consumiram bebidas alcoólicas.

Estes dados coincidiram com outras pesquisas¹⁸ que demonstraram: 11,7% dos pesquisados fizeram uso frequente de bebidas alcoólicas seis ou mais vezes nos 30 dias que antecederam à pesquisa, e 6,2% uso pesado (20 vezes ou mais). No período de um ano, 72,6% da amostra afirmaram ter feito uso de álcool pelo menos uma vez, e 32,4% um mês antes da pesquisa.

No presente estudo, os dados ainda evidenciaram que o consumo de álcool se deu muito cedo, entre o início da fase de adolescentes e de adolescentes jovens (11 a 18 anos). Assim, iniciaram precocemente 14 (66,6%) estudantes do 3º. módulo, 9 (36%) do 4º. módulo e 10 (34,5%) do 2º. módulo, totalizando 33 (44%) estudantes. Entretanto, 14 (18,7%) iniciaram o consumo de álcool após os 18 anos. Em outro estudo com estudantes de enfermagem¹⁸, houve predomínio do uso de álcool (82,1%), dos quais 46,6% se encontravam na faixa etária de 20 a 22 anos, com prevalência do sexo feminino.

No IV e V levantamentos realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicótropas (CEBRID) sobre o uso de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de 10 e 27 capitais brasileiras, respectivamente, o uso de álcool começa precocemente, entre os 10 e 12 anos de idade^{19,20}.

Observou-se, em relação à quantidade de álcool ingerida, que 20 (26,6%) estudantes ingeriram menos de um copo de bebida alcoólica na última vez em que beberam; 14 (18,7%) apenas um gole e 14 de 1 a 15 copos; 11 (14,7%) estudantes beberam de 1 a 12 copos. A distribuição por módulo foi a seguinte: 14 (48,3%) estudantes do 2º. módulo afirmaram que ingeriram de 1 a 15 copos de bebidas alcoólicas, 11 (44%) do 4º. módulo tomaram de 1 a 12 copos e 7 (33,3%) do 3º. módulo, de 1 a 32 copos.

Em referência aos locais de consumo, constatou-se que 19 (25,3%) estudantes experimentaram bebidas alcoólicas pela primeira vez em casa; em bares, danceterias e boates foram 18 (24%); na casa de amigos, parentes e conhecidos 13 (17,4%). Chama a atenção o início do consumo nas residências, apesar de sua pequena diferença

em relação ao consumo em bares, danceterias e boates (Tabela 1).

Tabela 1 - Locais frequentados pelos estudantes do Curso Técnico de Enfermagem quando experimentaram bebidas alcoólicas pela primeira vez

Exposição	2º. Módulo		3º. Módulo		4º. Módulo		Total	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Nunca bebi	4	13,8	1	4,8	4	16,0	9	12,0
Em casa	8	27,6	6	28,6	5	20,0	19	25,3
Casa de amigos / parentes conhecidos	5	17,2	4	19,0	4	16,0	13	17,4
Bar / danceteria / boate	9	31,0	4	19,0	5	20,0	18	24,0
Outros/festas	3	10,4	2	9,6	1	4,0	6	8,0
Não lembro	0	0	4	19,0	6	24,0	10	13,3
Total	29	100,0	21	100,0	25	100,0	75	100,0

A Tabela 2 mostra que 29 alunos (38,7%) decidiram por conta própria ingerir algum tipo de bebida alcoólica; 19 (25,3%) por influência dos amigos e 8 (10,7%) dos familiares. Entre os locais onde os estudantes experimentaram bebidas alcoólicas pela primeira vez está o próprio domicílio (embora a maioria afirme que seus pais não têm o hábito de manter bebidas alcoólicas em casa), seguido de bares, danceterias e boates. É no período noturno que os estudantes consomem bebidas alcoólicas com maior frequência.

Tabela 2 - Pessoas que ofereceram bebida alcoólica pela primeira vez aos estudantes do Curso Técnico de Enfermagem

Exposição	2º. Módulo		3º. Módulo		4º. Módulo		Total	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Nunca bebi	4	13,8	1	4,8	4	16,0	9	12,0
Ninguém (eu mesmo decidi tomar)	8	27,6	10	47,7	11	44,0	29	38,7
Familiares	2	6,9	2	9,5	4	16,0	8	10,7
Amigos	10	34,5	4	19,0	5	20,0	19	25,3
Outros (namorado)	1	3,4	2	9,5	0	0	3	4,0
Não lembro	4	13,8	2	9,5	1	4,0	7	9,3
Total	29	100,0	21	100,0	25	100,0	75	100,0

A Tabela 3 apresentou os dados sobre a companhia, tipo de bebida e local de maior frequência do uso de bebidas alcoólicas pelos estudantes. Os estudantes relataram beber mais com amigos, 32 (32,6%), e a família, 28 (28,6%). As distribuições por módulo demonstraram que 15 estudantes (39,5%) do 2º. módulo e 12 (33,3%) do 4º. módulo beberam em companhia de amigos. Porém, 11 estudantes do 3º. módulo (45,9%) costumam ingerir bebidas alcoólicas na companhia de familiares. As bebidas alcoólicas consumidas com mais frequência são a cerveja, 37 (49,4%), e o vinho, 10 (13,3%). E o local de maior frequência de consumo é fora de casa, 32 (42,7%).

Um número significativo de estudantes do 3º. módulo, 9 (42,8%), ingeriu bebidas alcoólicas na companhia de familiares, em casa, onde também experimentaram bebidas alcoólicas pela primeira vez. Em outro estudo, Carilini-Cotrim e colaboradores²¹ revelaram que os amigos (23,8%) aparecem como importante influência do primeiro uso de álcool na vida dos estudantes.

Tabela 3 - Companhia, tipo e local de maior frequência do uso de bebidas alcoólicas pelos estudantes do Curso Técnico de Enfermagem

	2º. Módulo (N=29)		3º. Módulo (N=21)		4º. Módulo (N=25)		Total	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Com quem costuma tomar bebidas alcoólicas*								
Com meus amigos	15	39,5	5	20,8	12	33,3	32	32,6
Com minha família	8	21,1	11	45,9	9	25,0	28	28,6
Sozinho	4	10,5	2	8,3	5	14,0	11	11,2
Outros (namorado)	1	2,6	0	0	2	5,5	3	3,1
Não costumo beber	10	26,3	6	25,0	8	22,2	24	24,5
Total	38	100,0	24	100,0	36	100,0	98	100,0
Bebida alcoólica que toma com mais frequência**								
Cerveja	12	41,4	12	57,1	13	52,0	37	49,4
Uísque ou vodka ou conhaque	2	6,9	0	0	1	4,0	3	4,0
Vinho	5	17,2	2	9,5	3	12,0	10	13,3
Sidra ou champanhe	0	0	1	4,8	0	0	1	1,3
Não costumo beber	10	34,5	6	28,6	8	32,0	24	32,0
Total	29	100,0	21	100,0	25	100,0	75	100,0
Onde costuma tomar bebidas alcoólicas com mais frequência**								
Em casa	6	20,7	9	42,8	4	16,0	19	25,3
Fora de casa	13	44,8	6	28,6	13	52,0	32	42,7
Não costumo beber	10	34,5	6	28,6	8	32,0	24	32,0
Total	29	100,0	21	100,0	25	100,0	75	100,0

*As percentagens foram calculadas com base no total de situações e não pelo número de informantes, pois os pesquisados tiveram a opção de assinalar mais de uma alternativa.

**As percentagens foram calculadas a partir do total de sujeitos participantes, pois assinalaram uma única alternativa.

Segundo apresentado na Tabela 4, o período de maior frequência de consumo de bebidas alcoólicas é à noite, 40 (42,1%), e de madrugada, 26 (27,4%), em bares, danceterias e boates, que geralmente funcionam no período noturno. Observa-se que o consumo de álcool ocorre também no período do almoço e da manhã.

Tabela 4 - Horário em que os estudantes do Ensino Técnico de Enfermagem consomem bebidas alcoólicas

Horário de consumo das bebidas alcoólicas	2º. Módulo (N=29)		3º. Módulo (N=21)		4º. Módulo (N=25)		Total	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
De manhã	0	0	1	3,6	2	5,7	3	3,1
No almoço	3	9,4	2	7,1	1	2,9	6	6,3
No jantar	0	0	3	10,7	2	5,7	5	5,3
De noite	15	46,9	11	39,3	14	40,0	40	42,1
De madrugada	8	25,0	9	32,1	9	25,7	26	27,4
De tarde	2	6,2	1	3,6	3	8,6	6	6,3
Não costumo beber	4	12,5	1	3,6	4	11,4	9	9,5
Total	32	100,0	28	100,0	35	100,0	95	100,0

Nota: as percentagens foram calculadas com base no total de situações e não pelo número de informantes, pois os pesquisados podiam assinalar mais de uma alternativa.

Pesquisa sobre comportamentos de saúde entre estudantes do ensino fundamental e médio, na faixa etária de 12 a 18 anos da cidade de São Paulo, em 1998, demonstrou que entre os estudantes da rede estadual de ensino, 53,5% bebem com amigos e 39,4%, com a família²¹. Este estudo também refere que os locais mais frequentados pelos estudantes para o consumo de bebidas alcoólicas são bares (44%), danceterias e boates (44%).

A Tabela 5 demonstrou que 7 (8,9%) estudantes dirigiam após consumir bebidas alcoólicas e 4 (5,1%) se envolveram em brigas. Entretanto, foi significativo o número de sujeitos que referiram não ter acontecido nada após terem ingerido bebidas alcoólicas.

Tabela 5 – Conduta dos estudantes do Curso Técnico de Enfermagem após uso de bebidas alcoólicas

Conduta dos estudantes	2º. Módulo (N=29)		3º. Módulo (N=21)		4º. Módulo (N=25)		Total	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Briçou	2	6,3	1	4,3	1	4,2	4	5,1
Faltou à aula	1	3,1	1	4,3	0	0	2	2,5
Faltou ao trabalho	0	0	0	0	0	0	0	0
Dirigiu	2	6,3	2	8,8	3	12,5	7	8,9
Sofreu acidentes (atropelamentos, quedas, colisões, capotamentos)	1	3,1	1	4,3	0	0	2	2,5
Não aconteceu nada disso	26	81,2	18	78,3	20	83,3	64	81,0
Total	32	100,0	23	100,0	24	100,0	79	100,0

Nota: as percentagens foram calculadas com base no total de situações e não pelo número de informantes, pois os pesquisados podiam assinalar mais de uma alternativa.

Estudo de Carlini-Cotrim e colaboradores²¹ também aponta ocorrência de incidentes após a ingestão de álcool: 23,6% dos estudantes que referiram consumo de risco de álcool (cinco doses, considerando uma dose de bebida destilada 40ml, um cálice de vinho do Porto ou licores 85ml, uma taça de vinho 140ml), no intervalo de duas horas, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias, e se sentiram embriagados pelo menos uma vez nesse mesmo intervalo de tempo, envolveram-se em pelo menos uma briga com agressão física nos últimos doze meses e 20,6% sofreram algum acidente.

Ações educativas desenvolvidas pela escola para prevenção do uso de álcool

A instituição educativa tem procurado, talvez ainda de forma incipiente, orientar seus alunos, sobretudo no componente curricular Educação para a Saúde I.

As opiniões dos estudantes sobre as ações educativas no âmbito da instituição estiveram referidas a: participação, envolvimento, interesse, expectativas, estratégias e recursos, facilidades (pontos positivos), dificuldades (pontos negativos) e sugestões.

Em relação ao desenvolvimento de ações educativas para prevenção do uso do álcool na escola: 55 (73,4%) estudantes afirmaram que ocorrem, 11 (14,7%) não souberam dizer e 9 (11,9%) negaram sua ocorrência

Sobre o planejamento das ações educativas 50 (66,6%) afirmaram que ela ocorre, 8 (10,7%) não, enquanto 17 (22,6%) não sabiam. Acerca do interesse e envolvimento dos alunos nesse tipo de atividade, afirmaram interesse 53 (70,6%), 4 (5,4%) não e 18 (24%) não sabiam. Quanto a expectativa dos alunos: houve demonstração por parte de 34 (45,3%), 9 (12%) não tinham expectativa e 32 (42,7%) não sabiam. Referente a participação dos alunos nas avaliações educativas, 41 (54,6%) afirmaram positivamente, 6 (8,1%) não ocorre, enquanto 28 (37,3%) não sabiam.

Quanto à participação dos alunos no planejamento das ações educativas para prevenção do uso de álcool: 50 (66,7%) estudantes concordaram, 17 (22,6%) não souberam referir e 8 (10,7%) discordaram. Sobre a participação ativa dos alunos na realização das ações educativas, 47 (62,7%) relataram que participam, 21 (28%) não souberam responder e 7 (9,3%) não participam ativamente.

Quanto ao interesse e envolvimento dos estudantes nas ações educativas, 53 (70,6%) concordaram que houve envolvimento, 18 (24%) não souberam referir e 4 (5,4%) afirmaram que não existiu. Quanto à consideração de suas expectativas no desenvolvimento das ações educativas: 34 (45,3%) concordaram, 32 (42,7%) não souberam dizer e 9 (12%) negaram.

Em relação à participação dos estudantes na avaliação das ações educativas para prevenção do uso de álcool na escola: 41 (54,6%) concordaram, 28 (37,3%) não souberam dizer, e 6 (8,1%) afirmaram que não participam da avaliação dessas ações.

Sobre as estratégias educativas para prevenção do uso de álcool na escola: 42 (56%) estudantes afirmaram que são desenvolvidos trabalhos em grupos, 33 (44%) apontaram palestras com convidados. Quanto aos recursos didáticos, 45 (60%) estudantes referiram cartazes e 30 (40%) o uso de *data-show*.

Por fim, 62,7% dos estudantes sugeriram ações educativas na escola com o objetivo de prevenir o uso de álcool por meio de: vídeos ilustrativos sobre os malefícios e consequências do uso do álcool (51,1%), depoimentos de ex-usuários de álcool (6,7%) e palestras para todos os cursos da escola (4,9%).

Experiências com ações educativas para a prevenção do uso de álcool foram vivenciadas por 62,7%

dos estudantes (37,3% não responderam a esta questão). Entre os respondentes, 39% já participaram de trabalhos de grupos e 23,7% assistiram a palestras no âmbito da escola. Os temas privilegiados nas ações educativas correspondem aos aspectos biológicos e fisiológicos do uso de álcool.

Quanto à avaliação das ações educativas realizadas na escola, 80% dos estudantes afirmaram que esclarecem e conscientizam sobre os malefícios do álcool; 20% apontaram a falta de atenção e interesse dos estudantes pelas ações educativas, o que pode indicar a necessidade de uma abordagem integral da temática.

Embora a educação em saúde seja um requisito curricular, informações por si só não são suficientes para mudar hábitos. As intervenções pedagógicas precisam desenvolver ações criativas e partir de diagnósticos que permitam dimensionar a magnitude do problema, além de considerar os valores, concepções e conhecimentos prévios dos alunos.

CONCLUSÃO

A pesquisa aponta a ocorrência do uso de álcool pelos estudantes da Escola Técnica de Enfermagem. Em relação ao uso do álcool, chama a atenção a precocidade (idades entre 11 a 18 anos) na ingestão de bebidas alcoólicas pela primeira vez. Os dados permitiram afirmar que os estudantes iniciaram o consumo de álcool no ambiente familiar, posteriormente, com os amigos ou sozinhos. Neste sentido, a instituição educativa tem procurado, de alguma forma, orientar seus alunos, enfatizando os malefícios e consequências de tais hábitos.

Embora a maior parte dos estudantes deste estudo concorde que existem ações educativas desenvolvidas pela escola para prevenção do uso de álcool, apontam que são necessárias atitudes mais comprometidas, como fazer cumprir a lei que proíbe o uso de álcool no âmbito escolar, elaborar e executar um programa abrangente e consistente, capaz de conscientizar o adolescente e o jovem a deixarem as drogas e procurarem afirmar-se pela inteligência, competência, realizações e liderança.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais do Ensino Médio estabelecem bases para um desenvolvimento autônomo dos sujeitos e, para isso, as ações educativas das instituições de ensino precisam estar significativamente relacionadas com as preocupações comuns na vida de todo jovem: aparência, sexualidade e reprodução, consumo de drogas, hábitos de alimentação, limite e capacidade física, repouso, atividade, lazer.

As atividades educativas devem enfatizar, além dos aspectos biológicos e fisiológicos, as consequências sociais, como brigas, acidentes de trânsito, faltas ao serviço e à escola, dissolução familiar, gastos e, sobretudo, a dependência que o uso de álcool pode provocar. Além disso são importantes as ações de promoção da saúde que incluam atividades recreativas, esportivas e de integração social. O desenvolvimento dessas ações com adolescentes implica em valorizar a autonomia e sua capacidade para liderar e participar ativamente das decisões sobre o processo de ensino-aprendizagem.

O conjunto dos gestores, docentes, estudantes, funcionários, familiares e comunidade deve ser envolvido em ações de promoção da saúde e bem-estar, construindo, discutindo e desenvolvendo, coletivamente, as mais diversas estratégias: palestras, dramatizações, depoimentos de usuários e ex-usuários, parceria com

instituições especializadas, proposta político-pedagógica inter e multidisciplinar. Para tornar a aprendizagem significativa é preciso associá-la com experiências da vida cotidiana ou com os conhecimentos adquiridos espontaneamente, em outras palavras: contextualizar os conteúdos, considerando no caso a interdisciplinaridade, seu fundamento epistemológico e psicológico.

Para finalizar, a qualidade em educação e saúde deve ser permeada pela valorização de todos os atores que se encontram implicados neste processo, com autonomia, corresponsabilidade, vínculo solidário e acolhimento. Isso permitirá a identificação das necessidades sociais, desejos, interesses coletivos e subjetivos, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão para estimular práticas de atenção compartilhadas e resolutivas nesses ambientes.

REFERÊNCIAS

1. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Livro informativo sobre drogas psicotrópicas: leitura recomendada para alunos a partir da 6.ª série do ensino fundamental. 3ª ed. São Paulo: SENAD; 2006.
2. Organização Mundial de Saúde. CID 10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: OMS; 1998. v. 2.
3. São Paulo (Cidade). Guia prático sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais de saúde. São Paulo: Secretaria de Participação e Parceria; 2006.
4. Laranjeiras R. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. São Paulo: CREMESP/AMB; 2003.
5. Carlini-Cotrim B, Carlini ELA. O consumo de solventes e outras drogas em crianças e adolescentes de baixa renda na cidade de São Paulo: parte 1. Estudantes de primeiro e segundo grau da rede estadual. Rev ABP-APAL. 1987; 9(2):49-58.
6. Carlini EA. O uso de drogas psicotrópicas por estudantes de 1º e 2º grau da rede estadual, em dez capitais brasileiras, 1987. In: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil em 1987. Brasília: Ministério da Saúde; 1989.
7. Galduróz JC, D'Almeida V, Carvalho V, Carlini EA. III Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1o e 2o grau em 10 capitais brasileiras, 1993. São Paulo: CEBRID; 1994.
8. Serradilha AFZ, Ruiz-Moreno L, Seifert O. Uso de tabaco entre estudantes do ensino técnico de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2010; 19:479-87.
9. Tavares BF, Beria JU, Lima MS. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. Rev Saúde Pública. 2001; 35(2):150-8.
10. Reato LFN, Silva LN, Raniña FF. Introdução. In: São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. Manual de atenção à saúde do adolescente. São Paulo: SMS; 2006. p. 17-8.
11. Goldfarb LCS. Tabagismo: estudo em adolescentes e jovens. In: Schor N, Mota MSFT, Castello-Branco VC. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 162-79.
12. Andrade AG, Bahasit AZ, Mesquita AM, Fukushima JT, Gonçalves EL. Prevalência do uso de drogas entre alunos da faculdade de medicina da Universidade de São Paulo, 1991/1993. Rev ABP-APAL. 1995; 17(2):41-6.
13. Smart RG. A methodology for student drug-use surveys. Geneva: WHO; 1980.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
15. Organização Mundial da Saúde. WHO Expert Committee on Drug Dependence, thirtieth report. Geneva: OMS; 1998.
16. Silva EF, Pavani RAB, Moraes MS, Chiaravallotti Neto F. Prevalência do uso de drogas entre escolares do ensino médio do município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006; 22(6):1151-8.
17. Silva LVER, Malbergier A, Stempluk VA, Andrade AG. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. Rev Saúde Pública. 2006; 40(2):280-8.
18. Pillon SC, Webster CMC. Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool entre estudantes universitários. Rev Enferm UERJ. 2006; 14(3):325-32.
19. Mardegan PS, Souza RS, Buaz V, Siqueira MM. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de enfermagem. J Bras Psiquiatr. 2007; 56(4):260-6.
20. Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA. V Levantamento sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: CEBRID; 2004.
21. Carlini-Cotrim B, Gazal-Carvalho C, Gouveia N. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2000; 34(6):636-45.

PROPOSTA DE UMA INTERVENÇÃO TELEFÔNICA PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO

PROPOSAL OF A PHONE INTERVENTION FOR SMOKING CESSATION

PROPUESTA DE UN LLAMADO A LA ACCIÓN DE DEJAR DE FUMAR

Silvia Maria Ribeiro Oyama*, Eliane Corrêa Chaves**

Resumo

Introdução: A Teoria Cognitiva Comportamental tem sido utilizada nos programas de cessação do tabagismo e tem apresentado resultados satisfatórios na sua aplicação. A abordagem telefônica também tem sido utilizada no tratamento dos fumantes, seu uso é recente e sua efetividade ainda não é consolidada. **Objetivo:** Descrever e avaliar a uma estratégia de intervenção telefônica para cessação do tabagismo. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo longitudinal. Para isso, a dependência à nicotina foi avaliada através da aplicação do teste Fagerström, após o tempo controle e a intervenção. **Resultados:** Foram incluídos 101 indivíduos integrantes de uma Unidade Básica de Saúde no Estado de São Paulo. Obteve-se uma abstinência imediata de 67,3% ($p=0,001$) e diminuição da dependência à nicotina ($p=0,001$). **Conclusão:** Estes resultados sugerem uma efetividade do uso do protocolo baseado na Teoria Cognitiva Comportamental na intervenção telefônica para cessação do tabagismo considerando-se a amostra estudada.

Palavras-chave: Tabagismo. Telefone. Terapia cognitiva. Terapia comportamental.

Abstract

Introduction: Cognitive Behavioral Theory has been used in programs for stopping smoking and has shown satisfactory results through its application. The telephone approach has also been used in smokers treatment. Its use is recent and its effectiveness is not yet consolidated. **Objective:** Whose aim was describing and evaluating an intervention strategy through phone approach in order to stop smoking. **Methods:** It's a longitudinal descriptive study. Therefore, nicotine dependence was assessed using the Fagerstrom test after time control and, intervention. **Results:** 101 members of a UBS in the state of Sao Paulo were enrolled in the program. Results showed an immediate smoking withdrawal of 67.3% ($p=0.001$) as well as a decreased nicotine dependence measured by the test of nicotine dependence ($p=0.001$). **Conclusion:** These results suggest effectiveness of using a protocol based on Cognitive Behavioral Theory in telephone intervention for stopping smoking in this population.

Keywords: Smoking. Telephone. Cognitive therapy. Behavioral therapy.

Resumen

Introducción: La teoría cognitivo-comportamental se ha utilizado en programas para dejar de fumar y ha presentado resultados satisfactorios en la aplicación. El enfoque de teléfono también se ha utilizado en el tratamiento de los humeantes, su uso es reciente y su eficacia todavía no está consolidada. **Objetivos:** Proponer y evaluar una estrategia de intervención por medio del teléfono para dejar de fumar. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo longitudinal. Para ello, la dependencia de la nicotina se evaluó mediante el test de Fagerström después del control de tiempo de aplicación y la intervención. **Resultados:** 101 sujetos fueron incluidos los miembros de una Unidad Básica de Salud en el Estado de São Paulo. Se obtiene una retirada inmediata del 67,3% y una disminución de la dependencia de la nicotina. **Conclusión:** Estos resultados sugieren una eficacia de la utilización del protocolo basado en la teoría del comportamiento cognitivo en la intervención telefónica para dejar de fumar, teniendo en cuenta la muestra.

Palabras clave: Hábito de fumar. Terapia cognitiva. Terapia conductista.

* Enfermeira Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto (EEUSP). Doutora em Ciências (EEUSP). Professora da Faculdade de Campo Limpo Paulista, Centro Universitário Padre Anchieta e Universidade Nove de Julho. Contato: silviaoyama@yahoo.com.br

** Enfermeira Mestre em Enfermagem (EEUSP). Doutora em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo. Professora Doutora do Departamento Médico Cirúrgico da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

INTRODUÇÃO

O tabagismo é um dos mais importantes problemas de saúde pública. Apesar dos 40 anos passados, desde o primeiro documento oficial, *Surgeon General Report*, que relata sobre os prejuízos do fumo à saúde, este ainda persiste como uma das principais causas preveníveis de morte no mundo¹.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o tabagismo representa o ato de consumir cigarros ou outros produtos que venham a conter o tabaco, cujo princípio ativo é a substância nicotina².

O consumo do tabaco é a mais importante causa evitável de doenças e mortes prematuras da história da humanidade, atingindo proporções de uma epidemia global e representa, atualmente, o principal fator de risco evitável de doenças graves³.

Existe uma associação importante do tabagismo com uma série de doenças oftalmológicas, cardiovasculares, cerebrovasculares e pulmonares, além da relação direta do tabagismo com alcoolismo, câncer, sinais e sintomas depressivos e depressão⁴.

Uma pesquisa realizada em dezesseis capitais brasileiras, pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2002-2003, com 23.457 indivíduos, intitulada "Inquérito Domiciliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidades Referidas de Agravos não Transmissíveis", mostrou uma prevalência de fumantes de 19%, variando de 12,9% em Aracajú a 25,2% em Porto Alegre. Este resultado demonstra uma prevalência menor se comparado aos dados encontrados em pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1989, cuja prevalência encontrada foi de 31,7%⁵.

Entre os fumantes, 80% manifestam interesse em parar de fumar, mas só 3% o conseguem a cada ano⁶. Observa-se que os altos índices de dependência ao tabaco ainda persistem ao final da primeira década do século XXI⁷. Assim, é essencial que sejam alcançados avanços na área de cessação do tabagismo para que os serviços existentes melhorem sua qualidade e para que os fumantes possam ter, por meio de métodos aperfeiçoados e facilitados, um maior acesso a estes.

A intervenção telefônica pode ser um método para facilitar o acesso do fumante ao serviço de atendimento, podendo apresentar uma boa relação custo benefício. Esta abordagem tem como grande vantagem a diminuição de barreiras, como a distância do local de tratamento ou a falta

de tempo do paciente. Este método também é uma alternativa de atendimento para fumantes com dificuldades de deslocamento e também para aqueles que necessitam de atendimentos intensivos⁸.

Os estudos disponibilizados na literatura apresentam diversidade de métodos e os dados disponíveis têm demonstrado resultados positivos. Estudo realizado na Escócia, em 1994, com adultos fumantes regulares que procuraram o serviço telefônico para cessação do tabagismo, mostrou que durante o segundo ano da campanha, a prevalência de fumantes em indivíduos de 25 a 65 anos foi 6% menor que a prevalência antes do início da campanha. Neste estudo, 23,6% dos fumantes referiram não fumar após um ano e 88% referiram ter modificado o hábito de fumar⁹.

A Teoria Cognitiva Comportamental (TCC) utilizada para embasar este estudo é uma aproximação do construto teórico das teorias comportamental, da cognitivista e do conjunto de estratégias psicoterápicas decorrentes da aplicação destes conhecimentos. Os procedimentos destinam-se a modificar o pensamento distorcido, bem como o comportamento disfuncional, visando contribuir para que o cliente consiga atingir suas expectativas reais de vida e alterar as emoções e comportamentos indesejados. Esta abordagem também tem uma função educacional, centrada na modificação de valores e crenças que envolvem o comportamento a ser modificado¹⁰.

Sendo assim, este estudo teve a finalidade de propor um modelo de intervenção telefônica para cessação do tabagismo e avaliar sua efetividade.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de campo, quantitativo, descritivo, longitudinal. Foram incluídos no estudo 101 indivíduos regularmente matriculados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do interior de São Paulo. Os critérios de inclusão foram: estar matriculado na UBS; ser fumante e alfabetizado; possuir telefone próprio; assinar e concordar com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e ter idade igual ou maior de 18 anos.

A coleta de dados teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o nº 682/2007/CEP-EEUSP. No primeiro contato, os indivíduos foram convocados a participar de uma reunião na UBS, onde foi esclarecido o funcionamento do atendimento telefônico, os objetivos e o *modus operandi* da pesquisa.

Após a assinatura do TCLE, e a fim de atender aos objetivos propostos neste estudo, foi aplicado um questionário com perguntas referentes à caracterização sociodemográfica e o teste de Dependência à Nicotina de Fagerström, preenchido pelos interessados. O teste possui uma aplicação simples, rápida e de baixo custo¹¹. É utilizado mundialmente como ferramenta de avaliação e consiste em um questionário de seis perguntas de escolha simples. Para cada alternativa das questões do teste, existe uma pontuação. A soma dos pontos permite a avaliação do grau de dependência à nicotina. O Teste de Fagerström tem demonstrado associação entre medidas bioquímicas relacionadas com a quantidade de cigarros usados, através das dosagens de cotinina plasmática, urinária e gás carbônico no ar expirado. No estudo representou o tempo zero (T0). Após oito semanas da data da reunião, foi realizada a primeira intervenção telefônica. Neste contato foi atualizado o Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström e que representou o tempo um (T1). O Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström foi preenchido novamente na oitava e última intervenção, representando o tempo dois (T2).

A intervenção telefônica utilizou como bases teóricas a Teoria Cognitiva e a Teoria Comportamental para direcionamento da intervenção. Os participantes da pesquisa foram acompanhados por, aproximadamente, dois meses, período no qual estes receberam a intervenção telefônica semanal. Para a análise estatística foi utilizado o teste não-paramétrico de McNemar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No grupo estudado, observou-se o predomínio do sexo feminino, 70 (69,3%), casados, 62 (61,4%), que cuidavam da casa (prezadas do lar), 41 (40,7%), com faixa etária predominante entre 40 e 49 anos, 35 (34,7%). Houve predominância de participantes, 82 (81,2%), com uma renda *per capita* entre R\$ 501,00 e R\$ 1.000,00. Quanto à escolaridade, houve predomínio de indivíduos que não terminaram o ensino médio, 54 (53,5%).

Após a aplicação do programa de intervenção para cessação do tabagismo e da análise dos dados resultantes, observou-se uma efetividade imediata do programa, pois 68 (67,3%) ($p=0,001$ / McNemar $p<0,05$) indivíduos cessaram com o tabagismo e 101 (100%) ($p=0,001$ / McNemar $p<0,05$) reduziram a dependência à nicotina.

Proposta de intervenção

A estrutura utilizada para a intervenção telefônica teve como base o modelo formulado por Judith Beck¹⁰. Durante todo o processo de intervenção, três métodos nortearam o atendimento e foram realizados na maior parte dos contatos. Tais métodos englobam a identificação e avaliação dos pensamentos automáticos, identificação e avaliação das crenças disfuncionais, ambas baseadas na Teoria Cognitiva, e a análise funcional do comportamento, baseada na Teoria Comportamental. Estes métodos foram utilizados em conjunto com algumas técnicas cujos enfoques encontram-se na Teoria Cognitiva e na Teoria Comportamental.

Descrição dos métodos utilizados na intervenção

1) Identificação e avaliação dos pensamentos automáticos

O modelo cognitivo afirma que a interpretação de uma situação é frequentemente expressada em pensamentos automáticos, ou seja, há uma distorção da realidade, influenciando as respostas emocional, comportamental e fisiológica¹².

A interpretação errônea de situações neutras ou negativas pode dificultar a mudança desejada de um comportamento. Porém, a avaliação e a correção destes pensamentos ajudam o indivíduo a sentir-se melhor e a alcançar a mudança de comportamento almejada¹².

Quando o indivíduo torna-se ciente de seus pensamentos, pode-se realizar uma checagem da realidade com possibilidade de mudança de pensamento. Embora os pensamentos automáticos pareçam surgir espontaneamente, eles tornam-se previsíveis. O papel do profissional está voltado na identificação e avaliação destes pensamentos disfuncionais¹².

Estes pensamentos são frequentemente breves e o cliente normalmente está mais ciente da emoção que sente em decorrência do pensamento do que no pensamento em si¹². Exemplo: um sujeito pode estar ciente que está triste e decepcionado, porém inconsciente de seus pensamentos: "Eu não consigo ficar sem fumar", "Eu sou um fraco por fumar tanto".

Neste estudo, explicou-se aos clientes que o pensamento influencia no sentimento e que, às vezes, estes pensamentos não estão corretos, ou estão apenas parcialmente corretos.

Nesta abordagem, as etapas da intervenção consistiram em: identificação dos pensamentos automáticos, avaliação destes pensamentos e realização de

uma resolução quando estes eram verdadeiros.

As técnicas utilizadas para modificação dos pensamentos automáticos neste estudo foram baseadas na estruturação realizada por Judith Beck, e consistiu no trabalho das respostas referentes às perguntas básicas: "O que estava passando pela sua cabeça neste momento?", "Sobre o que você acha que estava pensando?", "O que esta situação significou para você?".

Após a identificação dos pensamentos automáticos, realizou-se a avaliação destes, através de uma análise em conjunto com o cliente. Verificou-se também sua validação e desenvolveu-se uma resposta mais adaptativa. Exemplos de pensamentos automáticos relatados pelos clientes: "Eu sou um fraco", "Eu não consigo", "O cigarro é meu melhor amigo", "Não sou ninguém sem o cigarro".

A identificação, avaliação e resolução dos pensamentos automáticos foram realizados no decorrer dos contatos. Objetivando o ensinamento deste processo, ensinou-se o indivíduo a realizar esta análise. Nas primeiras sessões, a pesquisadora conduziu a análise na maior parte do tempo, incentivando o cliente a desenvolver esta habilidade de modo que, no final dos contatos, o cliente foi a figura que mais conduziu o processo.

2) Identificação e avaliação das crenças disfuncionais

As crenças disfuncionais são as crenças ou entendimentos mais profundos que frequentemente são desarticulados e que o indivíduo tem sobre si mesmo, os outros e seu mundo pessoal, e que originam os pensamentos automáticos específicos¹².

Neste estudo, para a identificação destas crenças dos fumantes, reuniu-se dados sobre os pensamentos automáticos, emoções e comportamentos de cada sujeito. Tentou-se construir o Diagrama de Conceituação Cognitiva que retrata o relacionamento entre as crenças e os pensamentos automáticos atuais.

A Conceituação Cognitiva é uma hipótese sobre pensamentos, suposições, emoções e crenças do indivíduo. Ela pode ser reformulada no decorrer do atendimento, à medida que novas informações e evidências aparecerem¹². Realizou-se com cada cliente um Diagrama de Conceituação Cognitiva; escolheu-se uma crença básica que o indivíduo apresentava sobre o cigarro e as situações envolvidas com o ato de fumar, os pensamentos, as emoções e os comportamentos relativos a essa crença, permitindo, assim,

uma análise e uma probabilidade de mudança desta crença disfuncional trabalhada.

Após a identificação das crenças disfuncionais, examinou-se junto com o indivíduo as vantagens e desvantagens de continuar tendo aquela determinada crença. Neste momento, as vantagens da crença disfuncional foram amenizadas e as desvantagens foram reforçadas, sendo formulada uma crença mais adaptativa. Exemplo: Crença disfuncional: O cigarro me faz bem. Crença adaptativa: O cigarro alivia minha ansiedade e traz consequências ruins à minha saúde.

3) Análise funcional do comportamento

A análise funcional é a identificação das relações entre os eventos ambientais e as ações do indivíduo. Para estabelecer estas relações, deve-se especificar a ocasião em que a resposta ocorre, a própria resposta e as consequências reforçadoras. Para identificar as relações entre variáveis ambientais e o comportamento de interesse, inicia-se a descrição da situação antecedente e da subsequente, para em seguida verificar-se quais destes eventos de fato exercem controle sobre a resposta analisada¹³.

Tomando por base a observação e registro do comportamento é possível identificar as condições em que ele ocorre e encontrar seus determinantes. Uma vez encontrados os determinantes do comportamento, é possível predizê-los, prever a sua ocorrência e controlá-los, ou seja, aumentar ou diminuir a probabilidade da ocorrência de uma resposta e princípios básicos de análise do comportamento¹³.

No desenvolvimento deste estudo, o comportamento fumar foi registrado através da técnica de automonitoração. Sua utilização no início do acompanhamento salienta a natureza cooperativa e de autoajuda. Essa técnica é flexível, pode ser aplicada a uma grande variedade de problemas explícitos e encobertos e é capaz de proporcionar informações sobre muitos aspectos dos comportamentos disfuncionais¹⁴.

Este registro engloba duas fases: na primeira, o indivíduo nota a ocorrência do comportamento a ser trabalhado; na segunda, ele registra as contingências em que este comportamento ocorreu¹⁵. A automonitoração escolhida neste estudo foi o uso do diário, que incluiu contadores de frequência e autoavaliação^{14,15}.

Para desenvolver o estudo, o diário foi composto

pelos seguintes informações: registro da hora, local e a quantidade de cigarros que a pessoa fumou. Também houve a descrição do comportamento anterior e posterior ao ato de fumar.

Descrição das técnicas da intervenção telefônica

1) Técnicas utilizadas na abertura

Construção do contrato: a elaboração do contrato do atendimento foi iniciada no primeiro contato telefônico. Foi abordada a frequência das ligações e estipulado um agendamento do horário de atendimento. Neste momento, foi reforçada a importância do cumprimento deste horário pré-estabelecido, sendo informado que duas faltas (não recebimento da ligação telefônica) consecutivas ou três faltas alternadas caracterizariam a desistência do cliente ao programa. Também foram abordadas as responsabilidades do pesquisador e do participante.

Construção de uma aliança terapêutica segura: a aliança terapêutica deve ser construída com segurança, cordialidade, empatia, atenção, respeito e competência¹⁶. No primeiro contato, iniciou-se a construção desta aliança, sendo abordada a questão do sigilo e duração prevista do contato e do processo de atendimento.

Os clientes sentem-se valorizados e entendidos quando é demonstrada a empatia, a compreensão dos seus problemas e ideias, através de perguntas e declarações atenciosas¹⁶.

Ponte com o atendimento anterior: saber o que será indagado sobre o atendimento anterior motiva o cliente a se preparar para o atendimento atual, pensando sobre o atendimento na semana¹⁶.

A partir do segundo contato, foi estabelecida uma ponte com o atendimento anterior, resgatando os pontos mais importantes do atendimento já realizado.

Atualização do estado atual do cliente: a partir do segundo contato, após a ponte com o contato anterior, foram atualizadas as informações principais sobre o comportamento de fumar. Esta atualização permitiu uma análise do processo, direcionando o atendimento.

Avaliação problema: deve conter a investigação da origem e o curso deste, assim como todos os tratamentos prévios recebidos e a medicação que o cliente utiliza¹⁶.

Para todos os clientes foi realizada esta avaliação. As situações nas quais eram mais provável que ocorresse o ato

de fumar foram avaliadas juntamente com as cognições envolvidas neste comportamento.

Análise das dificuldades para a cessação do tabagismo e busca de alternativas: as dificuldades apresentadas pelos clientes nas tentativas anteriores para cessação do tabagismo, ou aquelas que eles supunham ter que enfrentar no processo, foram levantadas e analisadas. O objetivo desta análise foi encontrar junto a cada indivíduo alternativas de superação destas dificuldades, minimizando o impacto negativo que elas pudessem causar.

2) Técnicas utilizadas no corpo do atendimento

Informação e orientação ao cliente: informações sobre o modelo de atendimento, avaliação do problema de forma a ajudá-lo a compreender de maneira mais real suas dificuldades. O início da desmistificação das interpretações catastróficas e a obtenção de uma sensação de maior domínio e controle sobre o problema facilitam o processo de atendimento¹⁷. Durante os atendimentos foram abordados os malefícios do cigarro, benefícios da cessação, formas de parada e como realizá-las. As orientações fornecidas ao cliente podem produzir um considerável alívio no indivíduo e induzir seu envolvimento cooperativo, fundamental no processo de atendimento¹⁷.

Estabelecimento da tarefa de casa: as atividades realizadas em domicílio proporcionam oportunidades para o indivíduo educar-se, coletar dados e testar os pensamentos e as crenças a fim de modificá-los, praticar as ferramentas cognitivas e comportamentais e experimentar comportamentos novos. A tarefa de casa pode maximizar o que foi aprendido no atendimento e conduzir para um aumento no sentimento de autoeficácia do cliente¹⁷.

As atividades foram escolhidas junto com cada participante, conforme o andamento do processo de atendimento. Exemplos: aprimoramento da lista de metas; leitura sobre o tema; leitura das anotações do atendimento; registro dos pensamentos, sentimentos e crenças; modificação de alguns objetos no ambiente e modificação de algumas rotinas.

Revisão da tarefa de casa: em cada atendimento a revisão da tarefa reforça este comportamento e comunica o valor do trabalho entre os atendimentos. Se a tarefa não é revisada, o indivíduo pode começar a acreditar que isso não é importante e a adesão à realização da tarefa pode cair consideravelmente¹⁸.

Prevenção de recaída: a prevenção de recaída é um programa de automanejo que visa melhorar o estágio de manutenção do processo de mudança de comportamentos. É necessário explorar as crenças e os comportamentos que facilitam a manutenção do comportamento. Conforme o modelo da prevenção de recaída, diante de uma situação de alto risco, existem duas possibilidades: a resposta de enfrentamento ou nenhuma resposta de enfrentamento. Na primeira possibilidade, a cada vez que o indivíduo tem resposta adequada que o proteja do uso de droga, há aumento da autoeficácia (avaliação positiva sobre sua própria capacidade de atingir uma meta). Com isso, diminui a probabilidade de recaída. No caso contrário, a falta de resposta de enfrentamento leva a uma diminuição da autoeficácia que, associada a crenças disfuncionais sobre os efeitos da droga, leva ao uso inicial e aumenta a probabilidade de recaída¹⁹.

Estabelecimento de metas: as metas envolvem uma questão de valores e preferências pessoais. A pesquisadora deve respeitar sempre as decisões do indivíduo quanto à escolha dos mesmos, embora deva mostrar a sua opinião quando necessário, fornecendo-lhe opções, auxiliando-o a produzir várias possibilidades de ação ao analisar as consequências positivas e negativas de cada uma e, então, aceitar a decisão do cliente²⁰.

No primeiro contato, verificou-se com cada participante as metas a serem trabalhadas e juntamente com ele, escolheu-se a mais apropriada para a cessação do tabagismo, conforme a realidade de possibilidades de cada um.

Ensino da técnica de distração: muitos indivíduos acabam fumando pela ansiedade. A ansiedade pode levá-los a experimentar imagens ameaçadoras recorrentes, seja de um acontecimento passado traumatizante, seja uma cena imaginativa²¹. A ansiedade pode incentivá-los a fumar com maior frequência.

A técnica de distração pode ser eficaz no controle da ansiedade. Pode ser empregada com a solicitação para que o indivíduo centre fortemente ou ilimitadamente seus pensamentos em algum objeto externo. Pode tomar outras formas, como o exercício físico, ou a dedicação a outra atividade, por exemplo, as atividades manuais, crochê, tricô, pintura, entre outras²¹.

Estas estratégias foram indicadas para o cliente com o objetivo de reduzir a ansiedade, proporcionando a

diminuição ou extinção do ato de fumar. Para as mulheres as técnicas mais propostas e realizadas foram as atividades manuais como crochê e artesanatos. Já para os homens as atividades foram pintura, jardinagem e manuseio de madeiras.

Treinamento assertivo: implica na identificação das situações problema, seguida da modelação de respostas mais apropriadas e eficazes. O treinamento das novas respostas comportamentais implica que a pesquisadora represente o papel da pessoa com a qual o cliente tem problemas e que este pratique suas próprias respostas²¹. Isso foi realizado em algumas situações problemáticas levantadas pelo fumante que englobavam problemas entre o participante e o marido, namorados, filhos e chefias.

Indicação para o uso de material suporte: o uso de materiais escritos pode auxiliar os indivíduos a modificar seus comportamentos, pensamentos e sentimentos. Os requisitos para uma utilização com êxito incluem habilidades de leitura que sejam compatíveis com o nível de leitura apresentada²². A pesquisadora informou os locais de acesso aos materiais sobre o tabagismo de acordo com realidade de cada participante. Foram indicados sites, livros e materiais disponíveis na UBS.

Treinamento de habilidades e ensaio comportamental: a falta de habilidade para lidar com algumas situações específicas pode dificultar a manutenção do novo comportamento. As principais dificuldades de habilidade acontecem nas seguintes situações: sentimentos negativos, assertividade, fazer críticas, receber críticas, comunicação, recusar droga, dizer não, socialização, frustrações, adiar prazeres, reconhecer e enfrentar situações de risco, fissura e realizar um planejamento²².

O ensaio comportamental é a reprodução motora de palavras e ações do comportamento utilizado para problemas interpessoais, com o objetivo de praticar e reter respostas mais adequadas ao contexto antes da exposição fora do atendimento. Com essa representação é possível adquirir maior repertório de respostas e fortalecer os comportamentos já existentes²³.

Também é utilizado para o cliente mostrar o que normalmente faz em uma circunstância específica, para levantar as dificuldades que permeiam algumas situações e simular possíveis consequências negativas que possam ocorrer com determinado comportamento. É útil para

reviver um episódio que gerou consequências emocionais danosas²³.

Pode-se modelar qualquer habilidade na qual o cliente seja deficiente e, logo, fazer com que este ensaie até dominá-la. Por exemplo, pode-se ensinar o cliente a descrever os antecedentes e os consequentes, através da modelação de descrições apropriadas e empregando exemplos que lhe são familiares²².

Neste estudo esta técnica foi empregada em pelo menos dois atendimentos. O cliente escolhia uma situação específica com a qual tinha dificuldade em lidar e a pesquisadora em conjunto com ele realizava a representação da situação com o objetivo de aumentar o repertório de respostas e comportamentos para aquela situação.

3) Técnicas utilizadas na finalização do atendimento

Resumo do atendimento: ao final de cada atendimento, realizou-se um resumo dos temas abordados. Após a terceira abordagem, incentivou-se o cliente a realizá-los.

Esclarecimentos de dúvidas: durante todo o atendimento telefônico as dúvidas foram sendo esclarecidas e, no final de cada atendimento, a pesquisadora questionou se o fumante tinha alguma dúvida. Caso fosse positivo, ele era esclarecido no mesmo momento.

Após a aplicação do programa de intervenção para cessação do tabagismo e da análise dos dados resultantes, observa-se uma efetividade imediata do programa com 100% dos indivíduos com dependência baixa.

Não foi possível comparar tais resultados com dados da literatura uma vez que não há estudos que se assemelham com a forma de abordagem e o método aqui apresentado, no entanto, considerando apenas a via de contato, vários estudos têm utilizado a abordagem telefônica para cessação do tabagismo. Nestes, observa-se que a efetividade foi menor do que aqui obtida, variando de 14,7% a 25% (efetividade imediata), fato que pode ser justificado pelo método adotado nestas intervenções, pois a maior parte deles baseia-se no fornecimento de informações, orientações e na aplicação restrita de estratégias para modificação do comportamento, não sendo trabalhado todo o processo de mudança comportamental propriamente dito.

Em um programa da Nova Zelândia, os fumantes recebiam mensagens pelo telefone celular com

informações, orientações, técnicas de distração e contagem regressiva para o dia da parada. Foram acompanhados por seis semanas, sendo enviadas de cinco a seis mensagens por semana. A abstinência alcançada foi de 25,4%²⁴. No estudo realizado no Reino Unido, que também utilizou este método com adaptações, a taxa de abstinência foi de 14,7%²⁵, resultados consideravelmente inferiores ao do presente estudo. Vários fatores podem explicar esta diferença: falta do contato do cliente com o profissional de saúde e consequente ausência de formação de vínculo; falta de um protocolo estruturado e da análise funcional do comportamento do indivíduo e a não utilização de técnicas com foco na mudança de comportamento.

No estudo aqui realizado, todas as intervenções telefônicas foram efetuadas pelo mesmo profissional de saúde, facilitando a construção de uma efetiva interação terapêutica. Durante todo o processo de atendimento a relação foi baseada na confiança, respeito e colaboração. Os atendimentos foram conduzidos de forma simpática, empática e compreensiva, permitindo uma sintonia com os sentimentos e atitudes do cliente, havendo uma aceitação dos comportamentos do fumante, livre de julgamentos. Este cenário ajudou na construção de um relacionamento seguro e confortável entre ambas as partes, além de contribuir no sucesso da intervenção.

No que diz respeito ao plano terapêutico aqui empregado, este foi estabelecido após o primeiro contato telefônico. O profissional analisou o perfil tabagista do cliente, suas expectativas em relação ao atendimento, levantou os problemas que eles referiram ter em relação ao cigarro e seu contexto de vida. Estas informações permitiram que se realizasse uma conceituação inicial e fosse formulado um plano de atendimento geral. Todos os contatos posteriores foram estruturados, começando com uma revisão das tarefas atribuídas no atendimento anterior, seguida pelo estabelecimento e realização do conteúdo daquele atendimento, e finalizando com a revisão do dia e estabelecimento de nova tarefa. Em cada sessão, o conteúdo trabalhado foi estabelecido conforme a evolução de cada cliente, sendo que as estratégias utilizadas já foram descritas anteriormente.

CONCLUSÃO

São diferentes os resultados deste estudo e sua abordagem com a maioria dos estudos de intervenção telefônica para cessação do tabagismo citados na literatura.

Os resultados aqui encontrados podem estar relacionados ao modo como a intervenção telefônica foi elaborada: de forma estruturada e individualizada, com a presença da construção de contrato e tempo limitado; formação de vínculo; utilização de métodos e técnicas para mudar pensamentos, sentimentos e comportamentos; possibilidade do ambiente continente.

Assim, os resultados deste trabalho sobre a avaliação da intervenção telefônica baseada na TCC através do uso do telefone para a cessação do tabagismo mostrou que o método aplicado teve uma efetividade imediata para a mudança de comportamento na cessação do tabagismo (67,3%) e para diminuição da quantidade de cigarros fumados.

REFERÊNCIAS

1. Menezes AMB. Epidemiologia do tabagismo. In: Araújo AJ, Menezes AMB, Dórea AJPS, Torres BS, Viegas CAA, Silva CAR et al. Diretrizes para cessação tabagismo. J Bras Pneumol. 2004; 30(2):3-7.
2. Rosemberg J, Perin S. Tabagismo entre estudantes da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. Tabagismo nos acadêmicos. J Pneumol. 1990; 16(1):13-22.
3. Abrams DB, Niaura R, Brown RA, Emmons KM, Goldstein MG, Monti PM et al. The tobacco dependence treatment handbook: a guide to the best practices. New York: The Guilford Press; 2003.
4. Lima PVS, Faustino AM. Aspectos gerais do tabagismo entre idosos no Brasil: revisão de literatura. Rev Eletrônica Gestão e Saúde. 2013; 4(1):1860-77.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Prevalência de tabagismo no Brasil. Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. Rio de Janeiro: MS; 2004.
6. Malta DC, Moura EC, Silva SA, Oliveira PPV, Costa e Silva VL. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. J Bras Pneumol. 2010; 36(1):75-83.
7. Ferreira LL, Pereira CBL, Dias MA, Alves SA. Análise da dependência ao tabaco e da qualidade de vida em indivíduos fumantes. Rev Inspirar. 2013; 5(1):1-5.
8. Car J, Sheikh A. Telephone consultations. Br Med J. 2003; 326:966-9.
9. Platt S, Tannahill A, Watson J, Fraser E. Effectiveness of antismoking telephone helpline: follow up survey. Br Med J. 1997; 314(7091):1371-5.
10. Beck JS. Terapia cognitiva teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 17-27.
11. Pietrobom RC, Barbisan JN, Manfroi WC. Utilização do teste de dependência à nicotina de Fagerström como um instrumento de medida do grau de dependência. Rev HCPA. 2007; 27(3):31-6.
12. Beck JS. Terapia cognitiva teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 146-73.
13. Cunha ABC. Análise experimental do comportamento. In: Range B, organizador. Psicoterapia comportamental e cognitiva pesquisa, prática, aplicações e problemas. São Paulo: Psy; 1998. p. 15-26.
14. Caballo VE, Buela G. Técnicas diversas em terapia comportamental. In: Caballo VE. Manual e técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo: Santos; 2002. p. 685-720.
15. Kirk J. Avaliação cognitivo comportamental. In: Hawton K, organizador. Terapia cognitiva comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático. São Paulo: Martins Fontes; 1997. p. 19-73.
16. Beck JS. Terapia cognitiva teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 40-58.
17. Beck JS. Terapia cognitiva teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 59-75.
18. Beck JS. Terapia cognitiva teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 253-73.
19. Silva CJD, Serra AM. Terapia cognitiva e cognitivo-comportamental em dependência química. Rev Bras Psiquiatr. 2004; 26(1):33-9.
20. Lipp MN. Ética e psicologia comportamental. In: Range B, organizador. Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas. São Paulo: Psy; 1998. p. 109-20.
21. Dobson KS, Franche RL. A prática da terapia cognitiva. In: Caballo VE. Manual e técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo: Santos; 2002. p. 441-70.
22. Edelstein BA, Yoman J. A entrevista comportamental. In: Caballo VE. Manual e técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo: Santos; 2002. p. 663-84.
23. Nagela VC. O modelo cognitivo-comportamental em grupo e seus efeitos sobre as estratégias de enfrentamento, os estados emocionais e a pressão arterial em mulheres hipertensas. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
24. Rodgers A, Corbett T, Bramley D, Riddell T, Wills M, Lin R-B et al. Do smoke after txt? Results of a randomised trial of smoking cessation using mobile phone text messaging. Tob Control. 2005; 14:255-61.
25. Free C, Whittaker R, Knight R, Abramsky T, Rodgers A, Roberts IG. A pilot randomised controlled trial of mobile phonebased smoking cessation support. Tob Control. 2009; 18:88-91.

Recebido em: 18/02/2013

Aceite em: 15/04/2013

PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM PRIMÍPARAS E MÚLTIPARAS NUM AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL-ESCOLA DO INTERIOR PAULISTA EM 2011

PREVALENCE OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING IN PRIMIPAROUS AND MULTIPAROUS AN OUTPATIENT CLINIC OF A UNIVERSITY HOSPITAL IN SÃO PAULO STATE IN 2011

LA PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN PRIMÍPARAS Y MÚLTIPARAS UNA CLÍNICA AMBULATORIA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO EN EL ESTADO DE SÃO PAULO EN 2011

Adrieli Cristina Spada*, Cleidimar da Luz*, Patrícia Guaresi Bueno*, Regiane Santos Simas*, Denise Gonzales Stellutti de Faria**

Resumo

Introdução: Apesar dos avanços nas taxas do aleitamento materno observados na última década, a situação do aleitamento materno no Brasil está longe da preconizada pela Organização Mundial da Saúde: Aleitamento Materno Exclusivo nos primeiros seis meses de vida e sua manutenção complementada com outros alimentos até os dois anos de idade ou mais. **Objetivo:** Identificar a prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo de primíparas e múltiparas em um serviço ambulatorial de um hospital-escola do interior paulista, no ano de 2011. **Material e Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva retrospectiva com abordagem quantitativa dos registros das consultas de enfermagem no ambulatório de assistência ao aleitamento materno. **Resultados:** Participaram do estudo 348 puérperas, sendo 142 (40%) primíparas e 206 (60%) múltiparas. Das primíparas, 90 (63,4%) realizaram aleitamento materno exclusivo e 52 (36,6%) não, destas, 26 (50%) eram adolescentes. Em relação às múltiparas, 155 (75,2%) realizaram aleitamento materno exclusivo; enquanto 51 (24,8%) não, prevalecendo a faixa etária de 20 a 29 anos, 32 (63%). As principais intercorrências mamárias das múltiparas foram: fissura e ingurgitamento mamário 30 (59%); e nas primíparas 24 (47%) fissura mamilar. O leite materno e o chá foi o tipo de alimentação mais oferecida para os recém-nascidos de primíparas e múltiparas que não realizaram aleitamento materno exclusivo. **Conclusão:** É importante a participação do profissional de saúde na orientação e no incentivo quanto à prática do aleitamento materno, oferecidos a todas as classes sociais e não somente a pessoas menos favorecidas socioculturalmente.

Palavras-chave: Aleitamento materno exclusivo. Primípara. Múltipara.

Abstract

Introduction: Despite advances in breastfeeding rates observed in the last decade, the situation of breastfeeding in Brazil is far from the recommended by the World Health Organization: exclusive breastfeeding in the first six months of life and its maintenance complemented with other foods until two years of age or older. **Objective:** To identify the prevalence of exclusive breastfeeding among primiparous and multiparous attended at an outpatient ambulatory of a school-hospital of São Paulo state, in the year 2011. **Material and method:** This is a descriptive retrospective research with quantitative approach of the records of nursing consultations at breastfeeding assistance clinic. **Results:** 348 women took part to the study being, 142 (40%) primiparous and 206 (60%) multiparous. Among primiparous 90 (63.4%) were exclusive breastfeeding and 52 (36.6%) were not. 26(50%) of them were teenager. In relation to multiparous 155 (75.2%) held exclusive breastfeeding; while 51 (24.8%) did not, with the prevalent age group of 20 to 29 years, with 32 women (63%). The main mammary complications of multiparous were: cracks and breast engorgement in 30 women (59%); while in primiparous 24 patients (47%) had nipple fissure. Breast milk and tea were the type of food most offered to primiparous and multiparous newborns without exclusive breastfeeding. **Conclusion:** It is important the participation of the health care professional in orientation and in encouraging the practice of breastfeeding, offered to all social classes, not only to careless people.

Keywords: Exclusive breastfeeding. Primiparous. Multiparous.

Resumen

Introducción: A pesar de los avances en los índices de lactancia materna observados en la última década, la situación de la lactancia materna en Brasil está lejos de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud: la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida y su mantenimiento complementa con otros alimentos hasta los dos años de edad o mayor. **Objetivo:** Identificar la prevalencia de lactancia materna exclusiva de primíparas y múltiparas en servicio ambulatorio de una hospital escuela de São Paulo, en el año 2011. **Material y Método:** Se trata de una investigación descriptiva retrospectiva con enfoque cuantitativo de los registros de enfermería de consultas en la clínica de asistencia de lactancia materna. **Resultados:** El estudio incluyó a 348 mujeres en el posparto, 142 primíparas (40%) y 206 (60%) eran múltiparas. Primíparas 90 (63,4%) fueron amamantados exclusivamente y 52 (36,6%), no de éstos, 26 (50%) eran adolescentes. En relación a múltiparas 155 (75,2%) llevó a cabo la lactancia materna exclusiva; mientras 51 (24,8), no el grupo de edad de 20 a 29 años, 32 (63%). Las principales complicaciones mamarias múltiparas fueron: grietas y congestión mamaria 30 (59); y en el pezón 24 primíparas (47%) y fisuras. La leche materna y el té eran el tipo de alimentos ofrecidos a más recién nacidos de mujeres primíparas y múltiparas que no se sometieron a la lactancia materna exclusiva. **Conclusión:** Es importante la participación de los profesionales de salud en orientación y en el fomento de la práctica de la lactancia materna, se ofreció a todas las clases sociales, no sólo la socioculturalmente desfavorecida.

Palabras clave: Lactancia materna exclusiva. Primípara. Múltipara.

* Enfermeiras graduadas pelo curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

**Enfermeira Obstétrica. Mestre em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Contato: denisefaria14@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) para os primeiros seis meses de vida e a complementação com outros alimentos até os dois anos ou mais. Também preconiza seu início dentro da primeira hora de vida e, a partir daí, em livre demanda¹. No entanto, apesar das evidências científicas da superioridade do leite materno sobre os outros leites, ainda é baixo o número de mulheres que amamentam segundo as recomendações da OMS.

O recém-nascido é amamentado de forma exclusiva quando recebe somente leite materno (da própria mãe ou ordenhado) e não recebe quaisquer outros líquidos ou alimentos sólidos, à exceção de gotas de vitaminas, minerais ou outros medicamentos².

Crianças amamentadas ao peito apresentam menores índices de mortalidade infantil, desnutrição, hospitalização por doenças respiratórias, otites, diabetes mellitus, alergias em geral, asma brônquica, dermatite atópica, rinite alérgica, leucemias e linfomas, neuroblastomas, tumores de crescimento, parasitoses intestinais, diarreias, enterocolite necrotizante, doença celíaca, doença de Crohn, colite ulcerativa, gastrite/úlcera gástricas, doenças crônicas, osteoporose, aterosclerose e doenças cardiovasculares, obesidade e síndrome da morte súbita infantil. A amamentação promove maiores índices de acuidade visual, desenvolvimento neuromotor e cognitivo, quociente intelectual e desenvolvimento social³.

Duas pesquisas conduzidas pelo Ministério da Saúde em todas as capitais brasileiras e Distrito Federal (DF), em 1999 e 2008, constataram aumento da prevalência de AME em crianças com menos de quatro meses, de 35,5% para 51,2%⁴.

Durante a gestação e no pré-natal, as orientações para amamentação, nem sempre fazem parte da rotina de trabalho em algumas maternidades brasileiras, pois dedica-se muito pouco tempo para ouvir o que a gestante e a família têm para falar a respeito dessa vivência. Além de averiguar a posição da família quanto à amamentação, o profissional de saúde também precisa estar atento ao fato de que para a gestante pode ser um momento de fragilidade e a autoestima poderá estar rebaixada, afetando a riqueza de tão importante momento de vida para a mãe, a criança e o ambiente familiar³.

A atenção à mulher e ao recém-nascido na

maternidade e nas primeiras semanas pós-parto é fundamental para a saúde materna e neonatal, principalmente para avaliar e incentivar o aleitamento materno e identificar precocemente as dificuldades que podem surgir no início da lactação.

As duas primeiras semanas no ambiente doméstico são fundamentais para efetivar e dar continuidade à amamentação iniciada na maternidade. É um período de adaptação entre mãe, filho e família, quando algumas mães se deparam com dificuldades, aparentemente de fácil resolução, mas que, para elas, refletem sua incapacidade de amamentar.

Uma prática que prejudica a amamentação é quando o profissional de saúde não identifica os sinalizadores do possível insucesso da amamentação na mãe e deixa de intervir. Assim, recomenda-se a quem trabalha nos serviços de saúde promover atenção especial para os problemas que possam decorrer da amamentação, por meio de observação direcionada e orientação segura, apoio, proteção e incentivo ao aleitamento materno, para que mãe e bebê possam superá-los.

OBJETIVOS

O objetivo geral do estudo foi identificar a prevalência do AME em primíparas e múltiparas, submetidas à consulta de enfermagem em assistência ao aleitamento materno, no retorno puerperal precoce, no ambulatório de um hospital-escola do interior paulista, no ano de 2011. Os objetivos específicos foram: verificar a faixa etária das puérperas que não realizaram AME e identificar as intercorrências mamárias mais frequentes e o tipo de alimentação dos recém-nascidos que não estavam em AME.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva retrospectiva de abordagem quantitativa, realizada com puérperas no retorno puerperal precoce, isto é, até quinze dias após o parto, em um Ambulatório de Assistência ao Aleitamento Materno de um hospital-escola do interior paulista. Participaram da pesquisa primíparas e múltiparas consultadas no período de fevereiro a dezembro de 2011, totalizando 348 puérperas.

Os dados foram coletados por meio de instrumento estruturado para utilização nas consultas de enfermagem por ocasião da assistência ao aleitamento materno.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em

Pesquisa das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA) e autorizada sob nº 104.742.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano de 2011 foram atendidas no ambulatório de assistência ao aleitamento materno 348 puérperas; sendo 142 (40%) primíparas e 206 (60%) multíparas. Quanto às primíparas, 90 (63,4%) fizeram AME; enquanto 52 (36,6%) não. Relativo às multíparas, 155 (75,2%) fizeram AME e 51 (24,8%) não (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1 – Distribuição numérica de primíparas e multíparas atendidas no ano de 2011, no ambulatório de ginecologia e obstetria de um hospital-escola do interior paulista

meses	primíparas fizeram AME	primíparas não fizeram AME	multíparas fizeram AME	multíparas não fizeram AME	total de consultas
Fevereiro	11	5	10	6	32
Março	11	6	19	6	42
Abril	11	2	22	3	38
Mai	10	4	28	9	51
Junho	13	5	17	2	37
Julho	10	11	10	5	36
Agosto	8	7	12	8	35
Setembro	3	1	9	3	16
Outubro	2	5	9	2	18
Novembro	8	2	12	6	28
Dezembro	3	4	7	1	15
Total	90	52	155	51	348

Tabela 2 – Distribuição numérica das multíparas e primíparas que não realizaram AME, segundo a faixa etária, atendidas no ano de 2011, no ambulatório de ginecologia e obstetria de um hospital-escola do interior paulista

faixa etária	multíparas não realizaram AME	%	faixa etária	primíparas não realizaram AME	%
14 – 19 anos	03	6	14 – 19 anos	26	50
20 – 29 anos	32	63	20 – 29 anos	22	42
30 – 39 anos	12	23	30 – 39 anos	03	6
40 anos ou mais	04	8	40 anos ou mais	01	2
Total	51	100	Total	52	100

Em relação às multíparas, 51 (24,8%) não realizaram AME, prevalecendo a faixa etária de 20 a 29 anos, 32 (63%). Das 52 primíparas, 26 (50%) não realizaram AME e 26 (50%) eram adolescentes. Em relação às multíparas, 155 (75,2%) realizaram AME contra 51 (24,8%) que não o fizeram, prevalecendo a faixa etária de 20 a 29 anos, 32 (63%). Diante desses dados, fundamental destacar que a amamentação é muito importante para a saúde do bebê, pois é no leite materno que ele encontra todos os nutrientes necessários para o seu desenvolvimento.

Inicialmente, a síntese do leite é controlada basicamente pela ação hormonal, e a “descida do leite”, que costuma acontecer até o terceiro ou quarto dia pós-parto, ocorre mesmo que a criança não esteja sugando. A partir de então, inicia-se a fase III da lactogênese, conhecida como

galactopoiese. Essa fase, que perdura até o final da lactação, é de controle autócrino e depende basicamente do esvaziamento da mama. Portanto, é a qualidade e a quantidade de sucção da criança que passam a prevalecer na síntese do leite materno.

Com a sucção e a transferência do leite para a criança, o hipotálamo inibe a liberação de dopamina, um fator inibidor da prolactina; essa queda nos níveis de dopamina estimula a liberação de prolactina que promoverá a secreção láctea. A integridade do eixo hipotálamo-hipófise, regulando os níveis de prolactina e ocitocina, é essencial tanto para o início como para a manutenção da síntese láctea. A liberação da ocitocina pode ocorrer também em resposta a estímulos condicionados, tais como visão, cheiro e choro da criança, e a fatores de ordem emocional, como motivação, autoconfiança e tranquilidade. Por outro lado, a dor, o desconforto, o estresse, a ansiedade, o medo e a falta de autoconfiança podem inibir o reflexo de ejeção do leite, prejudicando a lactação⁵.

Quanto à secreção de leite, esta aumenta de menos de 100ml/dia no início para, aproximadamente, 600ml no quarto dia, em média⁶.

Entretanto, mães ainda têm o hábito de complementar a amamentação. Esse comportamento diminui a frequência e a efetividade da sucção, reduzindo a quantidade de leite removido das mamas, retardando a produção ou diminuindo o volume de leite produzido. A introdução de um leite heterólogo interfere na absorção do leite materno, é potencialmente alergênico e pode ser fonte de contaminação⁷. Na Tabela 3 estão disponibilizados os dados obtidos no estudo quanto aos alimentos utilizados na complementação.

Tabela 3 – Tipo de alimentação oferecida aos recém-nascidos de multíparas e primíparas que não estavam em AME, atendidas no ano de 2011, no ambulatório de ginecologia e obstetria de um hospital-escola do interior paulista

tipo de alimentação	multíparas	primíparas
leite materno + água	13	09
leite materno + chá	22	19
leite materno + leite artificial	14	13
leite artificial	04	02

A maioria dos recém-nascidos das primíparas e multíparas que não estavam em AME recebia leite materno e chá (Tabela 3). Pesquisa realizada com puérperas em 2008 no mesmo ambulatório de aleitamento materno revelou que 12% dos recém-nascidos recebiam leite materno e chá, corroborando com os dados deste estudo⁸.

A recomendação da OMS e do Ministério da Saúde é

que o bebê receba somente leite materno até os seis meses de idade e que após seja feita a complementação com outros alimentos, além de continuar com o aleitamento materno até os dois anos de idade ou mais^{9,10}.

Quanto às intercorrências mamárias das multíparas que não realizaram AME, uma (2%) apresentou fissura mamilar, 17 (33%) ingurgitamento mamário, 30 (59%) fissura e ingurgitamento mamário e três (6%) não tiveram intercorrências.

As intercorrências mamárias relacionadas às primíparas que não realizaram AME totalizaram 52 eventos. Destes, 24 (47%) representaram a fissura mamilar, 8 (15%) o ingurgitamento mamário, 12 (23%) fissura e ingurgitamento e 8 (15%) não apresentaram intercorrências. Assim, evidencia-se um pequeno declínio de intercorrências em primíparas.

No ingurgitamento mamário, há três componentes básicos: congestão/aumento da vascularização, acúmulo de leite e edema decorrente da congestão e obstrução da drenagem do sistema linfático. É importante diferenciar o ingurgitamento fisiológico do patológico. O primeiro é discreto e representa um sinal positivo de que o leite está "descendo" e não requer intervenção. Já no ingurgitamento patológico, a distensão tecidual é excessiva, causando grande desconforto, às vezes acompanhado de febre e mal-estar. A mama encontra-se aumentada de tamanho, dolorosa, com áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes. Os mamilos ficam achatados, dificultando a pega do bebê, e o leite muitas vezes não flui com facilidade¹¹.

As fissuras do mamilo ocorrem no seio despreparado devido à posição inadequada da criança no momento da mamada e, especialmente, por conta da técnica incorreta de sucção.

No início do aleitamento materno, a maioria das mulheres sente uma discreta dor ou desconforto no início das mamadas, o que pode ser considerado normal. No entanto, mamilos muito dolorosos e machucados, apesar de muito comuns, são situações anormais e exigem medidas terapêuticas. Os traumas mamilares incluem eritema, edema, fissuras, bolhas; "marcas" brancas, amarelas ou escuras e equimoses¹¹.

A queixa de mamilos doloridos, com ou sem fissuras, é um dos problemas mais relatados pelas puérperas. Quando ocorrem as fissuras e os traumas mamilares, geralmente são extremamente dolorosos e, com

frequência, porta de entrada para bactérias. Por isso, além de corrigir o problema que está causando a dor mamilar e dificultando a pega do mamilo, geralmente, são necessárias intervenções para aliviar o problema e promover a cicatrização das lesões o mais rápido possível¹¹.

Observou-se no estudo que 30 (59%) multíparas que não realizaram AME apresentaram fissura e ingurgitamento mamário e as primíparas que também não realizaram AME, 24 (47%), tiveram fissura mamilar como intercorrência na amamentação. Estudo realizado em numa maternidade do noroeste paulista encontrou o sintoma de dor entre as dificuldades relatadas pelas puérperas, 9 (33%), e fissura mamilar 9 (19%)⁸.

Dentre as principais dificuldades referidas pelas primíparas neste estudo, a fissura e o ingurgitamento mamário foram prevalentes, corroborando com estudo realizado por Santos e Castilho¹² que encontrou 17,54% de dor/fissura mamilar e 2,19% de ingurgitamento mamário.

As intercorrências mamárias locais são as principais causas de desmame precoce por causa da dor e, quando não tratadas a tempo, levam a quadros severos de mastite, abscessos mamários e até mesmo a quadros de septicemia¹³.

Almeida e Novak¹⁴ afirmam que o ingurgitamento mamário é um sinal de que a mulher encontrou problemas para estabelecer a autorregulação da fisiologia da lactação. Em decorrência desta dificuldade, o volume de leite materno produzido seria maior do que a demanda da criança.

O aleitamento materno é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta. Entretanto, apesar dos avanços que vêm refletindo ao longo de três décadas nos resultados da Política Nacional de Aleitamento Materno, criada em 1981 no Brasil, o país está distante do cumprimento das metas propostas pela OMS e Ministério da Saúde (MS), de amamentação até o final do segundo ano de vida ou mais e aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida¹⁵.

Amamentar exclusivamente até o sexto mês de vida tornou-se uma recomendação baseada na solicitação e nos indicadores da OMS. Verifica-se também o crescente interesse acerca da necessidade e das conseqüências do tipo de cuidado dispensado à criança no início da vida¹⁶.

Profissionais da área da enfermagem têm uma tarefa essencial na construção de ações/intervenções para a saúde da criança e das mães. O leite materno é uma fonte única de nutrientes e alimento ideal para um crescimento adequado nos primeiros seis meses de vida, dispensando complementações. Portanto, é fundamental apoiar as mães quanto à amamentação, orientá-las e incentivá-las ao aleitamento materno exclusivo.

CONCLUSÕES

A amamentação é um processo complexo que incorpora valores sociais, culturais, econômicos e políticos. Tendo em vista a importância da amamentação para a saúde da criança e das mães, ações de promoção, proteção e apoio a essa prática são importantes e devem ser fomentadas pelos profissionais da área da enfermagem.

No estudo observou-se não ser prevalente a amamentação exclusiva conforme a recomendação da

OMS. Estratégias devem ser traçadas para que as mães tenham suporte teórico e emocional, auxiliando-as na tomada de decisão durante o ato de amamentar. Nas Unidades Básicas de Saúde, a avaliação da prática da amamentação não é realizada como rotina, nem a solicitação da presença de familiares da nutriz incorporada ao serviço assistencial. Recomenda-se que sejam instituídas.

Em alguns serviços, ainda pouco tempo é despendido na assistência à múltiparas e primíparas. Entretanto, a falta de orientações específicas e de medidas educacionais, bem como uma descontinuidade nas ações, são fatores que podem levar ao insucesso da amamentação. É fundamental desenvolver estratégias e apoiar a amamentação exclusiva conforme preconizada pela OMS.

REFERÊNCIAS

1. Organização Panamericana de Assistência à Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Manejo e promoção do aleitamento materno: curso de 18 horas para equipes de maternidades. Nova York: OMS; 1993.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Semana Mundial do Aleitamento Materno. Folder aleitamento 2007. Amamentação na primeira hora, proteção sem demora. [acesso em 2011 abr. 11]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/10006003714.pdf>.
3. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Aleitamento materno: manual de orientação. São Paulo: Ponto; 2006.
4. Venâncio SI, Almeida H. Método mãe canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *J Pediatría (RJ)*. 2009; 80(5 Supl):S173-80.
5. Riordan J. Anatomy and physiology of lactation. In: Riordan J, editor. *Breastfeeding and human lactation*. 3rd ed. Boston, MA: Jones and Bartlett Publishers; 2005. p. 67-95.
6. Berens PD. Applied physiology in the peripartum management of lactation. *Clin Obstet Gynecol*. 2004; 47:643-55.
7. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Intervenciones para promover el inicio de la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). In: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. (traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.).
8. Faria DGS, Catarucci F, Leoncini FM, Boseli M. Aleitamento materno em um ambulatório de ginecologia e obstetrícia no Noroeste Paulista. *Cuidarte Enfermagem*. 2008; 2(2):164-9.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Semana Mundial do Aleitamento Materno. Folder aleitamento 2001. Amamentação na primeira hora, proteção sem demora. [acesso em 2011 abr 11]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/10006003714.pdf>.
10. WHO. Division of Child Health and Development. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. WHO/CHD/98.9. Geneva; 1998. [acesso em 2012 jul 19]. Disponível em: http://www.who.int/child_adolscnt_health/documents/9241591544/en/.
11. Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *J Pediatr (Rio J)*. 2004; 80(5 Supl):S147-S54.
12. Santos LV, Castilho SD. Dificuldades para amamentar observadas em ambulatório de apoio ao aleitamento materno. Anais do XIII Encontro de Iniciação Científica da PUC-Campinas - 21 e 22 de outubro de 2008. [acesso em 2012 jul 19]. Disponível em: <http://www.puc-campinas.edu.br/websist/portal/pesquisa/ic/pic2008/resumos/Resumo/%7BE485C0B8-6827-433C-AD5A-C169423AA3F8%7D.pdf>.
13. Nascimento MBR, Issler H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. *J Pediatría (RJ)*; 2010; 80(5 Supl):S163-72.
14. Almeida JAG, NovaK FR. Amamentação: um híbrido entre natureza-cultura. *J Pediatr (Rio de J)*. 2004; 80(5 supl):S119-25.
15. Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: MS; 2009.
16. Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(supl2):S235-46.

Recebido em: 10/01/2013
Aceite em: 12/03/2013

IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE NEONATAL NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

IMPLEMENTATION OF SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE IN A NEONATAL UNIT IN WESTERN AMAZON

IMPLANTACIÓN DE LA SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD NEONATAL EN LA AMAZONIA OCIDENTAL

Rayhelle Cristiny Arantes de Moura*, Ionar Cilene de Oliveira Cosson**

Resumo

Introdução: A assistência de enfermagem a neonatos deve ser sistematizada. **Objetivos:** Avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, incluindo a sua participação nesse processo e descrever a estratégia utilizada para a implantação de todas as suas etapas. **Material e Método:** Trata-se de um estudo descritivo de relato de experiência cujo objetivo foi relatar a experiência da implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma Unidade Neonatal de Rio Branco-AC. Foi realizado no período de maio a novembro de 2012, utilizando-se como referencial a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e o Diagnóstico de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association*. **Resultados:** A proposta gerou mudanças na forma de trabalho da equipe de enfermagem, melhorias no cuidado direto com o recém-nascido, uma visão mais ampliada do trabalho do enfermeiro, além de agilidade na avaliação do paciente à realização do exame físico e maior reconhecimento por parte da equipe multidisciplinar. **Conclusão:** A implantação do processo de enfermagem é processual e gera necessidade de aquisição de novos conhecimentos e mudança de comportamento.

Palavras-chave: Unidade de terapia intensiva. Sistematização de assistência de enfermagem. Avaliação de processos (Cuidados de saúde).

Abstract

Introduction: The nursing care to newborns should be systematized. **Objective:** To evaluate the knowledge of nursing staff about the systematization of nursing care, including its participation in this process and describe the strategy used to implement all its stages. **Material and Method:** This is a descriptive study whose aim was to report the experience of implementation of systematization of nursing care in a Neonatal Unit of Rio Branco-AC. The study was performed from May to November of 2012, using as a reference the Basic Human Needs Theory of Wanda de Aguiar and the Nursing Diagnosis of the North American Nursing Diagnosis Association. **Results:** The proposal generated changes in the procedures of nursing team work, improvements in direct care with the newborn, a broader view of the work of nurses, and agility in physical evaluation of the patient to physical examination and recognition by the multidisciplinary team. **Conclusion:** the implementation of the nursing process is procedural and generates need for the acquisition of new knowledges and behavior change.

Keywords: Intensive care units. Systematization of nursing assistance. Process assessment (Health care).

Resumen

Introducción: La atención a los recién nacidos debe ser sistematizada. **Objetivos:** Evaluar los conocimientos del equipo del enfermería en la sistematización de los cuidados de asistencia de enfermería, incluyendo su participación en este proceso y describen la estrategia utilizada para poner en práctica todas sus etapas. **Material y Método:** Se trata de un estudio descriptivo de los estudios de caso cuyo objetivo era divulgar la experiencia de implementación de la sistematización del cuidado en un Neonatal unidad de Rio Branco-AC. Se realizó de mayo a noviembre de 2012, tomando como referencia el humano básico necesita teoría de Wanda de Aguiar y el diagnóstico de enfermería de la asociación norteamericana de diagnóstico de enfermería. **Resultados:** La propuesta ha generado cambios en la forma de trabajo del personal de enfermería, las mejoras en la atención directa a los recién nacidos una visión más amplia de la labor de las enfermeras, y la agilidad en la evaluación del paciente, la exploración física y un mayor reconocimiento por parte de la equipo multidisciplinario. **Conclusión:** La implementación del proceso de enfermería es procesal y genera la necesidad de la adquisición de nuevos conocimientos y cambios de conducta.

Palabras clave: Unidades de cuidados intensivos. Sistematización de asistencia de enfermería. Evaluación de proceso (Atención de salud).

INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é definida pela maioria dos enfermeiros brasileiros como sendo a organização assistencial direcionada ao paciente, família ou comunidade. Porém, há uma questão semântica importante a se considerar, visto que sistematizar pode ser simplesmente o ato de organizar sem que sejam utilizadas todas as etapas do método científico - denominado Processo de Enfermagem (PE)¹.

Originalmente regida pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 272/2002 e atualmente pela Resolução COFEN² 358/2009, a SAE é utilizada como metodologia assistencial entendida como aplicação prática de uma teoria de enfermagem na assistência aos clientes, considerando que a mesma organiza o trabalho do profissional frente ao método, sua equipe e instrumentos, operacionalizando, assim, o processo de enfermagem. Na realidade assistencial, algumas medidas vêm sendo elaboradas no sentido de auxiliar o planejamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem. Tais medidas referem-se à implantação do PE.

Para que seja efetiva tal implantação são necessários, ao enfermeiro, habilidades interpessoais, raciocínio e elaboração de ideias, valores e crenças; características estas que subsidiam a prática do método de acordo com os preceitos do mesmo³ e, além disso, possibilitam assistir ao paciente com base nas necessidades por ele apresentadas, pautando suas ações em conhecimentos científicos⁴.

A divulgação deste método no Brasil, iniciada na década de 1970 por Wanda de Aguiar Horta, apresenta implicações até a atualidade, tendo aplicação de impacto na assistência, ensino e pesquisa^{5,6}. Nessa área há um ramo de estudos com foco na prematuridade, enquanto situação peculiar no processo de saúde do neonato. O prematuro demanda cuidados diferenciados e acompanhamento específico para suas necessidades, tendo-se preocupação especial com os diagnósticos de enfermagem desse segmento populacional durante a hospitalização, quer seja em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), com alta complexidade de cuidado e peculiar aos neonatos de alto risco com instabilidade clínica e/ou gravemente enfermos, ou em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), que atende a uma demanda de neonatos de médio risco, com estabilidade clínica, mas que necessitam de observação e de algumas tecnologias de cuidado de menor

complexidade⁷.

Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) constituem ambientes terapêuticos apropriados para tratamento de pacientes de alto risco, possuem uma coleção de equipamentos e uma equipe multidisciplinar sob liderança competente. Seguem protocolos específicos embasados em um corpo de conhecimentos científicos relevantes e são consideradas de alta complexidade assistencial, pela gravidade das condições de vitalidade dos recém-nascidos e pelo uso da tecnologia de ponta⁸.

O cuidado ao recém-nascido (RN) na UTIN consiste no tratamento de disfunções múltiplas de sistemas orgânicos em um organismo anatômico, fisiológico e psicologicamente em desenvolvimento⁹. Logo, para atuar em uma UTIN o enfermeiro deve possuir conhecimento científico, habilidade técnica e capacidade de realizar avaliações particularmente criteriosas das crianças¹⁰, uma vez que o planejamento da assistência de enfermagem para o neonato criticamente enfermo constitui um processo complexo que necessita de uma avaliação detalhada, rigorosa e progressiva para determinar sua efetividade.

Para tanto, é importante que este profissional avalie o paciente; analise; julgue e sintetize os dados obtidos; planeje, implante e avalie as ações de enfermagem de maneira sistematizada, holística e centrada em princípios científicos¹¹. Utilizar o método do PE, fundamentado em um referencial teórico de enfermagem, contribuirá para a SAE na unidade e este vem sendo o foco de uma equipe de enfermagem de uma UTI neonatal na região norte do Brasil.

Por causa da sua especialidade e para melhorar a qualidade da assistência e conferir maior segurança aos pacientes, potencializar a autonomia do profissional enfermeiro e atender à Resolução prevista, os enfermeiros da unidade neonatal sabem do sucesso e eficácia deste modelo assistencial que tem a qualidade como elemento norteador. No entanto, estes vêm apontando dificuldades que encontram no desenvolvimento desse modelo e a necessidade de mudanças que agilizem o processo de trabalho e aperfeiçoem, cada vez mais, a qualidade das suas ações cuidativas e educativas.

Para tanto, objetiva-se relatar a experiência de implantação da SAE em uma UTIN da maternidade pública de Rio Branco-AC, tendo como referencial a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NBH) de Wanda Horta e o Diagnóstico de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) seguindo as etapas

sequenciais da realidade concreta da implantação da SAE.

DESENVOLVIMENTO DA EXPERIÊNCIA

Cenário institucional

Esta unidade neonatal da cidade de Rio Branco faz parte do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e do Sistema Assistencial à Saúde da Mulher e da Criança (SASMC), subvencionado pelo SUS e mantido pelo governo do Acre. Seu início deu-se em 2000 como a primeira Unidade Pública Neonatal especializada para atendimento de tratamento intensivo de recém-nascidos de alto e médio risco, tornando-se referência no Estado.

Atualmente, a UTIN é composta de vinte leitos, um destes destinado ao isolamento, sem restrições. Os neonatos são assistidos por uma equipe de 14 enfermeiros e 40 técnicos de enfermagem, distribuídos pelo dimensionamento de profissionais por plantões diários e mensais.

A trajetória percorrida

O processo da SAE teve início em agosto de 2011, durante um estágio supervisionado, com carga horária de 240 horas, pela graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Acre em Rio Branco. A ideia de criação foi iniciativa de uma gerente geral da Unidade. Constatou-se a existência de um método em vigor, elaborado por uma enfermeira assistencial, embasado no modelo de outro hospital, porém este não abordava a SAE.

Surgindo essa necessidade, elaborou-se um modelo de sistematização da assistência baseado nas necessidades humanas básicas, compreendendo cinco fases: histórico; identificação e exame físico do paciente; diagnósticos; prescrições e evolução do paciente. Este modelo é composto por uma folha frente e verso, no formato *checklist* e locais para aprazamento de horários e anotações de enfermagem. Porém, pela indisponibilidade de horário dos enfermeiros assistenciais, não foi possível reuni-los para implantação deste modelo.

O processo de implantação da SAE, cuja finalidade foi sistematizar o cuidado prestado aos RNs internados na UTIN, iniciou-se em maio de 2012 e ocorreu em seis fases: 1ª.) seleção da teoria de enfermagem; 2ª.) elaboração de impressos; 3ª.) evolução diária do enfermeiro e balanço hídrico diário; 4ª.) encontros para a equipe de enfermagem discutir sobre o assunto e suas dificuldades; 5ª.) implantação dos impressos; 6ª.) reunião científica sobre a formulação e implantação dos diagnósticos e prescrições de

enfermagem.

Para iniciar a implantação da SAE nesta unidade, houve um estudo sobre as teorias de enfermagem, e a escolha recaiu sobre a Teoria de Wanda Horta¹², desenvolvida a partir da teoria da motivação humana de Maslow, a qual se fundamenta nas necessidades humanas básicas.

O fase seguinte foi a elaboração de impressos, baseados na teoria escolhida, sendo um para admissão, um para evolução diária realizada pelos enfermeiros e outro para balanço hídrico. O impresso de admissão de RNs aborda o histórico do paciente e antecedentes familiares, como também exame físico no momento da admissão e evolução do enfermeiro plantonista. A evolução diária é composta pela identificação e exame físico do paciente, diagnósticos, prescrições e evolução de enfermagem, locais para aprazamento de horários e anotações; balanço hídrico diário contendo a identificação, o controle hídrico, os sinais vitais e a ventilação do paciente, além de prescrições e anotações de enfermagem.

Através de um encontro, houve uma tentativa de sensibilizar os enfermeiros para a necessidade de implantação deste PE, o que favorecia a autonomia dos mesmos, a realização de suas atividades privativas e valorização profissional, além de um avanço na qualidade do serviço e no planejamento das atividades de enfermagem. Ao término do evento, o grupo de enfermeiros, comprometeu-se a participar do processo e julgou ser muito importante para a qualidade da assistência prestada no setor.

Foram disponibilizados materiais para o grupo de enfermeiros da unidade sobre as teorias e diagnósticos de enfermagem, artigo científico e os impressos elaborados. A partir deste momento os impressos de admissão do RN, evolução diária e balanço hídrico foram implantados na unidade e utilizados pela equipe de enfermagem do setor. Foi esperada uma fase de adaptação para compreensão dos impressos e ajustamento conforme as necessidades apresentadas, através de acompanhamento semanal ou quando necessário.

Posteriormente à esta fase ocorreu uma reunião científica sobre a formulação de diagnósticos de enfermagem (DE) com base na taxonomia NANDA, de prescrições de enfermagem para todos os diagnósticos

utilizando a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), e dos resultados esperados utilizando a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). Essas ocorreram em setembro de 2012 pelas dificuldades do grupo de enfermeiros na identificação dos diagnósticos de enfermagem, principalmente acerca da compreensão dos fatores relacionados e caracterizados sobre as evidências identificadas.

A opção pela utilização dos diagnósticos da NANDA ocorreu em virtude de ser o sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem (DE) mais divulgado e aplicado no âmbito mundial¹³, por se caracterizar como julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde reais ou potenciais, além de proporcionar as bases para as seleções de intervenções de enfermagem com o intuito de alcançarem resultados pelos quais a enfermeira é responsável^{14,15}.

O sexto e último passo ocorreu em dezembro de 2012, com a implantação dos diagnósticos e prescrições de enfermagem. Para cada diagnóstico identificado, os enfermeiros passaram a desenvolver as prescrições e evoluções de enfermagem, e o balanço hídrico diário.

Diante de cada diagnóstico de enfermagem formulado, as prescrições de enfermagem deveriam ser centradas no paciente, através da descrição de comportamentos e da necessidade individual. A avaliação seria feita durante a passagem de plantão com discussões sobre a evolução do cliente, com base nos diagnósticos e prescrições identificadas.

Impactos da experiência

O processo de implantação das etapas do PE na unidade gerou mudanças na forma de trabalho da equipe de enfermagem, melhorias no cuidado direto com o RN, uma visão mais ampliada da SAE, maior agilidade na avaliação do paciente/exame físico, além de reconhecimento do trabalho assistencial de enfermagem pela equipe multidisciplinar. Atualmente, os enfermeiros realizam todas as etapas do PE em todos os RNs internados na unidade.

Dificuldades identificadas

Durante toda a implantação do PE foram encontradas dificuldades como: desinteresse da maioria dos enfermeiros assistenciais, dificuldade na adaptação do processo e nos campos de anotações, mas, com a prática diária, e o trabalho educacional durante a implantação do

processo tais dificuldades foram gradualmente superadas.

Estratégias de apoio à experiência

O apoio da enfermeira gerencial foi fundamental em todo o processo, pois julga-se que este precisa assumir junto com toda a equipe de enfermagem a implantação do PE. Trata-se de um aspecto que motivou a equipe a continuar o processo de implantação. Além disso, os encontros e o acompanhamento no serviço, durante a implantação do PE na prática, foi realizado semanalmente, através de encontros e reuniões conforme a necessidade do grupo, o que deixou os enfermeiros confiantes no sucesso de implantação da SAE.

CONCLUSÃO

A experiência de implantação das etapas do PE em uma UTIN de Rio Branco-C trouxe resultado positivo no que se refere à formulação de diagnósticos, prescrições de enfermagem e resultados esperados, além da padronização de condutas e utilização da taxonomia da NANDA e a aplicabilidade da NIC.

Importante também foram os encontros para a avaliação e acompanhamento do desenvolvimento após a implantação do PE, a persistência diante do novo, o comprometimento do grupo de enfermeiros e o apoio da coordenação da enfermagem do setor e do hospital.

As etapas do PE foram concretizadas na unidade e mesmo havendo obstáculos para a implantação deste modelo científico, deve-se assinalar que com empenho e comprometimento por parte dos enfermeiros a implantação foi possível.

Evidencia-se que a implantação do PE é processual e que gera necessidade de aquisição de novos conhecimentos e mudança de comportamento. A falta de conhecimento específico, por parte da equipe, para implantar todas as etapas desse processo precisa ser suprida com uma educação permanente e com o empenho pessoal de cada membro do grupo. Para isso, faz-se necessário que os profissionais de saúde continuem a busca do aprimoramento contínuo de sua prática, contribuindo para as ações cada vez mais embasadas em princípios científicos, o que refletirá na melhor qualidade de cuidado.

Além disso, o processo participativo adotado nessa trajetória exige tempo e determinação de todos que dela compartilham. Entretanto, pela experiência vivenciada, pode-se resgatar também que o resultado se traduz em crescimento individual e, conseqüentemente, em efetivo produto coletivo. Se por um lado há a necessidade de se promover a capacitação dos enfermeiros, exigindo deles

esforço e compromisso, por outro, a instituição tem que propiciar todas as condições necessárias para que isto aconteça, aspecto fundamental para o desenvolvimento de processos institucionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho EC, Bachion MM, Dalri MCB, Jesus CAC. Obstáculos para a implementação do processo de enfermagem no Brasil. *Rev Enf UFPE. On Line* 2007; 1(1):95-9. [acesso em 2012 nov 20]. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/17-8781-1>
2. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução COFEN 358/2009. Dispõe sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE. Rio de Janeiro; 2009.
3. Lunney M. Pensamento crítico e diagnóstico de enfermagem: estudo de casos e análises. Porto Alegre: Artmed; 2004.
4. Tannure MC, Gonçalves AMP. Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
5. Marques LVP, Carvalho DV. Sistematização da assistência de enfermagem em centro de tratamento intensivo: percepção das enfermeiras. *Rev Min Enferm.* 2005; 9(3):199-205.
6. Cunha SB, Barros ALB. Análise de implementação da sistematização da assistência de enfermagem, segundo o modelo conceitual de Horta. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58(5):568-72.
7. Dell'Angelo N, Góes FSN, Dalri MCB, Leite AM, Furtado MCC, Scochi CGS. Diagnósticos de enfermagem de prematuros sob cuidados intermediários. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(5):755-61.
8. Kamada I, Rocha SMM, Barbeira CBS. Internações em unidade de terapia intensiva neonatal no Brasil – 1998-2001. *Rev Latino-Am Enferm.* 2003; 11(4):436-43.
9. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução Cofen-272 de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas instituições de saúde brasileiras. Brasília; 2002.
10. Duarte APP, Ellensohn LA. Operacionalização do processo de enfermagem em terapia intensiva neonatal. *Rev Enferm UERJ.* 2007; 15(4):521-6.
11. Freitas NF, Tannure MC, Chianca TCM. Implementation of nursing process in a neonatal intensive care unit of Belo Horizonte. *Rev Enferm UFPE. online.* 2010; 4(esp):1287-93. [acesso em 2012 nov 20]. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1053/pdf_94
12. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
13. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem; 2004; PUC Minas. Belo Horizonte: ABEn; 2004.
14. North American Nursing Association – NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definição e classificação. Porto Alegre: Artmed; 2010.
15. Dochterman JM, Bulechek GM, Chianca TCM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) – avaliação e atualização. *Nursing (São Paulo).* 2003; 6(67):34-40.

Recebido em: 12/03/2013

Aceite em: 15/04/2013

INCIDÊNCIA DE ACIDENTES CAUSADOS POR MATERIAIS PERFUROCORTANTES E FLUIDOS BIOLÓGICOS EM ESTUDANTES DE MEDICINA

INCIDENCE ACCIDENTS CAUSED BY SHARPENED MATERIALS AND BIOLOGICAL FLUIDS AMONG MEDICAL STUDENTS

INCIDENCIA DE ACCIDENTES CAUSADOS POR CORTOPUNZANTES Y FLUIDOS BIOLÓGICOS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA

Mariana Magri Magagnini*, Ana Marta Carvalho Moretto*, Gabriel Liria Juarez*, Maristela Aparecida Magri Magagnini**, Virtude Maria Soler***

Resumo

Introdução: Graduandos de Medicina a partir de sua inserção em campo de estágio estão expostos aos mesmos riscos dos demais profissionais da área da saúde. **Objetivo:** O objetivo do estudo foi identificar a ocorrência desses acidentes em estudantes do internato, do quinto e sexto ano de graduação do curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior do noroeste paulista, assim como caracterizá-los e oferecer, posteriormente, treinamento específico. **Material e Métodos:** Estudo descritivo. Os dados foram coletados por meio de um questionário aplicado a 97 estudantes em maio de 2012. **Resultados:** Constatou-se que 14,6% dos alunos do quinto ano e 40,8% do sexto ano sofreram acidentes envolvendo fluidos biológicos. O setor de ocorrência mais observado foi o Pronto Socorro, o tipo de exposição foi a mucosa ocular, e o sangue o agente causador predominante. O procedimento de sutura foi a circunstância mais frequente, e o jato/respingo o maior agente causador. A maioria dos graduandos (87,5%) do quinto ano e 86,4% do sexto ano estava utilizando Equipamento de Proteção Individual no momento do acidente. Sendo que, as luvas foram os mais usados. Todos os estudantes que sofreram acidente estavam vacinados contra o vírus da hepatite B, e a maioria (75%) do quinto e (68,2%) do sexto ano notificou o acidente. A partir dos resultados obtidos, foi realizado um treinamento com os sujeitos da pesquisa com o objetivo de instruí-los sobre a importância da proteção contra riscos, a ocorrência dos acidentes, a utilização do Equipamento de Proteção Individual, a imunização contra HBV e a sua notificação. **Conclusão:** A prevenção desse tipo de riscos é necessária para graduandos e profissionais da área da saúde.

Palavras-chave: Estudantes de medicina. Exposição a agentes biológicos. Acidentes de trabalho.

Abstract

Introduction: Medical students starting from its insertion on the training field are exposed to the same risks of other health professionals. **Objective:** The study aimed to identify the occurrence of such accidents in the boarding students, attending both fifth and sixth year of the undergraduate medical course in a Higher Education Institution in the northwest of São Paulo, as well as to characterize them, looking for offering specific training. **Material and Methods:** Descriptive study. The data were collected through a questionnaire administered to 97 students in May 2012. **Results:** 14.6% of fifth graders and 40.8% of sixth year suffered accidents involving biological fluids. Most of the occurrences were detected at First Aid Department, being the ocular mucosa the most common site of exposure and blood and the predominant causative agent. The suturing procedure was the most common cause, and the jet/splash splashing the largest causative agent. Most graduates (87.5%) of fifth year and (86.4%) of sixth year were using Individual Equipment at the time of the accident, being gloves the most used. All students who had accidents were vaccinated against hepatitis B virus, and (75%) of the fifth and (68.2%) of sixth year reported the accident. From the results, we conducted a training with the subjects in order to educate them about the importance of protection against risks, the occurrence of accidents, the use of Individual Equipment, immunization against HBV and its notification. **Conclusion:** The prevention of such risks is required for students and health care workers.

Keywords: Medical students . Exposure to biological agents. Occupational accidents.

Resumen

Introducción: Los estudiantes de medicina desde entonces su inserción en el campo de la formación están expuestos a los mismos riesgos de otros profesionales de la salud. **Objetivo:** El estudio tuvo como objetivo identificar la ocurrencia de este tipo de accidentes en los alumnos internos, quinto y sexto año de la carrera de medicina de pregrado en una institución de educación superior en el noroeste de São Paulo, así como para caracterizar y luego ofreciendo una formación específica. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario aplicado a 97 estudiantes en Mayo del 2012. **Resultados:** Se encontró que 14,6% de los alumnos de quinto grado y fue 40,8% en el sexto año sufrieron accidentes con fluidos biológicos. Se observó el sector de que se produjo sobre la sala de emergencias, el tipo de exposición fue de la mucosa ocular, la sangre y el agente causal predominante. El procedimiento de sutura fue la condición más común, y el chorro/salpique el agente causal más grande. La mayoría de los graduados (87,5%) de quinto año y sexto año (86,4%) estaban usando equipo de protección personal en el momento del accidente. Siendo que fueron los más usados los guantes. Todos los estudiantes que tuvieron accidentes fueron vacunados contra el virus de la hepatitis B, y la mayor parte (75%) del quinto y sexto año (68,2%) reportó el accidente. De los resultados, se realizó un entrenamiento con los sujetos con el fin de educarlos sobre la importancia de la protección contra los riesgos, la ocurrencia de accidentes, el uso de equipo de protección personal, inmunización contra el VHB y su notificación. **Conclusión:** La prevención de tales riesgos se requiere para estudiantes y personal de salud.

Palabras clave: Estudiantes de medicina. La exposición a agentes biológicos. Accidentes de trabajo.

Artigo extraído da pesquisa institucional desenvolvida e apresentada no curso de Medicina, subsidiada pelas Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA) de Catanduva-SP.

* Graduandos do 5º ano do curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

** Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP). Docente das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), nos cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina. Contato: maristela.magri@hotmail.com

*** Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-SP). Docente do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP e da Universidade de Franca (UNIFRAN), Franca-SP. Editora-chefe do periódico científico CuidArte Enfermagem. Contato: virmariasoler@gmail.com

INTRODUÇÃO

O cenário hospitalar constitui um ambiente complexo e tipicamente insalubre, pois apresenta grau elevado de riscos ocupacionais para os profissionais que ali atuam desempenhando assistência à saúde, por interagirem com pacientes portadores de várias doenças e etiologias, com riscos de transmissão de agentes patogênicos¹.

Os riscos presentes no ambiente de assistência à saúde estão compreendidos em físicos, químicos, psicossociais, ergonômicos e biológicos. A exposição a riscos biológicos é preocupante, pois pode causar problemas a saúde dos trabalhadores e aos demais profissionais que interagem com os pacientes^{1,2}.

Infecções por hepatite B (HBV), hepatite C (HVC) e HIV (AIDS) podem ser transmitidas através de acidentes envolvendo fluidos corporais e instrumentos que perfuram ou cortam, uma vez que estes podem estar potencialmente contaminados. O risco das infecções varia com a carga viral do paciente, o tipo e o calibre da agulha, a utilização ou não de luvas e o volume de sangue inoculado. O tipo de exposição mais frequente é o dos acidentes perfurocortantes com agulhas³. O risco de infecção por HIV pós-exposição ocupacional com sangue contaminado é de, aproximadamente, 0,3% para lesão percutânea e 0,09% quando afeta a mucosa. Quanto à exposição ao vírus da hepatite B, o risco de infecção varia de seis a 30%, podendo chegar até a 60%; para a hepatite C o risco de transmissão ocupacional após um acidente percutâneo com paciente-fonte HCV positivo é de, aproximadamente, 1,8%⁴.

O Centro para Controle e Prevenção de Enfermidades (CDC) dos Estados Unidos publicou um guia para prevenção da transmissão do vírus HIV nos ambientes hospitalares. O guia enfatiza a importância da utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), incluindo o uso de luvas, aventais, máscaras e óculos para reduzir o risco de transmissão de enfermidades mediante fluidos corporais⁵.

A exposição ocupacional pode trazer consequências aos acidentados, principalmente aos trabalhadores da área da saúde, como a equipe de enfermagem e médicos, e também aos estudantes de Medicina e Enfermagem. Estes prejuízos vão além do comprometimento físico, podendo afetar outros aspectos, como o controle emocional e social⁶.

Infecções transmitidas por fluidos corporais representam um perigo ocupacional importante para

trabalhadores da saúde, incluindo estudantes de Medicina que estão em treinamento no internato⁵.

A formação acadêmica dos profissionais que irão atuar na área da saúde se constitui através de fundamentação teórica e prática durante o período de formação, pretende-se despertar no aluno a aquisição de habilidades teóricas e práticas que o preparem para sua atuação. Assim, durante a construção desse conhecimento, deve-se considerar que o aluno da graduação em Medicina, como todo profissional em treinamento, a partir de sua inserção em campo de estágio está exposto aos mesmos riscos que a equipe assistencial multiprofissional de saúde⁷.

Por causa da inexperiência e falta de destreza manual, sujeitos à ansiedade e muitas vezes à insegurança, os estudantes, ao manipularem materiais capazes de ferir ou cortar, estão mais propensos a se acidentarem⁸. Também são considerados o despreparo e a falta de aptidão para efetuar trabalhos dentro do ambiente hospitalar, juntamente com a ansiedade de adquirir mais conhecimento e envolvimento precoce com atividades extracurriculares. Essas questões devem ser creditadas na avaliação do risco de contraírem doenças no ambiente hospitalar durante o regime de internato⁹.

É necessário oferecer aos estudantes de Medicina treinamento com pessoal qualificado antes da realização de procedimentos que envolvem risco potencial de acidentes. Da mesma maneira que deve ser ressaltada a importância do uso dos EPIs. O conhecimento dos mecanismos de exposição, os riscos de transmissão e os métodos de prevenção podem propiciar condições adequadas para um ambiente de trabalho mais seguro⁵.

O propósito da investigação sobre o número dos acidentes envolvendo material perfurocortante e fluidos biológicos entre os estudantes do internato do curso de Medicina, além de importante, permite verificar a incidência desses acidentes, com o intuito de uma intervenção durante o estágio curricular.

OBJETIVOS

Esta pesquisa teve como objetivo geral identificar a ocorrência de acidentes causados por materiais perfurocortantes e fluidos biológicos em estudantes do internato no curso de Medicina. Foram objetivos específicos caracterizar os estudantes do curso de Medicina que sofreram acidentes com material perfurocortante e fluidos biológicos, segundo a idade, o sexo, o período da graduação, o tipo de exposição, material orgânico, unidade

hospitalar, circunstâncias do acidente, agente causador e uso de EPI; verificar a situação vacinal do graduando acidentado em relação à hepatite B; verificar se houve subnotificação do acidente ocorrido e realizar um treinamento sobre as precauções necessárias com materiais biológicos para os sujeitos do estudo.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter exploratório, descritivo e retrospectivo com abordagem quantitativa. O estudo foi desenvolvido em uma Instituição de Ensino Superior (IES) do noroeste paulista. Os sujeitos do estudo foram compostos por 128 estudantes do curso de Medicina, matriculados no 5º. e 6º. ano. Neste período da graduação do curso os alunos estão inseridos nos campos de ensino clínico em estágio curricular, proporcionando assistência contínua aos pacientes.

Os dados foram coletados no mês de maio de 2012, sendo utilizado um questionário pré-elaborado como instrumento de coleta de dados. A princípio os alunos foram reunidos em suas respectivas salas de aula, em horários de atividades curriculares. O pesquisador apresentou o tema e os objetivos do estudo, procedendo a uma leitura do questionário para esclarecimentos. Foi entregue aos alunos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os que concordaram em participar da pesquisa permaneceram na sala de aula para elaboração das respostas. O pesquisador estava presente no momento do preenchimento do questionário, tendo o cuidado de não interferir nas respostas.

A pesquisa foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), sob o parecer nº 80/11, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Os dados obtidos foram apresentados de forma descritiva em tabelas e gráficos, baseados na análise de frequência simples e relativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2012, por ocasião da realização da pesquisa, 128 alunos encontravam-se matriculados no 5º. e 6º. ano do curso de Medicina. Destes, 48 do 5º. ano e 49 do 6º. ano foram sujeitos por estarem presentes por ocasião da coleta de dados, concordado em participar da pesquisa.

Dos alunos do 5º. ano, 47,9% eram do sexo masculino e 52,1% do sexo feminino; e do 6º. ano, 40,8%

do sexo masculino e 59,2% do feminino. Em estudo realizado com equipes multiprofissionais, revela-se que na graduação em Medicina há predominância do sexo masculino, e que esses dados refletem os aspectos históricos dessa profissão em relação ao gênero^{7,10}. Entretanto, nos últimos anos vem ocorrendo a inserção progressiva de pessoas do sexo feminino na atividade médica⁸.

Segundo a idade, 70% dos alunos se encontravam na faixa etária de 23 a 26 anos, resultado também encontrado por outros autores⁷. Em relação à ocorrência de acidentes, 14,6% dos alunos do 5º. ano se acidentaram, sendo 85,7% destes apenas uma vez e 14,3% duas vezes. Quanto aos alunos do 6º. ano, 40,8% se acidentaram, sendo 90% somente uma vez e 10% duas. Esses dados são semelhantes a estudo realizado em Belo Horizonte, em que 68,9% dos estudantes sofreram acidente apenas uma vez, 16,4% duas vezes e 4,9%, várias vezes¹¹. Entre os graduandos de Medicina de uma universidade na Inglaterra, 14,8% relataram ter se acidentado com material perfurocortante entre duas e cinco vezes¹². Em relação ao período do curso, constatou-se que os alunos se acidentaram com maior frequência em virtude de sua maior exposição às práticas assistenciais nos campos de estágio clínico⁷.

Ao se analisar o setor de ocorrência dos acidentes, na unidade de Pronto Socorro ocorreu 87,5% de acidentados do 5º. ano e 91% do 6º. ano, seguida da unidade do Centro Cirúrgico com 12,5% do 5º. ano e 4,5% do 6º. ano. Os acidentes ocorridos com material perfurocortante entre os cirurgiões, em comparação com os outros profissionais, podem ser explicados pelo fato de estes profissionais desenvolverem atividades consideradas de risco para a ocorrência do acidente, por causa da dinâmica do seu atendimento na unidade de urgência e emergência, ou pela complexidade dos procedimentos realizados¹⁰. Esses dados também foram observados em outros estudos, os quais verificaram que o número de acidentes está relacionado com as unidades onde se realizam procedimentos de maior complexidade em situações de urgência, associado à falta de treinamento e à consequente inabilidade técnica para esses procedimentos¹³.

Quanto ao tipo de exposição, observou-se valores variados entre os alunos do internato. Nos alunos do 5º. ano o maior percentual de acidentes foi decorrente do contato com mucosa ocular (75%) e entre os alunos do 6º. ano a

exposição percutânea e mucosa ocular ficaram em 95%. Outros estudos demonstraram o maior percentual de acidentes ocorridos por conta da manipulação de materiais perfurocortantes, seguida de mucosa ocular^{7,9,11,14}. Profissionais da área da saúde geralmente são os mais envolvidos em acidentes com material perfurocortante, provavelmente em função do tipo e quantidade de atividade desenvolvida. Na dinâmica da unidade de urgência e emergência, esses profissionais estão em contato direto com o paciente no dia a dia do trabalho, e são responsáveis pelo seu acompanhamento durante 12 horas ininterruptas¹⁰. Estudantes e trabalhadores da saúde incorporam alguns hábitos no cotidiano de trabalho, resultando na exposição frequente aos acidentes com materiais perfurocortantes e fluidos biológicos¹³.

Com relação aos agentes, o sangue foi o maior contaminante em ambos os anos, acometendo 75% dos alunos do 5º. ano e 90,9% dos alunos do 6º. ano. Dados semelhantes também foram observados em outros estudos que identificaram o sangue como principal contaminante^{5,9,13}. Os estudantes de graduação da área da saúde desenvolvem parte de suas atividades acadêmicas em situações semelhantes à prática profissional, colocando-se em risco de exposição¹⁴.

As circunstâncias em que os acidentes envolvendo material biológico ocorreram estão demonstradas na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual dos acidentes com material perfurocortante e fluidos biológicos, segundo a circunstância dos acidentes

Circunstâncias do acidente	5º. ano		6º. ano	
	nº	%	nº	%
Procedimento cirúrgico: sutura	6	75	14	63,7
Procedimento cirúrgico: adm. anestésico	1	12,5	1	4,5
Procedimento cirúrgico: incisão	1	12,5	0	0
Reencape de agulha	0	0	2	9,1
Procedimento obstétrico: parto normal	0	0	1	4,5
Descarte inadequado material bancada	0	0	1	4,5
Total	8	100,0	22	100,0

A caracterização dos acidentes revelou que o procedimento de sutura foi a prática mais frequentemente envolvida, sendo 75% no 5º. ano e 63,7% no 6º. ano, seguida de administração de anestésicos, incisão, reencape de agulha, procedimento obstétrico e descarte inadequado para material na bancada.

O fato de grande parte dos acidentes ocorrer durante a realização de procedimento cirúrgico é pertinente, pois este é um dos momentos da formação em que os alunos desenvolvem atividades de caráter invasivo como corte e sutura, com intenso manuseio de material

perfurocortante, além do contato com fluidos corporais, atividades que requerem grande destreza, raciocínio rápido, agilidade e segurança¹¹.

Outros estudos relatam o reencape de agulha como a circunstância de acidente mais frequente, sendo apontado como um dos principais fatores de risco para a ocorrência de acidentes ocupacionais¹³. Estudo realizado em Bogotá (Colômbia) evidenciou que 49% dos alunos de medicina se acidentaram durante o reencape de agulhas⁵. Esta técnica ainda permanece presente no cotidiano dos hospitais e é considerada pelos alunos como aceitável pela possível falsa impressão de favorecer a redução do risco de acidentes¹¹. O principal fator de ocorrência de acidentes envolvendo sangue e fluidos corresponde ao manuseio e descarte de materiais perfurocortantes⁷.

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual dos acidentes com material perfurocortante e fluidos biológicos, segundo o agente causador

Agente causador	5º. ano		6º. ano	
	nº	%	nº	%
Jato/respingo	7	87,5	12	54,6
Agulha sem lumen	1	12,5	5	22,7
Agulha com lumen	0	0	5	22,7
Total	8	100,0	22	100,0

O maior agente causador de acidentes entre os alunos foi o jato/respingo, correspondendo a 87,5% dos acidentes entre os alunos do 5º. ano e 54,6% entre os alunos do 6º. ano (Tabela 2).

Em outro estudo, 63% dos acidentes ocorreram com agulhas, 18,3% em mucosas e 16,6% com pele⁵. Dentre os objetos causadores de acidente perfurocortante, identificam-se: agulhas, lâminas de bisturi, tubos de ensaio, instrumentais, tesouras e curetas. As agulhas, seguidas das lâminas, são as responsáveis pelo maior número de acidentes. Pesquisas confirmam a alta incidência de acidentes ocorridos com perfuração, reforçando a necessidade urgente de vigilância e treinamentos contínuos quanto aos cuidados na manipulação desses objetos¹¹.

Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual dos acidentes com material perfurocortante e fluidos biológicos, segundo o uso de EPIs

Uso de EPI	5º. ano		6º. ano	
	nº	%	nº	%
Sim	7	87,5	19	86,4
Não	1	12,5	3	13,6
Total	8	100,0	22	100,0
EPIs usados no momento do acidente	nº	%	nº	%
Luvãs	7	58,4	19	70,4
Avenal	3	25,0	3	11,1
Máscara	1	8,3	2	7,4
Óculos de proteção	1	8,3	2	7,4
Proteção facial	0	0	1	3,7
Total	12	100,0	27	100,0

A maioria dos alunos relatou usar EPI no momento do acidente, sendo 87,5% entre os alunos do 5º. ano e 86,4% entre os alunos do 6º. ano. As luvas foram o EPI mais relatado, representando 58,4% entre os alunos do 5º. ano e 70,4% entre os alunos do 6º. ano (Tabela 3).

Os EPIs são fundamentais para o trabalho dos profissionais de saúde, garantindo-lhes padrões mínimos de segurança, visando à prevenção dos acidentes ocupacionais envolvendo material biológico⁶. Em outro estudo com alunos de graduação em Medicina¹¹, 85,2% dos acidentados informaram estar utilizando EPI.

Sobre os acidentes perfurocortantes, foi demonstrado que uma única luva pode reduzir o volume de sangue injetado por agulhas maciças de sutura em 70%. No caso de agulhas ocas, a luva pode reduzir de 35 a 50% a inoculação do sangue, uma vez que uma porção deste permanece na parte interna da agulha. Mesmo oferecendo uma redução menor com agulhas maciças, a utilização de luvas configura uma barreira auxiliar para prevenção de acidentes perfurocortantes¹⁵.

As respostas dos sujeitos foram satisfatórias quanto ao uso de luvas (100%), avental (95%) e máscara (90%). Porém, o uso de gorro e de óculos não apresentou respostas com a mesma frequência, pois apenas 8,3% dos alunos do 5º. ano e 7,4% do 6º. ano referiram estar usando óculos no momento do acidente. A possibilidade de transmissão de uma doença pelo toque sem o uso de luvas se caracteriza de forma muito mais evidente do que por roupas (sem avental), pela via aérea (sem máscara) ou até mesmo pela mucosa ocular (sem óculos), o que pode justificar a reduzida adesão aos EPIs⁷.

Os alunos que sofreram acidentes envolvendo material perfurocortante e fluidos biológicos estavam vacinados com três doses contra a hepatite B, representando 100% dos alunos do 5º. ano e 95,5% dos alunos do 6º. ano. Dentre esses alunos, 50% do 5º. ano e 63,6% do 6º. ano relataram ter realizado o teste Anti-Hbs dois meses após a terceira dose da vacina contra a hepatite B.

Em outro estudo acerca da proteção contra hepatite B, a maioria dos acidentados relatou vacinação prévia (91,3%), entretanto somente 73% apresentaram resultado reagente para o anticorpo Anti-Hbs. Isso indica que muitos profissionais não estão protegidos contra infecção pelo vírus da hepatite B, provavelmente por não completarem o esquema vacinal ou não apresentarem resposta vacinal¹⁶.

A imunização reduz o risco do trabalhador da área da saúde de adquirir doenças imuno-preveníveis, bem como o risco de transmissão de doenças aos pacientes¹⁷. A imunização contra a hepatite B e o atendimento adequado pós-exposição são fundamentais em um programa de prevenção de acidentes ocupacionais¹⁴.

Estudo referente à prevenção da hepatite B descreve a taxa de alunos vacinados superior a 93% e esquema completo referido por mais de 76% dos graduandos, com verificação de imunidade por meio do exame Anti-Hbs em mais de 29% dos entrevistados⁷.

Para graduandos da área da saúde, a hepatite B representa o maior risco de infecção por causa da sua alta infecciosidade, apesar de seu controle ocorrer primordialmente com a vacinação¹⁸. Como medida preventiva pré-exposição, a vacinação é efetiva; porém, a falta de adesão dos trabalhadores da área da saúde representa um sério problema. Quanto à medida preventiva pós-exposição ao HBV, é indicada a gamaglobulina hiperimune específica para o HBV (HBIG), o que confere 75% de efetividade na prevenção dessa infecção¹⁹.

A análise da associação entre vacinação e sorologia Anti-Hbs positiva constatou um percentual de 86,4% de imunizados, sendo que a imunização entre trabalhadores da saúde foi menor com o aumento da idade e entre homens. A excelente eficácia da vacinação contra hepatite B é apontada em diversos estudos²⁰.

O risco de aquisição do HBV pode ser minimizado por meio de medidas preventivas pré-exposição, com a imunização contra a hepatite B. A vacina tem eficácia de 90 a 95% e é considerada uma das medidas preventivas mais importantes para a prevenção do vírus, indicada antes da admissão do profissional de saúde ou dos estudantes de cursos da área da saúde. Quanto aos alunos, houve ingresso nos cursos escolhidos sem o conhecimento prévio da exposição a material biológico e imunização. É responsabilidade das instituições fornecer informações detalhadas tão logo o início da graduação ocorra¹⁴.

Segundo a notificação dos acidentes ocorridos, 75% dos alunos do 5º. ano e 68,2% dos alunos do 6º. ano fizeram-no, contra 25% dos alunos do 5º. ano e 31,8% dos alunos do 6º. ano que não notificaram o acidente.

Deve-se ressaltar a importância deste tipo de acidente do ponto de vista da saúde ocupacional e do aspecto legal, destacando-se a notificação do mesmo e a

adoção de protocolos de forma a favorecer o planejamento e as estratégias preventivas a partir do real conhecimento da ocorrência dos acidentes, o perfil do profissional acidentado e a frequência do acidente¹⁰.

Neste contexto, é importante lembrar que os acidentes ocupacionais envolvendo alunos não são computados por estatísticas oficiais e que esta situação não prevê a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). A cobertura de assistência à saúde destinada aos estudantes depende da instituição a qual estes pertencem. Algumas IES providenciam um seguro de vida visando à cobertura de eventos que, porventura, possam ocorrer durante o período de estágio curricular²¹.

A respeito da subnotificação do acidente de trabalho, é necessário reafirmar os aspectos negativos dessa falha no que se refere ao enfoque pessoal e legal do acidente, a qual só tem repercussões em momentos futuros, provável motivo de no momento da ocorrência do acidente a notificação ser fortemente ignorada, como se verifica não só no presente estudo, mas também nos de diversos autores, variando de 49 a 91,9% das situações⁹.

Estudo realizado pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro revela que a maioria dos acidentados (65,2%), por desconhecimento ou negligência, ignorou o acompanhamento médico e a realização imediata de exames laboratoriais, incluindo o paciente-fonte⁷. Outro estudo revela que 22 a 75% dos estudantes continuaram trabalhando e não buscaram assistência médica nem fizeram a notificação logo após sofrer o acidente biológico⁵. Em relação ao atendimento médico pós-acidente, verificou-se que esta conduta ocorreu em apenas 26 (42,6%) casos¹¹.

Além do atendimento adequado após o acidente, o conhecimento sobre o potencial risco de contaminação para HIV, hepatite B e hepatite C deve ser aprendido. A indicação de profilaxia deve ocorrer de forma imediata, preferencialmente nas primeiras 72 horas, segundo a avaliação médica da dose infectante, como recomenda o Ministério da Saúde²².

No treinamento realizado foram feitas instruções para os estudantes de Medicina referentes a importância dos acidentes, a utilização dos EPIs, a necessidade da vacinação contra a hepatite B e realização do teste Anti-Hbs, bem como a notificação após ocorrência do acidente.

CONCLUSÕES

O presente estudo atendeu aos objetivos delineados considerando-se os resultados obtidos, pois evidenciou que a maioria dos estudantes em período de internato não sofreu acidente com materiais perfurocortantes e fluidos biológicos. Entretanto, dentre os que sofreram acidentes desta natureza, havia despreparo, falta de treinamento adequado, bem como não utilizavam o EPI adequadamente durante o momento do acidente.

A maior prevalência destes acidentes ocorreu no Pronto Socorro, sendo a Unidade de Urgência e Emergência o local que mais propiciou ansiedade para os estudantes, gerando sentimentos de inabilidade técnica, considerando-se a dinâmica do atendimento.

Segundo os resultados obtidos na pesquisa, a área de maior exposição/acometimento foi a mucosa ocular; o agente contaminante o sangue; a sutura a circunstância mais comum e o agente causador do acidente o jato/respingo. Também, por ocasião das suturas, o agente causador do acidente foi o respingo de sangue, atingindo a mucosa ocular. A utilização dos óculos de proteção é fundamental para evitar acidentes nessa região.

Evidenciou-se também que a maioria dos sujeitos estava utilizando EPI no momento do acidente, principalmente as luvas, embora os óculos de proteção tenham sido pouco utilizados.

Quanto à vacina contra a hepatite B, os estudantes encontravam-se vacinados, porém, aproximadamente metade dos graduandos realizou o teste Anti-Hbs por não saberem se estavam imunes. Destaca-se que a imunização contra a hepatite B é importante para a prevenção de acidentes ocupacionais.

A maioria dos estudantes notificou o acidente com material perfurocortante e fluidos biológicos.

Conclui-se que é fundamental desenvolver ente graduandos de Medicina e da área da saúde conceitos específicos e gerais sobre proteção contra acidentes com material perfurocortante e fluidos biológicos. A prevenção primária é fator essencial junto às pessoas, especialmente aquelas que assistem pessoas portadoras de doenças e que circulam por horas seguidas em diferentes ambientes de cuidado ao ser humano.

REFERÊNCIAS

1. Magagnini, M A M. Acidentes de trabalho com material biológico e o seu significado para os profissionais envolvidos. [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP; 2008.
2. Chiodi MB, Marziale MHP, Robazzi MLCC. Acidentes de trabalho com material biológico entre trabalhadores de unidades de saúde pública. *Rev Latinoam Enferm*. 2007; 15(4):632-8.
3. Toledo Júnior ACC; Ribeiro FA; Ferreira FGF; Ferraz RM; Greco DB. Conhecimento, atitudes e comportamento frente ao risco ocupacional de exposição ao HIV entre estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. *Rev Soc Bras Med Trop*. 1999; 32(5):509-15.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Exposição a materiais biológicos. Brasília; 2006.
5. Tapias LF, Tapias L, Torres AS. Acidentes biológicos em estudantes de Medicina. *Salud UIS*. 2007; 39:183-9.
6. Damasceno AP, Pereira MS, Souza ACS, Tipple AFV, Prado MA. Acidentes ocupacionais com material biológico: a percepção do profissional acidentado. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(1):72-7.
7. Oliveira AC, Gonçalves JA. Incidência de acidentes com material perfurocortante entre alunos de graduação em ciências da saúde. *Cienc Cuid Saude*. 2009; 8(3):385-92.
8. Patterson JM, Novak CB, Mackinnon SE, Ellis RA. Needlestick injuries among medical students. *Am J Infect Control*. 2003; 31(4):226-30.
9. Reis JMB; Lamounier Filho A; Rampinelli CA; Soares ECS; Prado RS; Pedroso ERP. Training-related accidents during teacher-student-assistance activities of medical students. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2004; 37(5):405-8.
10. Oliveira AC, Diaz MEP, Toledo AD. Acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes entre a equipe multiprofissional de uma unidade de emergência. *Cienc Cuid Saude*. 2010; 9(2):341-9.
11. Oliveira ACO, Paiva MHRS, Paula AO, Gama CS. Acidentes com material biológico entre alunos de graduação em medicina. *Cienc Cuid Saude*. 2011; 10(1):89-95.
12. Elliott SKF, Keeton A, Holt A. Medical students' knowledge of sharps injuries. *J Hosp Infection*. 2005; 60:374-7.
13. Shimizu HE, Ribeiro EJG. Ocorrência de acidente de trabalho por materiais perfurocortantes e fluidos biológicos em estudantes e trabalhadores da saúde de um hospital escola de Brasília. *Rev Esc Enferm USP*. 2002; 36(4):367-75.
14. Gir E, Netto JC, Malaguti SE, Canini SRMS, Miyeko Hayashida, Machado AA. Acidente com material biológico e vacinação contra hepatite B entre graduandos da área da saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008; 16(3):401-6.
15. Caixeta RB, Barbosa-Branco A. Acidentes de trabalho com material biológico em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002-2003. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(3):737-46.
16. Silva JA, Paula VS, Almeida AJ, Villar LM. Acidentes biológicos entre profissionais de saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13(3):508-16.
17. Chehuen Neto JA, Sirimarco MT, Leite ICG, Gonçalves MPC, Delgado AAA, Camilo GB et al. Situação vacinal dos discentes da Faculdade de Medicina da UFJF-MG. *Rev Bras Educ Med*. 2010; 34(2):270-7.
18. Azap A, Ergul O, Memikoglu KO, Yesilkaya A, Altunsoy A. Occupational exposure to blood and body fluids among health care workers in Ankara, Turkey. *AJIC*. 2005; 33(1):48-51.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Hepatites virais: o Brasil está atento. Brasília; 2005.
20. Ciorlia LAS, Zanetta DMT. Hepatitis B in healthcare workers: prevalence, vaccination and relation to occupational factors. *Brazilian J Infectious*. 2005; 9(5):384-9.
21. Murofusa NT, Marziale MHP, Gemelli LMG. Acidente com material biológico em hospital universitário do oeste do Paraná. *Rev Gaúcha Enferm*. 2005; 26(2):168-79.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites B e C. PN DST/Aids. Brasília; 2004.

Recebido em: 22/02/2013

Aceite em: 13/04/2013

FATORES DE RISCO PARA TRANSMISSÃO DO VÍRUS DA HEPATITE C EM PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE

RISK FACTORS FOR TRANSMISSION OF HEPATITIS C VIRUS IN PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS

FACTORES DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DE VIRUS DE LA HEPATITIS C EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

Dione Medeiros Sena Rosa*, Ivete Maria Ribeiro**

Resumo

Introdução: No Brasil, há cerca de três milhões de pessoas infectadas pelo vírus da hepatite C e não há vacina contra a doença. Este estudo foi desenvolvido em uma clínica de doenças renais na cidade de Tubarão-SC. **Objetivo:** Identificar a percepção e a conduta preventiva de enfermagem relacionada aos fatores de risco na transmissão do vírus da hepatite C em pacientes submetidos à hemodiálise. **Material e Método:** Estudo descritivo, cujo referencial teórico foi norteado pelas Normas e Diretrizes da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 154, publicada em 2004 e a coleta de dados realizada por meio de uma entrevista semiestruturada. Para a análise seguiu-se os princípios da pesquisa qualitativa. **Resultados:** Foram evidenciadas como categorias em relação aos fatores de risco: falta de cuidado ao manusear os pacientes nas máquinas; reutilização e reprocessamento inadequado dos dialisadores e equipamentos; salas conjuntas para pacientes com vírus da hepatite C positivos e negativos; déficit de atenção da equipe de enfermagem. No tratamento destes fatores a equipe de enfermagem utilizou como condutas preventivas: cuidados no manuseio com os pacientes; reuso e reprocessamento adequado dos equipamentos e dialisadores; uso de Equipamentos Individual de Proteção. **Conclusão:** os profissionais de enfermagem demonstram conhecimento em relação aos fatores de risco da transmissão do vírus da hepatite C e desenvolvem conduta preventiva contribuindo para a redução da transmissibilidade do vírus em pacientes hemodialíticos.

Palavras-chave: Hemodiálise. Vírus da hepatite C. Exposição a agentes biológicos. Fatores de risco.

Abstract

Introduction: In Brazil, there are about three million people infected with hepatitis C virus and there is no vaccine against the disease. This study was carried out in a clinic of renal diseases in the city of Tubarão-SC. **Objective:** To identify the perception and the preventive nursing conduct related to risk factors in the transmission of hepatitis C virus in patients undergoing hemodialysis. **Material and Method:** Descriptive study based theoretical framework was guided by the standards and guidelines of the Collegiate Board resolution-RDC No. 154, published in 2004 and data collection carried out by means of a semi-structured interview. For the analysis we followed the principles of qualitative research. **Results:** As categories in relation to risk factors we observed : lack of care when handling patients connected to machines; inadequate reprocessing and reuse of dialyzers and equipment; Joint rooms for patients positive and negative for C hepatitis; attention of nursing staff. In the treatment of these factors to the nursing staff used as preventive care the following items: special care in handling patients; reprocessing and reuse of dialyzers and equipment; use of Individual Equipment. **Conclusion:** the nursing professionals demonstrate knowledge in relation to risk factors of transmission of hepatitis C virus and develop a preventive behavior contributing to the reduction of the transmissibility of the virus in haemodialytic patients.

Keywords: Hemodialysis. Hepatitis C virus. Exposure to biological agents. Risk factors.

Resumen

Introducción: En Brasil, hay unos 3 millones de personas infectadas con el virus de la hepatitis C y no hay ninguna vacuna contra la enfermedad. Este estudio se llevó a cabo en una clínica de enfermedades renales en la ciudad de Tubarão-SC. **Objetivo:** Identificar la percepción y la preventiva de enfermería conducta relacionados con factores de riesgo en la transmisión del virus de la hepatitis C en pacientes sometidos a hemodiálisis. **Material y Método:** Estudio descriptivo cuyo marco teórico fue guiado por las normas y directrices de la Junta colegial Resolución RDC Nº 154, publicado en 2004 y recopilación de datos lleva a cabo mediante una entrevista semiestructurada. Para el análisis siguió los principios de la investigación cualitativa. **Resultados:** Se destacaron como categorías en relación con factores de riesgo: falta de cuidado al manipular pacientes en máquinas; reprocesamiento inadecuado y reutilización de Dializadores y equipos; Conjuntas habitaciones para los pacientes con hepatitis C positivo y negativo; falta de atención del personal de enfermería. En el tratamiento de estos factores el personal de enfermería se sirvió de atención preventiva en el manejo de conductos con pacientes; utilización de Dializadores y equipos; uso de Equipo Individual de Protección. **Conclusión:** Los profesionales de enfermería demuestran conocimiento en relación con factores de riesgo de transmisión del virus de la hepatitis C y desarrollan conductas preventivas que contribuyen a la reducción de la transmisibilidad del virus en pacientes hemodialíticos.

Palabra clave: Hemodiálisis. Virus de la hepatitis C. Exposición a agentes biológicos. Factores de riesgo.

* Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

** Mestre em Assistência de Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

Contato: ivete.ribeiro@unisul.br

INTRODUÇÃO

Do ponto de vista histórico, a utilização da hemodiálise teve início há mais de meio século. Inicialmente seu emprego era indicado somente para tratamento de insuficiência renal aguda, tendo a finalidade de manter o paciente vivo por um tempo significativo, a fim de reestabilizar a função renal. O estudo da hemodiálise expandiu-se a partir de 1960, transformando o curso natural de doenças com poucas perspectivas de tratamento. No decorrer dos anos houve grandes avanços tecnológicos para desenvolvimento da hemodiálise, os quais incluem o aperfeiçoamento de máquinas e a fabricação de dialisadores mais eficientes e seguros¹.

A doença renal crônica (DRC), contemplada por esse tipo de terapia, é considerada uma doença de alta morbidade e mortalidade. Sua incidência e prevalência no Brasil e no mundo vêm crescendo aceleradamente. Os pacientes possuem uma taxa de mortalidade anual de 15,2%, e em tratamento dialítico estão susceptíveis a várias comorbidades associadas, destacando-se as infecções, com grande prevalência pelo vírus da hepatite B e C². Esses pacientes são especialmente predispostos à infecção pelo vírus da hepatite C (VHC)³.

No Brasil, o número de pacientes em diálise, estimado em janeiro de 2011, foi de 91.314, sendo mais da metade na região sudeste. As estimativas de prevalência e incidência para 2011 foram de 475 e 149 pacientes em diálise por milhão da população, respectivamente⁴.

O vírus da hepatite C acomete cerca de 180 milhões de pessoas mundialmente. Embora dados de pesquisas indiquem um aumento pronunciado da população em diálise no Brasil ao longo dos anos, com uma tendência a estabilização nos últimos anos, estima-se que no país entre 1% e 3% da população estejam contaminados, sendo que a maioria desconhece esse diagnóstico^{4,5}.

As unidades de hemodiálise dependem do avanço da tecnologia e estão em constante transformação, requerendo atualização permanente das equipes para a execução de preceitos que proporcionem a biossegurança dos pacientes e profissionais. Dessa forma, as pesquisas científicas nessa temática são fundamentais.

É importante que os profissionais de enfermagem promovam avanços no conhecimento sobre os fatores de risco e a conduta da equipe quanto à transmissão do vírus da hepatite C em pacientes submetidos à hemodiálise. Toma-se como premissa que promover um controle mais

eficaz em biossegurança tende a diminuir ou extinguir a possibilidade da transmissão do VHC entre pacientes submetidos a esse tratamento.

A equipe de enfermagem e, sobretudo, o enfermeiro, tem a responsabilidade de realizar o controle das ações e intervenções assistenciais. Portanto, é necessário domínio de conhecimentos quanto aos fatores associados à infecção pelo vírus da hepatite C em pacientes hemodialisados. Atribui-se grande importância ao rigoroso cuidado nos procedimentos e manuseio dos pacientes hemodialisados em relação à predisposição a infecção do vírus da hepatite C. O tratamento requer muita atenção da equipe de enfermagem, com vistas a garantir a qualidade dos serviços, prevenir agravos e satisfazer o paciente.

Considerando a elevada taxa de transmissão nosocomial do vírus da hepatite C em pacientes submetidos a tratamento de hemodiálise, optou-se por realizar um estudo para identificar os fatores associados à transmissão do vírus da hepatite C em pacientes submetidos a esse tratamento. O referencial teórico foi fundamentado na Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), nº 154, publicada em 2004, que estabelece normas de biossegurança, pelas quais todos os serviços de diálise devem implantar e gerenciar o controle e a prevenção de infecção⁶.

Trata-se de uma pesquisa sobre fatores de risco e a conduta de profissionais de enfermagem relacionados à transmissão do vírus da hepatite C em pacientes submetidos à hemodiálise, em uma clínica de doenças renais na cidade de Tubarão-SC.

Para nortear o estudo utilizou-se como questão: qual a conduta preventiva de enfermagem relacionada aos fatores de risco da transmissão do vírus da hepatite C em pacientes submetidos à hemodiálise em uma clínica de doenças renais de Tubarão-SC.

OBJETIVO

O objetivo foi identificar a percepção e a conduta preventiva de enfermagem relacionadas aos fatores de risco da transmissão do vírus da hepatite C em pacientes submetidos à hemodiálise.

MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo é descritivo e foi desenvolvido por abordagem qualitativa, baseado em ações assistenciais, realizadas em uma unidade de hemodiálise de uma clínica de doenças renais do estado de Santa Catarina.

Foram sujeitos do estudo seis profissionais da equipe de enfermagem, os quais desempenhavam diferentes funções assistenciais junto a pacientes em hemodiálise. Como critérios de inclusão dos participantes foram definidos os seguintes itens: aceitar participar do estudo; assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ser prestador de assistência a pacientes hemodialisados na referida clínica no mínimo há um ano.

A pesquisa obedeceu a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUL, nº 11.107.4 de 04/2011. A coleta de dados foi realizada por meio da técnica de entrevista semiestruturada, com roteiro elaborado para este fim, e um instrumento de observação participante da equipe de enfermagem, utilizado durante a assistência prestada aos pacientes hemodialisados. A análise de dados qualitativa baseou-se no método de conteúdo proposto por Gomes⁷.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para cumprir aos preceitos éticos em pesquisa e garantir o anonimato dos sujeitos, estabeleceram-se pseudônimos aos participantes, os quais receberam nomes de cores para representá-los.

Foram entrevistados cinco técnicos de enfermagem com capacitação em hemodiálise e um enfermeiro especialista em nefrologia, que trabalhavam nos turnos da manhã e da tarde. A faixa etária dos participantes variou de 24 a 39 anos, o tempo de atuação na clínica é de um a 17 anos, sendo que 50% dos entrevistados exerciam atividades há mais de sete anos.

Os dados referentes à percepção da equipe de enfermagem sobre o conhecimento frente aos fatores de risco em relação à infecção pelo vírus da hepatite C permitiram elaborar as seguintes categorias: falta de cuidado ao manusear os pacientes nas máquinas; reutilização e reprocessamento inadequado dos dialisadores e equipamentos; salas conjuntas para pacientes VHC positivos e negativos; déficit de atenção da

equipe de enfermagem.

Quanto aos cuidados e ações a equipe de enfermagem referiu como medidas preventivas: cuidados no manuseio com os pacientes; reuso e reprocessamento adequado dos equipamentos e dialisadores; uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI).

Aproximadamente 80% das unidades reprocessam dialisadores para uso no mesmo paciente. Profissionais de saúde que atuam no reprocessamento devem seguir rigorosa técnica de biossegurança, pois qualquer risco para transmissão da hepatite C pela reutilização desses materiais afetará, primeiramente, os profissionais de saúde. Isso ocorre pelo contato direto desses profissionais com os dialisadores e, em alguns centros, não há reutilização por esse motivo.

A terapia renal substitutiva tem alto custo e o capilar não é utilizado uma única vez. Segundo a Portaria nº 82/2000 do Ministério da Saúde, os capilares podem ser reutilizados 12 (doze) vezes⁶. Esta reutilização está autorizada desde que a unidade de diálise utilize parâmetros para avaliar a capacidade de ultrafiltração *priming* (capacidade de preenchimento das fibras do capilar).

O uso prolongado dos dialisadores também pode aumentar o risco de contaminação causado por lesões nas membranas de filtração, permitindo que o sangue entre em contato com as máquinas de diálise que são compartilhadas com outros pacientes. Estudos prospectivos na Europa revelaram incidência de hepatite C similar entre os pacientes que reutilizavam o dialisador e aqueles que não o reutilizavam quando as medidas rígidas de controle de infecção foram implantadas⁸.

Os pacientes, ao serem manuseados nas máquinas de hemodiálise, estão frequentemente susceptíveis à infecção pelo VHC. Essa contaminação dar-se-á através do contato de clientes VHC positivos com VHC negativos, por manuseio inadequado das máquinas de hemodiálise e por uso comum de diversos artigos de uso pessoal do paciente⁸. A esterilização incorreta das mesmas pode disseminar a infecção pelo VHC, pois o ácido ribonucleico (RNA) do VHC pode ser detectável em equipamentos de diálise após a esterilização, caso o sangue não tenha sido totalmente removido antes deste procedimento⁹.

No estudo, para a categoria falta de cuidado ao manusear os pacientes nas máquinas, um dos sujeitos relatou:

“Uma das causas para a transmissão seriam as trocas de linhas e capilares”. (Amarelo)

Como conduta frente aos riscos:

“Procuro sempre manusear o paciente sem diagnóstico para hepatite C antes dos pacientes contaminados pelo vírus. Manter uma boa fixação na punção arterial e venosa do paciente, avaliando os sangramentos, corrigindo quando necessário, para não haver a saída da agulha na fistula e ocorrer extravasamento de sangue, pois podem contaminar os funcionários e pacientes”. (Amarelo)

Em relação ao fator de risco sobre a reutilização e reprocessamento inadequado dos dialisadores e dos equipamentos utilizados nos pacientes, foram relatados:

“O reuso dos dialisadores é um dos principais fatores de risco para o paciente hemodialisado quanto à transmissão do vírus da hepatite C”. (Vermelho)

“Troca de dialisador. solução dialisante contaminada, lavagem do capilar no reuso dos pacientes com sorologia negativa”. (Rosa)

Segundo as normas de biossegurança da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 154/20046, o dialisador reutilizável deve ser acondicionado separadamente em recipiente limpo, promovida a desinfecção, com identificação do nome do paciente, data da primeira utilização e grupo de reprocessamento, o que se confirma nas descrições dos entrevistados:

“Os equipamentos são usados e guardados individualmente, para evitar riscos de contaminação”. (Amarelo)

“Observo as etiquetas dos dialisadores com a identificação dos pacientes”. (Cinza)

“Se houver o rompimento de linhas já jogo o hipoclorito e separo o material que foi utilizado na limpeza da máquina até o final do turno para não contaminar as outras máquinas”. (Azul)

“Deixo para fazer a desinfecção da máquina por último, para não contaminar o restante das máquinas”. (Lilás)

Quanto aos fatores de risco, elevadas taxas de prevalência têm sido descritas em unidades de hemodiálise. A infecção pelo vírus da hepatite C interfere negativamente na qualidade de vida dos pacientes.

Evidenciou-se quanto a este aspecto, através de relatos, que a não separação das salas pode estar subsidiando contaminações:

“Os pacientes com vírus da hepatite C deveriam ser separados por sala, pois eles podem pôr em riscos os demais pacientes que não

possuem o vírus”. (Azul)

Outro fator de risco na contaminação pelo VHC foi referido por um entrevistado como:

“As jornadas duplas de trabalho [...] pois os funcionários com esta rotina acabam tendo um déficit de atenção na hora do manuseio com a máquina de diálise”. (Cinza)

No contexto das percepções dos participantes quanto à conduta preventiva, o uso de EPIs se torna indispensável para evitar fatores desencadeantes à infecção do VHC. A lavagem correta das mãos e a observação dos princípios de assepsia são técnicas de autocuidado e maneiras de se prevenir danos à saúde do paciente. A esse respeito os sujeitos relataram:

“A gente tem sempre que estar bem paramentado com EPI, desde a punção até o reuso”. (Vermelho)

“Eu uso sempre os EPIs, se eu estou atendendo o paciente com hepatite C, procuro ficar atendendo somente ele naquele momento, só vou atender outro paciente depois de trocar as luvas e lavar as mãos”. (Azul)

Quanto ao cuidado com o manuseio do paciente na máquina de hemodiálise, os participantes reforçam o entendimento de que existe a necessidade dos profissionais de saúde estar sempre atentos ao realizar os procedimentos, utilizando rigorosa técnica de biossegurança, a fim de prevenir e minimizar as possibilidades de riscos de contaminação pelo VHC nos pacientes hemodialisados.

A adoção de medidas de biossegurança é, de fato, muito importante para que haja uma prevenção efetiva da transmissão do VHC. Para isso, o uso de EPI, como máscara, luvas, gorro, óculos, capote, entre outros, torna-se obrigatório a todos os profissionais que atuam em uma unidade de hemodiálise. O não cumprimento dessas normas tem sido referido em diversos estudos como fator relacionado à transmissão do VHC⁹.

O compartilhamento de sala e equipe de enfermagem citados pelos participantes como aspectos relacionados à alta incidência da soropositividade para o vírus da hepatite C em hemodialisados podem estar associados à própria sistemática do procedimento dialítico por falhas técnicas em biossegurança¹⁰.

A probabilidade de o paciente permanecer em janela imunológica e dividindo sala, máquina e profissionais de enfermagem com pacientes negativos geram fatores de risco para o paciente hemodialisado¹¹. No entanto, resultados falso-positivos e falso-negativos podem ocorrer,

expondo os pacientes em hemodiálise a risco elevado de transmissão nosocomial da infecção³.

Não existe nenhuma norma para dialisar separadamente pacientes anti VHC positivo. A Resolução RDC-154/2004 obriga apenas a separação de pacientes com hepatite B.

Entretanto, alguns autores defendem a ideia de que o compartilhamento de máquinas de diálise está relacionado à alta incidência de infecção pelo VHC, e tem sido recomendado o controle da transmissão de hepatite C através da separação de salas para pacientes reagentes ao anti-VHC^{8,12}. Este fato é bastante preocupante e digno de uma investigação mais aprofundada, uma vez que a Portaria que regulamenta os serviços de diálise exige apenas a separação de salas para pacientes infectados pelo vírus da hepatite B, objetivando a revisão de estratégias e sensibilizando os gestores que instituem as normas de biossegurança em diálise, dando ênfase na prevenção de riscos para aquisição do VHC nos pacientes em tratamento hemodialítico.

Observou-se ainda nos dados referentes à percepção dos funcionários quanto aos pacientes portadores de VHC, identificados ou não, se estes devem ser considerados como potencialmente infectantes. Todos os funcionários acreditam que sim e justificaram da seguinte maneira:

"Porque o funcionário tem contato direto com o sangue desses pacientes, na hora da punção, do reuso dos dialisadores e manuseio das linhas, podendo se contaminar com esse sangue". (Amarelo)

"Porque mesmo estando com luvas e usando os demais EPIs, pode ocorrer acidentalmente o contato com o sangue do paciente com VHC, podendo nos infectar". (Vermelho)

Na observação participante, confrontando a realidade da clínica estudada com as normas que regulamentam os serviços de diálise - Resolução RDC-154/20046, sobre a frequência do uso de dialisadores e linhas arteriais e venosas, pôde-se observar que todos os funcionários reutilizam os dialisadores por 12 vezes, conforme normas da vigilância e adotadas pela clínica. No decorrer dessas reutilizações, é feita uma avaliação desses capilares medindo-se o volume interno das fibras - "qualidade dos capilares", processo denominado de *priming*. Caso o resultado indique uma redução superior a 20% do volume inicial, torna-se obrigatório o descarte do dialisador, ainda que a reutilização do mesmo seja inferior

ao recomendado.

Em relação ao dialisador e às linhas reutilizáveis, foi ratificado que o seu acondicionamento é realizado separadamente em recipiente desinfetado, com identificação do paciente, data da primeira utilização e grupo de reprocessamento.

É uma norma da unidade que todos os pacientes por ocasião da admissão sejam orientados a sempre verificar a identificação de seus nomes nos dialisadores. Como alguns pacientes possuem deficiência visual, nestes casos o funcionário que assiste e conduz o paciente fica responsável por realizar essa verificação. Os pacientes admitidos não são dialisados em máquinas específicas para este tipo de atendimento, e o reprocessamento dos dialisadores não é realizado na própria máquina, normas estas estabelecidas pela Resolução RDC-154/20046¹². No entanto, essa reutilização é realizada em local específico para pacientes recém-admitidos.

Durante as observações realizadas na sala de reuso da referida clínica, constatou-se que os dialisadores e as linhas eram desinfetados durante o reuso, conforme protocolo de procedimentos, e os mesmos submetidos a um enxágue na máquina de hemodiálise para remoção da solução esterilizante após a desinfecção, imediatamente antes da sua utilização.

Em relação à interdição da atuação simultânea de funcionários na sala de reprocessamento de dialisadores não contaminados ou contaminados por hepatite B ou C, em um mesmo turno de trabalho, existe uma orientação na clínica que tal procedimento seja realizado por dois reusistas, sendo que um executa o reprocessamento em sala não contaminada; o outro, em sala contaminada.

CONCLUSÕES

É importante que a equipe de enfermagem de unidades de hemodiálise tenha conhecimento sobre o potencial de infecção dos pacientes VHC positivos, possibilitando intervir e minimizar riscos ao paciente e até mesmo para si própria, uma vez que ao executar atividades que envolvem o contato direto e indireto com o sangue do paciente VHC positivo, está frequentemente predisposta à aquisição da referida doença.

Considerando-se as normas vigentes, todos os sujeitos do estudo demonstraram conhecimento sobre o tema e seguiam as práticas de biossegurança no manuseio dos pacientes hemodialisados, preocupando-se com os riscos durante a assistência aos mesmos, bem como

utilizavam os EPIs no cotidiano de seu trabalho.

A percepção dos profissionais de enfermagem quanto aos fatores de risco para a transmissão do vírus da hepatite C e as condutas preventivas evidenciaram que os profissionais de enfermagem processavam bem as situações de risco em procedimentos diretos com o paciente até o reprocessamento dos dialisadores e o manuseio dos resíduos produzidos.

Foi possível observar a importância do processo educativo atribuído pelos sujeitos do estudo, desenvolvido, segundo eles, por treinamentos, cursos e palestras, visando

minimizar a exposição dos pacientes e funcionários aos riscos de infecção pelo VHC.

Os resultados obtidos evidenciam um controle eficaz em biossegurança e rigorosa observância das normas de precauções universais.

O trabalho assistencial de enfermagem é essencial no âmbito preventivo e a vigilância contínua é imprescindível na tentativa de diminuir o risco da prevalência elevada de hepatite C em unidades de diálise.

REFERÊNCIAS

1. Lugon H, Matos A, Warak A. Hemodiálise. In: Riella, MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólitos. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
2. Lehmkuhl A, Maia AJM, Machado MO. Estudo da prevalência de óbitos de pacientes com doença renal crônica associada à doença mineral óssea. J Bras Nefrol. 2009; 31(1):10-7.
3. Leão JR, Pace FHL, Chebli JMF. Infecção pelo vírus da hepatite c em pacientes em hemodiálise: prevalência e fatores de risco. Arq Gastroent. 2010; 1(47):28-34.
4. Sesso RCC, Lopes AAL, Thomé FS, Watanabe Y, Santos DR. Diálise Crônica no Brasil - Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2011. J Bras Nefrol. [periódico na internet]. 2012 [acesso em 2011 jun 20]; 34(3):272-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n3/v34n3a09.pdf>
5. Strauss E, Sette Jr H, Nobre MRC, Barros MFA, Pessoa MG, Lopes E, et al. Hepatite C crônica: tratamento. S. In: Associação Médica Brasileira. Conselho Federal de Medicina. Projeto diretrizes. Brasília; 2009. p. 1-15.
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 154/2004. Regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise. Brasília; 2004.
7. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCdeS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
8. Souza SCP. Fatores de risco para transmissão nosocomial de hepatite C nas clínicas de hemodiálise do município de Porto Velho-RO. Porto Velho-RO. Boletim impresso.
9. Mello LA, Melo MR, Albuquerque ACC, Coelho MRCD. Hepatitis C serum prevalence in hemodialyzed patients. Rev Soc Bras Med Trop [periódico na internet]. 2011 [acesso em 2011 Mar 3]; 40(3):290-4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00378682200700300008&lng=en&doi=10.1590/S0037-8682200700300008.
10. Focaccia R, Baraldo D, Souza F. Epidemiologia. In: Focaccia R. Tratado de hepatites virais. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 221-9.
11. Gomes M, Gigante LP, Gomes J, Boschetti J, Carvalho G. Prevalência da soropositividade do anti-HCV em pacientes dialisados. Rev Saúde Públ. 2006; 40(5):931-4.
12. Silva MCD, Zeitouner RCG. Riscos ocupacionais em um setor de hemodiálise na perspectiva dos trabalhadores da equipe de enfermagem. Esc Ana Nery Rev Enf. 2009; 13(2):279-86.

Recebido em: 16/03/2013

Aceite em: 15/04/2013

OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO COM TRABALHADORES NO CORTE MANUAL DA CANA-DE-AÇÚCAR

WORK ACCIDENTS OCCURRENCES WITH WORKERS ON THE MANUAL SUGAR CANE CUTTING

ACCIDENTES DE TRABAJO OCURRIDOS CON LOS TRABAJADORES DEL CORTE MANUAL DE LA CAÑA DE AZÚCAR

Ana Claudia Affonso Penteadó*, Fernanda Pugliane Peres Sanches*, Rozemir Gusmão Castelane*, Tania Valeria Bordinhon do Prado Valderrama*, Maristela Aparecida Magri Magagnini**

Resumo

Introdução: A economia da região Noroeste do Estado de São Paulo é baseada no cultivo da cana-de-açúcar e o corte de cana é um processo que envolve diversas situações de risco à saúde do trabalhador. Acidentes de trabalho com trabalhadores rurais no corte manual da cana são problemas frequentes e pouco discutidos. **Objetivo:** Identificar os acidentes de trabalho ocorridos durante o corte manual da cana-de-açúcar em uma usina na referida região. **Material e Método:** Pesquisa exploratória e descritiva, de corte transversal e abordagem quantitativa. **Resultados:** Foram sujeitos e entrevistados 50 pessoas, destes 40% executavam essa função há cinco anos; 40% já haviam se acidentado e a maioria apenas uma vez; o facão foi responsável por 90% dos acidentes; 45% dos acidentados tiveram os membros inferiores atingidos e dos que se acidentaram 90% estavam usando Equipamento de Proteção Individual. Todos receberam atendimento médico, 80% declararam terem aberto o Comunicado de Acidente de Trabalho; dos 16 acidentados, 14 necessitaram de afastamento de suas atividades; 43% por cinco dias, 36% de 5 a 10 dias e 21% por mais de 15 dias. Os sujeitos estavam esclarecidos quanto aos recursos existentes para desenvolver o trabalho, muitos foram capacitados pela própria empresa para operarem colheitadeiras e a executarem outras funções na entressafra, pois o fim da queima da cana está previsto para 2017. **Conclusão:** Esta mecanização diminuirá o número de acidentes, porém aumentará a sua gravidade. Cabe a empresa oferecer melhores condições de trabalho e os trabalhadores se conscientizarem e acatarem as orientações oferecidas, propiciando um trabalho mais seguro.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Acidente de trabalho. Cana-de-açúcar.

Abstract

Introduction: Northwest region of São Paulo State economy is based on sugar cane cultivation, so accidents involving the health of workers in manual sugar cane cutting are common events, but little discussed. **Objective:** The aim of this study was to identify accidents during the manual sugar cane cutting in a plant of our area. **Material and Method:** This is an exploratory and descriptive, cross-sectional study with quantitative approach. **Results:** From the 50 workers submitted to an interview, 40% have being doing this function for 5 years; 40% of them have had accidents, most only once; the machete was responsible for 90% of accidents. 45% of the victims had their lower limbs affected, observing that 90% of injured people were using protective equipment. All received medical care and 80% said that a CAT was opened. From 16 injured, 14 were dismissed from their activities, 43% for 5 days, 36% for 5 to 10 days and 21% for more than 15 days. All involved workers were informed about the existing resources to develop their work, being many trained by the company to operate mechanical equipment and perform other functions in the growing season because the end of sugarcane burning is planned for 2017. **Conclusion:** The number of accidents will be reduced by mechanization but this will increase its severity. It is company responsibility to offer better working conditions but employees need to accept the guidelines offered, resulting in a safer work.

Keywords: Occupational health. Accidents, Occupational. Saccharum.

Resumen

Introducción: La economía de nuestra región se basa en el cultivo de la caña de azúcar, pero los accidentes de trabajo que involucran a trabajadores agrícolas en el corte de caña manual es un tema frecuente, pero poco discutido. **Objetivo:** El objetivo de este estudio fue identificar los accidentes de trabajo ocurridos durante el corte manual de la caña de azúcar de una usina en el noreste paulista. **Material y Método:** Pesquisa exploratoria y descriptiva, de corte transversal y abordaje cuantitativo. **Resultados:** De la encuesta realizada, el 40% de los trabajadores realizan esta función durante 5 años, el 40% ha tenido accidentes, la mayoría sólo una vez, el machete fue responsable del 90% de los accidentes, el 45% de las víctimas tuvieron las extremidades inferiores afectadas, de los que se acidentaron el 90% estaban usando PPE. Todos recibieron la atención médica, el 80% declaró la apertura de la CAT, de los 16 heridos, 14 fueron apartados de sus actividades, el 43% durante 5 días, el 36% de 5 a 10 días y el 21% por más de 15 días. Los trabajadores involucrados en la investigación se les informa acerca de los recursos existentes para el desarrollo de su trabajo, muchos están siendo entrenados por la propia empresa para operar cosechadoras y realizar otras funciones en la estación de crecimiento, pues el final de la quema de la caña de azúcar está prevista para 2017. **Conclusion:** Esta mecanización reducirá el número de accidentes, pero aumentará su gravedad. Es responsabilidad de la empresa ofrecer mejores condiciones de trabajo y a los empleados acatar las directrices que se ofrecen, resultando un trabajo más seguro.

Palabras-clave: Salud laboral. Accidentes de trabajo. Caña de azúcar.

INTRODUÇÃO

A região noroeste paulista surgiu no início do século XX como uma área cafeeira, tornando-se em pouco tempo uma região de destaque por causa da sua grande produção. No entanto, a partir de 1950 a cafeicultura apresentou uma involução crescente e, à medida que os cafezais desapareciam, surgiram os canaviais. As transformações na agricultura canavieira ocorreram com vigor a partir da instalação das primeiras usinas em 1952, definindo a economia da região. Além do açúcar, também começaram a ser produzidos etanol, levedura e energia. O setor sucroalcooleiro passou por vários períodos de subida e declínio, desde que a economia foi implantada e, ainda assim, a sua produção aumentou significativamente¹.

Para que a cana seja cultivada são necessárias duas estações distintas para o plantio: uma quente e úmida, que proporciona a germinação, o perfilhamento e o desenvolvimento vegetativo; seguida de uma estação fria e seca, para promover a maturação e, conseqüentemente, o acúmulo de sacarose nos colmos².

Geralmente, a colheita inicia-se nos meses de abril e/ou maio e termina em novembro, período em que a planta atinge seu ponto de maturação. Após esse mês, o transporte da matéria-prima é dificultado por causa do período de chuvas, diminuindo o rendimento industrial.

O corte da cana pode ser manual ou mecânico, este realizado através de máquinas. Quando o corte de cana ocorre de maneira manual, esta sofre uma queimada 24 a 48 horas antes do corte, para que seja reduzida a folhagem e diminua o risco de acidentes com animais peçonhentos. A queima inclui a palha e a ponteira da cana, permitindo um maior acesso à cultura, possibilitando um maior rendimento na colheita e a diminuição de gastos. Porém, a mesma queima que gera lucro prejudica a saúde dos trabalhadores, aumentando a incidência de doenças respiratórias, além de causar danos aos olhos pela fuligem e a poeira³.

Ao chegar ao canavial os trabalhadores são orientados por padrões de exigência pré-determinados. Cada pessoa fica responsável por um pedaço de terra, chamado de eito, com 150 metros de extensão, composto por cinco ruas, como são chamadas as linhas onde a cana é plantada estrategicamente para que o corte seja facilitado. Os eitos são designados pelo líder de cada um dos grupos⁴.

O corte, na sua execução, obedece a seguinte maneira de trabalho: a pessoa coloca-se de frente ao eito e realiza o corte com golpes de facão na altura basal da cana-

de-açúcar, ou seja, rente ao chão, não podendo deixar soqueiras nem tocos, pois esta parte é a mais rica da cana, local onde fica concentrada a sacarose. O corte rente ao chão deve ser feito de maneira cuidadosa para que a raiz não seja atingida e, assim, não prejudique a rebrota⁵.

O posicionamento do trabalhador para realizar o corte da cana demanda extrema força física, acelerado ritmo de trabalho, movimentos repetitivos e postura geralmente inadequada, pois, para realizar a atividade ele deve flexionar a coluna vertebral, assim formando um ângulo inferior a noventa graus em relação a seus membros inferiores; segura com uma das mãos um feixe de cana e com a mão dominante executa golpes repetitivos de facão sobre a base da planta para realizar o corte. A repetição contínua dos movimentos pode desencadear uma seqüência de lesões, incluindo acidentes de trabalho⁶.

Após o corte, o trabalhador deve erguer o molho de cana, carregá-lo até os montes localizados na rua que corresponde ao centro do eito, colocando as ponteiras todas do mesmo lado, onde é então cortado, sendo que o corte deve ser realizado no último gomo, impossibilitando que o palmito e a cana acompanhem o ponteiro que será cortado. Este deslocamento realizado com a cana faz com que os trabalhadores percorram razoáveis distâncias diariamente, levando-os a um grande desgaste físico. Na busca de remuneração mais elevada, intensificam o ritmo de trabalho, desrespeitando os limites do próprio corpo, sujeitando-se a uma condição de saúde precária^{4,6}. Realizada a colheita, é feita a contagem da produção, que geralmente varia de seis a sete t/homem/dia².

Ao final da contagem, a cana é carregada em veículo próprio para o transporte até a usina. Este deve ser realizado o mais rápido possível, num período de até 24 horas para não afetar a qualidade da cana-de-açúcar.

Desta forma, os trabalhadores do corte manual da cana se mantêm expostos a diferentes condições climáticas. No período da colheita o clima é quente e o trabalho do corte é realizado sob temperaturas elevadas que variam de 23 a 36°C. Além de enfrentarem diferentes fenômenos climáticos como a chuva, o vento, a umidade e poeira advindas do corte e fuligem, ainda há riscos de intoxicação com agrotóxicos e acidentes com animais peçonhentos.

Todos os anos, muitos trabalhadores rurais, oriundos principalmente de estados como Maranhão, Piauí, Minas Gerais e Sergipe, são contratados pelos usineiros, especificamente para o corte da cana-de-açúcar⁷.

Geralmente, estes trabalhadores têm pouco poder aquisitivo e cultural, baixa escolaridade, pouca ou nenhuma qualificação profissional, estão acostumados à vida no campo desde suas terras de origem. Alguns trazem a própria família para morar ou passar alguma temporada, outros trazem as esposas, deixando os filhos com parentes, e muitos constroem suas famílias na cidade onde passam a trabalhar⁸.

Quanto à jornada de trabalho, esta tem início na madrugada, com o preparo da refeição para ser consumida durante o dia de trabalho. As atividades durante o dia são longas, pois geralmente saem das residências por volta das cinco e meia da manhã e retornam às cinco e meia da tarde. É comum muitos deles almoçarem logo que chegam ao local de trabalho, pois a distância é longa e necessitam de energia para começarem a jornada¹.

Os trabalhadores são transportados em ônibus de propriedade dos empreiteiros, na maioria das vezes conduzidos por motoristas inabilitados e sem experiência, havendo pouca ou nenhuma manutenção do veículo. Juntamente com eles vão os instrumentos de trabalho sem nenhuma proteção, colocando em risco a vida dos trabalhadores⁹.

Visando a melhoria na saúde dos trabalhadores do corte da cana, e da população em geral, foi decretada em 19 de setembro de 2002 a Lei Estadual nº 11.241 que estabelece que até o ano de 2031 seja completamente cessada a queima da palha da cana-de-açúcar na pré-colheita como método facilitador do corte¹⁰.

No entanto, o Governo do Estado de São Paulo, juntamente com a Secretaria do Meio Ambiente, a Secretaria da Agricultura e do Abastecimento e a União da Indústria da Cana-de-Açúcar (UNICA), a fim de consolidar o desenvolvimento sustentável da indústria da cana-de-açúcar, estabeleceu através do Protocolo Agro-ambiental do Setor Sucroalcooleiro Paulista, novos prazos para o fim das queimadas relacionadas ao corte da cana. Assim, a previsão é de que até 2014 sejam eliminadas as queimadas relacionadas à cana nas áreas mecanizáveis, e em 2017, nas áreas não-mecanizáveis¹⁰.

As áreas mecanizáveis foram caracterizadas como aquelas com declividade inferior ou igual a 12%, em terrenos com mais de 150 hectares em solos que permitam o uso de técnicas usuais de mecanização da atividade de corte de cana. As áreas não-mecanizáveis são as que possuem declividade superior a 12% e terrenos com

estrutura de solo que inviabilize a adoção de técnicas usuais de mecanização da atividade de corte de cana¹¹.

O corte mecanizado pode ser realizado de duas formas: por meio de colheitadeiras que fazem somente o processo de corte e liberam a cana para a moagem apenas cortada; ou por colheitadeiras que cortam, limpam e picam a cana-de-açúcar. O corte da cana-de-açúcar através de máquinas requer operadores especializados. Geralmente, são utilizados trabalhadores da empresa que ocupam cargos braçais ou de tratoristas. Estes funcionários são selecionados e, após passarem por uma formação na própria usina, ocupam o cargo de operadores de colheitadeiras, cumprindo carga horária de 8h/dia.

Para a segurança e integridade física dos trabalhadores rurais, a Norma Regulamentadora Rural 4 (NRR-4) do Ministério do Trabalho e Emprego, dispõe sobre o uso obrigatório do Equipamento de Proteção Individual (EPI). Este representa todo dispositivo de uso individual destinado a preservar e proteger a integridade física do trabalhador. A norma estabelece que o equipamento deva ser adequado ao risco de cada atividade, competindo ao trabalhador usá-lo com obrigatoriedade e os empregadores rurais fornecê-los gratuitamente de acordo com a atividade a ser realizada, devendo estar em perfeitas condições de uso¹².

Os EPIs utilizados no corte manual da cana-de-açúcar contabilizam¹³:

- perneiras: para proteção dos membros inferiores, a fim de evitar ferimentos por materiais perfurocortantes ou escoriantes e picadas de animais peçonhentos;
- óculos de proteção: para proteção ocular evitando irritações e ferimentos provenientes de partículas ou de objetos pontiagudos/cortantes; proteção contra fuligens e pedaços de cana durante o corte;
- botinas com biqueira de aço: para proteção dos pés, contra quedas de materiais perfurocortantes e objetos pesados;
- luvas de proteção: com o intuito de evitar ferimentos nas mãos por causa do uso de materiais perfurocortantes, escoriantes e abrasivos;

- mangote: para revestimento do braço E do trabalhador destro ou o braço D do trabalhador canhoto e serve, portanto, para proteger o braço que abraça o feixe de cana para o corte da base, evitando lesões provocadas pelas folhas;
- chapéu de palha e/ou boné: para proteção da cabeça e do rosto contra a radiação solar.

Ainda de acordo com as Normas Regulamentadoras, é obrigatório o fornecimento de bebida isotônica para repor os sais minerais perdidos, normalmente adicionados à água gelada; bem como o fornecimento de mesas e cadeiras e um toldo adaptado aos ônibus e que, uma vez estendido, transforma-se em uma espécie de varanda para ser utilizada pelos trabalhadores na hora das refeições¹⁵.

No Brasil, a lei 8.213/91 define como acidente de trabalho aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, e que provoca lesão corporal ou perturbação funcional, capaz de causar a morte ou a perda ou a redução permanente ou temporária da capacidade para o trabalho¹⁴.

O sistema previdenciário brasileiro caracteriza os acidentes em três categorias: acidentes-tipo, que decorrem da atividade profissional desempenhada; os acidentes de trajeto, aqueles ocorridos no percurso entre a residência e o trabalho e nos horários de descanso e refeição; e as doenças do trabalho, tidas como "acidentes ocasionados por qualquer tipo de doença peculiar a determinado ramo de atividade". Esses acidentes podem ser considerados leves e/ou moderados, como arranhões e cortes superficiais, entorses e dores musculares, bem como graves e fatais, como os que implicam a perda de membros, incapacidade para o trabalho e óbito¹⁵.

Após a ocorrência do acidente-tipo, o trabalhador deverá submeter-se aos seguintes procedimentos: comunicar a chefia direta; procurar o atendimento médico (Ambulatório Médico); e comunicar o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) para realizar a investigação do acidente e iniciar o processo pela Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), um formulário preenchido pelo SESMT, para informar à Previdência Social quanto aos acidentes de trabalho ocorridos com os trabalhadores, mesmo que não haja afastamento das atividades. Todo acidente de trabalho deve ser comunicado ao Ambulatório Médico ou SESMT, até 24

horas após a ocorrência¹⁶.

Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT) o trabalho rural é significativamente mais perigoso que outras atividades e estima que milhões de agricultores sofram sérios problemas de saúde.

A cultura e o cultivo da cana-de-açúcar é uma realidade muito evidente na região escolhida para este estudo, onde estão instaladas várias usinas e, conseqüentemente, envolve um grande número de trabalhadores rurais destinados ao corte manual da cana.

OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo foi identificar os acidentes de trabalho ocorridos durante o corte manual da cana-de-açúcar em uma usina da região noroeste do Estado de São Paulo. Foram objetivos específicos: caracterizar o perfil sociográfico dos cortadores da cana de uma frente de trabalho, relacionar a região do corpo atingida no acidente de trabalho e verificar o tempo de afastamento do trabalhador após o acidente.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo e exploratório, de corte transversal e abordagem quantitativa, sobre acidentes de trabalho ocorridos entre os trabalhadores do corte manual da cana-de-açúcar. Foi realizado em uma usina localizada no noroeste paulista, cujas atividades tiveram início em 1988, com a primeira safra. Atualmente com boa parte da colheita mecanizada, conta com 300 trabalhadores no corte manual da cana-de-açúcar¹⁷.

A amostra da pesquisa foi de 50 trabalhadores do corte manual da cana-de-açúcar que estavam atuando em uma frente de trabalho. As pesquisadoras deslocaram-se até o local onde se realizava o corte manual da cana e os trabalhadores abordados pessoalmente durante o horário de trabalho para que participassem da pesquisa.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), após a aprovação sob o parecer nº 104.676 em 07/09/2012. Também houve o consentimento dos responsáveis pela usina, sendo as entrevistas realizadas após a assinatura voluntária do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos trabalhadores.

A coleta dos dados foi realizada utilizando-se um instrumento contendo dez perguntas, referentes à identificação dos sujeitos e sobre os acidentes de trabalho ocorridos durante o corte manual da cana-de-açúcar. Inicialmente, as perguntas foram lidas e as respostas

preenchidas pelas próprias pesquisadoras, sem, no entanto, haver interferências. Os dados, após análise e interpretação, foram apresentados descritivamente e em tabelas, baseados em análise de frequência simples e relativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de sujeitos entrevistados, 90% eram do sexo masculino e apenas 10% do feminino, característica esperada, considerando-se que o corte de cana é uma atividade que demanda vigor físico intenso, e tem remuneração diretamente vinculada à produtividade do trabalhador. Os homens constituíram a maioria dos migrantes como também do total de trabalhadores. Pessoas do sexo masculino geralmente se submetem ao processo de migração, pois, culturalmente são os provedores do lar. Assim, deixam suas famílias, saem de sua região de origem e partem para as áreas de cultivo da cana em busca de trabalho para proporcionar melhores condições de vida à família. Por outro lado, estudo de Gonzaga e colaboradores³, ao avaliar um grupo de trabalhadores do corte manual da cana em 2001, observou que 54,55% eram do sexo feminino e 45,45% do masculino; estes mesmos autores obtiveram em outra pesquisa realizada em 2002 que 57% eram trabalhadores do sexo feminino e 40,42% do masculino.

Neste estudo a maioria (62%) era de adultos, cuja idade variou de 20 a 35 anos, enquanto 28% dos entrevistados tinham idade entre 35 e 50 anos, período de vida no qual as pessoas apresentam o melhor condicionamento físico e, conseqüentemente, melhor rendimento na produtividade. Pesquisa¹⁸ realizada com esse tipo de trabalhadores verificou que 69,2% tinham idade até 30 anos. Outros autores encontraram 71,43% dos trabalhadores com idade inferior a 30 anos e 28,57% entre 30 e 45 anos⁵. Ao se comparar gênero e idade, constata-se que a maioria eram homens na faixa etária próxima ou superior a 30 anos de idade¹.

Dados referentes ao estado civil mostraram que a soma dos amasiados e casados totalizou 64%, e dos solteiros e divorciados, 36%. Outra pesquisa com trabalhadores no corte de cana refere 61,5% de casados ou amasiados e 35,8% de solteiros ou separados¹⁸.

Em relação à escolaridade dos sujeitos, 74% possuíam ensino fundamental incompleto e 20% completo; em relação ao ensino médio, 2% tinham curso completo e

2% incompleto; 2% dos trabalhadores não tinham grau de escolaridade. Baixa escolaridade e falta de experiência/capacitação são os principais empecilhos na obtenção de empregos em áreas urbanas. Dados de outra pesquisa mostram que 82,3% possuíam o ensino fundamental incompleto e apenas 18,4% o ensino médio completo¹⁹. Estudo de Rocha e colaboradores¹⁸ encontrou 56,4% com ensino fundamental incompleto, 38,5% ensino fundamental completo e 5,1% ensino médio completo.

Atualmente, os trabalhadores entrevistados residem em cidades da microrregião: 56% em Monte Azul Paulista e 44% em Colina-SP. Observa-se que 30% são oriundos do estado da Bahia, 26% de Minas Gerais, 16% de São Paulo, 14% do Maranhão e 14% representados pelos estados do Paraná, Pernambuco, Piauí e Sergipe, caracterizando uma população de migrantes. Pesquisa realizada na região do noroeste paulista, encontrou 71,43% dos trabalhadores provenientes dos estados da Paraíba e Piauí⁵.

Quanto ao tempo de trabalho, 40% dos sujeitos referiram trabalhar no corte manual da cana-de-açúcar há pelo menos cinco anos, 38% entre cinco e dez anos e 22% há mais de dez anos. Estudo de Rocha⁶ mostra que 71,8% dos cortadores da cana exerciam a profissão há menos de seis anos. Outros resultados referem que 4% possuíam entre cinco a dez anos de tempo de trabalho, 37% menos de três anos e 21% entre três a cinco anos²⁰.

O trabalhador cortador de cana convive tanto com alta tecnologia agrária como com condições mais simples de plantio e corte. O número de acidentes do trabalho é muito grande, em razão das queimadas, da postura física exigida para o corte da cana e pela utilização das ferramentas básicas de trabalho, como o afiado facão, que sem o material de proteção torna-se um perigo em potencial nas mãos habilidosas e apressadas do trabalhador¹⁵.

Em relação aos acidentes ocorridos durante o corte manual da cana, 60% dos trabalhadores não sofreram nenhum tipo de acidente de trabalho. Dos 20 (40%) trabalhadores que se acidentaram, 80% relataram um só acidente e 20% haviam se acidentado duas vezes durante o corte de cana. Estudo de Montandon e Araújo²⁰ detectou 15,36% de acidentes com trabalhadores rurais do corte da cana no estado do Mato Grosso do Sul, 12,22% no Paraná, 11,85% em São Paulo, 10,70% Goiás, 10,60% em Pernambuco e 9,71% Minas Gerais.

A grande parte dos acidentes foi ocasionada pelo

facção (90%) caracterizando a prevalência de acidentes-tipo e somente 10% por outros objetos. Pode-se observar que o agente causador é o próprio instrumento de trabalho, como o facção ou podão. Pesquisa de Teixeira e Freitas¹⁵ encontrou o facção como agente causador em 49,9% dos acidentes, além de objetos cortantes/contundentes (44,3%). O corte manual pode trazer riscos à saúde, estes decorrentes do manuseio do facção, exposição a animais peçonhentos e a possibilidade de desenvolver problemas respiratórios devido a fuligem proveniente da queima da cana¹⁸.

Quanto à região do corpo atingida em decorrência do acidente, destacam-se lesões nos membros inferiores (pernas) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual dos trabalhadores do corte de cana que sofreram acidente de trabalho, segundo a região do corpo atingida

Região do corpo atingida	nº	%
Perna	09	45
Mão	05	25
Pé	04	20
Braço	01	5
Mão e Perna	01	5
Total	20	100

Constatou-se como prevalência que 45% tiveram as pernas atingidas, 25% as mãos e 20% os pés, sendo a região do corpo mais atingida os membros inferiores devido aos golpes de facção. As lesões ocasionadas pelas próprias ferramentas de trabalho, como por exemplo o facção, também foi evidenciada em outros estudos^{15,18}.

O uso correto dos instrumentos de trabalho como o facção, utilizado exclusivamente para o corte da cana, juntamente com os EPIs adequados a cada atividade desenvolvida, pode levar a uma diminuição considerável dos acidentes de trabalho. A Tabela 2 apresenta quais os EPIs utilizados pelos profissionais por ocasião dos acidentes de trabalho.

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual dos trabalhadores do corte de cana que sofreram acidente de trabalho e uso de EPI

Uso de EPI	nº	%
Sim	18	90
Não	02	10
Total	20	100
Tipo de EPI	nº	%
Óculos e luvas de proteção, perneiras, botinas, mangote, chapéu de palha	13	65
Luvas de Proteção	02	10
Perneiras	02	10
Nenhum	02	10
Óculos de proteção, luvas de proteção, perneira, botina	01	5
Total	20	100

Do montante de acidentados, 90% declararam estar usando EPIs no momento do acidente. Destes, 65% usavam EPI completo, 10% somente usavam luvas e 10% as perneiras. Os EPIs muitas vezes prejudicam o exercício do trabalho causando situações de risco e insegurança, pois as normas de fabricação desses equipamentos não consideram a atividade a ser praticada, nem os usuários que farão uso dos mesmos¹³. Trabalhadores dessa área relataram em um estudo que para se protegerem do sol, da poeira e da fuligem, utilizavam chapéu, lenços na face, duas camisa de mangas longas sobrepostas e calças compridas, além de EPIs como óculos e luvas de proteção, perneiras e botas de couro¹⁸.

É importante comunicar a ocorrência de acidentes. A esse respeito, os sujeitos da pesquisa comunicaram o acidente ao seu superior logo após sua ocorrência, recebendo atendimento médico. Quanto à CAT, 80% declararam a abertura, 15% alegaram que não houve abertura e 5% não se lembravam. Em levantamento de prontuários arquivados na previdência social, foram verificados 11.331 CAT, sendo que 2.941 (25,72%) eram de trabalhadores rurais²¹. Em uma cidade do interior paulista, das 3.400 CAT registradas no INSS, 1.843 (54,2%) foram em 1991 e 1.557 (45,79%) em 1992. Evidenciou-se uma diminuição de CAT com o passar dos anos, principalmente por melhores condições de trabalho que o empregador tem oferecido aos empregados²².

A Tabela 3 apresenta o número de acidentados (70%) que ficaram afastados do trabalho após a ocorrência do acidente.

Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual dos trabalhadores do corte de cana que sofreram acidente de trabalho e número de dias de afastamento

Afastado por acidente	nº	%
Sim	14	70
Não	6	30
Total	20	100
Quantos dias	nº	%
5 dias	06	43
5 a 10 dias	05	36
acima de 15 dias	03	21
Total	14	100

Quanto ao afastamento por acidente de trabalho, houve uma variação de cinco a mais de 15 dias, 43% ficaram afastados por um período de cinco dias, 36% de cinco a dez dias e 21% por mais de 15 dias. Estudo relata

que 6,5% dos trabalhadores acidentados durante o corte da cana não sofreram afastamentos das atividades de trabalho, porém 61,2% foram afastados até 15 dias e 32,3% tiveram um período de afastamento superior a 15 dias¹⁵. O afastamento do trabalhador de suas atividades laborais acima de 15 dias pode trazer prejuízos econômicos, sociais e pessoais. Nesse caso, as principais vítimas são o Estado, através da Previdência Social, que arca com os direitos do trabalhador durante o afastamento, e o próprio trabalhador, que além de ter reduzido seu salário, fica "fora" do mercado de trabalho, e dependendo do tipo de acidente pode haver um comprometimento de sua autoestima, achar-se incompetente, dentre outros sentimentos e também sentir-se incapaz de sustentar o próprio lar²³.

CONCLUSÕES

No corte de cana-de-açúcar em solo brasileiro, os trabalhadores ainda assumem um ritmo intenso e movimentos repetitivos, além de um conjunto de movimentos bruscos, predispondo-os a riscos ocupacionais e/ou acidentes. O perfil dos trabalhadores de acordo com a pesquisa é formado por trabalhadores em sua maioria homens, adultos jovens, com baixa escolaridade e baixa condição socioeconômica, trabalhando em jornadas extenuantes e recebendo baixos salários sem garantias trabalhistas. Os resultados deste estudo, corroborados por outras pesquisas, demonstraram a existência de acidentes comprometendo várias partes do corpo, afastamentos e necessidade de assistência médica.

É fundamental conscientizar os trabalhadores quanto aos riscos ocupacionais e potenciais problemas de saúde e a adotarem medidas preventivas. Neste tipo de atividade, os comprometimentos à saúde, bem como a ocorrência de acidentes, são determinados pela interação contínua entre diversos fatores individuais, ambientais e socioculturais.

As condições de trabalho e de moradia destes indivíduos geralmente são inadequadas, existe risco de acidentes, além da adoção de posturas osteomusculares que podem levar os indivíduos submetidos a este tipo de trabalho a adoecerem e adquirirem diversos problemas psicofisiológicos.

É necessária a adequação às atividades, esclarecimentos e orientações quanto a posturas que gerem mais conforto, garantindo os princípios ergonômicos e boa adaptação às condições de trabalho.

Considera-se a importância de grupos de estudos para identificar a qualidade e eficácia dos EPIs, o fornecimento constante de proteção pessoal para todo o corpo, além de tornar obrigatório o uso destes EPIs certificados pelo Ministério do Trabalho, bem como o uso correto dos mesmos, fiscalizado pelo empregador.

O foco dos trabalhadores, dos agenciadores e empresários deve estar centralizado no controle e minimização das ocorrências de acidentes de trabalho.

Deduz-se que, gradativamente, o corte de cana manual será substituído pela mecanização da colheita, fator que contribuirá para a diminuição de acidentes de trabalho. Entretanto, caso ocorram acidentes, estes serão mais graves. Portanto, é importante e necessário que os responsáveis pelas empresas invistam na prevenção de acidentes e em equipamentos de segurança, treinamentos, cursos de capacitação e qualificação dos trabalhadores, com vistas a se obter resultados mais satisfatórios e um melhor ambiente de trabalho, onde a segurança contemple todos os sujeitos envolvidos no processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Leite SIS, Leite SIS, Cicotti FJ, Galbiatti CM, Souza GN, Suzigan RJ. Os cortadores de cana do pólo sucroalcooleiro de Catanduva SP: o impacto no atendimento de saúde das cidade-dormitório da região. *Temas em Administração Diversos Olhares*. 2009; 2(1):41-60.
2. Agrobyte. Semeando informações. Cana-de-açúcar. [acesso em 2012 mar 10]. Disponível em: <http://www.agrobyte.com.br/index.php?pag=cana>.
3. Gonzaga MC, Abrahão RF, Braunbeck OA. O uso das luvas de proteção no corte manual da cana-de-açúcar. *Rev Bras Saúde Ocupacional*. 2005; (111):35-40.
4. Turin DF, Munhoz JG. Trabalhadores do corte manual de cana-de-açúcar e o uso dos equipamentos de proteção [trabalho de conclusão de curso]. Catanduva (SP): Faculdades Integradas Padre Albino FIPA; 2010.
5. Alves F. Por que morrem os cortadores de cana? *Saúde e Sociedade*. 2006; 15(3):90-8.
6. Rocha FLR. Análise dos fatores de risco do corte manual e mecanizado da cana-de-açúcar no Brasil segundo o referencial da Promoção da Saúde [tese]. Ribeirão Preto (SP): USP; 2007.
7. Silva ERA, Suzuki JC. A territorialização da agroindústria canavieira: a antiga Usina Amália em Santa Rosa de Viterbo-SP. In: *Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina*. Universidade de São Paulo. [acesso em 2012 ago 19]. Disponível em: <http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal10/Geografiasocioeconomica/Geografiaagricola/41.pdf>
8. Moraes MAFD, Figueiredo MG, Oliveira FCR. Migração de trabalhadores na lavoura canavieira paulista: uma investigação dos impactos sócio-econômicos nas cidades de Pedra Branca, Estado do Ceará, e de Leme, Estado de São Paulo. *Rev Economia Agrícola*. 2009; 56(2):21-35.
9. Alessi NP, Navarro VL. Saúde e trabalho rural: o caso dos trabalhadores da cultura canavieira na região de Ribeirão Preto. *Cad Saúde Pública*. 1997; 13(supl.2):111-21.

10. Governo do Estado (São Paulo). Protocolo de colaboração. [acesso em 2012 abr 20]. Disponível em: <http://www.iea.sp.gov.br/out/bioenergia/legislacao/protocolo.pdf>.
11. Governo do Estado (São Paulo). Assembleia Legislativa. Lei Estadual no 11.241. Dispõe sobre a eliminação gradativa da queima da palha da cana-de-açúcar e dá providências correlatas. [acesso em 2012 ago 19]. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2002/lei%20n.11.241,%20de%2019.09.2002.htm>.
12. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. NRR 4: equipamento de proteção individual [acesso em 2012 fev 20]. Disponível em: http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812C12AA70012C13CA20D117EB/p_19880412_3067.pdf.
13. Gonzaga MC. O uso dos equipamentos individuais de proteção e das ferramentas de trabalho no corte manual da cana-de-açúcar. São Paulo: FUNDACENTRO. Ministério do Trabalho e emprego, 2002. [acesso em 2012 mar 15]. Disponível em: http://www.fundacentro.gov.br/dominios/CTN/anexos/teses_pdf/Rel.2005-BoaVista.pdf.
14. Brasil. Lei nº 8213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 25 jul. 1991.
15. Teixeira MF, Freitas RMV. Acidentes do trabalho rural no interior paulista. São Paulo em Perspectiva. 2003; 17(2):81-90.
16. Fundação São Paulo. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Serviço Médico. Acidente de trabalho. [acesso em 2012 mar 14]. Disponível em: http://www.pucsp.br/cipa/acidente_do_trabalho.pdf.
17. Usina Ruette. [acesso em 2012 ago 20]. Disponível em: <http://www.usinaruette.com.br/>.
18. Rocha FLR, Marziale MHP, Robazzi MLCC. A pobreza como fator predisponente ao adoecimento de trabalhadores do corte da cana-de-açúcar. Rev Lat Am Enferm. 2007; 15(especial):736-41.
19. Santos JFC, Gaziro GC, Alencar RA. Os trabalhadores do corte manual da cana-de-açúcar e o reflexo do processo de trabalho na saúde dessa população. [acesso em 2012 set 28]. Disponível em: <https://uspdigital.usp.br/siicusp/cdOnlineTrabalhoVisualizarResumo?numeroInscricaoTrabalho=3375&numeroEdicao=17>
20. Montandon HSR, Araújo MBV. As perspectivas dos cortadores de cana do Triângulo Mineiro sobre a futura perda funcional. Cadernos de Pós-Graduação da Fazu. 2011; 2. [acesso em 2012 ago 20]. Disponível em: <http://www.fazu.br/ojs/index.php/posfazu/article/viewFile/470/362>.
21. Silva MAM. Mortes e acidentes nas profundezas do "mar de cana" e dos laranjais paulistas. INTERFACEHS. 2008; 3(2):1-30.
22. Fernandes AD. A aventura do risco entre os trabalhadores do corte de cana-de-açúcar [dissertação]. Marília (SP): Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais/UNESP; 2002.
23. Ribeiro MCS de A. Acidentes de trabalho referidos por trabalhadores moradores na Região Metropolitana de São Paulo em 1994: um levantamento de base populacional. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2000.

Recebido em: 20/03/2013

Aceite em: 15/05/2013



Prelato de **C**aso

ABORTAMENTO ESPONTÂNEO DE REPETIÇÃO: IMPORTÂNCIA DE APOIO PSICOLÓGICO

SPONTANEOUS ABORTION REPEATED: IMPORTANCE OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT

ABORTO ESPONTÂNEO RECURRENTE: LA IMPORTANCIA DE APOYO PSICOLÓGICO

Mariana Mendes da Silva*, Mariele Morandin Lopes*, Nilce Barril**

Resumo

Introdução: A ocorrência de aborto espontâneo pode gerar na mulher sentimentos negativos decorrentes do antagonismo observado em consequência do processo, ou seja, a gestação sem a vivência da maternidade. **Objetivos:** Considerando a escassez de dados e a importância de pesquisas em saúde reprodutiva realizou-se o presente trabalho que teve por objetivo identificar os sentimentos vivenciados e os mecanismos de defesa utilizados por mulheres que sofreram aborto espontâneo únicos ou recorrentes. **Material e Método:** Pesquisa qualitativa de corte transversal de caráter exploratório descritivo, tendo como subsídio os depoimentos de sete mulheres com histórico de aborto espontâneo em acompanhamento nos ambulatórios de Aconselhamento Genético e de Infertilidade de um hospital escola localizado no interior do estado de São Paulo, cuja amostragem deu-se por saturação. Utilizou-se a análise qualitativa de conteúdo para organizar e interpretar os dados obtidos em entrevistas semiestruturadas. **Resultados:** As entrevistas evidenciaram carga emocional expressada por choros, pausas e alusão às palavras choque, tristeza e desespero. Os principais sentimentos identificados foram: luto (pesar), desvalia, impotência e depressão. Além da utilização de anulação, fantasia, negação e sublimação como principais mecanismos de defesa. **Conclusão:** Os resultados obtidos demonstram a necessidade de suporte psicológico ambulatorial como parte do protocolo de tratamento das mulheres que sofrem aborto espontâneo.

Palavras-chave: Aborto. Pesar. Apoio psicológico.

Abstract

Introduction: The occurrence of spontaneous abortion can drive the patient to negative feelings resulting from the antagonism observed as a result of the process, which means pregnancy without the experience of motherhood. **Objectives:** Due to poor data as well as to the relevance of research in reproductive health, the present study aimed to identify the feelings experienced and the defense mechanisms used by women who experienced single or recurrent miscarriage. **Material and Method:** A qualitative study of cross-sectional exploratory descriptive type was performed, taking as input the testimony of seven women with a history of miscarriage. All of them were followed at an ambulatory of Genetic Counseling and Infertility of a hospital located in the state of São Paulo which sampling was determined by saturation. A qualitative content analysis was employed to organize and interpretate the data obtained from semi-structured interviews. **Results:** The interviews showed emotional load expressed by mourners, breaks and allusion to the words shock, sadness and despair. The main identified feelings were: grief, worthlessness, helplessness and depression. Besides the latest, the use of cancellation, fantasy, denial and sublimation main were the defense mechanisms identified. **Conclusion:** The results demonstrate the need for psychological support as part of outpatient treatment protocol for miscarrying women.

Keywords: Abortion. Grief. Psychological support.

Resumen

Introducción: La aparición de aborto espontáneo en las mujeres puede conducir a sentimientos negativos resultantes del antagonismo observado como resultado del proceso, es decir, el embarazo sin la experiencia de la maternidad. **Objetivos:** Dada la escasez de datos y la importancia de la investigación en materia de salud reproductiva a cabo el presente trabajo tuvo como objetivo identificar las sensaciones que experimentan y los mecanismos de defensa utilizados por las mujeres que han experimentado uno o aborto involuntario recurrente. **Material y Método:** Estudio cualitativo de corte transversal exploratorio descriptivo, tomando como entrada el testimonio de siete mujeres con antecedentes de aborto involuntario en la monitorización ambulatoria de Consejo Genético y la infertilidad de un hospital ubicado en el estado de São Paulo, que el muestreo fue determinado por la saturación. Uso de análisis de contenido cualitativo para organizar e interpretar los datos obtenidos de las entrevistas semi-estructuradas. **Resultados:** Las entrevistas mostraron carga emocional expresada por dolientes, las pausas y la alusión a las palabras de choque, la tristeza y la desesperación. Identificados fueron los principales sentimientos: pesar, inutilidad, impotencia y depresión, además de la utilización de la cancelación, de la fantasía, la negación y la sublimación de los principales mecanismos de defensa. **Conclusión:** Los resultados demuestran la necesidad de apoyo psicológico como parte del protocolo de tratamiento ambulatorio para las mujeres que abortan.

Palabras clave: Aborto. Pesar. Apoyo psicológico.

* Graduandas do 6º ano do curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.
** Doutora em Genética pela Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Docente da disciplina de Genética Humana do curso de graduação em Medicina; responsável pelo Laboratório de Citogenética Humana e pelo Ambulatório de Aconselhamento Genético das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Contato: medicinanilce@gmail.com.br

INTRODUÇÃO

Os abortos espontâneos são aqueles que acontecem sem ação deliberada. São classificados em precoces, quando ocorrem antes da primeira semana de amenorreia, e tardios quando acontecem após essa data. Cerca de 80% dos casos são precoces. Um aborto espontâneo (AE) é classificado como recorrente quando as perdas gestacionais são sucessivas em número igual ou superior a dois e ocorrem até a vigésima semana de gestação¹.

O risco de recorrência de AE decorre do aumento do número de perdas consecutivas, ou seja, a probabilidade de que a mulher com histórico de dois abortos sucessivos apresente um terceiro varia de 17 a 35% para outra com três ou mais, enquanto a chance de uma quarta perda aumenta para 25 a 46%¹.

A etiologia dos Abortos Espontâneos Recorrentes (AER) é bastante variável podendo estar relacionada à alterações cromossômicas estruturais, fatores anatômicos (sinéquias, defeitos congênitos do útero e incompetência istmo cervical – 16%), infecciosos, imunológicos, endócrinos (deficiência do corpo lúteo, retardo maior que três dias e hipotireoidismo - 20%), endometrites (0,5%), fator autoimune (20%), desconhecido (43%)^{2,3}. Estudos moleculares recentes também indicam importante participação de mutações gênicas (fator V de Leiden, metilenotetrahidrofolato redutase), polimorfismo gênicos (CYP1A1, CYP17), inativação do cromossomo X, dissomiauniparental e efeitos de *imprinting* genômico⁴. Dentre essas várias causas possíveis a genética é sempre uma das primeiras a ser pesquisada⁵. Entretanto, em 50% dos casos a causa não é esclarecida, sendo diagnosticada como idiopática⁴.

Desde o início da gestação, a mãe estabelece vínculos afetivos com o feto decorrentes do sentimento deste ser uma extensão de si mesma. Neste momento, a criança em desenvolvimento passa a ser idealizada como mais um membro da família, não só pela mãe, mas pelos familiares como um todo. Este sentimento faz com que a ocorrência de um aborto afete a mãe e demais familiares, proporcionando que entrem em processo de luto, vivenciando todas as suas fases características, ou seja, negação, raiva, tristeza e, por fim, a aceitação⁶.

As várias teorias apresentadas na literatura a respeito do luto focalizam fases distintas observadas neste período. O choque seria, conforme essas teorias, a primeira resposta à morte. Ele constitui-se em uma reação imediata,

sendo seguida por uma fase controlada, na qual o enlutado se encontra cercado de parentes e amigos. Paralelamente a este momento inicial surge a negação da morte, o enlutado sente dificuldade em acreditar no que está acontecendo. A dor e a aflição reais aparecem quando termina a fase controlada e inicia-se o processo de testar a realidade, submetendo-se à nova situação e ao doloroso exercício de afastar-se internamente da pessoa desaparecida. Neste momento, o enlutado se sente perdido e abandonado e tenta desenvolver defesas contra as agonias da dor, já que a raiva aparece como um sentimento forte neste instante⁶.

A próxima fase é caracterizada pelo sentimento de tristeza, pois é uma reação universal, quase automática frente à realidade da perda. Os sintomas depressivos ficam muito evidentes nesta fase. À medida que o enlutado fica mais relaxado, diminuindo a tensão, a frustração e a dor, pode-se encontrar um sentido para acontecimentos dolorosos da vida. Seria, então, descoberta a fase final da elaboração do luto normal, a qual pode ser denominada como a fase de aceitação^{6,7}.

Além dos fatores físicos a saúde emocional das mulheres vítimas de perdas gestacionais também mostra alterações. O risco de aparecerem sintomas depressivos, ansiedade ou pânico é relativamente grande, especialmente alguns meses após a perda. A depressão aumenta quando há história prévia de abortamento e também com o avanço da idade gestacional⁷.

A interrupção da gestação pode levar o casal ao isolamento social. Embora a ocorrência de aborto espontâneo traga consequências para toda a família, em especial ao casal, é na mulher que a carga emocional é mais significativa, pois passa a experimentar sensações de falha na sua função biológica natural da maternidade, associada às falhas na sua participação conjugal, o que gera medo inerente a sua capacidade reprodutiva e competência para gerar filhos saudáveis⁷.

OBJETIVOS

Para o desenvolvimento deste estudo considerou-se a escassez de dados e a importância de pesquisas em saúde reprodutiva, bem como a importância de ajuda profissional na estruturação psicológica das pacientes diante das intercorrências da enfermidade. Assim, o presente trabalho teve por objetivo identificar os sentimentos vivenciados e os mecanismos de defesa utilizados por mulheres que sofreram AE únicos ou recorrentes.

METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em pesquisa clínico-qualitativa de corte transversal de caráter exploratório descritivo, tendo como subsídio os depoimentos das sete mulheres constituintes da amostra. Utilizou-se a técnica de entrevista semidirigida de questões abertas e flexíveis, conforme apresentado no Quadro 1, de modo a permitir ao entrevistador as adaptações pertinentes segundo as informações obtidas das entrevistas. Foram anotadas expressões não verbais como comportamento global, expressões corporais, alterações na fala e outras manifestações.

Quadro 1 - Roteiro temático para a entrevista narrativa (Formulação da proposição geral - Inicia-se a entrevista com a seguinte proposição: "O que você sentiu diante da perda?". Ao término do relato pode-se indagar: "Existe mais alguma coisa que a senhora gostaria de contar?")

Núcleos Temáticos	Detalhamento
Gravidez e antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> • Antes de engravidar o que significava para você ser mãe? • O que você sentia em relação ao bebê? Havia algum tipo de interação com esse? Alguma expectativa (sonhos, desejos, medos)? • No primeiro momento você entendeu tudo o que o médico lhe explicou? • Você trocou de médico após receber a informação?
História dos abortos	<ul style="list-style-type: none"> • O que você sentiu com essa nova condição? • Qual foi a primeira atitude que você tomou quando lhe falaram do diagnóstico? • Você contou para alguém? Para quem? Qual a reação dele ao saber e a sua? • Depois do diagnóstico você acha que sua vida mudou? Como? • O que foi mais difícil pra você depois da notícia? • Após as perdas algo mudou na sua compreensão do que seja ser mãe?
Mecanismos de enfrentamento	<ul style="list-style-type: none"> • Isso afetou sua sexualidade?
Perspectivas com relação ao futuro	<ul style="list-style-type: none"> • O que a senhora faz no dia a dia para lidar com esse sentimento?

O método qualitativo baseia-se em três pilares relacionados com as atitudes existencialistas, clínica e psicanalítica que valorizam a angústia, a ansiedade, os sofrimentos emocionais e a dinâmica do inconsciente do paciente⁸.

A seleção da amostra foi intencional, uma vez que as participantes foram convocadas após verificação dos prontuários de atendimento, o que possibilitou a liberdade de escolha, já que só foram selecionadas aquelas que preenchiam os objetivos do projeto. Os nomes das participantes foram substituídos pela denominação de constelações estelares para que a identidade das mesmas fosse preservada.

As entrevistas foram conduzidas com privacidade no Ambulatório de Aconselhamento Genético do Hospital-Escola Emílio Carlos (HEEC), da cidade de Catanduva-SP, e tiveram duração média de 50 minutos. Os critérios de inclusão foram: (a) ocorrência de pelo menos um aborto espontâneo durante o primeiro trimestre de gestação, com atendimento nos ambulatórios de ginecologia e obstetrícia

e aconselhamento genético no HEEC, (b) ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (c) estar ciente da possibilidade de retorno para novas entrevistas.

O material foi gravado, transcrito e, posteriormente, submetido à análise qualitativa de conteúdo, de onde emergiram como categorias: sentimentos vivenciados e mecanismos de defesa⁹⁻¹¹.

O roteiro apresentava a seguinte questão disparadora: "O que a senhora sentiu quando soube que havia sofrido um aborto?".

As entrevistas foram realizadas após a assinatura do TCLE pelas pacientes da casuística, na sala de espera, imediatamente após consulta de aconselhamento genético, pelas graduandas envolvidas no estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP, sob nº 16332813.7.0000.5430.

RESULTADOS

Ao resgatar a experiência das perdas gestacionais durante as entrevistas, detectou-se a carga emocional expressada através de choros, pausas e alusão às palavras choque, tristeza e desespero, conforme falas ilustradas a seguir.

"No momento que a gente sabe que perdeu o bebê é uma dor na alma (Orion);

"Quando perde parece que o mundo acaba, a gente pega amor, não tirei isso da cabeça ainda" (Mintaka).

Narrativas autobiográficas das gestações e perdas

1) Orion

Orion possui trajetória reprodutiva marcada por quatro perdas gestacionais ocorridas durante o primeiro trimestre da gestação. A última ocorreu seis meses antes da entrevista. Após a segunda perda, Orion foi encaminhada ao Ambulatório de Aconselhamento Genético e submetida a exame de cariótipo que evidenciou aberração cromossômica estrutural como possível causa das perdas gestacionais.

A principal fonte de apoio recebida foi do parceiro (*"foi a primeira pessoa para quem eu contei"*) que também apresentou reação marcada por sofrimento (*"quando eu contei, os olhos dele encheram de lágrima e sua reação mudou"*).

Embora Orion destaque através de sua narrativa a figura do parceiro no apoio e afeto após os abortos, ela reflete sobre a conduta dele que evidencia seus significados pessoais acerca do desejo de ser pai (*"Meu marido entendeu,*

mas esquece muitas vezes do meu problema e sempre comenta sobre os futuros filhos, principalmente quando vê casais com crianças”).

Durante a narrativa de suas gestações, perdas e perspectivas futuras, Orion relata a ambivalência entre dois tipos de medo, o de gerar uma criança com problemas genéticos e o medo de engravidar novamente e perder o útero (*“eu arriscaria ficar grávida de novo... mas se soubesse que poderia gerar uma criança com sério problema genético não tentaria de novo”; “tenho dúvida se quero engravidar de novo, e se eu perder o útero? Porque se isso acontecer eu não terei mais chances de ser mãe”*). O fato de ser portadora de aberração cromossômica equilibrada determina risco não só de perdas espontâneas, mas também da ocorrência de prole mal formada e a perda do útero representa a desistência definitiva da maternidade.

A paciente chorou em falar da dor que sente no momento da perda (*“é uma dor na alma, não dá para explicar”*).

Orion demonstra em sua narrativa que os significados da maternidade foram se modificando. Observa-se que nas primeiras gestações Orion desejava muito ser mãe, porém com a ocorrência das perdas e a apresentação do laudo de aberração cromossômica como possível causa dos abortos o desejo de ser mãe diminuiu (*“depois que a doutora... me contou a vontade de ser mãe diminuiu”*).

Após as perdas gestacionais Orion relata alteração na sexualidade (*“Ah! Sei lá não dá nem pra explicar, uma sensação... nossa não tem explicação”; “menos capaz, principalmente”*).

Em relação às expectativas futuras relatou que gostaria de recorrer à fertilização *in vitro* com a irmã sendo doadora de óvulos ou ao banco de óvulos, entretanto as condições financeiras do casal inviabilizam a realização deste procedimento. Pensa também em adoção, mas tem dúvidas (*“o amor vai ser o mesmo, mas quando olhar para ela (a criança) vou lembrar que não é minha”*).

Recorre a mecanismos religiosos a fim de alcançar estabilidade frente às incertezas (*“se Deus não quer, fazer o que...”*).

A paciente relatou ainda que ao receber a convocação para o comparecimento no ambulatório achou que iria receber a informação de que o laudo do cariótipo estava errado (*“ah doutora, eu tinha tanta fé que o meu exame estava errado”*).

2) Mintaka

A história reprodutiva de Mintaka caracteriza-se por duas perdas espontâneas durante o primeiro trimestre. Seu cariótipo é normal, entretanto a idade da paciente, 42 anos, associada ao seu histórico reprodutivo são fatores limitadores de sucessos em gestações futuras. Embora estes aspectos sejam abordados na consulta de Aconselhamento Genético, Mintaka se posiciona de modo passivo frente às informações médicas recebidas. O oposto de seu parceiro que se posiciona afirmando insistentemente não apresentar nenhuma culpa, pois já possui quatro filhos de união anterior.

Ao pensar sobre sua história reprodutiva, Mintaka relata não entender o que desencadeou suas duas perdas gestacionais e as associa com o histórico reprodutivo do parceiro, quatro filhos de uma união anterior, e na ausência de uma explicação de ordem médica ou de um possível fator hereditário, relaciona as perdas a explicações de cunho religioso (*“não entendo. Meu marido teve quatro filhos com a outra mulher e eu não seguro a gravidez, deve ser porque Deus não quer; Deus acha que ainda não chegou a minha hora”*).

O principal apoio que recebe é das amigas (*“tudo que eu quero saber ou tenho que contar, conto para as minhas colegas do trabalho”*).

Embora o casal relate boa convivência e apoio mútuo em relação aos abortos, o marido se isenta de uma possível culpa e reluta em fazer exames médicos já que tem quatro filhos com sua ex-mulher (*“não me conformo assim... de um problema em mim agora”*). Ressalta-se que em momento algum da consulta ou entrevista foi mencionada a palavra culpa.

Sobre os sentimentos vivenciados após os abortos, Mintaka relata: *“tenho muita vontade de ter um filho, principalmente quando vejo uma criança... quando vejo minhas amigas que ficaram grávidas junto comigo com as crianças grandinhas fico muito triste”* (chora).

Não há perspectivas para adoção. O casal pretende continuar tentando outras gestações, pois acredita que o casamento só se completa com a ocorrência de filhos (*“queremos ter um filho porque só assim seremos uma família perfeita”*).

3) Alnitak

A trajetória reprodutiva de Alnitak envolve dois episódios de perdas gestacionais e, por isso, foi encaminhada ao Ambulatório de Aconselhamento Genético para realização do exame de cariótipo.

A reação emocional das perdas gestacionais constituiu de uma intensa aflição seguida de choro, apesar de relatar: *"Nossa Senhora, o segundo foi pior"*.

As pessoas relevantes para Alnitak e que compõem sua rede de apoio compreendem vozes importantes que a acompanham e a influenciam ao longo de sua história reprodutiva. Em suas consultas médicas, Alnitak era acompanhada de amigas com seus filhos, sendo que na maioria das vezes as crianças estavam no colo da paciente; em outros momentos foi acompanhada pela mãe. Ao relatar sua história reprodutiva, a paciente demonstrou pouco interesse em informar ao marido sobre suas perdas.

Ao refletir sobre seus acontecimentos gestacionais a paciente evidenciou alterações no significado pessoal sobre crianças, já que antes das perdas ela não gostava, entretanto, após, apegou-se muito as crianças (*"hoje tudo o que mais desejo é ter um filho"*). Apesar de seu desejo, alegou ter muito medo.

Alnitak revela *"um grande alívio"* ao receber a notícia de que seu cariótipo é normal, sentindo intensa vontade de contar para a amiga. Não obstante, ao ser interrogada sobre a notificação ao marido respondeu com desdém: *"eu conto depois"*.

4) Alnilam

O sujeito número 4 do estudo, Alnilam, tem 29 anos de idade, é casada, tem uma filha de 1 ano e 2 meses e possui uma trajetória reprodutiva marcada pela perda de uma filha aos 2 anos e 4 meses, portadora de hidrocefalia.

Ao receber o diagnóstico de hidrocefalia durante a gravidez, Alnilam mudou de médico e com o outro profissional compreendeu a enfermidade de sua filha. Sua ambivalência emocional caracterizava-se por alternância (*"dia de revolta e dia que achava que ia dar certo"*). Durante o tempo em que sua filha estava viva, ela só pensava em ter o filho para dedicar-se aos cuidados necessários.

Após o falecimento de sua filha, Alnilam sentia repulsa ao marido, o que acarretou o divórcio. Não teve desejo de engravidar novamente, pois tinha medo de ter outra criança com a mesma patologia. Foi somente após ter conhecido seu atual marido que a vontade de ter outro filho ressurgiu. Engravidou novamente após 10 anos do falecimento de seu bebê. Hoje tem uma filha saudável com 1 ano e 2 meses.

5) Aquarius

Embora Aquarius relate ter sofrido dois abortos espontâneos, sua trajetória reprodutiva é marcada por

constante mudança nos profissionais da saúde que a assistiram.

Apesar de Aquarius relatar ter tido boa relação com seus médicos, durante sua narrativa fica evidente a projeção de culpa aos profissionais pelas suas perdas gestacionais. A paciente trocou quatro vezes de obstetra na tentativa de conseguir engravidar (*"Eu gostei de todos eles, mas eu ia trocando assim pra ver se com o outro dava certo"*). Quando questionada se os achava incompetentes afirmou com convicção *"NÃO, NÃO! Eu falava um assunto e queria ver o que ele falava. Eu confiava nele, mas queria saber se ele falava a mesma coisa do outro médico"*. Apesar da negação, fica evidente na entrevista a insegurança da paciente em relação aos profissionais da saúde.

Aquarius afirma que o segundo aborto foi muito pior já que teve sangramento (*"Foi dentro do banheiro, eu vi, meu banheiro ficou lotado de sangue. Pensei que eu ia morrer. Pensei que eu ia perder o útero e isso significava que eu não ia gerar mais"*). É evidente o medo da paciente em perder o útero e extinguir, assim, a possibilidade da realização do sonho da maternidade. Narra com tranquilidade que fez curetagem e não perdeu o útero.

Quando indagada em relação ao que sentiu após a primeira perda, afirma ter ficado muito triste (*"Qual mãe que não sente a perda de um filho, não é doutora?"*).

Embora a primeira perda tenha ocorrido com apenas três semanas de gestação, o apego da paciente ao feto era grande o suficiente para imaginar os batimentos cardíacos do seu filho (*"Ah!! Doutora mas eu já sentia o bebê na minha barriga, ele já era o meu filho. Eu sentia o coraçãozinho dele batendo"*). (chora)

Ficou evidente que a paciente através de sua religiosidade justifica e aceita suas perdas gestacionais (*"É porque Deus não quis e a senhora sabe que a gente só tem o que Deus quer, então se eu não tiver um filho é porque não foi determinado por Deus"*).

Ao final da entrevista, ao ser indagada se gostaria de dizer algo mais, Aquarius espontaneamente expressou seu vínculo afetivo com a filha do seu marido (*"Ah!! Tem sim doutora, a senhora anota aí, eu tenho raiva da filha do meu esposo com a primeira mulher"*; *"quando eu vejo ele abraçando ela meu estado emocional fica muito abalado, fico com muita raiva"*). Ao ser questionada se era ciúmes, afirma com convicção: *"NÃO, NÃO, não é ciúmes, é porque eu não consigo ter um filho"*. Embora Aquarius negue convictamente, é evidente o ciúme que ela possui por projetar sua impossibilidade de maternidade na

repulsa à filha do seu esposo.

6) Lyra

A história reprodutiva de Lyra é marcada por dois abortos, sendo o último dois meses antes da realização do cariótipo no Ambulatório de Aconselhamento Genético. Lyra é professora, tem 36 anos e IGg positivo (maior de 300) para toxoplasmose, não possui filhos e tê-los é seu maior desejo. No aconselhamento genético foi informada da possível ocorrência de prole mal formada e de aborto por causa de seu cariótipo ser 46, XX, t(5;6).

Durante toda a entrevista, Lyra revela a vontade de ser mãe e questiona sobre inseminação artificial como uma alternativa. Após receber a informação de que se os óvulos forem dela os riscos serão os mesmos, há uma pausa na conversa, interrompida por um questionamento: *“Doutora, se eu usar o útero de outra mulher dá?”* Fica evidente a busca de uma solução para realizar seu desejo de ter um filho. Foi explicado à paciente que em seu caso as perdas gestacionais decorrem dos seus óvulos e não do útero, e ela foi informada sobre a possibilidade de utilizar um banco de óvulos. Porém, ela fala com convicção: *“Assim eu não quero. Quero um filho meu, não de outra.”*

Durante o aconselhamento genético e a entrevista a palavra síndrome não foi utilizada. Todas as vezes que Lyra foi informada sobre o risco de prole alterada a palavra usada foi má formação. No entanto, ela usa em seus argumentos e questionamentos o termo síndrome em alusão a síndrome de Down. Quando a pergunta *“Do que você tem medo?”* foi feita, Lyra responde: *“De ter filho com síndrome”*. *“Que síndrome?”*, foi perguntado, ao que ela responde: *“Síndrome de Down, sabe”*. Quando indagada sobre a possível ocorrência de aborto revela: *“Não pensei nisso depois que a senhora falou que eu posso ter um filho com síndrome”*.

A principal rede de apoio emocional de Lyra foi representada pelo esposo que a acompanhou em todas as consultas, apesar de seu posicionamento em relação a paternidade ter sido oposto ao dela (*“Não me importo em não ter filhos, melhor ela decidir”*). Ao ser indagado sobre os abortos afirma: *“Na hora fiquei triste depois passou”; “não me importo em ser pai”*.

Lyra, através de suas respostas sobre o fato de não conseguir ser mãe, fica pensativa deixando bem evidente que suas perdas gestacionais e o fato de não conseguir ser mãe deveu-se à vontade divina. Referiu: *“Foi porque Deus não quis e se ele não quer eu também não vou querer”*. *“Deus*

claro. Há uma ambivalência em sua resposta em querer ser mãe, pois busca na religiosidade o motivo de aceitação da impossibilidade de ser mãe. Com relação aos profissionais de saúde que lhe prestaram atendimento ao longo da sua trajetória reprodutiva, Lyra queixa-se da falta de confiança em relação a eles, trocando, assim, três vezes de ginecologista-obstetra (*“Teve uma que até me falou que os abortos aconteciam porque eu estava gorda, acha que pode doutora? Isso lá é motivo?”*). A fim de evitar o mesmo desfecho das gestações, Lyra troca de médico com a esperança de um tratamento, isto é, projeta a culpa de não conseguir manter a gravidez sobre os médicos (*“Eu achava que com o outro médico ia ter um tratamento e eu ia engravidar e ter meu filho”*).

Ao abordar o tema dos seus abortos, Lyra enfatiza: *“Tristeza, medo de morrer e vontade de ser mãe. Até hoje eu guardo as roupinhas dos bebês. Quando abro a gaveta e vejo começo a chorar, sinto uma tristeza muito grande”*. A paciente chora ao se lembrar das roupas dos futuros filhos, evidenciando que o processo de luto ainda não alcançou a fase de aceitação. Seu marido, na tentativa de ajudar, diz: *“Eu já falei para ela largar mão disso e doar as coisas dos bebês porque só assim ela vai esquecer, mas ela é teimosa!”*.

7) Pyxis

Pyxis tem 31 anos e possui uma trajetória reprodutiva marcada por três gestações que resultaram em três perdas gestacionais. Apesar de o casal ter realizado o cariótipo esse foi normal para os dois. Pyxis demonstrou-se muito passiva durante a consulta, embora o esposo estivesse ativo.

Ao ser indagada sobre seus abortos e qual foi pior, Pyxis diz: *“Senti tristeza, raiva, era meu filho que estava morrendo”; “Todos foram iguais”*. Apesar do relato de Pyxis sobre todas as perdas terem sido igualmente dolorosas, seu marido não concorda: *“Claro que não, o segundo foi pior, sangrou muito, eu achei que ela fosse morrer”*.

O esposo fez inúmeras perguntas sobre fertilização *in vitro* e após receber todas as informações afirmou: *“Está fora dos nossos planos porque a nossa religião não permite”*. E ao ser questionado sobre o porquê do interesse, já que sua religião não permitia, disse: *“Pra saber, só pra saber”*.

Foi só na terceira consulta de aconselhamento genético que o marido revelou que são primos em primeiro grau e também que na família há três casos de hidrocefalia. Mesmo após todas essas informações e as explicações da consanguinidade, Pyxis continuou sem se manifestar.

Durante a narrativa fica evidente o medo, especialmente do marido, em ter filhos com hidrocefalia, semelhante aos sobrinhos. Depois das explicações sobre hidrocefalia, ele fica em silêncio.

Apesar da explicação da consanguinidade sobre as perdas gestacionais, o marido relaciona esses abortos às justificativas de cunho religioso (*"É!! Melhor a gente deixar pra lá, Deus não quer mesmo. Mas também se a gente não desistir e tiver um filho doente fazer o que? Estávamos designados por Deus e temos que respeitar porque é Deus que determina tudo na vida da gente"*).

Não ficou claro quais pessoas formavam a rede de apoio de Pyxis, já que ela manteve-se submissa durante toda a consulta, pois era o marido quem fazia as perguntas

e também quem respondia pelo casal, mesmo quando a pergunta era específica para a paciente.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos demonstram que as pacientes que sofrem AE de repetição possuem labilidade emocional e desenvolvem mecanismos de defesa para suportarem a não vivência da maternidade. Atribuindo a devida importância à carga emocional das pacientes, é relevante a ajuda de profissionais especializados para a não ocorrência de consequências prejudiciais a futura vida social de mulheres que sofrem essas perdas. Demonstrou-se, assim, a necessidade de suporte psicológico ambulatorial como parte do protocolo de tratamento das mulheres que sofrem AE.

REFERÊNCIAS

1. Neme B. Abortamento séptico. In: Neme B. Obstetrícia básica. São Paulo: Sarvier; 1994. p. 890-7.
2. Barini R, Couto E, Mota MM, Santos CTM, Leiber SR, Batista SC. Fatores associados ao aborto espontâneo recorrente. Rev Bras Ginecol Obs. 2000; 22(4):217-23.
3. Rezende J. Obstetrícia. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
4. Silva AE, Miglioli IK, Jorge YC, Santos JR. Casais com abortamento recorrente: participação das translocações cromossômicas. Arq Ciên Saúde. 2007; 14(4):211-5.
5. Franck AL, Ribas Filho JM, Isa AC, Dergham AP, Sovierzoski GF, Oliveira MB et al. Abortamento espontâneo: análise de 392 prontuários. Rev Méd Paraná. 2003; 61(1):12-4.
6. Veiga DS. Luto e aborto espontâneo. Psicópio: Rev Virtual Psicol Hosp Saúde. 2009; 4(8):119-54.
7. Carvalho FT, Meyer L. Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional a essas situações. Boletim de Psicologia. 2007; 58(126):33-48.
8. Chvatal VLS, Böttcher-Luiz F, Turato ER. Respostas ao adoecimento: mecanismos de defesa utilizados por mulher com síndrome de Turner e variantes. Rev Psiq Clín. 2009; 36(2):43-7.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70.
10. Franco MLPB. Análise de conteúdo. 2ª ed. Brasília: Liber Livro; 2005.
11. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. Rev Saúde Pública. 2005; 39(3):507-14.

Recebido em: 14/03/2013
Aceite em: 15/04/2013



Artigos de Revisão

FATORES DETERMINANTES NO DESENVOLVIMENTO DA OBESIDADE INFANTIL: REVISÃO DE LITERATURA

DETERMINING FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF CHILDHOOD OBESITY: LITERATURE REVIEW

FACTORES DETERMINANTES EN EL DESARROLLO DE LA OBESIDAD INFANTIL: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Talita Patrícia Carvalho*, Kelli Cristina Paiva**

Resumo

Introdução: A obesidade infantil tem aumentado progressivamente caracterizando-se por um problema de saúde pública. **Objetivo:** O estudo teve como objetivo identificar os fatores determinantes no desenvolvimento da obesidade infantil. **Material e Métodos:** Estudo de revisão de literatura, desenvolvido por meio das bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). **Resultados:** Foram analisados 21 artigos e considerados como fatores determinantes: desmame precoce, relação familiar, sedentarismo, novos hábitos alimentares, o fato de ser filho único e a genética. Dentre os fatores determinantes houve predomínio do sedentarismo e dos novos hábitos alimentares, uma vez que as crianças passaram a se envolver cada vez mais com atividades passivas (pouco ou nenhum gasto de calorias) como assistir televisão e ficarem horas sentadas em frente a vídeo games e computadores. Também aumentou entre as crianças o consumo de alimentos muito calóricos e pouco nutritivos como biscoitos, salgadinhos, bolachas, *fast foods* e refrigerantes. A obesidade na infância pode causar problemas à saúde da criança em curto e longo prazo. **Conclusão:** É importante que a enfermagem trabalhe na prevenção, promoção e acompanhamento das crianças e familiares envolvidos com essa problemática.

Palavras-chave: Obesidade. Criança. Nutrição da criança. Esforço físico. Educação alimentar e nutricional.

Abstract

Introduction: Childhood obesity is progressively increasing, characterizing a public health problem. **Material and Method:** This work is a literature review, using the databases LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences) and SciELO (Scientific Electronic Library Online). **Objective:** The aim of this study was to identify determinant factors in development of childhood obesity. **Results:** We analyzed 21 papers, considering as determinant factors for developing childhood obesity: early weaning, familiar relationship, sedentarism, the new alimentary habits, the fact of being the only child and genetics. Among the determining factors are predominantly sedentary and new alimentary habits, since children started to be involved more and more with passive activities such as watching television and spending many hours playing video games and using computers. It was also observed among children an increasing consumption of foods with high caloric content and with few nutritive values such as cookies, savory, biscuits, fast foods and soft drinks. Childhood obesity can cause damages to children health in short or long term. **Conclusion:** It is up to the nursing work on the promotion, prevention and monitoring of children and families.

Keywords: Obesity. Child. Child nutrition. Physical exertion. Food and nutrition education.

Resumen

Introducción: La obesidad infantil ha aumentado progresivamente caracterizado por un problema de salud pública. **Material y Método:** Estudio de revisión de la literatura, desarrollada a través de las bases de datos de literatura latinoamericana y del Caribe Health Sciences (LILACS) y Scientific Electronic Library Online (SciELO). **Objetivo:** Se pretende identificar los factores determinantes en el desarrollo de la obesidad infantil. **Resultados:** 21 artículos fueron analizados y considerados como factores determinantes: destete precoz, relación familiar, sedentarismo, nuevos hábitos alimenticios, el hecho de ser un niño y genética única. Entre los factores determinantes son los hábitos alimenticios predominantemente sedentarias y nuevos hábitos alimenticios, puesto que los niños comenzaron a involucrarse cada vez más con actividades pasivas (poco o ningún gasto de calorías) a ver la tele y horas sentado frente a juegos de video y computadoras. También aumentaron entre el consumo calórico de los niños y nutricional como poco galletas, snacks, galletas, comidas rápidas y refrescos. La obesidad infantil puede causar problemas a la salud del niño en el corto y largo plazo. **Conclusión:** es importante que enfermería trabaje en prevención, promoción y seguimiento de los niños y las familias involucradas con este problema.

Palabras clave: Obesidad. Niño. Nutrición del niño. Esfuerzo físico. Educación alimentaria y nutricional.

* Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Paulista (UNIP-Ribeirão Preto). Contato: talypati@hotmail.com

** Professora titular dos cursos de Enfermagem e Nutrição da Universidade Paulista (UNIP-Ribeirão Preto).

INTRODUÇÃO

Verifica-se nas últimas décadas o aumento da obesidade entre crianças e adolescentes, ocasionada por causas variadas, atingindo todos os níveis socioeconômicos, sendo fator de risco nas principais causas de morte¹. Uma consequência do mundo moderno e considerada um problema de saúde pública².

Obesidade é definida como excesso de gordura corporal relacionado à massa magra, e o sobrepeso como uma proporção relativa de peso maior que a desejável para a altura. De aspecto multifatorial envolve fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos e sociocomportamentais^{3,4}. É considerada obesa a pessoa com Índice de Massa Corporal (IMC) 20% ou mais acima do peso médio para a idade, altura, sexo e a estatura corporal. Calculada pela Fórmula: $IMC = \text{peso} / (\text{altura})^{2,5}$.

No Brasil, embora se observe um fascínio pela forma física, a obesidade vem aumentando e ganhando espaço. Os maus hábitos alimentares aliados ao sedentarismo estão contribuindo para o aumento da obesidade infantil⁶.

A Pesquisa de Orçamento Familiar (POF/IBGE) realizada em 2009 constatou que o peso dos brasileiros em geral vem aumentando, pois uma em cada três crianças de cinco a nove anos encontrava-se acima do peso recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Quanto à porcentagem de excesso de peso entre meninos de nove a dez anos passou de 3,7% para 21,7% em 2008-2009; nas meninas foi de 7,6% para 19,4%; nas mulheres foi de 28,7% para 48% e nos homens de 18,5% para 50,1%, comparados com os dados do Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF) de 1974/75 e com a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989. Essa mesma pesquisa revelou que um quinto da população infantil na região sudeste era obesa⁷.

Muitos são os fatores determinantes no desenvolvimento da obesidade infantil. Dentre eles destacam-se: o desmame precoce, a relação familiar, o estilo de vida e os novos hábitos alimentares. Há hoje no mercado uma variedade de produtos saborosos e baratos de alto valor calórico e baixos valores nutricionais que, associados ao sedentarismo, à diminuição de atividades físicas e ao uso de produtos tecnológicos como o computador, a televisão, o videogame, entre outros aparelhos eletrônicos, colaboram para o ganho de peso⁷. Consideram-se também fatores importantes os genéticos, os fisiológicos e os metabólicos⁸.

Na relação familiar a criança passou a ter os mesmos hábitos que os pais, tanto na questão alimentar quanto na frequência das atividades físicas⁷. Em contrapartida, a correria do mundo moderno muitas vezes não permite que os pais estejam presentes durante as principais refeições alimentares, provocando mudanças desfavoráveis na alimentação das crianças. Esta acaba se baseando em alimentos industrializados das redes *fast-food*, biscoitos, salgados, doces e refrigerantes, ricos em gorduras e pobres em nutrientes, favorecendo o sobrepeso e a obesidade^{6,9}.

O envolvimento cada vez mais precoce das crianças com a tecnologia torna-as menos ativas e pouco envolvidas com brincadeiras movimentadas, pois optam por ficarem sentadas sem gasto energético e de calorias¹⁰.

A obesidade na infância pode causar diversos problemas durante o desenvolvimento da criança: respiratórios, cardíacos, metabólicos, ortopédicos e psicológicos, uma vez que a criança obesa pode se afastar do convívio das demais crianças por não conseguir acompanhar o ritmo delas². As crianças que crescem obesas podem se tornar adultos obesos e com diversas doenças associadas, contribuindo para a diminuição da expectativa de vida de gerações futuras.

Programas voltados à alimentação e nutrição para a população brasileira têm sido prioridade para a política pública do Ministério da Saúde, pois as doenças causadas pela combinação de hábitos alimentares poucos saudáveis e o sedentarismo geram pesados custos financeiros e sociais ao país. Dentre estes programas destacam-se o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) que tem como propósito garantir a qualidade dos alimentos disponíveis para o consumo do país, bem como de promover práticas alimentares saudáveis, prevenir e controlar distúrbios nutricionais; o Pacto pela Redução de Mortalidade Infantil Nordeste-Amazônia Legal que faz parte do compromisso de acelerar a redução das desigualdades regionais; o Bolsa família que é uma programa de repasse de verba a famílias de baixa renda cadastradas e que assumem o compromisso de atualizar o peso e a altura das crianças, acompanhando, assim, o estado nutricional e o desenvolvimento das crianças; o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) que fornece alimentação avaliada por nutricionistas e acompanha o desenvolvimento das crianças nas escolas⁶.

É importante que a enfermagem trabalhe na prevenção e promoção da saúde, observando o

desenvolvimento da criança pelo peso, estatura, estilo de vida e alimentação, identificando os riscos para o desenvolvimento da obesidade, trabalhando na educação e conscientização da criança e da família sobre os males da doença através de palestras, folhetos educativos e visitas domiciliares. E quando já diagnosticada, acompanhá-los durante o tratamento proposto pela equipe multidisciplinar, objetivando avaliar sua eficácia e identificar o aparecimento de doenças consequentes da obesidade⁵.

OBJETIVO

Identificar por meio de uma revisão da literatura científica brasileira, os principais fatores determinantes do aumento da obesidade infantil.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo desenvolvido por meio de uma pesquisa bibliográfica, em que foram analisados artigos científicos publicados, monografias, dissertações, trabalhos acadêmicos e livros sobre o tema. Entretanto, apenas os artigos científicos foram utilizados para a discussão, os demais formatos levantados subsidiaram conhecimentos e foram utilizados para introduzir o tema.

Os livros e artigos científicos são as bases para o desenvolvimento da pesquisa bibliográfica, a qual é fundamentada apoiando-se em material já elaborado e buscando explicar o problema em tese através de estudos teóricos já publicados, associando-se as variáveis através de estudos descritivos¹¹. A pesquisa bibliográfica oferece ao pesquisador a possibilidade de buscar soluções para o problema de pesquisa apresentado por ele¹².

No estudo, os dados foram levantados por meio de busca nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) acessadas através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Também foi efetuada pesquisa na literatura impressa na biblioteca da Universidade Paulista (UNIP), campus Ribeirão Preto-SP. Todo o conteúdo revisado estava em linguagem vernácula.

Foram considerados os últimos dez anos como o período de buscas, ou seja, 2002 a setembro de 2012, utilizando-se os descritores: obesidade infantil, alimentação na infância, atividade física na infância, educação nutricional. Foram incluídos os artigos que abrangiam o tema, publicados nesse período e disponíveis na íntegra em idioma português (Brasil). Artigos que não atenderam aos critérios de inclusão foram excluídos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram obtidos 21 artigos, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Número de artigos segundo o ano de publicação (2002-2012)

ano de publicação	número de artigos	%
2002	1	4,7
2003	0	-
2004	0	-
2005	0	-
2006	2	9,4
2007	4	18,8
2008	2	9,4
2009	2	9,4
2010	3	14,1
2011	5	23,5
2012	2	9,4
Total	21	100

Dos artigos revisados, todos afirmam que a obesidade infantil é um problema de saúde pública gradativo nas últimas décadas e, em sua maioria, foram identificados os mesmos fatores determinantes no desenvolvimento da obesidade infantil, sendo estes: desmame precoce, relação familiar, sedentarismo, novos hábitos alimentares, ser filho único e a genética. Destes, os que mais incidem em toda literatura são o sedentarismo e os hábitos alimentares.

A revisão sobre o tema mostrou aspectos importantes e contribuintes para o conhecimento e aprimoramento dos profissionais da área da saúde, com enfoque na identificação, prevenção e tratamento dessa problemática em crianças e na família.

Crianças que recebem leite materno por mais tempo estão mais protegidas da obesidade¹³. Na mesma linha, outro estudo¹⁴ afirma que, ao ser desmamada precocemente, a criança inicia a ingestão de outros alimentos calóricos, como açúcares e achocolatados, contribuindo para a obesidade infantil. Ambos os estudos citados relacionam o desmame precoce ao trabalho materno. Acerca do desmame precoce¹⁵ também acreditam na relação com a obesidade, porém relacionam este fator aos padrões de cultura, alegando que as crianças são prejudicadas e que a importância do aleitamento materno não é reconhecida.

Tomando por base a relação entre a família e hábitos salubres, a obesidade infantil está ligada ao fato de que os pais tentam compensar suas ausências, geralmente pelas atividades de trabalho, oferecendo às crianças guloseimas para satisfazer suas vontades, como doces, biscoitos, chocolates que, por sua vez, são pouco nutritivos e muito calóricos¹⁶. Também é mencionado que crianças que sofrem com a ausência dos pais comem de maneira compulsiva com a intenção de preencher a privação afetiva¹⁷.

Sobre a relação entre sedentarismo e obesidade infantil, diversos estudos destacam a importância da atividade física no controle do peso¹⁸⁻²⁰. Há certa unanimidade entre os pesquisadores²¹⁻²³ quanto ao fato das crianças praticarem poucas atividades que queimem energias e calorias, já que permanecem muito tempo em frente a televisão por serem pouco estimuladas em relação ao brincar^{24,25}.

Outros estudos relatam que a única prática de exercícios realizada pelas crianças ocorre nas aulas de educação física, ou no intervalo do recreio, durante o período escolar. Além do sedentarismo, também são citados os novos hábitos alimentares, justificados, geralmente, pela correria cotidiana dos pais, fazendo com que incluam na alimentação dos filhos lanches, *fast food*, salgados e biscoitos para complementar ou substituir as principais refeições, normalmente acompanhadas do consumo excessivo de refrigerantes^{25,26}. A ingestão desses alimentos ocorre muitas vezes quando as crianças se encontram frente à televisão. Publicitários aproveitam a grande audiência do público infantil para transmitir comerciais de produtos alimentícios que despertem o desejo das crianças para estes alimentos²⁷.

Filhos unigêntos, atualmente mais comuns, são citados como fator determinante para a obesidade infantil por causa da superproteção dos pais. Neste sentido, e longe de outras crianças, passam mais tempo em atividades passivas, assistindo televisão, vídeo games e utilizando computadores. Além disso, são "mimados" pelos pais e pela família por meio da maior oferta de lanches, doces e biscoitos (também como forma de compensar-lhes a solidão)^{14,16}. Assim, quanto maior o número de filhos, mais protegidos estarão do baixo nível de atividades físicas e, portanto, mais protegidos da obesidade²⁶⁻²⁹. Outro fator, não modificável, e que concorre para a obesidade, é o aspecto genético. A esse respeito, os pesquisadores ressaltam que pais obesos podem transmitir, além dos

genes, costumes alimentares para os filhos, possibilitando-lhes desenvolver ganho de peso, agravado também pela falta de atividades físicas (estas devem ser incentivadas pelos pais)^{13,16,30}.

Muitos pais obesos não reconhecem a obesidade nos filhos ou não a consideram como um problema de saúde, demorando ou mesmo não recorrendo a tratamentos para combater o problema³¹.

As consequências psicológicas que afetam as crianças obesas englobam a baixa estima, a ansiedade e o preconceito. Tais aspectos são geradores de isolamento, estresse e muito sofrimento psíquico. O isolamento concorre diretamente para as atividades passivas (que não envolvem queima de energia/calorias), agravando o problema, além de gerar problemas psicológicos que podem se complicar ainda mais na vida adulta^{19,21,22,32}.

A obesidade infantil pode trazer problemas a curto ou longo prazo, como doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão e problemas ortopédicos^{20,22}. Por isso, destaca-se a importância de um trabalho multidisciplinar no tratamento da obesidade infantil^{21,33}. Quanto ao papel do enfermeiro é fundamental a prevenção como uma forma de se identificar, por meio de dados científicos, os riscos para o desenvolvimento da obesidade infantil e de outras doenças relacionadas³³. Uma boa percepção levará o enfermeiro a agir como facilitador na implantação de educação em saúde para famílias que convivem com esse problema¹⁵.

CONCLUSÃO

Foram identificados, por meio da revisão da literatura científica, seis principais fatores determinantes no desenvolvimento da obesidade infantil, sendo eles: o desmame precoce, a relação familiar (compensar ausências), o sedentarismo, os novos hábitos alimentares, o fato de ser filho único e a genética.

Dentre estes fatores, houve prevalência do sedentarismo e dos novos hábitos alimentares, havendo concordância da maioria dos autores. Estes aspectos justificam-se tanto pelo envolvimento das crianças com a tecnologia, em atividades passivas, como pela ingestão exagerada, e muitas vezes sem supervisão dos pais, de doces, biscoitos, salgados, *fast food* e refrigerantes. Estes alimentos muitas vezes substituem as refeições importantes ou vão além delas, causando uma ingestão maior do que as necessidades calóricas diárias. Ficou reconhecido que, nestes dois principais fatores, um colabora muito negativamente com o outro e, somados,

ocasionam obesidade entre outras doenças.

Dos demais fatores, o desmame precoce pode ocorrer pela necessidade das mães de voltarem ao trabalho, interrompendo antecipadamente o aleitamento materno exclusivo e introduzindo alimentos complementares.

A relação familiar destaca-se pelo fato de os pais tentarem compensar a ausência causada pelo envolvimento com várias questões cotidianas fornecendo, ou permitindo sem restrições, os alimentos preferidos das crianças.

Muitas vezes, em detrimento de ser filho único, a criança sofre com a superproteção e tem facilmente todos os desejos atendidos pelos pais e demais familiares. Considera-se também a genética, já que pais obesos tendem a ter filhos obesos pela adesão das crianças aos

hábitos alimentares e à pouca frequência da prática de exercícios físicos dos pais.

O conhecimento destes fatores permitirá que a equipe de Enfermagem trabalhe precocemente nos cuidados de prevenção e educação da família e das crianças. Nas crianças já diagnosticadas com obesidade, a equipe de enfermagem pode auxiliar no tratamento por meio do acompanhamento e prevenção das complicações futuras, visto serem estas últimas, fatores preocupantes e dignos de nota, pois podem representar não apenas danos fisiológicos, mas também físicos e psicológicos a médio e longo prazo, comprometendo a qualidade da vida adulta.

REFERÊNCIAS

- Potter PA. Fundamentos de enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- Bass LM, Beresin R. Qualidade de vida em crianças obesas. *Einstein*. 2009; 7(3):295-301.
- Margarey AM, Daniels LA, Boulton TJ, Cockington RA. Does fat intake predict adiposity in health children and adolescents aged 2-15 y. A longitudinal analysis. *Eur J Clin Nutr*. 2001; 55(6):471-81.
- Danadian K, Levy V, Janosky JJ, Arslanian S. Lipolysis in Africa. American children: it is a metabolic risk factor predisposing to obesity? *Clin Endocrinol Metab*. 2001; 87(7):3022-6.
- Fernandes RA, Vargas SA. O cuidado de Enfermagem na obesidade infantil. *Rev Meio Amb Saúde*. 2007; 2(1):273-81.
- Brasil. Ministério da Saúde. Lazer e saúde das crianças: obesidade tem crescido entre crianças e adolescentes. Brasília; 2004.
- Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009. Rio de Janeiro. [acesso em 2012 abr 3]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/xml/pof_2008_2009.shtm.
- Fisberg M. Obesidade na infância e adolescência. In: Fisberg M, editor. *Obesidade na infância e adolescência*. São Paulo: Fundo Editorial BYK; 2003. p. 9-13.
- Oliveira AMA, Cerqueira EMM, Souza JS, Oliveira AC. Sobrepeso e obesidade infantil: influência dos fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana, BA. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2003; 47(2):144-50.
- Giugliano R, Carneiro EC. Fatores associados à obesidade em escolares. *J Pediatr*. 2004; 80(1):17-22.
- Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.
- Lima TCS, Mioto RCT. Procedimento metodológico na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Rev Katalysis*. 2007; 10(esp):37-45.
- Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(1):60-9.
- Jesus GM, Vieira TO, Martins CC, Mendes CMC, Castelão ES. Fatores determinantes do sobrepeso em crianças menores de 4 anos de idade. *J Pediatr*. 2010; 86(4):311-6.
- Araujo MFM, Beserra EP, Araujo TM, Chaves ES. Obesidade infantil: uma reflexão sobre a dinâmica familiar numa visão etnográfica. *Rev RENE*. 2006; 7(1):103-8.
- Santos LRC, Rabinovich EP. Situações familiares na obesidade exógena infantil do filho único. *Saúde Soc*. 2011; 20(2):507-21.
- Mishima FKT, Barbieri V. O brincar criativo e a obesidade infantil. *Estud Psicol*. 2009; 14(3): 249-55.
- Alves JGB, Galé CR, Souza E, Batty GD. Efeito do exercício físico sobre o peso corporal em crianças com excesso de peso: ensaio clínico comunitário randomizado em uma favela no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(supl.2):s353-9.
- Baruki SBS, Rosado GP, Ribeiro RCL. Associação entre estado nutricional e atividade física em escolares de rede municipal de ensino em Corumbá-MS. *Rev Bras Med Esporte*. 2006; 12(2):90-4.
- Neves PMJ, Torcato AC, Urquieta AS, Kleiner AF. Importância do tratamento e prevenção da obesidade infantil. *Arq Ciênc Saúde*. 2010; 17(3):150-3.
- Melo VLC, Serra PJ, Cunha CF. Obesidade infantil: impactos psicossociais. *Rev Med Minas Gerais*. 2010; 20(3):367-70.
- Freitas Junior IF. Sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes brasileiros. *Rev Salusvita*. 2007; 26(2):125-52.
- Santos AL, Carvalho AL, Garcia Junior JR. Obesidade infantil e uma proposta de Educação Física preventiva. *Rev. Motriz Educação Física*. 2007; 13(3):203-13.
- Gomes JF, Moraes DEB, Motta IF. O brincar em crianças obesas: um estudo de crianças em tratamento ambulatorial. *Rev Mudanças*. 2011; 19(1/2):51-9.
- Borges CR, Köhler MLK, Leite ML, Silva ABF, Camargo AT, Kanunfre CC. Influência da televisão na prevalência de obesidade infantil em Ponta Grossa, Paraná. *Rev Ciênc Cuid Saúde*. 2007; 6(3):305-311.
- Barros SSH, Lopes AS, Barros MVG. Prevalência de baixo nível de atividade física em crianças pré-escolares. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2012; 14(4):390-400.
- Cavalcanti AC, Melo AMCA. Mídia, comportamento alimentar e obesidade na infância e na adolescência: uma revisão. *Rev Bras Nutr Clin*. 2008; 23(3):199-203.
- Costa MB, Silva JHA, Simões ACSR, Alves NJM. Obesidade infantil: características em uma população atendida pelo programa de saúde da família. *Rev APS*. 2011; 14(3):283-8.
- Poeta LS, Duarte MFS, Giuliano ICB, Farias Junior JC. Intervenção interdisciplinar na composição corporal e em testes de aptidão física de crianças obesas. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2012; 14(2):134-43.
- Damiani D, Damiani D, Oliveira RG. Obesidade: fatores genéticos ou ambientais. *Rev Pediatria Moderna*. 2002; 38(3):57-80.
- Tenório AS, Cobayashi F. Obesidade infantil na percepção dos pais. *Rev Paul Pediatr*. 2011; 29(4):634-9.
- Wilhelm FA, Lima JHCA, Schimer KF. Obesidade infantil e a família: educadores emocionais e nutricionais dos filhos. *Rev Psicol Argum*. 2007; 25(49):143-54.
- Marchi-Alves LM, Yagui CM, Rodrigues CS, Mazza A, Rangel EML, Gurão B. Obesidade infantil ontem e hoje: importância da avaliação antropométrica pelo enfermeiro. *Esc Anna Nery*. 2011; 15(2):238-44.

Recebido em: 23/03/2013
Aceite em: 18/04/2013

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A **CuidArte Enfermagem**, revista das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA) de Catanduva-SP, com periodicidade semestral, tem por objetivo proporcionar à comunidade científica, enquanto um canal formal de comunicação e disseminação da produção técnico-científica nacional, a publicação de artigos relacionados à área da saúde, especialmente da Enfermagem. Objetiva também publicar suplementos sob a forma de coleções de artigos que abordem tópicos ou temas relacionados à saúde. O artigo deve ser inédito, isto é, não publicado em outros meios de comunicação.

As normas de um periódico estabelecem os princípios éticos na condução e no relatório da pesquisa e fornecem recomendações com relação aos elementos específicos da edição e da escrita. Visam melhorar a qualidade e a clareza dos textos dos artigos submetidos à revista, além de facilitar a edição. Os Editores recomendam que os critérios para autoria sejam contribuições substanciais à concepção e ao desenho, ou à coleta, análise e à interpretação de dados; redação do artigo ou revisão crítica visando manter a qualidade do conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a publicar.

CATEGORIAS DE ARTIGOS DA REVISTA

ARTIGOS ORIGINAIS: trabalho de pesquisa com resultados inéditos que agreguem valores à área da saúde, em especial na área da Enfermagem. Sua estrutura deve conter: resumo, descritores (palavras-chave), introdução, objetivos, material e métodos, resultados, discussão, conclusões e referências. Sua extensão limita-se a 15 páginas. Seguir instruções que constam na preparação do artigo. Recomenda-se que o número de referências bibliográficas limite-se a 20, havendo, todavia, flexibilidade. O texto deve conter fontes bibliográficas internacionais. O artigo original não deve ter sido divulgado em nenhuma outra forma de publicação ou em revista nacional.

ARTIGOS DE REVISÃO: avaliação crítica e abrangente sobre assuntos específicos e de interesse para o desenvolvimento da Enfermagem, já cientificamente publicados. Os artigos deverão conter até 15 páginas.

ARTIGOS DE ATUALIZAÇÃO OU DIVULGAÇÃO: trabalhos descritivos e interpretativos sobre novas técnicas ou procedimentos globais e atuais em que se encontram determinados assuntos investigativos. Os artigos deverão conter até 10 páginas.

ESPAÇO ACADÊMICO: destinado à divulgação de estudos desenvolvidos durante graduação, em obediência as mesmas normas exigidas para os artigos originais. O nome do orientador

deverá ser indicado em nota de rodapé, e deverão conter no máximo 10 páginas.

RELATOS DE CASO(S): descrição de casos envolvendo pacientes, ou situações singulares, doenças raras ou nunca descritas, assim como formas inovadoras de diagnóstico ou tratamento. O texto em questão aborda os aspectos relevantes que devem ser comparados com os disponíveis na literatura. Deverá ser enviada cópia do Parecer do CEP.

RESENHAS E REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS: análise crítica da literatura científica publicada recentemente. Os artigos deverão conter até 3 páginas.

Os artigos devem ser encaminhados ao editor-chefe da revista, especificando a sua categoria, devendo ser anexada a **DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS**, nos seguintes moldes: Eu (nós), abaixo assinado(s) transfiro(erimos) todos os direitos autorais do artigo intitulado (título) à CuidArte Enfermagem. Declaro(amos) ainda que o trabalho é original e que não está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou eletrônico. Data e Assinatura(s).

Cada artigo deverá indicar o nome do autor responsável pela correspondência junto a Revista, e seu respectivo endereço, incluindo telefone e e-mail, e a este autor será enviado um exemplar da revista.

ASPECTOS ÉTICOS: todas as pesquisas envolvendo estudos com seres humanos deverão estar de acordo com a Resolução CNS-196/96, devendo constar o consentimento por escrito do sujeito e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Caso a pesquisa não envolva seres humanos, especificar no ofício encaminhado. Deverá ser enviada cópia do Parecer do CEP. Quando relatam experimentos com animais, os autores devem mencionar se foram seguidas as diretrizes institucionais e nacionais para os cuidados e a utilização dos animais de laboratório.

ENVIO DE ORIGINAIS: o artigo deve ser enviado pelo correio em 3 vias impressas, com cópia em CD, digitado no programa *Microsoft Office Word* da versão 2003 a 2010. A revista não se responsabilizará por eventual extravio durante o envio do material. Após o recebimento do material será enviado e-mail de confirmação ao autor responsável.

SELEÇÃO DOS ARTIGOS: inicialmente, todo artigo submetido à Revista será apreciado pelo Conselho Científico nos seus aspectos gerais, normativos e sua qualidade científica. Ao ser aprovado, o artigo será encaminhado para avaliação de dois revisores do Conselho Científico com reconhecida competência no assunto abordado. Caso os pareceres sejam divergentes o artigo será encaminhado a um terceiro conselheiro para desempate (o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir o terceiro parecer).

Os artigos aceitos ou sob restrições poderão ser devolvidos aos autores para correções ou adequação à normalização segundo as normas da Revista. Artigos não aceitos serão devolvidos aos autores, com o parecer do Conselho Editorial, sendo omitidos os nomes dos revisores. Aos artigos serão preservados a confidencialidade e sigilo, assim como, respeitados os princípios éticos.

PREPARAÇÃO DO ARTIGO

Formatação do Artigo: a formatação deverá obedecer às seguintes características: impressão e configuração em folha A4 (210 X 297 mm) com margem esquerda e superior de 3 cm e margem direita e inferior de 2 cm. Digitados em fonte *Times New Roman* tamanho 12, espaço 1,5 entrelinhas, com todas as páginas numeradas no canto superior direito. Devem ser redigidos em português. Se for necessário incluir depoimentos dos sujeitos, estes deverão ser em itálico, em fonte tamanho 10, na sequência do texto. Citação *ipsis litteris* usar aspas na sequência do texto.

Autoria, Título e Subtítulo do Artigo: apresentar o título do trabalho (também em inglês e espanhol) conciso e informativo, contendo o nome dos autores (no máximo 6). No rodapé, deverá constar a ordem em que devem aparecer os autores na publicação, a maior titulação acadêmica obtida, filiação institucional, onde o trabalho foi realizado (se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, nome da agência financiadora) e o endereço eletrônico.

Resumo: deverá ser apresentado em português, inglês (Abstract) e espanhol (Resumen). Deve vir após a folha de rosto, tipo informativo, limitar-se ao máximo de 250 palavras e deverá conter: objetivo do estudo, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e análise, principais resultados e as conclusões). Redigir em parágrafo único, espaço simples, fonte 10, sem recuo de parágrafo.

Palavras-chave: devem aparecer abaixo do resumo, conter no mínimo 3 e no máximo 6 termos que identifiquem o tema, limitando-se aos descritores, recomendados nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e apresentado pela BIREME na forma trilingue, disponível à página URL: <http://decs.bvs.br>. Apresentá-los em letra inicial maiúscula, separados por ponto. Ex: Palavras-chave: Enfermagem hospitalar. Qualidade. Saúde.

Tabelas: as tabelas (fonte 10) limitadas a cinco no conjunto, devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, com a inicial do título em letra maiúscula e sem grifo, evitando-se traços internos horizontais ou verticais. Notas explicativas deverão ser colocadas no rodapé das tabelas. Seguir Normas de Apresentação Tabular do IBGE. Há uma diferença entre Quadro e Tabela. Nos quadros colocam-se as grades laterais e são usados para dados e informações de caráter

informativo. Nas tabelas não se utilizam as grades laterais e são usadas para dados analisados.

Ilustrações: qualquer que seja o tipo de ilustração, sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título. As legendas devem ser claras. Para utilização de ilustrações extraídas de outros estudos, já publicados, os autores devem solicitar a permissão, por escrito, para reprodução das mesmas. As autorizações devem ser enviadas junto ao material por ocasião da submissão. Figuras coloridas não serão publicadas. As ilustrações deverão ser enviadas juntamente com os artigos em uma pasta denominada figuras, no formato BMP ou TIF com resolução mínima de 300 DPI. A revista não se responsabilizará por eventual extravio durante o envio do material.

Abreviações/Nomenclatura: o uso de abreviações deve ser mínimo e utilizadas segundo a padronização da literatura. Indicar o termo por extenso, seguido da abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecer no texto. Quando necessário, citar apenas a denominação química ou a designação científica do produto.

Citações no Texto: devem ser numeradas com algarismos arábicos sobrescritos, de acordo com a ordem de aparecimento no texto. Quando o autor é novamente citado manter o identificador inicial. No caso de citação no final da frase, esta deverá vir antes do ponto final e no decorrer do texto, antes da vírgula. Exemplo 1: citações com numeração sequencial "...de acordo com vários estudos"¹⁻⁹. - Exemplo 2: citações com números intercalados "...de acordo com vários estudos"^{1,3,7-10,12}. Excepcionalmente pode ser empregado o nome do autor da referência como, por exemplo, no início de frases destacando sua importância.

Agradecimentos: deverão, quando necessário, ocupar um parágrafo separado antes das referências bibliográficas.

Referências: as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com o "Estilo Vancouver" Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE*). Disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html e também disponível em: <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> traduzido e adaptado por Maria Gorete M. Savi e Eliane Aparecida Neto. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados pela lista de abreviaturas de periódicos da *Index Medicus* (base de dados

Medline), que pode ser consultado no endereço: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals> sendo que coloca-se um ponto após o título para separá-lo do ano. Exemplos: N Engl J Med. 2013

Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consulte o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano. Exemplos: Femina., Rev Bras Reumatol., Rev Bras Hipertens.

EXEMPLO DE REFERÊNCIAS

Devem ser citados até seis autores, acima deste número, citam-se apenas os seis primeiros autores seguidos de et al.

Livro

Baird SB, Mccorkle R, Grant M. Cancer nursing: a comprehensive textbook. Philadelphia: WB. Saunders; 1991.

Capítulo de livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Artigo de periódico com mais de 6 autores

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer. 1996; 73:1006-12.

Trabalho apresentado em congresso

Lorenzetti J. A saúde no Brasil na década de 80 e perspectivas para os anos 90. In: Mendes NTC, coordenadora. Anais do 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1989 set 2-7; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: ABEn – Seção SC; 1989. p. 92-5.

Documentos jurídicos

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 jun 1986. Seção 1, p.1.

Tese/Dissertação

Lipinski JM. A assistência de enfermagem a mulher que provocou aborto discutida por enfermeiros em busca de uma assistência humanizada [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFSC; 2000.

Material eletrônico

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 3 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

ENDEREÇO PARA ENCAMINHAMENTO DE ARTIGOS



Rua dos Estudantes, 225 - Parque Iracema
Catanduva - SP
CEP 15809-144
Contato: e-mail: revistaenfermagem@fipa.com.br
Fone: (17) 3311-3335