

Periódico científico dos profissionais de enfermagem

Enfermagem BRASIL



Assistência de enfermagem

- Assistência no pós-operatório de cirurgia cardíaca

Diabetes

- Hemodiálise em pacientes com diabetes de tipo 2

Neonatal

- Mães adolescentes e cuidados com o recém-nascido
- Cesárea eletiva no Brasil

Reabilitação

- Promoção da saúde para idosos e pessoas com deficiência

Saúde pública

- Sobrepeso e obesidade infantil

Saúde da mulher

- Anticoncepção de emergência
- Prevenção ao câncer de colo de útero

Trabalho

- Programas de segurança e saúde no trabalho



Enfermagem BRASIL

Índice

Volume 10 número 6 - Novembro / Dezembro de 2011

EDITORIAL

- A percepção de uma acadêmica da 4ª série no ano que se comemora os 20 anos do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)/SP, Franciele Rezende Ferreira 323**

ARTIGOS ORIGINAIS

- Visão de acadêmicas da área da saúde a respeito da anticoncepção de emergência, Carolina Izidoro de Souza, Fátima Regina Cividini, Liete Francisco Marcelino 325**
- Conhecimento da prevenção ao câncer de colo de útero por docentes de um curso de graduação em Enfermagem, Maristela Schapoo Carvalho, Janelice Bastiani, Maria Itayra Padilha 333**
- Conhecimento de mães adolescentes sobre cuidados com recém-nascido em Serviço de Saúde do Recife/PE, Ana Paula de Christo, Adriana da Silva Guerreiro Caldas, Jennifer Karoline Souza Cunha, Carmina Santos, Isabella Samico 341**
- Prevalência do diabetes mellitus tipo 2 em indivíduos submetidos ao tratamento hemodialítico, Luís Paulo Souza e Souza, Diêgo Rodrigues Almeida, Edilaine Tavares Santos, Écila Campos Mota, Beatriz Rezende Marinho da Silveira, Orlene Veloso Dias, Maria Fernanda Santos Figueiredo 348**

RELATO DE EXPERIENCIA

- Promoção da saúde para inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Centro Sul Fluminense: a intersetorialidade na gestão pública municipal, Wiliam César Alves Machado, Nébia Maria Almeida de Figueiredo, Teresa Tonini, Renata Ferreira Barros, Queila Galdino 355**

REVISÕES

- Cesárea eletiva no Brasil: imposição da autonomia da mulher ou do poder médico? Caio Eduardo Gullo, Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler, Eliana Márcia Sotello Cabrera, Eliana Márcia Sotello Cabrera, Beatriz Barco Tavares Jontaz Irigoyen, Damaris Aparecida Rodrigues 362**
- Sobrepeso e obesidade infantil – um problema de saúde pública em escolares de norte a sul do país, Arélli Pâmella Brasileiro Chaves, Lizandra de Farias Rodrigues Queiroz, Mariana de Almeida Abreu, Ketsia Bezerra Medeiros 371**
- Os programas de segurança e saúde no trabalho nas empresas, Hanna Beatriz Bacelar Tibães, Solange Cervinho Bicalho Godoy, Adelaide de Mattia Rocha, Mércia de Paula Lima 377**

NORMAS DE PUBLICAÇÃO 383

CALENDÁRIO DE EVENTOS 384

EDITOR CIENTÍFICO – PRESIDENTE DO CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. Dr. Zaida Aurora Sperli Gerales Soler (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira (UFMS – Mato Grosso do Sul)

Prof. Dr. Aida Mendes (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Portugal)

Prof. Dr. Almerinda Moreira (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO – Rio de Janeiro)

Prof. Dr. Ari Nunes Assunção (UNISC – Santa Cruz do Sul)

Prof. Dr. Carlos Bezerra de Lima (UFPB – Paraíba)

Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva (UNIRIO – Rio de Janeiro)

Prof. Dr. Dalmo Valério Machado de Lima (UFF – Rio de Janeiro)

Prof. Dr. Eliane Aparecida Sanches Tonolli (UEM – Maringá)

Prof. Dr. Jacileide Guimarães (UFRN – Rio Grande do Norte)

Prof. Dr. José Verdú Soriano (Universidad de Alicante – Espanha)

Prof. Dr.ª Leila Rosa dos Santos (ISBL – Londrina)

Prof. Dr.ª Márcia Galan Perroca (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)

Prof. Dr.ª Márcia Maria Fontão Zago (USP – Ribeirão Preto)

Prof. Dr.ª Margarethe Maria Santiago Rêgo (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)

Prof. Dr.ª Maria da Graça Piva (ULBRA – RS)

Prof. Dr.ª Maria Ermelinda Miranda Ribeiro Jaques (Escola Superior de Enfermagem – IPVC – Portugal)

Prof. Dr.ª Maria Helena da Silva Nery (UFRGS – Rio Grande do Sul)

Prof. Dr.ª Marialda Moreira Christoffel (UFRJ – Rio de Janeiro)

Prof. Dr.ª Meives Aparecida Rodrigues de Almeida (UNICAMP – Campinas)

Prof. Dr.ª Mércia Heloisa Ferreira da Cunha (UFMG – Belo Horizonte)

Prof. Dr.ª Nadia Antonia Aparecida Poletti (FAMERP – São José do Rio Preto)

Prof. Dr.ª Nebia Maria Almeida de Figueiredo (UNIRIO – Rio de Janeiro)

Prof. Dr.ª Rita Batista Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)

Prof. Dr.ª Rita de Cássia Tapié Martins (USP – São Paulo)

Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva (UNIRIO – Rio de Janeiro)

Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos (UFPB – Paraíba)

Prof. Dr.ª Sílvia Helena de Bortoli Cassiani (USP – Ribeirão Preto)

Prof. Dr.ª Soraia Dornelles Schoeller (UFSC – Santa Catarina)

Prof. Dr.ª Taka Oguisso (USP – São Paulo)

Prof. Dr.ª Teresa Tonini (UNIRIO – Rio de Janeiro)

Prof. Dr.ª Valéria Lerch Lunardi (FURG – Rio Grande do Sul)

Prof. Dr.ª Vera Regina Salles Sobral (UFF – Rio de Janeiro)

Prof. Dr. William César Alves Machado (UNIRIO – Rio de Janeiro)

Prof. Dr. Wilson D. Lunardi Filho (FURG – Rio Grande do Sul)

GRUPO DE ASSESSORES

Prof. Ms. Andréia Saccol Lourenço (Escola Técnica de Enfermagem São Francisco – Rio Grande do Sul)

Prof. Ms. Dóris Maria Volquind (Clínica de Florais de RAFF – Rio Grande do Sul)

Prof. Ms. Gisele Cristina Tertuliano (Rio Grande do Sul)

Prof. Ms. Sonia Maria Ponciano dos Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)

Prof. Ms. Maria Filomena Vancellote Almeida (UniRio – Rio de Janeiro)

Prof. Ms. William Malagutti (UGF – São Paulo)

Enfermagem Brasil é indexada no CINAHL
(Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)



Atlântica Editora

e Shalon Representações

Praça Ramos de Azevedo, 206/1910

Centro 01037-010 São Paulo SP

Atendimento

(11) 3361 5595 / 3361 9932

E-mail: assinaturas@atlanticaeditora.com.br

Assinatura

1 ano (6 edições ao ano): R\$ 240,00

atlantica@atlanticaeditora.com.br

www.atlanticaeditora.com.br

Administração e vendas

Antonio Carlos Mello

mello@atlanticaeditora.com.br

Editor executivo

Dr. Jean-Louis Peytavin

jeanlouis@atlanticaeditora.com.br

Editor assistente

Guillermina Arias

guillermina@atlanticaeditora.com.br

Direção de arte

Cristiana Ribas

cristiana@atlanticaeditora.com.br

Todo o material a ser publicado deve ser enviado para o seguinte endereço de e-mail: artigos@atlanticaeditora.com.br

Atlântica Editora edita as revistas *Fisioterapia Brasil*, *Neurociências*, *Nutrição Brasil*
e Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício.

© ATMC - Atlântica Editora Ltda - Nenhuma parte dessa publicação pode ser reproduzida, arquivada ou distribuída por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia ou outro, sem a permissão escrita do proprietário do copyright, Atlântica Editora. O editor não assume qualquer responsabilidade por eventual prejuízo a pessoas ou propriedades ligado à confiabilidade dos produtos, métodos, instruções ou idéias expostos no material publicado.

Editorial

A percepção de uma acadêmica da 4ª série no ano que se comemora os 20 anos do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)/SP

*Franciele Rezende Ferreira**

Foram mais de 900 enfermeiros formados desde a autorização do curso, em agosto de 1991, e a cada ano mais 60 acadêmicos ingressam em busca de uma carreira profissional que tem como lema “a arte do cuidar com ciência e humanidade”! Já são 20 anos de luta, perseverança, modificações curriculares, capacitação docente, determinação e vitórias, refletidos em reconhecimento local, regional e nacional, em prêmios e ótimas colocações no cenário nacional da graduação em Enfermagem. Em premiações somos a melhor faculdade de enfermagem do Estado de São Paulo e a 3ª do Brasil. Somos 5 no Enade e um curso 4 estrelas avaliado pela revista Guia do Estudante - Melhores Universidades - da Editora Abril. Em 2011 recebemos o prêmio Gestão de Qualidade pelo Coren. Vários enfermeiros formados na FAMERP ocupam cargos de destaque dentro dos melhores hospitais do país, como Sara Kubitschek, Albert Einstein, Sírio Libanês, Dante Pazzanese, Hospital de Base, dentre outros. E nos intervalos arrumamos um tempo para mostrar nossas habilidades esportivas e causar medo nas outras faculdades através do Interenf. Orgulhe-se Famerp. Parabéns Enfermagem.

Somos privilegiados de estar aqui. Ser Famerp é ser diferente. É amor incondicional. Não é apenas uma escola que capacita bons enfer-

meiros, mas um ambiente que prepara *excelentes* profissionais de saúde para inserir no mercado de trabalho. Não temos professores, mas grandes mestres e acima de tudo amigos, que nos ajudam a transformar “o milho em pipoca”.

Parece uma eternidade passar 4 anos, mas só parece, pois com certeza não é, e no fim do ciclo você pede que o tempo pare e gostaria de ter poderes para tornar tudo isto eterno. O primeiro ano é aquela timidez - dentro do casulo e então chega o último e tão esperado 4º ano – “a metamorfose”. Ser 4º ano é estar cada vez mais perto do competitivo mercado de trabalho. É chegar ao fim perto de um novo começo, porém sem esquecer as origens. Aos próximos fica o dever de continuar lutando com amor por quem te consagrou enfermeiro. Jamais deixe a lâmpada perder seu brilho. Orgulhe-se de onde está e com quem está. Faça tudo com amor, faça sim valer a pena, isso é a chave para o sucesso na vida. Cultive amizades, mantenha contatos e realize o *network*.

Já passaram 20 anos e passa tão rápido. Muitos outros 20 e tantos virão, porque a Famerp não para de formar. Problemas? Existiram, existem e existirão, mas onde o amor prevalece, a dedicação exalta e a solução aparece. O topo é para poucos, é para guerreiros e a nossa maior retribuição é manter a Enfermagem Famerp em destaque. Somos

*Enfermeira, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Famerp até morrer! Estamos na história, somos parte dela. Enfermagem meu orgulho, Famerp meu amor.

O cuidado vira arte e reveste-se de ciência e competência, porque busca integrar conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e emoções. Ensina-nos a cuidar com amor para aliviar a dor daqueles que assistimos. Sorria, pois você é um pedaço da Famerp e a Famerp é um pouquinho de cada um nós! Hoje, em 20 anos, contribuímos com um quinto desta história, ou para os estatísticos, vinte por cento. Os anos vão se passar e este número ficará cada vez menor, mas nunca

chegará ao zero. As marcas tendem a diminuir o tamanho, mas não desaparecem. Agora vivemos um momento mágico, celebrando quase a maioria deste curso, que já escreveu tantos capítulos e está sempre coletando material para as memórias e histórias de amanhã.

A história continua. Nós precisaremos encerrar mais um capítulo. Vamos seguir em frente, vamos caminhar. Não há limites para cuidar. Enfermagem é o símbolo maior de amor à vida. E aprendemos que tudo que é feito com amor, fortalece qualquer fraco na luta por dias melhores. Afinal, *o nosso cuidar é para toda a vida!*

Artigo original

Visão de acadêmicas da área da saúde a respeito da anticoncepção de emergência

Carolina Izidoro de Souza*, Fátima Regina Cividini*, Liete Francisco Marcelino, M.Sc.**

**Curso de Graduação em Enfermagem da UNISUL, **Docente do curso de graduação em enfermagem e pós-graduação da UNISUL, coordenadora do Curso de Enfermagem da UNISUL*

Resumo

Trata-se de um estudo tipo pesquisa-ação, tendo como objetivo mostrar a visão de acadêmicas da área da saúde a respeito da anticoncepção de emergência (AE). Foi desenvolvido com 15 acadêmicas de uma universidade de Santa Catarina por meio de entrevista individual associada ao processo dialógico de cuidar-educar. Teve como referencial as Diretrizes do Ministério da Saúde, o Manual dos Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma prioridade do governo e o Caderno Direitos Sexuais e Reprodutivos: Anticoncepção de Emergência. Surgiram 6 categorias de análise: conhecimento a respeito da AE; AE vista como segurança à mulher; a relação da pílula AE com o aborto; os cursos, a mídia e os serviços de saúde como fonte de informação; a AE representando risco para a saúde; preocupação com a venda e distribuição indiscriminada da AE. Foi identificado que as acadêmicas têm a visão de que o uso da AE deve ser somente como última alternativa e de forma criteriosa, a fim de evitar uma possível gravidez indesejada. Evidenciou-se desconhecimento ou pouca informação sobre a pílula, talvez em virtude do desinteresse das mesmas pela não utilização. Constatou-se que os cursos de graduação, em sua maioria, não estão oferecendo informações necessárias no que se refere à AE, deixando lacunas na informação, o que pode ser prejudicial para o profissional.

Palavras-chave: anticoncepção de emergência, conhecimento, saúde da mulher, cuidar-educar.

Abstract

Insight of university students of health sector about emergency contraceptive

The aim of this study was to know the insight of university students of the health sector about the Emergency Contraceptive (EC). Fifteen students of the University of Santa Catarina participated in the study and individual interviews associated to the process of caring-education were conducted. The references were the Guidelines of the Health Ministry, the Guidelines of sexual rights and reproductive rights: a priority of the government, and the Reproduction and Social Rights Book: Emergency Contraceptive. Six categories of analysis emerged: knowledge on EC; EC considered a safe mean to prevent pregnancy; relation between EC and abortion; courses, media and health services as information resource; EC and risk factor for health; indiscriminate sale and distribution of EC. It was verified that university students understand that the use of EC

Artigo recebido em 29 de julho de 2011; aceito em 24 de outubro de 2011.

Endereço para correspondência: Fátima Regina Cividini, Avenida João Pinho, 351 casa 88790-000 Laguna SC, E-mail: cividinifatima@hotmail.com

should be the last option for woman, in order to avoid a possible undesirable pregnancy. Was observed little or unknowledge about the pill, maybe due to the lack of interest or use. It was verified that the majority of graduation courses are not offering enough information in relation to EC, leaving gaps on the information and may be harmful to the professional.

Key-words: emergency contraceptive, knowledge, women health, caring-educating.

Resumen

Visión de los académicos del área de la salud sobre la anticoncepción de emergencia

Se trata de un tipo de estudio investigación-acción, con el objetivo de presentar la visión de los académicos de salud sobre la anticoncepción de emergencia (AE). Ha sido desarrollado con (15) quince académicos de una universidad de Santa Catarina a través de entrevistas individuales asociadas al proceso dialógico de cuidar-educar. Tuvo como referencia las Directrices del Ministerio de la Salud, el Manual de los Derechos Sexuales y Reproductivos – una prioridad del Gobierno y el Cuaderno Derechos Sexuales y Reproductivos: Anticoncepción de Emergencia. Seis categorías de análisis surgieron: el conocimiento de la AE; AE vista como seguridad a la mujer; la relación de la píldora AE con el aborto; los cursos, los medios de comunicación y los servicios de salud como fuente de información; la AE representando riesgo para la salud; preocupación por la venta y distribución indiscriminada de la AE. Ha sido identificado que los académicos tienen la visión de que el uso de la AE debe ser solo como último recurso y con criterios, para evitar un posible embarazo no deseado. Fue evidente la ignorancia o la poca información acerca de la píldora, tal vez debido a la falta de interés de las mismas por no utilizarla. Se constató que los cursos de graduación, en su mayoría, no están proporcionando la información necesaria en lo que respecta a la AE, al dejar lagunas en la información, que puede ser perjudicial para el profesional.

Palabras-clave: anticoncepción de emergencia, conocimiento, salud de la mujer, cuidar-educar.

Introdução

O governo brasileiro pauta-se pelo respeito e garantia dos direitos humanos, entre os quais se incluem os direitos sexuais e reprodutivos, para a formulação e a implementação de políticas em relação ao planejamento familiar e a toda e qualquer questão referente à população e ao desenvolvimento [1].

Neste contexto, a anticoncepção torna-se uma grande preocupação do Ministério da Saúde, principalmente no que se refere à distribuição e controle pela rede pública. E mais ainda no que se refere à instrumentalização dos profissionais da área da saúde para que as ações de anticoncepção em idade reprodutiva, adultos e adolescentes que queiram ter acesso a meios para regulação da sua fecundidade [2].

Dentre os vários métodos contraceptivos, o mais recente inserido no mercado é a anticoncepção de emergência (AE), conhecida popularmente como “pílula do dia seguinte (PDS)”. Tratando desse tema, AE é o único método anticoncepcional que pode evitar uma gravidez, se utilizado até 120 horas após a relação sexual [3].

A AE é o único método pós-coital, podendo ser usado no caso de falha ou não uso de outros métodos contraceptivos, assim como em casos de

violência sexual. A medicação apresenta-se em doses concentradas de hormônios sintéticos já utilizados nos contraceptivos orais, comuns à base de etinil-estradiol e levonogestrel. É um método estudado e aprovado por sua legitimidade e eficácia, podendo ser divulgado amplamente pelos meios de comunicação [3].

O Ministério da Saúde orienta que a AE não provoca efeitos graves nas mulheres que a utilizam, nem efeitos teratogênicos, ou seja, não causa danos ao feto, caso falhe. Ela é segura, inclusive para mulheres que não podem tomar estrogênio. Relevante é que, em caso de gravidez, ela não faz efeito, ou seja, não interrompe a gravidez estabelecida, portanto, não é abortiva, entretanto, só deve ser utilizada sob prescrição médica [4,5].

A AE, apesar de trazer o benefício de não iniciar uma gravidez indesejada, tem como fator negativo a banalização dos eficazes métodos anticoncepcionais.

Em 1995, o método passou a integrar a lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial de Saúde [6].

A assistência prestada pelas equipes de saúde deve ampliar as concepções no campo da saúde da mulher. Além dos aspectos biológicos e epidemiológicos, deve ressaltar o enfoque de gênero, os aspectos

sociais, econômicos e até mesmo antropológicos, incluindo a gravidez indesejada, o aborto, a violência, a sexualidade, a anticoncepção, a gestação saudável, a forma de nascimento, a qualidade da atenção à saúde, a morbidade associada à gestação, até finalmente a morte materna [7]. O profissional deve ser preparado para atuar em diversas áreas relacionadas à saúde da mulher, com vistas a atendê-la em todas as suas fases evolutivas.

Diante de todo o contexto que envolve a saúde da mulher, surgiu o interesse em desenvolver um estudo relacionado à anticoncepção de emergência. Também por ser uma temática que foi pouco abordada durante a formação acadêmica e por acreditar-se que, enquanto futuras enfermeiras, deve-se estar instrumentalizada para o processo de educação em saúde nesta área, para o uso consciente e correto da anticoncepção de emergência.

Com o desenvolvimento deste estudo, pretendeu-se dar respostas à seguinte questão de pesquisa: *Qual a visão de acadêmicas da área da saúde de uma universidade de Santa Catarina a respeito da anticoncepção de emergência?*

Para responder a esta indagação definiu-se como objetivo geral conhecer a visão de acadêmicas da área da saúde a respeito da anticoncepção de emergência. Como objetivos específicos apresentam-se: identificar e analisar a visão de acadêmicas da área da saúde a respeito da anticoncepção de emergência e desenvolver, a partir da realidade encontrada, uma reflexão junto às participantes do estudo sobre a anticoncepção de emergência, por meio do processo dialógico de cuidar e educar.

Para dar sustentação ao estudo no que se refere às questões relacionadas à anticoncepção de emergência, foram utilizados como referenciais teóricos o Manual dos Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma prioridade do governo, documento elaborado pelo Ministério da Saúde em 2005, apresentando as diretrizes do governo para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, enfocando principalmente o planejamento familiar; e o Caderno Direitos Sexuais e Reprodutivos: Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde do Ministério da Saúde de 2006, que trata do tema Anticoncepção de Emergência, através de questões mais frequentes no dia a dia de profissionais da área da saúde que têm a missão de garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e adolescentes usuárias dos serviços de saúde.

Material e métodos

Trata-se de um estudo do tipo pesquisa-ação de abordagem qualitativa [8,9].

Participaram 15 acadêmicas com idade entre 18 e 27 anos, sendo 5 casadas e 10 solteiras. A religião predominante era a católica em 14 participantes e 1 evangélica. Apenas 3 referiram ter utilizado a anticoncepção de emergência.

Os critérios de inclusão foram: ser acadêmica de um dos cursos da área da saúde: enfermagem, odontologia, nutrição, farmácia e bioquímica, medicina, psicologia, fisioterapia, educação física e esportes; idade entre 18 e 28 anos; 2 de cada curso, devendo ser 1 preferencialmente da primeira fase ou fase inicial e outra da fase final; ter disponibilidade e aceitar participar mediante formalização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas ocorreram nas dependências do ambulatório-escola-serviço de extensão do Curso de Enfermagem, o qual propicia assistência à saúde dos usuários mediante a construção de um modelo assistencial voltado à promoção, ao diagnóstico precoce e à recuperação da saúde através de terapias naturais e integradas dirigidas ao indivíduo, à família e à comunidade. O ambulatório-escola presta assistência à comunidade acadêmica e estimula o desenvolvimento de estudos e atividades para a formação profissional desta comunidade.

Foram utilizadas como orientação ética as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos através da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde [10] e foram respeitados os princípios éticos do exercício profissional da enfermagem [11].

O projeto de pesquisa foi submetido ao parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade e aprovado pelo Protocolo nº 11.104.4.04.III.

O estudo utilizou como técnica de coleta de dados a entrevista individual, a qual foi norteada por roteiro pré-estabelecido. A entrevista foi realizada em horário pré-agendado conforme disponibilidade de cada participante. Ao final de cada entrevista foi apresentada para a entrevistada a transcrição de seu discurso para validação dos dados.

Na oportunidade buscou-se desenvolver um processo dialógico de cuidar-educar, ou seja, nas interações que se estabeleceram com as participantes, pretendeu-se realizar a educação para a saúde por meio de orientações e reflexões com vistas à promoção da saúde da mulher.

Para fins de registro, foi utilizado o instrumento formal de pesquisa e diário de campo das pesquisadoras como auxílio para as observações pertinentes à pesquisa.

A análise dos dados seguiu os princípios da abordagem qualitativa através da categorização e interpretação dos conteúdos das entrevistas com base em Minayo [12], à luz da literatura consultada e do referencial teórico do estudo.

Resultados e discussão

A partir da análise dos dados mediante discurso das participantes, emergiram categorias que representam a visão das mesmas sobre a AE, a saber: conhecimento a respeito da AE; a AE vista como segurança para a mulher; a relação da pílula AE com o aborto; os cursos, a mídia e os serviços de saúde como fonte de informação; a AE representando riscos para a saúde; a preocupação com a venda e distribuição indiscriminada da AE.

Conhecimento a respeito da AE

Todo ser humano tem direito ao conhecimento e ao esclarecimento. No que se refere à anticoncepção, somente com eles (conhecimento e esclarecimento) as pessoas irão aprender a usar os mecanismos de anticoncepção de forma adequada, isto é, aumentando sua eficácia e minimizando efeitos indesejados.

A pílula anticoncepcional de emergência é um método utilizado para evitar uma gravidez indesejada após uma relação sexual desprotegida. Ela age impedindo ou retardando a ovulação e diminuindo a capacidade dos espermatozoides de fecundarem o óvulo [1].

A pílula anticoncepcional de emergência deve ser usada tomando-se os dois comprimidos de uma só vez ou em duas doses: a primeira até cinco dias após a relação sexual, a segunda, doze horas após a primeira. Quanto mais rápido a pílula for usada, maior a sua eficácia para evitar uma gravidez indesejada [1].

Constatou-se que as entrevistadas tinham conhecimento sobre a anticoncepção de emergência, porém de forma superficial.

Sei que impede que o zigoto se fixe na parede do útero, impedindo seu desenvolvimento. Pode ser usado até dois dias após a relação sexual. (Safira).

É um tipo de contracepção realizada após o ato sexual. (...) essa dosagem estimula a menstruação pelo aumento dos níveis de hormônios responsáveis por tal atividade. É muito utilizada por jovens que não têm o hábito de utilizar métodos anticoncepcionais orais ou de barreira. (Turmalina).

A pílula do dia seguinte é composta pelos mesmos hormônios contidos nos anticoncepcionais hormonais orais comuns (AHOC). A diferença está na dosagem, isto é, enquanto o AHOC é usado diariamente e rotineiramente com dosagens por volta de 20 mcg de etinil estradiol e 150 mcg de levonorgestrel, a pílula do dia seguinte contém 200 mg de etinilestradiol e 1,5 mg de levonorgestrel e deve ser usada somente em casos de emergência [13].

Apenas duas acadêmicas apontaram a alta dosagem de hormônios contidos na pílula do dia seguinte, porém desconheciam a quantidade deles utilizada na pílula.

A AE tem altos níveis de hormônios (...). São altas doses de hormônio principalmente o estrogênio (...). (Jaspe).

(...) tem a mesma formulação dos anticoncepcionais orais usuais, porém em dosagem superior (...). (Turmalina).

Constata-se que o conhecimento sobre as dosagens hormonais contidas na pílula do dia seguinte é importante para a conscientização do uso correto.

Evidencia-se que, mesmo sendo da área da saúde, as acadêmicas não buscaram informações a respeito da pílula do dia seguinte de forma adequada e aprofundada. Talvez por esse tema não ter sido estudado durante a formação ou por desinteresse das mesmas. Isso pode causar falhas na sua formação acadêmica e pessoal, trazendo prejuízos à população que irá ser atendida por estas futuras profissionais.

Entretanto, todas as participantes sabiam que a pílula do dia seguinte é a última oportunidade de evitar uma gravidez indesejada, devendo ser direito de escolha da mulher.

É uma maneira de prevenir uma gravidez indesejada [...]. (Ágata).

Acredita-se que a AE representa uma alternativa para evitar que outros mecanismos sejam

utilizados pela mulher que não deseja uma gravidez como é o caso de métodos abortivos. Mesmo sendo um método considerado seguro, é necessário educar para o uso consciente.

A AE vista como segurança para a mulher

Para as mulheres que não usam nenhum método contraceptivo, falha no método ou foram vítimas de abuso sexual, a AE é o último recurso para evitar uma gravidez indesejada.

A pílula do dia seguinte pode ser usada nas seguintes situações: relação sexual sem uso de nenhum método anticoncepcional; rompimento da camisinha; deslocamento do diafragma ou retirada antes de seis horas após a última relação sexual; caso do DIU sair do lugar ou se for expulso; falha no coito interrompido, com ejaculação na vagina ou na vulva; uso incorreto do método da tabela ou do muco cervical; esquecimento de tomar pílulas ou injetáveis; casos de estupro [1].

Na concepção das participantes, o uso da pílula de anticoncepção representa uma forma de segurança quando a mulher não está utilizando nenhum método contraceptivo ou quando identifica alguma falha, como é o caso do rompimento da camisinha.

Elas tinham a convicção de que a pílula deveria ser utilizada como última alternativa para evitar uma gravidez indesejada, ou seja, é um método de emergência, representando uma segurança.

(...) é um tipo de método que não deveria ser usado de forma frequente, apenas quando os métodos anticoncepcionais padrões (camisinha e anticoncepcional oral) falhem de alguma forma. (Safira).

É uma opção a mais que as mulheres têm em caso de uma relação sexual ter, por exemplo, a insegurança da camisinha furar ou ter esquecido de tomar o anticoncepcional. (Pérola).

Evidenciou-se que todas tinham a consciência de que a pílula de anticoncepção de emergência era uma alternativa emergencial após o ato sexual, que poderia resultar em gravidez indesejada.

Saber quando ingerir a pílula do dia seguinte é muito importante e evita o uso indiscriminado, fazendo com que diminua sua eficácia e não protegendo adequadamente em utilizações futuras.

Importante destacar que todos os profissionais da saúde, principalmente aqueles que prestam atendimento direto à população, devem ter o conhecimento sobre a utilização da AE para fornecer informações seguras e capazes de proteger as mulheres do uso indiscriminado e de risco.

A relação da pílula AE com o aborto

O aborto é uma das principais causas de morbimortalidade materna no Brasil. A maioria dos abortos feitos no Brasil é de forma clandestina, o que pode trazer inúmeros riscos para a gestante. Segundo a lei brasileira, o aborto legal só pode ser feito em casos de gestação resultante de violência sexual, preferencialmente em até 12 (doze) semanas de gestação ou quando há risco de vida para a mãe.

A pílula anticoncepcional de emergência não é abortiva, porque ela não interrompe uma gravidez já estabelecida. Porém ela ajuda a diminuir o número de abortos provocados, na medida em que evita a gravidez não desejada [1].

Apenas duas entrevistadas relacionaram a pílula do dia seguinte com o aborto, sendo que uma referiu que acreditava que a pílula fosse abortiva e uma afirmou que não era.

(...) não é certo de usar. Querendo ou não está matando uma vida. Eu acho que é abortiva. (Granada).

Não é abortiva, pois impede a concepção e não interrompe a gestação. (Jaspe).

Evidencia-se que, por mais que existam informações, ainda há distorções no que se refere ao fato de a pílula ser ou não abortiva, conforme identificado entre as participantes.

É preciso esclarecer as mulheres de que a pílula do dia seguinte não é abortiva, nem causa efeitos teratogênicos ao embrião, para que elas não usem a pílula acreditando que vão abortar e acabem se frustrando.

Os cursos, a mídia e os serviços de saúde como fonte de informação

Atualmente há uma divulgação maior sobre os métodos anticoncepcionais disponíveis no mercado, porém ainda pouco se fala sobre a pílula do dia seguinte. Há uma distribuição ampla, mas há

pouca ou nenhuma informação para os profissionais responsáveis por essa distribuição.

É dever do profissional de saúde oferecer todas as alternativas de informação de forma clara, fácil, acessível, independente de qualquer circunstância. Partindo dessas premissas, é relevante enfatizar os conceitos de liberdade de escolha, de dupla proteção e incorporação da AE como parte de políticas públicas de saúde para os jovens [13].

No que se refere à inclusão de discussões sobre a AE durante a formação acadêmica, evidenciou-se que grande parte da população alvo teve acesso a informações por meio de algumas disciplinas.

(...) nas disciplinas pelo menos no meu caso sim, pois na parte de ginecologia traz muitos agravos. Mas acho que o fato de não ser divulgado é bom, pois a pílula traz muitos efeitos colaterais. (Pérola).

(...) em disciplinas da minha graduação vemos em vários momentos, temos uma disciplina dedicada à saúde da mulher; nesta vemos o assunto através de aula teóricas, apresentação de seminários e estudo de caso em artigos. (Turmalina).

Em contrapartida e, lamentavelmente, algumas ainda não tinham tido nenhum tipo de informação no que se refere à AE, o que poderá limitar o conhecimento, já que futuras profissionais da saúde devem ser agentes de informação para educação em saúde.

Não, tanto no posto de saúde quanto na faculdade. Fiquei sabendo pelo projeto de vocês. [...]. (Granada).

Não. No meu curso de graduação não fornece nenhuma informação a respeito desse assunto. (Diamante).

A maioria das entrevistadas relatou ter visto algo superficial a respeito da pílula do dia seguinte nas disciplinas de graduação. Algumas relataram que na ESF em que utilizavam os serviços de saúde não havia informação sobre este método anticoncepcional.

Os cursos de graduação devem focar mais os tipos de anticoncepcionais, principalmente a pílula do dia seguinte, como meios de evitar uma

gravidez indesejada. Do mesmo modo, os profissionais das ESFs devem se manter atualizados para melhor informar a população usuária dos serviços de saúde, para que a AE seja utilizada corretamente e com segurança, diminuindo, assim, os riscos que a pílula pode trazer para o organismo se tomada de forma indiscriminada.

Também se pôde observar que estar na fase inicial ou final, independente do curso, não interferia no conhecimento que as acadêmicas tinham a respeito da AE. Houve cursos que, dentro de suas disciplinas, estavam fornecendo informações a respeito da AE, enquanto outros não.

A AE representando riscos para a saúde

Como todo medicamento, a pílula do dia seguinte pode trazer alguns efeitos colaterais que causam desconforto às mulheres.

Os efeitos secundários mais frequentes para as mulheres que usam a AE são náuseas em 40 a 50% dos casos, e vômito, em 15 a 20%. Esses efeitos podem ser minimizados com o uso de antieméticos cerca de uma hora antes de ingerir a AE. Mas não está claro que se consiga reduzir a incidência de náuseas e vômitos associados à AE com alimentos [4].

As participantes demonstraram saber que a pílula tem efeitos colaterais e oferece riscos para a saúde se ingerida de forma indevida e este fato pode contribuir para o uso consciente e racional.

Não deve ser usado rotineiramente (...). Tem efeitos colaterais como náuseas, vômitos, etc. (...). (Jaspe).

Bom, ela não deve ser utilizada com frequência, pois não é um anticoncepcional, no máximo 3 vezes ao ano, ela pode alterar o ciclo da mulher. (Esmeralda).

A pílula acaba estragando o endométrio e na próxima vez pode acabar tendo um aborto espontâneo. (Turquesa).

As acadêmicas tinham consciência de que a pílula não deve ser tomada de forma indiscriminada. Mas isso não impede que esse conhecimento seja aprofundado e reforçado tanto nas disciplinas de graduação quanto nas ESFs que elas frequentam. Saber o risco-benefício auxilia a mulher a tomar a decisão de forma madura e consciente.

Preocupação com a venda e distribuição indiscriminada da anticoncepção de emergência

O uso indiscriminado de medicamentos pode trazer sérios riscos para a saúde. A pílula do dia seguinte, como é composta por hormônios, deve ser usada somente com prescrição médica. Infelizmente as farmácias fazem comércio deste medicamento sem o devido cuidado e orientação, fazendo com que muitas mulheres usem de forma errada, causando agravos ainda maiores para sua saúde. As mulheres que fazem uso da pílula sabem, até o momento, que se pode chegar numa farmácia e comprar a medicação sem apresentar receita.

O baixo poder aquisitivo da população e a precariedade dos serviços de saúde contrastam com a facilidade de se obter medicamentos sem pagamento de consulta e sem receita médica em qualquer farmácia, onde, não raro, encontra-se o estímulo do balconista interessado em ganhar uma comissão pela venda [14].

Há relatos sobre a venda e distribuição da pílula do dia seguinte, representando uma preocupação para a saúde pública.

(...) eu acho que o Ministério da Saúde não deveria distribuir, porque as pessoas não se cuidam, é muito fácil só tomar a pílula do dia seguinte e não se cuidar. (...) Se compra em farmácia livremente, eles não perguntam idade nem nada. (Granada).

Os profissionais de saúde devem ter consciência sobre a prescrição e venda desse medicamento, que deve ser feito de forma adequada e orientada, para que não haja banalização e desencorajamento do uso de outros métodos anticoncepcionais como primeira escolha. É importante que seja feito o uso da pílula do dia seguinte somente em casos em que outros métodos anticoncepcionais falharam ou não houve tempo de uso, como no caso de violência sexual.

Ao contrário do que a participante acredita, deve haver sim uma distribuição de fácil acesso para as mulheres que necessitam do medicamento, porém de forma correta e orientada, para que haja esclarecimento de que esse medicamento só deve ser usado em casos extremos, e encorajar as mulheres a ter uma vida sexual ativa com responsabilidade, usando métodos anticoncepcionais convencionais como primeira escolha.

A AE é um último recurso para evitar uma gravidez indesejada e diminuir o número de abortos no país. Mesmo com a pílula sendo comercializada e distribuída pelas unidades de saúde, ainda existem muitos questionamentos sobre ela, falta de informação por parte dos profissionais de saúde e pelas mulheres jovens em idade fértil, que têm uma vida sexual ativa e que um dia poderão sentir necessidade de fazer uso da anticoncepção de emergência.

Constatou-se que o principal motivo do desconhecimento ou pouca informação a respeito da pílula se deu por desinteresse das entrevistadas, talvez por nunca terem tido contato com este medicamento ou por não terem a necessidade do uso. Porém, houve consenso das participantes de que a pílula deve ser utilizada somente em caso de extrema emergência, que ela pode trazer inúmeros riscos para a saúde se tomada frequentemente e de forma indiscriminada.

Evidencia-se que na rede da internet há muitos artigos confiáveis e no site do Ministério da Saúde encontram-se informações a respeito da pílula do dia seguinte, estando acessível a todos que têm possibilidade de acesso. Assim, pode-se dizer que há uma fonte inesgotável de informação sobre o assunto.

Os cursos de graduação, em sua maioria, não estão trazendo informações necessárias para suas acadêmicas, deixando lacunas na informação, o que pode ser prejudicial para a sua formação profissional.

Não foi identificada a relação entre estar na universidade e conhecer a pílula do dia seguinte, visto que participantes tanto de fases iniciais ou finais apresentaram conhecimentos equiparados. Porém, foi observado que alguns cursos de graduação forneceram informações na área da saúde da mulher, contribuindo, assim, para o conhecimento das acadêmicas. Mas a maior fonte de informação para as participantes são os amigos e outros meios de comunicação.

Há uma relação entre necessidade de uso e conhecimento, visto que as participantes que sentiram necessidade do uso da AE demonstraram ter maior conhecimento sobre o medicamento. Elas obtiveram informações nos estabelecimentos onde compraram a pílula.

Mesmo nos cursos em que os profissionais não são prescritores e orientadores da pílula, há necessidade de informação, pois todos os futuros profissionais terão contato com pessoas, e serão, de certa forma, educadores em saúde. Essas pessoas são leigas, precisam de uma informação adequada

e que satisfaça sua curiosidade, diminuindo, assim, talvez, o uso indiscriminado da anticoncepção de emergência.

Mesmo com a ampla distribuição da pílula do dia seguinte pelo Ministério da Saúde há anos, nota-se que a população usuária ainda não tem acesso a informações sobre este medicamento por parte dos profissionais de saúde, que muitas vezes também não são preparados para lidar com essa medicação. Também se nota que não há uma capacitação para os trabalhadores em saúde sobre a pílula do dia seguinte, sendo que, se o profissional quiser ter uma informação adequada, terá que procurar por conta própria, conforme foi o caso das autoras deste artigo.

Conclusão

Deve haver uma ampliação do conhecimento a respeito da AE, a fim de que haja uma diminuição do uso indiscriminado, e que as mulheres optem por outros métodos anticoncepcionais convencionais como primeira escolha para regular sua fecundidade e ter uma sexualidade respeitada e segura.

Este estudo é relevante, pois identifica essas carências, o que é vital para que, junto a universidade, possam ser tomadas medidas, a fim de que haja uma ampliação do conhecimento na área da anticoncepção, uma melhor formação acadêmica e humana, para que possam ser futuros educadores em saúde.

Acredita-se que os objetivos da pesquisa foram alcançados, considerando-se que as participantes demonstraram entusiasmo e interesse durante as entrevistas, e pôde-se identificar a visão e o conhecimento das mesmas, e, concomitantemente, realizar um processo dialógico de cuidar e educar, refletindo-se sobre informações corretas referentes à AE.

Referências

1. Ministério da Saúde. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Figueiredo R, Bastos S. Contracepção de emergência: atualização, abordagem, adoção e impactos em estratégias de DST/AIDS. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008.
3. Ministério da Saúde. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
4. Ministério da Saúde. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
5. Ministério da Saúde. Cartilha dos direitos sexuais e reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
6. Figueiredo R, Andalaft Neto J. Uso de contracepção entre adolescentes e jovens. Rev SOGIA-BR 2005;6(2):11.
7. Salmeron NA, Fucíalo AR. Programa de saúde da família: o papel do enfermeiro na área de saúde da mulher. Saúde Coletiva 2008;4(19):25-9.
8. Dyniewicz AM. Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes. São Paulo: Difusão; 2007.
9. Mimayo MCS, ed. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 3a ed. Petrópolis: Vozes; 1994.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996: dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [online]. [citado 2011 Mar 22]. Disponível em: URL: <http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>.
11. Conselho Regional de Enfermagem. Série cadernos de enfermagem: consolidação da legislação e ética profissional. Florianópolis: Quorum Comunicação; 2010. 136p.
12. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 26a ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
13. Aquino DS. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? Ciênc Saúde Coletiva 2008;13:733-6.
14. Saito MI, Leal MM. Adolescência e contracepção de emergência: fórum 2005. Rev Paul Pediatr 2007;25(2):180-6.

Artigo original

Conhecimento da prevenção ao câncer de colo de útero por docentes de um curso de graduação em Enfermagem

Maristela Schapoo Carvalho*, Janelice Bastiani, M.Sc.**, Maria Itayra Padilha, D.Sc.***

Enfermeira, Secretaria Municipal de Saúde de Tijucas/SC, **Enfermeira, Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, Professora da Universidade do Vale do Itajaí - Campus Biguaçu, Membro do Grupo de Estudos da História e Conhecimento da Enfermagem e Saúde, Santa Catarina, *Enfermeira, Professor Associado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Pesquisadora do CNPq, Membro do Grupo de Estudos da História e Conhecimento da Enfermagem e Saúde, Santa Catarina*

Resumo

Introdução: O estudo tem o objetivo de desvelar o conhecimento dos fatores de risco e de prevenção ao câncer de colo de útero por docentes de um Curso de Graduação em Enfermagem. *Método:* Estudo qualitativo, delineamento descritivo, realizado com docentes de um Curso de Graduação em Enfermagem de uma instituição privada de ensino superior em Santa Catarina. Utilizamos questionário semiestruturado com 10 questões abertas e fechadas, analisadas pela técnica de análise de conteúdo. *Resultados:* Os resultados apontam que todas as docentes demonstraram e relataram os fatores de risco e os fatores de prevenção do câncer de colo de útero, na sua totalidade, contudo demonstraram desconhecer vários fatores que interferem no desenvolvimento da doença. *Conclusão:* Esta situação torna indispensável a estes docentes a atualização e reciclagem de seus conhecimentos científicos, visando melhor qualidade de ensino e, conseqüentemente, promovendo saúde na comunidade.

Palavras-chave: saúde da mulher, neoplasias do colo de útero, prevenção primária, promoção da saúde.

Abstract

Knowledge about cervical cancer prevention among nursing teachers

Introduction: This study aimed to show the knowledge about risk factors and prevention of cervical cancer among teachers from an undergraduate course in Nursing. *Methods:* A qualitative study, with descriptive design, was conducted with 10 teachers from an undergraduate course in Nursing of a private institution of higher education in Santa Catarina, Brazil. We used semi-structured questionnaire with 10 open and closed questions, using content analysis. *Results:* The results showed that all teachers have demonstrated and reported risk factors and factors for prevention of cervical cancer; nevertheless, they demonstrated lack of knowledge about several factors that interfere in the development of the disease. *Conclusion:* It makes evident that these teachers have to upgrade and update their scientific knowledge, in order to promote better quality education, and consequently, providing better health in the community.

Key-words: women's health, neoplasms of the cervix, primary prevention, health promotion.

Artigo recebido em 10 de julho de 2011; aceito em 12 de dezembro de 2011.

Endereço para correspondência: Janelice Bastiani, Rua Adhemar da Silva 1158 fundos 88101-090
São José SC, Tel: (48) 3259-5828, E-mail: bastiani@ibest.com.br

Resumen

Conocimiento sobre la prevención del cáncer del cuello uterino por profesores de licenciatura en Enfermería

Introducción: Este estudio tiene como propósito precisar los conocimientos que tienen los profesores de un curso de licenciatura en Enfermería acerca de los factores de riesgo y prevención del cáncer cervical. **Método:** Estudio cualitativo, descriptivo, realizado con un cuerpo docente de Licenciatura en Enfermería, de una institución privada de educación superior ubicada en la ciudad de Santa Catarina. Utilizamos un cuestionario semi-estructurado con 10 preguntas abiertas y cerradas, y el método de análisis de contenido. **Resultados:** Los resultados muestran que todos los profesores conocen los factores de riesgo y los factores de prevención del cáncer de cuello de útero en su totalidad, a pesar de ello desconocen muchos factores que intervienen en el desarrollo de la enfermedad. **Conclusión:** Esto torna esencial que estos profesores se actualicen y reciclen sus conocimientos científicos con el objetivo de mejorar la calidad de enseñanza y, conseqüentemente, mejor promoción en salud en la comunidad.

Palabras-clave: salud de la mujer, neoplasias del cuello uterino, prevención primaria, promoción de la salud

Introdução

O câncer do colo uterino é a neoplasia maligna mais frequente do trato genital feminino no Brasil, representando a terceira causa de morte por câncer em mulheres [1]. No mundo é a quarta causa de morte por câncer, sendo as menores incidências encontradas na América do Norte, Austrália, noroeste da Europa, Israel e Kuwait (em torno de 10 por 100.000 mulheres por ano) e as mais altas incidências são encontradas na África, América do Sul e sudoeste da Ásia, com incidência em torno de 40 por 100.000 mulheres por ano [1].

O câncer do colo do útero evolui de maneira assintomática, com o diagnóstico iniciando na avaliação clínica da paciente. A queixa mais frequente é sangramento espontâneo ou provocado pela atividade sexual. Toda paciente com queixa de corrimento ou sangramento anormal deve ser avaliada [2].

Pela forma silenciosa de instalação da doença, cada vez mais se investe na educação em saúde buscando a prevenção da doença com o olhar do cuidar de si [3]. A prevenção é focada no controle e extinção à exposição aos fatores de risco tanto ambientais como comportamentais, com objetivo de reduzir a morbimortalidade do câncer de colo uterino [1,4].

Há vários fatores de risco identificados para o câncer do colo do útero como baixa condição socioeconômica, outros fatores de risco são sociais como o início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros sexuais e o tabagismo, estando o Herpes Papiloma Vírus (HPV) presente em mais de 90% dos casos [5,6].

Em 2006, o Ministério da Saúde divulga o Pacto pela Saúde – Consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e aprova as Diretrizes

Operacionais do referido Pacto, através da Portaria do Gabinete Ministerial/Ministério da Saúde 399 de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece a Consolidação do SUS com seus três componentes: Pacto Pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão [7].

A referida portaria estabelece no Pacto pela Vida ações de estratégias para o controle do câncer de colo de útero como a cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo de útero e o fortalecimento da Atenção Básica. Cabe a Atenção Básica/Saúde da Família a organização, por meio do trabalho interdisciplinar em equipe, mediante a responsabilidade das Equipes de Saúde da Família (ESF) num dado território-área de abrangência, com foco nas famílias, por intermédio de vínculos estabelecidos, desenvolverem ações de promoção, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, assim como efetuar ações para alcançar a meta pactuada [7].

O tema prevenção e detecção precoce do câncer de colo uterino consolidaram-se como proposta de estudo a partir de leitura sobre o assunto, despertando o interesse de investigar o nível de conhecimento acerca dessa doença entre as docentes de um Curso de Graduação em Enfermagem de uma instituição privada de ensino superior em Santa Catarina. Como mediadoras do processo educacional da área da saúde numa instituição de nível superior, as docentes possuem potencial de abordar informações e conhecimento aos discentes sobre promoção da saúde e prevenção de doenças.

Desta forma, delinhamos como objetivo do estudo desvelar o conhecimento dos fatores de risco e de prevenção ao câncer de colo de útero por docentes de um Curso de Graduação em Enfermagem.

Material e métodos

A pesquisa realizada é qualitativa, com delineamento descritivo, na área de Prevenção e Promoção da Saúde. A pesquisa qualitativa responde às questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificada, trabalha com universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes [8].

O estudo aconteceu numa Instituição de Ensino Superior, de caráter privado, no sul do Brasil, foram convidados docentes da Área da Saúde da Enfermagem, Fisioterapia e Psicologia.

Aceitaram e participaram do estudo os docentes do Curso de Graduação em Enfermagem. O curso é dividido em 8 períodos, com 15 docentes no quadro funcional, no momento do estudo. A Instituição de Ensino Superior optou por encerrar as atividades do curso no final do segundo semestre de 2011, não abrindo mais vagas nos vestibulares desde início de 2009.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: ser docente do Curso de Graduação em Enfermagem e concordar em participar do estudo, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Aceitaram participar do estudo 10 docentes, as quais foram identificadas pela abreviatura “Enf.”, seguida, sequencialmente de números arábicos indicando a ordem em que as entrevistas foram realizadas.

A coleta de dados foi desenvolvida através de questionário semiestruturado, confeccionado pelas pesquisadoras contendo 10 questões, apresentando questões abertas e fechadas, garantindo a uniformidade de entendimento dos sujeitos deste estudo. A coleta foi realizada nos meses de janeiro a março de 2010.

Para análise dos dados, utilizamos a Análise Temática, respeitando as seguintes etapas: transcrição dos dados, codificação e a categorização. Após a categorização das respostas, estas foram analisadas e interpretadas a luz da Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem [9] e na revisão de literatura, com a intenção de buscar respostas ao objetivo do estudo.

Percorrido o caminho de pesquisa e análises, referendada pelos ensinamentos da teoria, emergiram duas categorias: Câncer de colo de útero: o conhecimento dos fatores de risco e Câncer de colo de útero: conhecer para prevenir.

O estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí, através do protocolo nº 357/05 de 18 de março de 2005 e CONEP 0239.0.223.000-09.

Resultados e discussão

Câncer de colo de útero: conhecimento dos fatores de risco

Há vários fatores de risco identificados para o câncer do colo do útero, sendo os principais associados às baixas condições socioeconômicas, início precoce da atividade sexual, à multiplicidade de parceiros sexuais, e ao uso prolongado de contraceptivos orais. Outros fatores de risco são sociais como o tabagismo (diretamente relacionados à quantidade de cigarros fumados), relações sexuais sem camisinha e a higiene íntima inadequada.

Nos fatores biomédicos podemos considerar os estudos recentes que mostram que o HPV tem papel importante no desenvolvimento da neoplasia das células cervicais e na sua transformação em células cancerosas. Este vírus está presente em mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero [5].

Ao responderem ao questionário, as docentes identificaram os fatores de risco em sua parcialidade que passaremos a tratar abaixo:

Baixas condições socioeconômicas, higiene íntima inadequada, tabagismo

O comportamento de prevenção das doenças permeia pela base cultural de uma comunidade, sendo que os valores do indivíduo muitas vezes são influenciados pelas condições econômicas e sociais dos mesmos.

As mulheres são as que mais sofrem com os padrões culturais, submetendo-se a valores de grupos sociais dominantes. Cabe aos profissionais da saúde, entre eles ao enfermeiro, desmistificar esses valores através de uma abordagem preventiva que alcance as diversidades culturais [5,6].

Detectamos que 3 das docentes entrevistadas responderam as baixas condições socioeconômicas como fator de risco para o câncer de colo uterino, e 7 docentes não identificaram esse fator.

“Em se tratando de risco penso que as condições socioeconômicas inadequadas, tabagismo, uso prolongado de anticoncepcional,

não uso de camisinha e múltiplos parceiros, estão entre eles”. Enf. 4

As docentes não reconheceram que mulheres pertencentes aos grupos com baixas condições socioeconômicas são as que concentram as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoce de suas lesões precursoras, advindas de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros.

O corpo feminino para a sociedade está voltado para gerar e parir, negando o direito à mulher de conhecer, cuidar e perceber seu corpo. É importante aos profissionais de saúde, não julgar a higiene íntima, mas investigar os sentimentos, as vivências e as expectativas das mulheres em relação ao seu corpo [11,12].

Em relação à higiene íntima inadequada 3 docentes identificaram como fator de risco para o câncer de colo uterino, 7 docentes não identificaram esse fator.

“Para mim, os principais riscos estão relacionados à higiene, comparecimento ao ginecologista periodicamente, exame ginecológico periódico, parceiro certo e único, uso de preservativos, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.” Enf. 9

A relação baixa condição socioeconômica não está diretamente ligada à higiene íntima, entretanto as docentes não reconhecem a higiene íntima relacionada a fator de risco ao câncer de colo uterino.

A melhora do padrão de higiene íntima interfere no padrão de risco para a doença, entretanto às condições de saneamento básico interferem no padrão de morbimortalidade do câncer de maneira geral.

O fumo é um fator de risco associado à morbimortalidade para os diversos tipos de câncer, entre eles o câncer de colo uterino. Estudo de coorte realizado no período de 1963-1978 e 1975- 1994 com dados coletados durante dois censos particulares sobre tabagismo ativo e passivo, em Washington, Estados Unidos, evidenciou o fumo como fator de risco para o desenvolvimento de neoplasias no útero, inclusive o tabagismo passivo [10].

No grupo pesquisado 1 docente afirmou ser tabagista e 9 negaram. Esse fator de risco foi referido por 8 docentes para o câncer de útero, 2 docentes

não identificaram este fator de risco para o câncer de colo uterino.

“Acredito que fatores como condições sócio-econômicas inadequadas, tabagismo, não uso de camisinha nas relações sexuais e múltiplos parceiros são os que estão relacionados ao câncer de útero.” Enf. 10

A mulher fumante tem um risco maior de câncer de colo de útero, além de infertilidade, dismenorréia, irregularidades menstruais e antecipação da menopausa (em média 2 anos antes), contribuindo a exposição ao tabagismo à neoplasia cervical. Além do tabagismo, corticoideterapia, diabetes, lúpus e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), estariam também relacionados ao aumento do número de casos de câncer de colo de útero [10,12-14].

Início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros, uso prolongado de anticoncepcional e relações sexuais sem camisinha

O início precoce das relações sexuais no Brasil caiu de 19,4 anos para 16 anos entre 2006 e 2008, fator de risco que contribui para o desenvolvimento de várias doenças entre elas o câncer de colo uterino [12].

Esse fator de risco foi identificado por 3 docentes, 7 não consideraram este fator como situação para desenvolver o câncer de colo uterino.

“Há fatores de risco que garantem, em minha opinião, o câncer de útero como múltiplos parceiros, tabagismo, HPV e início da atividade sexual precoce.” Enf. 3

As docentes não reconhecem este fator de risco, pelo fato de se aterem a ele individualmente, mas esse fato somado a multiplicidade de parceiros e exposição ao HPV produzem efeitos devastadores.

Estudos realizados identificam o fator de risco como componente para o desencadeamento do câncer de colo de útero, relacionando que o início precoce da atividade sexual acarretaria múltiplos parceiros sexuais ou que seriam parceiros que teriam tido múltiplas parceiras [11].

A descoberta da pílula na década de 60 conferiu liberdade sexual às mulheres e aos parceiros sexuais, prevenindo a gravidez indesejada, entretanto, essas mudanças no comportamento sexual são sugeridas como prováveis fatores responsáveis pelo aumento

na incidência do câncer de colo de útero pela exposição às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), AIDS e ao HPV, refletindo na morbimortalidade das mulheres acometidas pela doença [6,15].

Detectamos que 9 docentes indicaram este como fator de risco para o câncer de colo uterino.

“Para mim, os fatores de exposição de risco ao câncer de colo uterino seriam o HPV, a multiplicidade de parceiros, os corrimentos e as DST.” Enf. 5

Estudo identificou que pacientes com citopatologia oncótica positiva tinham tido pelo menos 3 a 4 parceiros sexuais, enquanto que no grupo controle a média foi de 1 a 2 parceiros sexuais, o que eleva a chance de câncer no primeiro grupo com maior número de parceiros [3,10].

Alguns determinantes podem constituir a falta de reconhecimento das docentes aos fatores de risco ao câncer de colo de útero, como início precoce das relações sexuais e o desejo de não terem filhos, expõem precocemente as mulheres a dosagens de estrógenos aliada ao uso prolongado dos anticoncepcionais, resultando em fator de risco para o desencadeamento do câncer de útero.

Na população estudada 3 docentes indicaram que o uso prolongado de anticoncepcional é fator de risco para o câncer de colo uterino.

“As mulheres tendem a não perceber que se exporem a alguns agentes levam ao câncer. No câncer de útero os fatores de risco seriam o HPV, higiene íntima inadequada, fumante, múltiplos parceiros e início precoce da atividade sexual, contraceptivos por tempo prolongado.” Enf. 2

Pesquisas realizadas entre o uso de anticoncepcional e o desenvolvimento do câncer de colo de útero observaram que mulheres que o utilizaram por período entre 5 e 9 anos tiveram 2,8 vezes mais chance de desenvolver a doença, enquanto, as que o usaram por período superior a dez anos a chance sobe para quatro vezes mais [4,14].

O avanço da ciência em relação ao tratamento do câncer de colo de útero e o uso prolongado de contraceptivos orais contribuem para que as mulheres acreditem na invulnerabilidade ao câncer de colo uterino, expondo-se as relações sem o uso do preservativo.

Na amostra do estudo, 3 docentes identificaram o não uso da camisinha como fator de risco, enquanto, 7 docentes não referiram esta associação.

“Os principais fatores de risco seriam possuir HPV, múltiplos parceiros e relações sexuais sem proteção (camisinha) e fumo.” Enf. 7

As camisinhas feminina e masculina são métodos de barreira capazes de proteger mulheres e homens das DST/AIDS, inclusive do HPV, entretanto, podemos inferir que as docentes não utilizam como primeira opção de contraceptivo/preventivo para o câncer de colo de útero e que na prática nas relações sexuais com seus parceiros não optam pela utilização do método de barreira.

Estudo realizado na cidade de Fortaleza/CE verificou que a não adesão ao uso tem relação com a ideia de que a contaminação só ocorre com os outros, pela diminuição da autoestima, pelo des-caso com o autocuidado das pessoas, pela falta de autonomia ou mesmo pela vergonha e pelo medo de se expor a uma situação embaraçosa em função do uso do preservativo. Podemos considerar alguns aspectos com a opção de escolha da nossa população de estudo [16].

HPV

Cientistas já identificaram 100 tipos de HPV, os de alto risco para o câncer de colo de útero como os tipos 16, 18, 31, 33, 34, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 e 68 [12,16].

Das docentes, 7 identificaram o HPV como fator de risco como possível desencadeador do câncer de colo uterino.

“Refletindo sobre a palavra risco, no meu entendimento os fatores de risco para este tipo de câncer seria o tabagismo, múltiplos parceiros, HPV e imunidade baixa.” Enf. 8

A divulgação na mídia de pesquisas e uso de vacinas para a prevenção do HPV podem contribuir para a identificação das docentes dos fatores de risco.

O vírus desde o início de sua instalação promove, ao longo do tempo, alterações celulares com alto grau de pontencialidade cancerígena. A queda de imunidade ou as infecções podem desencadear o câncer, mas este pode levar anos para ser identificado no exame citopatológico oncótico [12,14].

Câncer de colo de útero: conhecer para prevenir

Quanto aos fatores de prevenção, identificamos que todas as docentes responderam que conhecem os fatores de prevenção e detecção para o câncer de colo uterino.

Colpocitologia oncótica ou exame Papanicolaou

No Brasil, desde 1984, o Ministério da Saúde promove e recomenda que se realize um programa de controle tendo como instrumento de rastreamento a citologia cervical (Teste de Papanicolaou), sendo que atualmente o Sistema Único de Saúde (SUS) realiza cerca de 11 milhões de exames por ano [17].

No grupo de docentes, 7 indicaram a realização do preventivo como forma de prevenção para o câncer de colo uterino anualmente, 2 docentes realizam a cada 6 meses e 1 docente a cada dois anos.

“Faço o exame preventivo todo ano.” Enf. 7

O reconhecimento pela maioria das docentes do exame para a prevenção do câncer de colo de útero passa pela acessibilidade, que caracteriza o baixo número de casos nas mulheres residentes no sul do Brasil.

Os dados sobre os exames compõem o Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero (SISCOLO) que gerencia as ações, bem como o monitoramento da qualidade dos exames realizados; porém, falta um sistema eficiente que permita acompanhar as mulheres e identificar quais nunca fizeram o exame ou as que estão há mais de 3 anos sem fazê-lo [17,18].

As docentes como educadoras de futuros enfermeiros possuem papel fundamental no reconhecimento da estruturação e análise dos dados em nível local, além do planejamento, organização, direção e controle dos serviços de saúde na área da mulher. Para o andamento dos serviços de saúde e para a articulação da equipe multiprofissional, o enfermeiro é elemento essencial dentro dos programas de saúde pública e coletiva [19].

Algumas docentes relataram que eram solteiras e divorciadas. Estudo identificou que mulheres viúvas, separadas, divorciadas ou solteiras que não tiveram filhos procuraram preferencialmente o sistema público de saúde e apresentaram maiores

prevalências de exame preventivo do câncer do colo do útero nunca realizado [20].

Preservativo e vacina contra o HPV

A prevenção primária é quando se evita o aparecimento da doença por meio da intervenção no meio ambiente e em seus fatores de risco, como o estímulo ao sexo seguro. Neste quesito, 9 docentes indicaram preservativos como forma de prevenção para o câncer de colo uterino.

“Podemos nos prevenir usando preservativos nas relações e se vacinando contra o HPV.” Enf. 10

Quando questionadas sobre a camisinha e fator de proteção, as docentes identificam a importância da prevenção nas relações sexuais, entretanto não relatam uso da camisinha.

Há um forte fator de risco entre a primeira relação sexual e o comportamento sexual dos parceiros masculinos. Calcula-se que 40% das mulheres ativas sexualmente são portadoras do HPV, sendo baixa prevalência em mulheres mais velhas se comparadas às mulheres mais jovens. A transmissão ocorre pelo contato direto com os órgãos sexuais durante ao ato sexual, inclusive em relações por via anal, e ocasionalmente através do sexo oral [14].

Aprovadas no Brasil, em 2006, duas vacinas contra o vírus HPV, a primeira vacina previne contra as duas variedades de HPV associadas à maioria dos tumores cervicais e a segunda vacina protege ainda contra os dois tipos de HPV 16 e 18 que mais comumente levam à formação de verrugas genitais, lesões que aumentam o risco de outras infecções sexualmente transmissíveis [14,18].

Na população estudada, 3 docentes apontaram a vacina contra o HPV como fator de prevenção para o câncer de colo uterino.

“Hoje existe também a vacina contra o HPV, manter relações sexuais com proteção, realizar exame preventivo para que o mesmo seja detectado em fase precoce.” Enf. 7

A vacina está disponível para mulheres com idade entre 9 e 26 anos, portanto não trará benefícios ao grupo estudado, além de o seu alto custo por dose aplicada justificar a recomendação do uso da camisinha nas relações sexuais para a população em geral [18].

Alimentação saudável

A dieta deveria conter diariamente porções de frutas, verduras e legumes. Dando preferência às gorduras de origem vegetal como o azeite extra-virgem, óleo de soja e de girassol, entre outros, lembrando sempre que os óleos não devem ser expostos a altas temperaturas.

Evitar gorduras de origem animal – leite e derivados, carne de porco, carne vermelha, pele de frango, entre outros, algumas gorduras vegetais como margarinas e gordura vegetal hidrogenada previnem o câncer [13].

Somente 2 docentes relataram esse fator de proteção para o câncer de colo uterino.

“Controle do preventivo, anualmente, higienização correta da vulva, parar de fumar, uso de preservativos, controle dos contraceptivos orais e alimentação saudável.” Enf.2

Poucas docentes reconhecem alimentação saudável e prevenção do câncer de útero. Uma alimentação saudável e diversificada, com exclusão/redução de frituras, sal, açúcar, alimentos gordurosos e embutidos, auxiliam no equilíbrio do processo saúde e doença no combate ao câncer.

Estudos que pesquisaram a concentração de tocoferol mostraram associação de seus níveis com risco de lesões cervicais precursoras de câncer e de câncer invasivo [14].

Além disso, as mulheres devem ser estimuladas a manter uma atividade física regular, evitar ou limitar a ingestão de bebidas alcoólicas e parar de fumar [14].

Conclusão

Este estudo contribui na visualização do conhecimento do corpo docente de Curso de Graduação em Enfermagem sobre os fatores de risco e de prevenção a uma das doenças que mais mata no Brasil.

Como ponto de destaque ressalta-se a importância do estudo, tendo em vista que as docentes, com a extinção do curso, serão absorvidas por outras instituições de ensino, mantendo-se mediadoras no processo de ensino – aprendizagem nestes locais.

Embora todas as docentes relatassem fatores de risco e de proteção à doença, na sua totalidade, demonstraram desconhecer vários fatores que influenciam no desenvolvimento da doença, e, ao

contrário do que se possa esperar de membros da academia possuidores do saber, falta-lhes atualização de seus conhecimentos científicos.

As docentes têm responsabilidade na integral formação educacional dos acadêmicos de enfermagem como mediadoras do conhecimento entre seus discentes, deixam transparecer nos resultados a dicotomia dos conhecimentos entre os pares na prática da docência. Sugerimos a socialização de informações sobre o binômio saúde e doença entre as docentes em forma de seminários de formação profissional, capacitando-as além das disciplinas ministradas.

Outra sugestão seria realizar essa mesma estratégia nos diferentes cursos da instituição, inserindo a prática de seus currículos com o corpo docente, discente e administrativo da Universidade. Ampliando a importância da realização periódica do exame preventivo (Papanicolau), método de rastreamento sensível, seguro e de baixo custo que torna possível a detecção de lesões precursoras e de formas iniciais da doença, já que é um dos métodos mais importantes na detecção do câncer de colo uterino, permitindo alcançar resultados satisfatórios para a redução das taxas de morbimortalidade, assim como divulgar a importância da não exposição aos fatores de risco.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Controle dos cânceres do colo de útero e da mama. Caderno de Atenção Básica nº 13. cap. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 336-8.
3. Thum M, Heck RM, Soares MC, Deprá AS. Câncer de colo uterino: percepção das mulheres sobre prevenção. Ciênc Cuid Saúde 2008;7(4):509-16.
4. Domingos ACP, Murata IMH, Pelloso SM, Schirmer J, Carvalho MDB. Câncer do colo do útero: comportamento preventivo de auto-cuidado à saúde. Ciênc Cuid Saude 2007; 6(2):397-403.
5. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Câncer do colo do útero. Fatores de risco [online] 2009; [citado 2009 jun 22]. Disponível em URL: <http://www.inca.gov.br>.
6. Parada R, Assis M, Silva RCF, Abreu MF, Silva MAF, Dias MBK, Tomazelli JG. Brazilian cancer control policy and the role of primary care in cancer prevention and control. Rev APS 2008;11(2):199-206.
7. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção à saúde da mulher. Princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
8. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.
9. Leopardi MT. Teorias em Enfermagem: Instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-livro; 1999.

10. Cestari MEW, Zago MMF. Cancer prevention and health promotion: a challenge for the 21st Century. *Rev Bras Enferm* 2005;58(2):218-21.
11. Cruz LMB e Loureiro RP. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saúde Soc* 2008;17(2):120-31.
12. Silva TT, Breitenbach V, Villa LL, Prolla JC e Bozzetti MC. Identificação de tipos de papilomavirus e de outros fatores de risco para neoplasia intra-epitelial cervical. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006;28(5):285-91.
13. Rosa MI, Medeiros LR, Rosa DD, Bozzetti MC, Silva FR e Silva BR. Papilomavírus humano e neoplasia cervical. *Cad Saúde Pública* 2009;25(5):953-64.
14. Secretaria de Municipal da Saúde (BH). Horizonte. Prevenção e controle do câncer de útero. Protocolo de atenção à saúde da mulher [online] 2008. [citado 2009 Jun 29]. Disponível em URL: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/cancercolo.pdf>
15. Hammouda D, Muñoz N, Herrero R, Arslan A, Bouhadeff A, Oublil M, et. al. Cervical carcinoma in Algiers, Algeria: human papillomavirus and lifestyle risk factors. *Int J Cancer* 2005;113:483-9.
16. Queiroz DT, Pessoa SMF, Sousa RA. Infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV): incertezas e desafios. *Acta Paul Enferm* 2005;18(2):190-6.
17. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Incentiva a prevenção do câncer do colo do útero e a detecção precoce do câncer de mama no mês da mulher [online] 2010 [citado 2010 Mai 15]. Disponível em URL: <http://www2.inca.gov.br>
18. Oliveira SL, Almeida ACH. A percepção das mulheres frente ao exame de Papanicolaou: da observação ao entendimento. *Cogitare Enferm* 2009;14(3):518-26.
19. Sales OP, Passos AGD, Oliveira CCC, Batista JGC, Soares WP. Centers of sanitary assistance: profile of nurses. *J Health Sci Inst* 2010;28(3):259-62.
20. Muller DK, Costa JSD, Luz AMH e Olino MTA. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;24(11):2511-20.

Artigo original

Conhecimento de mães adolescentes sobre cuidados com recém-nascido em Serviço de Saúde do Recife/PE

Ana Paula de Christo*, Adriana da Silva Guerreiro Caldas*, Jennifer Karoline Souza Cunha*,
Carmina Santos**, Isabella Samico***

Estudantes do curso de Enfermagem, Escola Pernambucana de Saúde (FBVIMIP), **Enfermeira e Tutora do Curso de Enfermagem – Escola Pernambucana de Saúde (FBVIMIP), *Pesquisadora e Docente, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS)*

Resumo

Introdução: A adolescência é uma etapa da vida caracterizada por complexos processos de desenvolvimento e tomada de decisões, e por isto uma gestação nesta fase pode ter um peso muito importante no rumo da vida da adolescente e do recém-nascido. *Objetivo:* Avaliar o conhecimento de mães adolescentes sobre os cuidados com o recém-nascido em centro de referência para a atenção à saúde materno-infantil. *Métodos:* Estudo de corte transversal realizado no alojamento conjunto da maternidade do Centro de Atenção à Mulher – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Recife/PE. Foram realizadas entrevistas com mães adolescentes e revisão de prontuários no período fevereiro/abril 2009. *Resultados:* Foram entrevistadas 76 mães adolescentes de 13 a 19 anos, 46,1% tinham menos de 8 anos de estudo e a maioria com renda inferior a um salário mínimo. Acerca dos cuidados, 76,3% realizavam troca de fraldas acima de 3 vezes/dia; 51,3% davam um banho diário; 82,9% sabiam os cuidados com o coto umbilical. Quanto à amamentação, 50% ofereciam o seio quando o recém-nascido chorava. *Conclusão:* Percebeu-se um conhecimento insuficiente das mães adolescentes no que se refere aos cuidados diários com o recém-nascido.

Palavras-chave: recém-nascido, alojamento conjunto, cuidados de enfermagem.

Abstract

Knowledge of adolescent mothers about newborn care at a health service in Recife/PE

Introduction: Adolescence is a stage of life characterized by complex processes of development and decision making, and, therefore, a pregnancy at this stage can have a very important role in the direction of the adolescent and newborn life. *Objective:* To evaluate the knowledge of adolescent mothers about care of newborns at a referral center for mother and child health care in the city of Recife/PE. *Methods:* Cross-sectional study carried out in the rooming-in of the maternity of the

Artigo recebido em 30 de junho de 2011; aceito em 12 de dezembro de 2011.

Endereço para correspondência: Ana Paula de Christo, Rua Martins Pilguer, 105, Vila Nova 93510-250 Novo Hamburgo RS, E-mail: apchristo@hotmail.com, adri.caldas@hotmail.com, jenniferks@hotmail.com, carminasantos@hotmail.com, isabella@imip.org.br

Mother Health Care Center – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Were realized interviews with adolescent mothers and audit of medical records during the period of 2009 February to April. *Results:* Seventy six adolescent mothers, 13 to 19 years old, were interviewed. 46.1% had less than 8 years of school and the majority with per capita income less than a minimum wage. Concerning the care to newborns, 76.3% made the change of nappies more than 3 times/day, 51.3% gave one daily bath and 82.9% knew the care with umbilical quote. 50% offered the breast when the newborn cried. *Conclusion:* It was perceived an insufficient knowledge of daily newborn care among adolescent mothers.

Key-words: newborn, rooming-in care, nursing care.

Resumen

Conocimiento de madres adolescentes sobre cuidados al recién nacido en Servicio de Salud de Recife - PE

Introducción: La adolescencia es una etapa de vida marcada por complejos procesos de desarrollo y tomas de decisiones, y por esto un embarazo en esta fase puede tener un peso muy importante en el rumbo de la vida de la adolescente y del recién nacido. *Objetivo:* Evaluar el grado de conocimiento de las madres adolescentes sobre los cuidados maternos al recién nacido en centro de referencia para la atención a la salud materno-infantil. *Métodos:* Estudio de corte transversal realizado en el alojamiento conjunto de la maternidad del Centro de Atención a la Mujer – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife/PE. Fueron realizadas entrevistas a madres adolescentes y revisión de registros médicos en el período de febrero/abril de 2009. *Resultados:* Fueron entrevistadas 76 madres adolescentes de 13 a 19 años; 46,1% tenían menos de 8 años de estudio y la mayoría con sueldo inferior al salario mínimo. Acerca de los cuidados, un 76,3% cambiaban el pañal más de tres veces al día; un 51,3% bañaban los bebés una vez al día; un 82,9% sabían los cuidados que hay que tener con el cordón umbilical. Con relación a la lactancia materna, 50% ofrecían el pecho cuando el recién nacido lloraba. *Conclusión:* Se percibió un conocimiento insuficiente de las madres adolescentes en lo que se refiere a los cuidados con el recién nacido.

Palabras-clave: recién nacido, alojamiento conjunto, cuidados de enfermería.

Introdução

A adolescência é uma etapa da vida compreendida por complexos processos de desenvolvimento e tomada de decisões. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), equivale à segunda década da vida (10 a 19 anos). Entretanto, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente considera-se criança, para efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos e adolescentes aquela entre doze e dezoito anos de idade [1,2].

Durante a fase da adolescência, há várias etapas de desenvolvimento biológico, psicológico e social. Além disso, um conjunto de experiências marca a vida do adolescente: o desenvolvimento do autoconhecimento que dá origem aos sentimentos de autoestima e de questionamento dos valores dos pais e dos adultos em geral; os impulsos sexuais ganham uma expressão mais efetiva em função da maturação física, e a percepção do início da potencialidade de procriação [3].

No tocante à gravidez na adolescência, as taxas de adolescentes grávidas diminuíram, na década de 90, nos Estados Unidos da América, sendo esta

diminuição um resultado da abstinência sexual. Enquanto essa diminuição ocorre nos adolescentes de 15 a 19 anos, a proporção de adolescentes, não casados, que têm intercurso sexual aos 14 anos, ou antes, aumentou apreciavelmente. Segundo o DATASUS, no Brasil, no ano de 2005, o índice de nascidos vivos de mães adolescentes foi de 0,92% em menores de 14 anos de idade, e entre as idades de 15 a 19 anos, a média foi de 19,45% [1,2,4-6].

O nascimento é um momento complexo e muito importante para a vida do ser humano, pois, a partir desse momento, irão surgir suas primeiras adaptações com o meio extrauterino. Percebe-se esse bebê, independente de sua idade ao nascimento, como capaz de expressar suas emoções, o prazer, a dor, de buscar contato e do mesmo fugir, quando não pode mais suportar a estimulação negativa e o estresse por ela provocado [6-8].

Quando a mãe é a pessoa que está mais em contato com o bebê e que também lhe oferece outros estímulos, o primeiro objeto atraente que surge no campo visual do recém-nascido (RN) é o rosto da mãe. Os cuidados maternos formam a base da vida emocional e de relacionamento do RN. É relatado

que os bebês acariciados pela mãe logo após o nascimento apresentavam uma incidência menor de resfriados, gripes, vômitos, diarreias em relação aos que foram desprovidos desse ato [6,9].

Diante do exposto, a necessidade do conhecimento acerca dos cuidados com o RN por parte da mãe, principal cuidador, é fundamental. Observa-se que a falta de cuidados pré-natais, associada à pobreza e níveis baixos de instrução, pode ter influência na aquisição desses conhecimentos [10].

Para garantir um bom crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, é importante que se tenham cuidados adequados no que se refere à alimentação, higiene, prevenção de doenças e promoção da saúde. O recém-nascido deve ser limpo e banhado diariamente para a prevenção de complicações dermatológicas. Para uma maior prevenção de danos à pele do recém-nascido deve-se promover a troca de fraldas, e o coto umbilical deve sempre ser mantido limpo e seco usando álcool a 70% após a higiene [11-13].

No tocante à amamentação, o sucesso da mesma depende basicamente de uma interação entre a mãe e seu filho, com suporte familiar, comunitário e profissional apropriados. Na cidade de Pelotas/RS, numa coorte de crianças nascidas em 1993, a prevalência de amamentação aos seis meses de idade foi menor em mães adolescentes do que em adultas. A idade materna permaneceu como fator de risco para desmame. Nos serviços de saúde melhor organizados do Brasil, equipes multiprofissionais trabalham a autoestima de gestantes/puérperas adolescentes, incentivando-as a assumirem responsabilidades pessoais e com seus bebês, fortalecendo o vínculo mãe-filho e favorecendo a amamentação [7,13,14].

Seguindo estes cuidados básicos, o recém-nascido terá um desenvolvimento melhor sem riscos de infecções, desnutrição entre outros problemas. Neste contexto, ressalta-se a importância do conhecimento materno com relação a esses cuidados e o papel que os profissionais e serviços de saúde podem desempenhar, contribuindo para um melhor manuseio e cuidado com o recém-nascido, em especial quando se considera uma idade materna precoce como a adolescência [15,16].

Assim, este estudo tem como objetivo avaliar o conhecimento de mães adolescentes sobre os cuidados com o recém-nascido em um centro de referência para a atenção à saúde materno-infantil na cidade do Recife.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, realizado no setor de Alojamento Conjunto do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, centro de referência para a atenção à saúde materno-infantil da cidade de Recife, estado de Pernambuco.

A população do estudo foi constituída por mães adolescentes entre 13 e 19 anos, internadas no referido setor durante o período de fevereiro a abril de 2009.

Os critérios de inclusão para o estudo foram: mães com idade entre 13 e 19 anos e cujo parto tenha ocorrido na maternidade e internadas no alojamento conjunto do IMIP durante o período de estudo. Como critérios de exclusão foram definidos: recém-nascidos filhos de mães adolescentes que apresentassem síndromes ou malformação congênita e mães adolescentes com problemas de saúde que impedissem a entrevista.

Foram realizadas entrevistas com as mães adolescentes por meio de questionário estruturado contendo 31 perguntas e as variáveis estudadas foram o perfil biológico, socioeconômico (idade, renda per capita, escolaridade, situação conjugal) e paridade das mães adolescentes; cuidados com o recém-nascido, dentre os quais foram enfatizados a troca de fraldas, número de banho ao dia, cuidados com o coto umbilical e amamentação. Também foi realizada a revisão dos prontuários das mães e respectivos recém-nascidos por meio de roteiro contendo variáveis relacionadas ao pré-natal, parto e pós-parto imediato, condições do nascimento, crescimento e desenvolvimento dos recém-nascidos (Apgar, peso ao nascer, idade gestacional).

Os dados foram analisados por meio do Programa Epi-info versão 6.0 sendo estes dados apresentados sob a forma de tabelas de distribuição de frequência.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do IMIP, com o protocolo N.º288/2008.

Resultados

Foram entrevistadas 76 mães que se encontravam no alojamento conjunto durante o período do estudo. Os resultados referentes ao item “Não se aplica” foram obtidos por meio da revisão dos prontuários. Na Tabela I, observa-se o perfil socioeconômico dessas mães.

Dentre as mães adolescentes, mais da metade (67,2%) apresentava idade entre 17 e 19 anos. Quanto à escolaridade, 46,1% concluíram até oito anos de estudo. De acordo com a situação econômica, 86,8% das famílias das mães adolescentes apresentaram renda per capita menor que meio salário mínimo. No que concerne à situação marital, 53,9% das mães adolescentes possuíam companheiro fixo (Tabela I).

Tabela I - Perfil socioeconômico das mães adolescentes internadas no alojamento conjunto do IMIP. Recife/PE, 2009.

| Variáveis | N | % |
|----------------------------|----|-------|
| Idade mãe (anos) | | |
| 13 a 16 | 24 | 31,5% |
| 17 a 19 | 51 | 67,2% |
| Não se aplica | 1 | 1,3% |
| Total | 76 | 100% |
| Escolaridade (anos) | | |
| Até oito | 35 | 46,1% |
| Oito ou mais | 32 | 42,1% |
| Não se aplica | 9 | 11,8% |
| Total | 76 | 100% |
| Renda per- capita | | |
| < 115 Reais | 40 | 52,6% |
| 116 a 230 Reais | 26 | 34,2% |
| 231 a 667 Reais | 7 | 9,3% |
| Não se aplica | 3 | 3,9% |
| Total | 76 | 100% |
| Situação conjugal | | |
| Com companheiro | 41 | 53,9% |
| Sem companheiro | 27 | 35,6% |
| Não se aplica | 8 | 10,5% |
| Total | 76 | 100% |

De acordo com o sexo dos recém-nascidos, observa-se que houve uma distribuição homogênea de 50% entre meninos e meninas. No que diz respeito ao peso dos mesmos, 67,2% nasceram acima de 2.500g. Quanto à idade gestacional, 55,3% nasceram acima de 35 semanas e 88,1% dos recém-nascidos, nos primeiros cinco minutos de vida, tiveram o Apgar acima de sete (Tabela II).

Tabela II - Características biológicas dos recém-nascidos das mães adolescentes, internados no Alojamento conjunto do IMIP. Recife/PE, 2009.

| Características | N | % |
|-----------------|----|------|
| Sexo | | |
| Masculino | 38 | 50% |
| Feminino | 38 | 50% |
| Total | 76 | 100% |

| Peso ao nascer | | |
|-------------------------------|----|-------|
| Abaixo de 2500 g | 15 | 19,7% |
| Acima de 2500 g | 51 | 67,2% |
| Não se aplica | 10 | 13,1% |
| Total | 76 | 100% |
| Idade Gestacional | | |
| Abaixo de 35 semanas | 23 | 30,3% |
| Acima de 35 semanas | 42 | 55,3% |
| Não se aplica | 11 | 14,4% |
| Total | 76 | 100% |
| Apgar no quinto minuto | | |
| Até sete | 1 | 1,3% |
| Acima de sete | 67 | 88,1% |
| Não se aplica | 8 | 10,5% |
| Total | 76 | 100% |

Com relação à frequência da troca de fraldas 76,3% relataram que trocam as fraldas dos recém-nascidos acima de três vezes ao dia. 82,9% sempre verificavam se a fralda do recém-nascido estava suja. No que se diz respeito ao número de banhos, 51,3% apenas administravam um banho ao dia. Para a limpeza do coto umbilical, 82,9% usavam álcool a 70% e referiram ter conhecimento sobre a necessidade de manter o coto limpo e seco. (Tabela III).

Tabela III - Informações referentes aos cuidados com os recém-nascidos segundo as mães adolescentes internadas no alojamento conjunto, IMIP. Recife/PE, 2009.

| Cuidados | N | % |
|--|----|-------|
| Troca de fraldas | | |
| 1 a 3 vezes por dia | 17 | 22,4% |
| Acima de 3 vezes por dia | 58 | 76,3% |
| Não se aplica | 1 | 1,3% |
| Total | 76 | 100% |
| Verificação de fraldas | | |
| Sempre verifica | 63 | 82,9% |
| Quando o recém-nascido chora | 8 | 10,5% |
| Pelo cheiro | 4 | 5,3% |
| Não se aplica | 1 | 1,3% |
| Total | 76 | 100 |
| Banho diário | | |
| 1 banho | 39 | 51,3% |
| Mais de 1 banho | 35 | 46,1% |
| Não se aplica | 2 | 2,6% |
| Total | 76 | 100% |
| Uso de álcool 70% no coto umbilical | | |
| Sim | 63 | 82,9% |
| Não | 12 | 15,8% |
| Não se aplica | 1 | 1,3% |
| Total | 76 | 100% |

| Precisa manter o coto limpo e seco | | |
|------------------------------------|----|-------|
| Sim | 63 | 82,9% |
| Não | 11 | 14,5% |
| Não se aplica | 2 | 2,6% |
| Total | 76 | 100% |

Quanto ao tempo de amamentação, 50% ofereciam o peito apenas quando o recém-nascido chorava. Quanto ao sentimento por estar amamentando o recém-nascido, 90,7% sentiam-se felizes ao amamentar. (Tabela IV).

Tabela IV - Informações referentes ao aleitamento materno dos recém-nascidos de mães adolescentes internadas no alojamento conjunto do IMIP. Recife/PE, 2009.

| Informações | N | % |
|---|----|-------|
| Frequência da amamentação | | |
| Quando o recém-nascido | | |
| chora | 38 | 50% |
| De 3 em 3 hs | 33 | 43% |
| Não sabe informar | 4 | 5,3% |
| Não se aplica | 1 | 1,3% |
| Total | 76 | 100% |
| Sentimento perante a amamentação | | |
| Feliz | 69 | 90,7% |
| Dever cumprido | 1 | 1,3% |
| Não gosta de amamentar | 1 | 1,3% |
| Não sabe expressar | 4 | 5,3% |
| Não se aplica | 1 | 1,3% |
| Total | 76 | 100% |
| Ocorrência de fissuras mamárias | | |
| Sim | 15 | 19,7% |
| Não | 60 | 79% |
| Não se aplica | 1 | 1,3% |
| Total | 76 | 100% |

Discussão

Ao comparar as crianças de mães adolescentes com as crianças de mães adultas, os estudos empíricos encontraram um maior número de complicações obstétricas, problemas médicos e baixo peso à nascença, prematuridade, mortalidade neonatal, atrasos no desenvolvimento cognitivo, baixo rendimento escolar e problemas de comportamento em recém-nascidos de mães adolescentes [7].

A maternidade na adolescência afeta negativamente a diversos níveis a trajetória de desenvolvimento da adolescente, particularmente nos domínios educacional (abandono escolar ou menor progressão educativa), socioeconômico (pobreza),

ocupacional (desemprego), social (monoparentalidade) e psicológico (por exemplo, depressão, baixa autoestima e isolamento social) [17].

Um dos problemas na ocorrência de uma gravidez na adolescência, segundo o estudo de Waters [18], que descreve a “Síndrome da Falência”, considera que a mãe adolescente é sujeita à síndrome que engloba fracasso em cumprir suas funções, permanecer na escola, limitar o número de filhos, estabelecer família estável e assumir independência financeira. O mesmo foi observado por Jekel *et al.* [19], que concordam que há interação de fatores psicológicos, déficits nutricionais, fatores sociais e ambientais como a pobreza [10,18,19]. Durante este estudo foi observado que 31,5% das mães apresentavam idade entre 13 e 16 anos e 67,2% entre 17 e 19 anos, portanto, de acordo com a faixa etária, sujeitas à Síndrome da Falência.

O aumento do número de adolescentes entre as gestantes é observado mesmo em países desenvolvidos. No Brasil há variações regionais com porcentagens de 14,1% a 28,0% em sua totalidade. No País, ocorreu, nas gerações recentes, um aumento na proporção de mulheres que dão à luz antes dos 20 anos [10,20].

O aumento da gravidez na adolescência em países em desenvolvimento tem despertado o interesse de pesquisadores e profissionais de saúde, tendo em vista a associação desse evento com pobreza e baixa escolaridade e piores resultados perinatais. Sabe-se que um dos fatores que concorrem para a gravidez na adolescência é o baixo nível de instrução desta população referida [10,21]. Segundo dados do presente estudo, 46,1% possuíam menos de oito anos de estudo.

De acordo com o presente estudo a renda per capita na maioria das famílias das adolescentes, situou-se entre R\$ 8,53 e R\$ 115,00. De acordo com Ekwo & Moawad, as adolescentes grávidas são pobres, de baixa escolaridade, têm menor atenção durante o pré-natal, filhos com maiores taxas de baixo peso ao nascer e de mortalidades neonatal e infantil. Estes autores identificaram que o peso dos bebês de mães adolescentes é menor que os de mães com mais idade [20,21]. Neste estudo, os resultados relativos ao peso dos recém-nascidos divergiram do estudo citado possivelmente decorrente do local de coleta, alojamento conjunto, no qual apenas os recém-nascidos saudáveis e com peso acima de 2.000 g permanecem na companhia das suas mães, mostrando que 67,2% dos recém-nascidos do estudo foram acima de 2.500 g.

Em inquérito domiciliar realizado no Brasil, no ano de 1996, cerca de 20% das mulheres entre 15 e 19 anos de idade já haviam iniciado a vida reprodutiva e referiram pelo menos uma gravidez [22]. Em nosso estudo, 14,4% das mães adolescentes tiveram mais de uma gestação.

No que se refere aos cuidados com o recém-nascido é importante que as fraldas sejam trocadas com frequência. Lavar a genitália sempre que trocar a fralda para remover a urina, que provoca irritação [23]. Estudo de base hospitalar realizado em Bangladesh estimou que 39% das mães apresentavam um conhecimento pobre sobre cuidados com o recém-nascido, como cuidados com a pele, com o coto umbilical, vacinação, amamentação [24]. No presente estudo, 76,3% das mães relataram que trocam as fraldas dos recém-nascidos mais de três vezes ao dia e 82,9% sempre verificam se há necessidade da troca.

Em muitas unidades de alojamento conjunto a demonstração do banho é uma rotina diária, realizada em parceria entre os profissionais de saúde destas unidades e as mães lá assistidas, demonstrando a importância de o recém-nascido ser banhado mais de uma vez ao dia, quando a temperatura estiver alta, para a prevenção de doenças dermatológicas [23]. Neste estudo, pouco mais da metade das mães relataram que realizavam apenas um banho ao dia. Já em estudo realizado em áreas de favelas em Dhaka (Bangladesh) foi observado que as mães banhavam os recém-nascidos regularmente, em geral, uma vez ao dia [25].

O coto umbilical cai entre uma semana e dez dias. O álcool a 70% aplicado no coto irá facilitar a sua secagem. Para isso o curativo deverá ser realizado apenas com álcool a 70% [23]. No presente estudo, 82,9% das mães referiu o uso de álcool a 70% e sabem que é necessário manter o coto limpo e seco. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Moran *et al.* [25], no qual 98% das mães entrevistadas consideraram ter cuidado especial com o coto umbilical [25].

Nos serviços de saúde melhor organizados do Brasil, equipes multiprofissionais trabalham a autoestima de gestantes/puérperas adolescentes, incentivando-as a assumirem responsabilidades pessoais e com seus bebês, fortalecendo o vínculo mãe-filho e favorecendo a amamentação [10,26].

Em relação à alimentação do recém-nascido, o aleitamento materno tem importância indiscutível na saúde e na vida do lactente; na prevenção de várias doenças, inclusive alérgicas, na redução da desnu-

trição infantil e da mortalidade infantil, além de vantagens técnicas, econômicas e psicológicas [27].

Nesse sentido, em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu uma revisão sistemática sobre a necessidade de manter o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade. Na maior parte do terceiro mundo, segundo Jelliffe e Jelliffe [28], os efeitos nutricionais e anti-infecciosos do aleitamento materno são máximos quando a prática é continuada de maneira exclusiva por cerca de seis meses [10,26,27]. No estudo atual, 50% das mães oferecem o seio apenas quando o recém-nascido chora. Quanto ao sentimento ao amamentar, 90,7% das entrevistadas sentem-se felizes ao amamentar. Resultados semelhantes têm sido demonstrados em outros estudos, observando-se conhecimento insuficiente e práticas inapropriadas por parte das mães [25,29,30]. Issler *et al.* [29] identificaram um baixo conhecimento quanto à duração, intervalos e técnicas de aleitamento materno entre mulheres grávidas a despeito do fato de 98% terem declarado interesse em amamentar e 100% considerar o aleitamento materno importante para a saúde da criança.

Por fim, é importante destacar que, no desenvolvimento deste estudo, percebeu-se a necessidade de uma maior participação da equipe de saúde para orientação junto às mães adolescentes, a exemplo do conhecimento referido pelas entrevistadas acerca da higienização do RN que se observou que a maioria das mães referiu o banho do RN apenas uma vez ao dia.

Os profissionais de saúde possuem um papel muito importante no que diz respeito aos ensinamentos dos primeiros cuidados com os recém-nascidos, tendo uma função de educador-apoiador, enfocando a capacitação da mãe e pai adolescentes nos cuidados infantis, investigando suas necessidades e inseguranças proporcionando instrução a cada cuidado específico, tendo em vista a promoção de um crescimento e desenvolvimento adequados [30-32]. Nesse sentido, o conhecimento insuficiente observado neste estudo remete à necessidade de melhor orientação a essas mães adolescentes sobre os cuidados diários com o recém-nascido.

Conclusão

A adolescência é uma etapa da vida que se necessita de muito apoio e compreensão, ainda mais quando se passa por um momento tão especial como

a maternidade. O serviço de saúde neste sentido tem o papel de orientar e auxiliar para que este momento seja vivenciado de maneira suave e tranquila tanto para a adolescente quanto para o recém-nascido.

Os cuidados com o RN são de suma importância para seu crescimento e desenvolvimento, por isso a orientação adequada às mães adolescentes evita que o recém-nascido volte para o serviço de saúde com maiores problemas.

Agradecimentos

Apoio financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC (CNPq/IMIP/FACEPE 2008/2009).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco Legal - Saúde, um direito de adolescentes. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.
2. Estatuto da Criança e Adolescente – MS Lei 8.069. Ministério da Saúde: Brasília; 1990.
3. Leal MC, Szwarcwald CL, Gama SGN. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cad Saúde Pública* 2002;13:153-61.
4. Vitalle MSS, Amancio OMS. Gravidez na adolescência. *Brazilian Pediatric News* 2001;3(3).
5. DATASUS. Indicadores e dados básicos para a saúde – 2005 (IDB-2005). [citado 2009 Jul 6]. Disponível em URL: <http://w3.datasus.gov.br>
6. Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein M. Wong Fundamentos de enfermagem. São Paulo: Guanabara Koogan; 2006.
7. Bare BG, Bare SG. Brunner e Studarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. São Paulo: Guanabara Koogan; 2005.
8. Rolim KMC, Cardoso MVLM. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção. *Rev Latinoam Enfermagem* 2006;14:85-92.
9. Cruz DCS, Sumam NS, Spíndola T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Rev Esc Enferm USP* 2007;41:690-7.
10. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC, Theme Filha MM. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública* 2000;35:74-80.
11. Kernner C. *Enfermagem Neonatal*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 1998.
12. Zieguel E, Mecca SC. *Enfermagem Obstétrica*. 8ª. ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 1985.
13. Borgenicht L, Borgenicht J. *Bebê - manual do proprietário. Instruções e conselhos para solução de problemas e manutenção permanente*. São Paulo: Gente; 2005.
14. Frota DAL, Marcopito LF. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros/ MG. *Rev Saúde Pública* 2004;38:85-92.
15. Candeias NMF. Conceitos de promoção e de educação em saúde, mudanças individuais e mudanças comportamentais. *Rev Saúde Pública* 1997;31(2):209-13.
16. Campos ACS, Cardoso MVLM. Tecnologia educativa para a prática do cuidado de enfermagem com mães de neonatos sob fototerapia. *Texto e Contexto Enfermagem* 2008;17(1):36-44.
17. Figueiredo B. Maternidade na adolescência consequências e trajetórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica* 2000;17(1):36-44.
18. Waters JL. Pregnancy in young adolescents: a syndrome of failure. *Southern Med J* 1969;62:655-8.
19. Jekel JF, Harrison JT, Bancroft DRE, Tyler NC, Klerman LV. A comparison of the health of index and subsequent babies born to school age mothers. *Am J Public Health* 1975;65:370-4.
20. Heiborn ML, Salem T, Rohden F, Brandão E. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horiz Antropol* 2002;8(17):13-45.
21. Simões VMF, Silva AAM, Bettiol H, Filho FL, Tonial SR, Mochel EG. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. *Rev Saúde Pública* 2003;37(5):559-65.
22. Silva JLP, Belo MAV. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev Saúde Pública* 2004;38:479-87.
23. Erna Z. Abordagem sobre desenvolvimento da paternidade e da maternidade: *Enfermagem Obstétrica*. Rio de Janeiro: Guanabara; 1985.
24. Begum HA, Khan MFH. Knowledge and practices on neonatal care among selected mothers attending Dhaka Shishu Hospital. *Ibrahim Med Coll J* 2009;3(2):59-62.
25. Moran AC, Choudhury N, Khan NUZ, Karar ZA, Wahed T, Rashid SF, Alam MA. Newborn care practices among slum dwellers in Dhaka, Bangladesh: a quantitative and qualitative exploratory study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009;9(54):1-8.
26. Vieira MLF, Silva JLP, Filho AAB. Amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas? *J Pediatr (Rio J)* 2003;79(4):317-24.
27. Ricco RG, Ciampo LAD, Almeida Cana, Danelluzzi JC. Aleitamento exclusivamente ao seio, morbidade e utilização de serviço pediátrico em unidade básica de saúde. *Pediatrics (São Paulo)* 2001;23(2):193-8.
28. Jelliffe DB, Jelliffe FP. Adequacy of breast of feeding. *Lancet* 2001;2(8144):691-2.
29. Issler H, Sá MBSR, Senna DM. Knowledge of newborn health care among pregnant women: basis for promotional and educational programs on breastfeeding. *São Paulo Med J* 2001;119(1):7-9.
30. Waiswa P, Peterson S, Tomson G, Pariyo GW. Poor newborn care practices – a population based survey in eastern Uganda. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010;10(9):1-8.
31. Lowdermilk DL, Shannon PE, Boback IM. *O cuidado em enfermagem materna – 5a ed*. Porto Alegre: Artmed; 2002.
32. Silva JLP, Belo MAV. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev Saúde Pública* 2004;38:479-87.

Artigo original

Prevalência do diabetes mellitus tipo 2 em indivíduos submetidos ao tratamento hemodialítico

Luís Paulo Souza e Souza*, Diêgo Rodrigues Almeida**, Edilaine Tavares Santos**, Écila Campos Mota***, Beatriz Rezende Marinho da Silveira****, Maria Fernanda Santos Figueiredo****, Orlene Veloso Dias*****

Acadêmico do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros/MG, **Enfermeiros graduados pelas Faculdades de Saúde e Desenvolvimento Humano Santo Agostinho, Montes Claros/MG, *Enfermeira, Professora do Departamento de Enfermagem das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros – FIP-Moc, das Faculdades de Saúde e Desenvolvimento Humano Santo Agostinho e da Unimontes, Montes Claros, ****Enfermeiras, Professoras do Departamento de Enfermagem da Unimontes, Montes Claros, *****Enfermeira, Professora do Departamento Enfermagem da Unimontes e das Faculdades Ibituruna, Montes Claros*

Resumo

O estudo objetiva identificar a prevalência de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) em pacientes renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico, seus perfis e co-morbidades apresentadas. Trata-se de pesquisa quantitativa, descritiva e documental, realizada no Hospital do Rim da Irmandade Nossa Senhora das Mercês em Montes Claros/MG. No período da pesquisa, estavam em tratamento 188 pacientes, entretanto, se enquadraram nos objetivos do estudo 39 pacientes com diagnóstico de DM2 no período de outubro a novembro de 2010. Foram coletadas informações presentes nos prontuários dos pesquisados. A prevalência do DM2 foi de 20,7%, sendo 51,3% do sexo masculino e 48,7% do sexo feminino. A média de idade foi de 58 anos, com variação de 31 a 81 anos. 87,1% residiam em Montes Claros e 58,97% apresentaram co-morbidades, sendo a nefrosclerose hipertensiva (86,95%), glomerulonefrite (4,35%), lúpus eritematoso (4,35%) e doenças críticas do rim (4,35%) as mais frequentes. Destaca-se a necessidade de abranger tanto o universo de indivíduos analisados quanto as patologias pesquisadas, considerando que os fatores de risco estão cada vez mais presentes, necessitando ações de prevenção primária, secundária e terciária para retardar o desenvolvimento da nefropatia diabética e aumentar a qualidade de vida desses pacientes.

Palavras-chave: diabetes mellitus, insuficiência renal, diálise renal, morbidade.

Abstract

Prevalence of type 2 diabetes mellitus in patients undergoing hemodialysis

This study aimed to identify the prevalence of diabetes mellitus type 2 (DM2) in chronic renal patients undergoing hemodialysis, their profiles and comorbidities. It was a quantitative, descriptive research, carried out at Hospital do Rim da Irmandade Nossa Senhora das Mercês in Montes Claros/MG, Brazil. During the study period, from 2010 October to November, 188

Artigo recebido em 15 de agosto de 2011; aceito em 16 de novembro de 2011.

Endereço para correspondência: Luís Paulo Souza e Souza, Rua Doze, 47, 39402-285 Montes Claros MG, Tel.: (38) 9138-1405, E-mail: luis.pauloss@hotmail.com

patients were treated; however, only 39 patients with DM2 were included in the study. Data were collected from medical records. The prevalence of DM2 was 20.7%, 51.3% male and 48.7% female. The average age was 58 years old (31 to 81 years old). 87.1% lived in Montes Claros, and 58.97% had co-morbidities, the most common were hypertensive nephrosclerosis (86.95%), glomerulonephritis (4.35%), systemic lupus erythematosus (4.35%) and critical kidney diseases (4.35%). We emphasize the need to include both the participants as well as the pathologies, considering that risk factors are every day more present, requiring actions for primary, secondary and tertiary prevention to retard the development of diabetic nephropathy and improve quality of life of these patients.

Key-words: diabetes mellitus, renal failure, renal dialysis, morbidity.

Resumen

Prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en personas sometidas a hemodiálisis

Este estudio tiene como objetivo identificar la prevalencia de diabetes mellitus (DM2) en pacientes crónicos bajo tratamiento hemodialítico, sus perfiles y comorbidades. Se trata de una investigación cuantitativa, descriptiva y documental, realizada en el Hospital do Rim da Irmandade Nossa Senhora das Mercês em Montes Claros/MG. Durante la investigación, octubre a noviembre de 2010, estaban bajo tratamiento 188 pacientes, no obstante, se encuadraron en el objetivo de estudio 39 pacientes con diagnóstico de DM2. Los datos fueron colectados de los registros médicos de estos pacientes. Se encontró una prevalencia de DM2 de 20,7%, 51,3% en varones y 48,7 en mujeres. La edad promedio fue 58 años, entre 31 y 81 años. 87,1 residían en Montes Claros y 58,97% presentaban comorbidades, siendo la nefroesclerose hipertensiva (86,95%), glomerulonefrite (4,35%), lúpus eritematoso (4,35%) y enfermedades críticas del riñón (4,35%) las más frecuentes. Se destaca la necesidad de abarcar tanto los individuos analizados como las patologías investigadas, considerando que los factores de riesgo están cada vez más presentes, necesitando de acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria para retardar el desarrollo de la nefropatía diabética y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Palabras-clave: diabetes mellitus, insuficiencia renal, diálisis renal, morbilidad.

Introdução

O diabetes é um conjunto de doenças identificadas por níveis elevados de glicose no sangue ou hiperglicemia, e estão ligadas às complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Além disso, essas doenças são relacionadas a processos patogênicos que resultam em defeitos de metabolização e ação da insulina. Por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros [1].

Através dos níveis de glicemia mostrados pelo exame de sangue é possível determinar o tratamento adequado, porque o diabetes é caracterizado pelas alterações dos mecanismos afetando também as proteínas, lipídios e carboidratos [2]. As manifestações clínicas baseiam-se na poliúria e polidipsia, que são os resultados da hiperglicemia [1-3].

Existem mais de dois tipos de diabetes mellitus, sendo maior incidência em diabetes mellitus insulino dependente (tipo 1) e não insulino

dependente (tipo 2). O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tem maior incidência após os 40 anos, sendo assintomático por longo período, sendo que 60% a 90% dos pacientes obesos possuem a glicemia mais estável, concentração familiar frequente e hiperglicemia na faixa 250-300 mg/dl, se não tratados [4,5].

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes [6], o DM2 é aproximadamente 8 a 10 vezes mais comum que o tipo 1, e o tratamento responde com dieta e exercício físico, porém, em certas ocasiões, será preciso utilizar terapia medicamentosa oral e, por fim, a combinação destes com a insulina. Sendo assim, uma das peculiaridades do DM2 é a contínua produção de insulina pelo pâncreas, o problema está na incapacidade de absorção das células musculares e adiposas. Devido a vários fatores, as células não conseguem metabolizar a glicose suficiente da corrente sanguínea, condição que é chamada de “resistência insulínica”.

Estudos tem demonstrado que a mudança do estilo de vida é mais eficaz do que o tratamento farmacológico. Esta prevenção tem ganhado grande foco nas políticas de prevenção do diabetes, especialmente perda de peso e atividade física regular

apresentam benefícios adicionais para a saúde, particularmente no que diz respeito à diminuição do risco cardiovascular. Assim, metas objetivas devem levar em conta as realidades da rotina diária dos pacientes de maneira mais agradável [1].

O DM2 se enquadra nas patologias crônico-degenerativas não infecciosas que é caracterizada pela irreversibilidade, longo curso clínico e não contagiosa, com diagnósticos tardios, em alguns casos, abrangendo resultados bastante significativos de manifestações crônicas. Dentre estas, destaca-se a insuficiência renal [7,8].

Segundo Costanso [9], os rins desempenham um papel importante na regulação e manutenção da homeostase em todas as formas de vida. São responsáveis pela eliminação de produtos indesejáveis como também por manter constante o volume extracelular de potássio, a pressão osmótica e o equilíbrio acidobásico e na regulação da pressão arterial. Desempenham funções endócrinas como a produção da eritropoietina e da vitamina D1. Além desse processo de eliminação, por meio da urina, eles também costumam manter outras substâncias que não devem ser eliminadas, como as proteínas.

O DM2 representa aproximadamente 90% dos casos de DM, assim, a maior parte dos indivíduos que participam de programas de diálise é de pacientes com DM2, com proporções que tendem a crescer [10].

Uma vez que a nefropatia associada ao diabetes se instala, surge o processo inadequado de filtração das substâncias orgânicas, iniciando de forma irregular o processo de excreção em pequenas quantidades de moléculas de proteínas (proteinúria) de baixo peso molecular (globulinas e albuminas) pela urina. A proteinúria maior que 150 mg/dl, de cunho persistente geralmente significa lesão dos glomérulos [2-11].

O diagnóstico precoce dessa alteração torna-se muito importante, uma vez que com a detecção de proteinúria em pacientes com DM, principalmente aqueles que progredirem de microalbuminúria para proteinúria, pode-se dizer que estes pacientes já desenvolveram um quadro de nefropatia [12].

A nefropatia diabética (ND) é uma complicação crônica microvascular muito frequente, sendo, atualmente, a principal causa de insuficiência renal terminal (IRT) [13]. Além disso, a ND associa-se com aumento na taxa de mortalidade, principalmente por doença cardiovascular [14].

Autores informam que, em estudo, foi constatado que o risco de morte cardiovascular aumenta progressivamente à medida que progredem os estágios da ND [15]. O aumento da mortalidade dos pacientes com IRT é significativo e ainda mais dramático em pacientes com DM2 [16,17].

Para Brasil [1], os principais grupos de risco para o desenvolvimento desta patologia são diabetes mellitus, hipertensão arterial e história familiar. Outros fatores estão relacionados à perda de função renal, como glomerulopatias, doença renal policística, doenças autoimunes, infecções sistêmicas, infecções urinárias de repetição, litíase urinária, uropatias obstrutivas e neoplasias. O diagnóstico da doença renal crônica (DRC) é basicamente a identificação de grupos de risco, presença de alterações de sedimento urinário (microalbuminúria, proteinúria, hematuria e leucocitúria) e na redução da filtração glomerular avaliado pelo clearance de creatina. A microalbuminúria é útil em pacientes com diabetes, hipertensão e com história familiar de DRC sem proteinúria detectada no exame de urina.

Deste modo, a detecção precoce de complicações relacionadas ao DM2 e a adoção de medidas preventivas eficazes apresentam elevada relação custo-benefício, estando relacionadas à diminuição da mortalidade [12].

O interesse pelo tema surgiu com base em estudos teóricos sobre as complicações geradas pelo diabetes mellitus e que estão relacionadas às patologias renais crônicas, levando assim ao seguinte problema de pesquisa: Qual a prevalência do diabetes mellitus tipo II em indivíduos que submetem o tratamento hemodialítico?

Assim, esta pesquisa tem como objetivo identificar a prevalência do DM2 em indivíduos que submetem ao tratamento hemodialítico no Hospital do Rim da Irmandade Nossa Senhora das Mercês de Montes Claros/MG, bem como caracterizá-los quanto ao sexo, idade, procedência, tempo de tratamento e possíveis comorbidades apresentadas.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e documental. Segundo Leopardi [10], estes são estudos caracterizados pela necessidade de se explorar uma situação da qual se tem necessidade de maiores informações. Duarte e Furtado [18] re-

latam que a pesquisa descritiva tem como objetivo principal descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou então, estabelecer relações entre variáveis, em alguns casos, a natureza dessas ações.

O estudo envolve o grupo de pacientes que se submetem ao tratamento hemodialítico no Hospital do Rim da Irmandade Nossa Senhora das Mercês, localizado em Montes Claros/MG no período de outubro a novembro de 2010. O Hospital do Rim iniciou suas atividades em maio de 1989 e atende pacientes residentes em Montes Claros, assim como de outras cidades situadas ao norte de Minas Gerais e sul da Bahia.

As variáveis deste estudo foram o sexo, idade, procedência, possíveis co-morbidade e tempo de tratamento. A coleta de dados foi através de um formulário semiestruturado. Foram coletados dados secundários de registros nos prontuários dos pacientes diabéticos que se submetem ao tratamento hemodialítico. As informações coletadas foram processadas e analisadas através do sistema Epi-Info versão 6.04 e analisadas através da distribuição de frequências e porcentagens.

Ressalta-se que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) por meio do parecer de número 2204/10.

Resultados e discussão

No período da pesquisa, estavam em tratamento 188 pacientes, sendo que 44 (23,4%) eram portadores do diabetes. No decorrer da pesquisa 5 prontuários não foram encontrados e destes, 4 faziam tratamento de diálise peritoneal que não se enquadrava nos objetivos da pesquisa. Dos 44 pacientes portadores de diabetes, 01 (0,53%) era portador de DM tipo 1 e 43 (22,8%) do tipo 2. Depois de selecionados, 39 pacientes participaram do presente estudo.

A prevalência do DM2 encontrada foi de 20,7 %, a qual se manteve próxima aos dados contidos nas literaturas pesquisadas [19]. Conforme Riella [19], a prevalência em pacientes com DM2 varia de 10 a 40%.

Autores descrevem que, em 2006, havia 1.7718 (25%) pacientes diabéticos em diálise no Brasil, já nos Estados Unidos da América, 40% dos pacientes da diálise tinham o diagnóstico de nefropatia diabética [20].

Caracterização dos pacientes que submetem ao tratamento hemodialítico quanto ao sexo, idade e procedência

A Tabela I caracteriza os pacientes participantes do estudo quanto ao sexo e à cidade de procedência.

Tabela I - Sexo e procedência dos pacientes diabéticos do tipo 2 que se submeteram ao tratamento hemodialítico no Hospital do Rim de Montes Claros/MG no 2º semestre de 2010.

| | Variável | N | % |
|-------------|----------------------|----|------|
| Sexo | Masculino | 20 | 51,3 |
| | Feminino | 19 | 48,7 |
| Total | | 39 | 100 |
| Procedência | Barroco/MG | 01 | 2,6 |
| | Bocaiúva/MG | 02 | 5,1 |
| | Juramento/MG | 01 | 2,6 |
| | Montes Claros/MG | 34 | 87,1 |
| | São João da Ponte/MG | 01 | 2,6 |
| Total | | 39 | 100 |

Fonte: Coleta de dados, 2010.

Resultando em uma diferença mínima, percebe-se que há uma superioridade masculina. Relacionando ao gênero, Bilous [21] revela que o DM2 afeta mais as mulheres do que homens, devido à expectativa de vida ser menor no sexo masculino comparado com o feminino.

Observa-se que a procedência dos pacientes, em maior parcela, encontra-se em Montes Claros/MG, onde se situa o Hospital do Rim, e o restante com porcentagem expressivamente menores são de municípios próximos situados ao Norte de Minas Gerais, conforme a tabela acima.

A Tabela II mostra a idade dos pacientes diabéticos do tipo 2, que se submeteram ao tratamento hemodialítico no Hospital do Rim de Montes Claros/MG.

Tabela II - Idade dos pacientes diabéticos do tipo II, que submeteram ao tratamento hemodialítico no Hospital do Rim de Montes Claros/MG no 2º semestre de 2010.

| | Variável | N | % |
|-------|----------|----|-------|
| Idade | 30-50 | 07 | 17,95 |
| | 50-70 | 22 | 56,4 |
| | 70-90 | 10 | 25,65 |
| Total | | 39 | 100 |

Fonte: Coleta de dados, 2010.

A média de idade encontrada foi de 58 anos, variando de 31 a 81 anos, estando próxima a média encontrada em estudo realizado pelo Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia [22].

Em outro estudo, a média de idade dos pacientes diabéticos nefropatas foi de 54,5 anos, sendo maior que a idade de outros portadores de doenças renais [23].

Com o aumento na expectativa de vida da população, o DM2 tende a ser mais frequente com o passar dos anos [24]. Segundo esse estudo, 25% dos pacientes tinham idade superior a 65 anos de idade e essa proporção deve aumentar simultaneamente com o aumento na expectativa de vida [24].

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes [6], a incidência de DM2 é maior após os 40 anos. Corroborando, outro estudo revelou que o DM2 é mais comum na população idosa [20].

Caracterização dos pacientes que se submetem ao tratamento hemodialítico quanto ao tempo de tratamento hemodialítico e co-morbidades

A Tabela III apresenta o tempo de tratamento hemodialítico dos pacientes com DM2.

Tabela III - Tempo de tratamento hemodialítico dos pacientes diabéticos do tipo 2, que se submeteram ao tratamento hemodialítico no Hospital do Rim de Montes Claros M/G no 2º semestre de 2010.

| Variável | N | % |
|-----------------------------|----|-------|
| Tempo de Hemodiálise (anos) | | |
| 0-2 | 18 | 46,15 |
| 2-4 | 12 | 30,75 |
| 4-6 | 05 | 12,8 |
| 6-8 | 03 | 7,7 |
| 8-10 | 00 | 0,0 |
| 10-12 | 01 | 2,6 |
| Total | 39 | 100 |

Fonte: Coleta de dados, 2010.

Nos resultados obtidos sobre o tempo de tratamento hemodialítico, apenas um paciente estava na faixa de 10 a 12 anos de tratamento. A sobrevida média dos pacientes portadores de nefropatia diabética é de 26 meses [19].

O DM2 manifesta-se após os trinta anos, e é caracterizado por não depender da insulina exógena para seu controle. O acúmulo de glicogênio durante certo tempo no sistema urinário, mais específico no epitélio das alças de henle e da porção terminal do tubo proximal, ocasiona a necrose glicogênica,

que é muito frequente em diabetes não tratado ou tratado insuficientemente. Os pacientes falecem após terem tido glicosúria abundante durante certo tempo, sendo mais comum pielonefrite e necrose das papilas em diabéticos [25,26].

Autores descrevem que no DM2 o declínio da função renal é mais variável pelo fato de não determinar exato o início do diabetes e da existência de co-morbidades e, portanto, deve excluir, primeiramente, outras causas de patologia renal [27].

A última variável analisada foi possíveis co-morbidades apresentadas pelos indivíduos diabéticos tipo 2 em tratamento hemodialítico (Tabela IV).

Tabela IV - Co-morbidades dos pacientes diabéticos do tipo 2, que se submeteram ao tratamento hemodialítico no Hospital do Rim de Montes Claros/MG no 2º semestre de 2010.

| Variável | N | % |
|-------------------------|----|-------|
| Co-morbidades | | |
| Doenças Críticas do Rim | 01 | 4,35 |
| Glomerulonefrite | 01 | 4,35 |
| Lúpus Eritematoso | 01 | 4,35 |
| Nefrosclerose | 20 | 86,95 |
| Total | 23 | 100 |

Fonte: Coleta de dados, 2010.

Dentre os indivíduos em tratamento hemodialítico, 23 (58,97%) apresentaram co-morbidades, sendo a nefrosclerose hipertensiva a co-morbidade que ganhou maior destaque, com 20 pacientes, equivalendo a 86,95% da população do estudo.

Destaca-se que o acometimento por essa doença é um fator para potencialização dos danos aos rins. Pesquisas mostram que a hipertensão arterial sistêmica ocorreu associada ao DM2 em 71% dos pacientes acompanhados, seguida de Nefrosclerose Hipertensiva (34,6%) e Glomerulonefrite Crônica (13,75%) [28].

Segundo Lanhez [29], o paciente portador de DM2 tem múltiplos tipos de doença renal: bacteriúria assintomática, pielonefrite; é mais sensível a nefrotoxicidade por contraste, devido à neuropatia tipo autonômico; tem maior incidência de aterosclerose, levando a nefrosclerose, nefropatia isquêmica e doença embólica aterosclerótica; possui a doença característica do diabetes que é a glomerulosclerose difusa e a nodular, e maior predisposição a outros tipos da glomerulonefrite.

A nefropatia diabética (ND) é uma complicação crônica do DM que acontece em cerca de

35% dos pacientes com DM2, sendo a principal causa de morte neste grupo. A prevalência varia de 10 a 40% e, neste grupo, a principal causa de morte é a doença cardiovascular. A ND está associada a um aumento da mortalidade de 100 vezes em pacientes com DM2 e de cinco vezes nos pacientes com DM do tipo 1, sendo a principal causa de ingresso em programas de diálise em países desenvolvidos [19].

Ressalta-se que pelo fato da nefropatia diabética ser uma complicação crônica microvascular muito frequente, com co-morbidades associadas graves, e por ter prognóstico desfavorável das fases avançadas, o ideal é identificar o envolvimento renal de maneira precoce para se evitar complicações na vida dos pacientes acometidos por tal agravo.

Conclusão

O presente estudo revelou que a prevalência do DM2 foi de 20,7%, sendo 51,3% do sexo masculino e 48,7% do sexo feminino. A média de idade foi de 58 anos, com variação de 31 a 81 anos. 87,1% residiam em Montes Claros e 58,97% apresentaram co-morbidades, sendo a nefrosclerose hipertensiva (86,95%), glomerulonefrite (4,35%), lúpus eritematoso (4,35%) e doenças críticas do rim (4,35%) as mais frequentes.

A análise da prevalência do DM2 condiz com a literatura. Ele tem uma prevalência acentuada em pacientes que se submetem ao tratamento hemodialítico, considerando a prevenção da nefropatia diabética ser possível e a detecção precoce ser importante para intervir significativamente nos fatores de risco modificáveis no curso da doença.

Tendo em vista os fatores de risco, como a hipertensão arterial, a nefrosclerose deve ser rigorosamente considerada como um fator importante na morbidade dos indivíduos, uma vez que os indivíduos portadores da nefrosclerose hipertensiva representaram 56,41% dos indivíduos diabéticos tipo 2 pesquisados.

Para tanto, necessita-se abranger o universo de indivíduos analisados, bem como estas patologias pesquisadas, considerando que os fatores de risco estão cada vez mais presentes na sociedade, necessitando de estratégias com ênfase na promoção de ações de prevenção primária, secundária e terciária para retardar o desenvolvimento da nefropatia diabética e aumentar a qualidade de vida dos pacientes.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica - nº16 serie A. Diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Smeltzer SC, Bare BG. Histórico e tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus. In: Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 34-43.
3. Guyton AC. Fisiologia Humana. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988. 564 p.
4. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia - SBEM. Diabetes Mellitus: Classificação e Diagnostico (online). 2004. [citado 2010 Abril 21]. Disponível em: URL: http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/06-Diabetes-c.pdf.
5. Rull J. Diabetes Mellitus complicações crônicas. 1º ed. Cidade do México: Interamericana México; 1992. 233 p.
6. Sociedade Brasileira de Diabetes - SBD. (online) 2010. [citado 2010 Jul 12]. Disponível em: UL: <http://www.diabetes.org.br>
7. Caixeta CC. As relações familiares e o processo de adoecimento em diabetes tipo II [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
8. Cukier R. Nefropatia diabética. In: Vaisman M, Tendrich M. Diabetes mellitus na prática clínica. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1994. p. 150-9.
9. Costanso LS. Fisiologia renal. In: Costanso LS. Fisiologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004. p.323.
10. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes. Diabetes Care 2004;27:1047-53.
11. Kramer CK, Leitão CB, Pinto LC, Silveiro SP, Gross JL, Canani LH. Clinical and laboratory profile of patients with type 2 diabetes mellitus with low glomerular filtration rate and normoalbuminuria. Diabetes Care 2007;30(8):1998-2000.
12. Moraes CA, Concligno PRC, Sacchetti JCL. Nefropatia diabética. Ensaios e Ciências 2009;13(1):133-43.
13. Murussi M, Murussi N, Campagnolo N, Silveiro SP. Detecção precoce da nefropatia diabética. Arq Bras Endocrinol Metab 2008;52(3):442-51.
14. Gross JL, Silveiro SP, Canani LH, Friedman R, Leitão CB, de Azevedo MJ. Diabetic nephropathy and cardiac disease. Arq Bras Endocrinol Metabol 2007;5:244-56.
15. Adler AI, Stevens RJ, Manley SE, Bilous RW, Cull CA, Holman RR. Development and progression of nephropathy in type 2 diabetes: The United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS 64). Kidney Int 2003;63:225-32.
16. Go AS, Cherlow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu C. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. N Engl J Med 2004;351:1296-305.
17. Murussi M, Campagnolo N, Beck Mo, Gross JL, Silveiro SP. High-normal levels of albumin predict development of microand macroalbuminuria and increased mortality in Brazilian type 2 diabetes mellitus patients: an 8-year follow-up study. Diabet Med 2007;24:1136-42.

18. Leopardi MT. Metodologia da pesquisa na saúde. Santa Maria: Pallotti; 2001. p. 120.
19. Duarte SV, Furtado MSV. Manual para elaboração de monografias e projetos de pesquisas. 3ª ed. Montes Claros: Unimontes; 2002. 219 p.
20. Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidro-eletrolíticos. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. 1033p.
21. Gordan P, Sesso R. Dados disponíveis sobre a doença renal crônica no Brasil. J Bras Nefrol 2007;29(1):9-12.
22. Bilous RW. Guia da Saúde Familiar: Diabetes. 1ª ed. Cajamar: Três AS; 2001. 94p.
23. Censo Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) (online) 2006. Disponível em URL: <http://www.sbn.org.br/>.
24. Ávila R, Guerra EMM, Rodrigues CIS, Fernandes FA, Cadaval RAM, Almeida FA. Sobrevida de pacientes renais crônicos em diálise peritoneal e hemodiálise. J Bras Nefrol 1999;21(1):13-21.
25. Damasceno MMC, Loureiro MFF, Silva LF. Ser diabético e nefropata em tratamento hemodialítico: a compreensão. Revista Baiana de Enfermagem 2001;14(1).
26. Antão CF, Caldeira J, Gallego R. Complicações renais da diabetes mellitus. Revista Portuguesa de Clínica Geral, Lisboa, 2007;23(5):615-26.
27. Filho GB. Bogliolo Patologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. 1472 p.
28. Antero DC, Antero MAJ, Junkes AS, Lufchitz C, Tenroller S, Silva MA. Nefropatia diabética nas unidades de diálise da região sul de Santa Catarina: perfil clínico-epidemiológico. ACM Arq Catarin Med 2008;37(1):70-5.
29. Lanhez LE. Tratamento Conservador na IRC - Aplicações clínicas dos cetoácidos. Revista Virtual de Medicina 1999;1(5).

Relato de experiência

Promoção da saúde para inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Centro Sul Fluminense: a intersectorialidade na gestão pública municipal

Wiliam César Alves Machado, D.Sc.* , Nébia Maria Almeida de Figueiredo, D.Sc.** , Teresa Tonini, D.Sc.*** ,
Renata Ferreira Barros**** , Queila Galdino*****

Enfermeiro, Orientador Acadêmico no Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Secretário Municipal do Idoso e da Pessoa com Deficiência de Três Rios/RJ, **Enfermeira, Professora Titular do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Professora e Orientadora nos Programas de Pós-Graduação – Mestrado e Doutorado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO, *Enfermeira, Professora, Orientadora Acadêmica e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO, **** Enfermeira do Planeta Vida – Unidade de Reabilitação do Idoso e da Pessoa com Deficiência, Secretaria Municipal do Idoso e da Pessoa com Deficiência de Três Rios/RJ, ***** Enfermeira do Centro Dia para Idosos, Secretaria Municipal do Idoso e da Pessoa com Deficiência de Três Rios/RJ*

Resumo

Partindo do pressuposto que idosos e pessoas com deficiência enfrentam diversas barreiras para acesso aos serviços públicos na área de saúde, educação, esporte, lazer, etc., a construção de unidades de atendimentos intersectoriais, em nossos dias, constitui-se medida política fundamental para a consolidação da universalidade, integralidade e plena inclusão social dessas pessoas. Para que isto possa ser referendado a partir de bases científicas, os autores deste artigo compartilham a experiência do Projeto Planeta Vida de Três Rios/RJ, iniciativa pioneira no âmbito da gestão pública municipal com enfoque na intersectorialidade que caracteriza e diferencia os atendimentos prestados aos seus usuários idosos e pessoas com deficiência. Unidade de Reabilitação Física Nível Intermediário, registrada no Conselho Nacional de Entidades de Saúde, oferece também leque variado de serviços e atendimentos profissionais, com vistas no resgate da cidadania com autonomia funcional para que seus usuários possam assumir o autocuidado e habilidades para as atividades da vida diária. Para demonstrar seus resultados e impacto social foi realizada análise quantitativa e descritiva dos serviços prestados no período de janeiro a dezembro de 2010, em atividades focadas na promoção da saúde, prevenção de doenças, reabilitação, habilitação para retorno ao mercado de trabalho e reinserção social de membros desses 2 segmentos da sociedade.

Palavras-chave: idoso, pessoa com deficiência, promoção da saúde, programa de reabilitação, cuidadores.

Artigo recebido em 25 de outubro de 2011; aceito em 8 de dezembro de 2011.

Endereço para correspondência: Wiliam Alves Machado, Rua Silva Jardim, 5, Centro 25805-160 Três Rios RJ, E-mail: wilmachado@uol.com.br, ttonini@terra.com.br, rferreirabarros@hotmail.com, queilatr@hotmail.com

Abstract

Health promotion for elderly and disabled people in South Central Fluminense: the intersectoriality in municipal public-policy management

Assuming that elderly and disabled people face many barriers to get to public services like health care, education, sports, leisure, etc... building intersectorial care units nowadays, constitutes a central policy subject towards universality consolidation, integrality and full social inclusion of these people. For this to be approved from a scientific perspective, the authors of this study shared the experience of the project *Projeto Planeta Vida de Três Rios/RJ-Brazil*, a pioneer initiative in municipal public management that emphasizes the intersectoriality which features and distinguishes the care provided to elderly and disabled people. Intermediate Physical Rehabilitation Unit, registered in the National Council of Health Entities, also offers a wide range of services and care professionals to rescue citizenship with functional autonomy, so the users can assume their self-care and acquire skills for daily living. To show their results and social impact, a quantitative and descriptive analysis on the service provided was conducted between January and December 2010, activities focused on health promotion, disease prevention, rehabilitation, work qualification to get back in the marketplace and social reintegration of members of these 2 segments of society.

Key-words: elderly, disabled people, health promotion, rehabilitation program, caregivers.

Resumen

Promoción de la salud para la inclusión de las personas mayores y discapacitados en Centro del sur en Río de Janeiro: la intersectorialidad en la Administración Pública Municipal

Asumiendo que las personas mayores y las personas con discapacidad se enfrentan a muchas barreras para el acceso a los servicios públicos en salud, educación, deportes, ocio, etc... la construcción de la unidad de cuidados intersectoriales hoy día, constituye una medida política importante para la consolidación de la universidad, integridad y la plena inclusión social de las personas. Para que esto sea aprobado científicamente los autores del trabajo comparten la experiencia del proyecto Planeta Vida de Três Rios/RJ-Brasil, iniciativa pionera en la gestión pública municipal centrándose en el trabajo intersectorial que caracteriza y diferencia la atención a sus usuarios de edad avanzada y personas con discapacidad. Unidad de Rehabilitación Física de Nivel Intermedio, registrado en el Consejo Nacional de Autoridades de Salud, también ofrece una amplia gama de servicios y asistencias de profesionales, con el fin de promover la ciudadanía, con autonomía funcional para que sus usuarios puedan asumir el cuidado personal y adquieran habilidades para las actividades de la vida diaria. Para demostrar sus resultados y el impacto social se llevó a cabo análisis cuantitativo y descriptivo de los servicios prestados desde enero hasta diciembre de 2010, en actividades centradas en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, la rehabilitación, capacitación para volver al mercado de trabajo y la reintegración social de los miembros de estos dos segmentos de la sociedad.

Palabras-clave: ancianos, personas con discapacidad, promoción de la salud, programa de rehabilitación, cuidadores.

Introdução

É notória a tendência global de descentralização das políticas sociais e, conseqüentemente, de descentralização e municipalização de recursos e programas. No Brasil, o processo de descentralização, iniciado nos anos 1980, tem uma estreita relação com os processos de democratização política. Essa descentralização política oferece perspectivas interessantes. Uma das vantagens é o fato de que as políticas locais podem integrar os diferentes setores e articular os diversos atores. Outro aspecto refere-se ao papel desempenhado pelas autoridades locais, ou gestores sociais, que passam a ter uma importante função na

definição de políticas e na execução de programas que beneficiam a população da cidade [1].

Nesse aspecto, destaca-se o Planeta Vida, espaço inclusivo que exprime sintonia de gestores públicos municipais da região Centro Sul Fluminense, despontando cenário de oportunidades diversificadas focadas no atendimento das necessidades dos idosos e pessoas com deficiência (PcD) da cidade. Conjuntura de pioneira articulação intersectorial entre as Secretarias Municipais do Idoso e da Pessoa com Deficiência, Esportes e Lazer, Saúde e Defesa Civil, e Educação, de Três Rios/RJ, convergindo esforços voltados para assegurar a membros desses dois segmentos o melhor em termos de inclusão social [2].

A esse respeito, reitera-se que o fenômeno do envelhecimento no Brasil encontra-se em processo de expansão. A esperança de vida ao nascer mais que dobrou do início do século XX, quando era de 33 anos de idade, para o início do século XXI, quando já passa dos 72 anos [3]. O número de idosos em todo o mundo deve chegar a cerca de 1,2 bilhões, em 2025, e representar 12% da população dos países em desenvolvimento [4], sinalizando para que medidas sejam adotadas por conta dos gestores públicos municipais. Afinal, constituem segmento político mais próximo da realidade e demandas sociais.

No caso do Planeta Vida, é importante pontuar que quem de fora esteja não imagina a dimensão e implicações progressivas de aparentes pequenas mudanças funcionais conquistadas por idoso sequelado pós-acidente vascular cerebral (AVC). O que representa para pais, familiares e pessoas significativas de criança com síndrome de Down, o tímido pronunciar de suas primeiras palavras, seu caminhar diferente, seu sorriso envolvente; a criança surda que começa a compreender nuances não verbais e a se comunicar através dos gestos pela Língua de Sinais Brasileira (LIBRAS), descortinando horizontes para leitura, escrita e alfabetização; entre tantas outras respostas que nos sinalizam estarmos adotando estratégias terapêuticas e educacionais adequadas [5].

Nesse ritmo de seriedade e compromisso com os usuários da unidade, vale destacar que a implementação de políticas sociais com enfoque intersetorial implica na superação de políticas fragmentadas e o privilégio dado a projetos articulados, com o compartilhamento de informações e permeáveis à participação do cidadão, tanto no planejamento quanto na avaliação de ações e serviços [1].

Basta interagir com algumas das cerca de 700 pessoas que circulam diariamente na unidade, disposto a ouvir o que cada uma tem a relatar sobre motivos que as levam ao Planeta Vida para se constatar leque variado de justificativas. Os depoimentos são taxativos, profundos, emanam do coração. Por vezes repletos de satisfação [6] e outros meio indignados por não conseguir integrar ou realizar o que pleiteiam, coadunam uníssonos em defesa da relevância de projetos similares.

É que a demanda sempre supera a capacidade de oferta, quando se trata da lógica dos serviços públicos. Nesse aspecto, há que se consolidarem políticas públicas que primem por mais investimentos, capazes de abranger maior contingente de usuários das diversas faixas de renda, em particular,

aqueles sem menor condição social de atendimentos similares no setor privado [7].

Imperativo considerar que a finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [8] é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

A propósito do envelhecimento ativo, consoante com a filosofia adotada no Planeta Vida, é importante enfatizar que o recente protagonismo da população mais velha parece constituir para diversos autores um indicador da passagem de concepções obscurantistas sobre o envelhecimento e a velhice para uma suposta nova era do envelhecimento capaz de evocar imagens específicas de vitalidade, atividade e empreendedorismo. A emergência dessa nova era é explicada através de três fatores: representatividade da população idosa, resultante do envelhecimento populacional; as novas oportunidades de vida, resultantes das novas tecnologias da comunicação e; uma melhoria significativa da situação econômica desse segmento populacional [9].

Inclusão do idoso e da pessoa com deficiência: perspectivas em construção

O tema idade deve ser contextualizado e relacionado com princípios de organização social e cultural, tais como a noção de pessoa, de tempo, gênero, morte, curso de vida. Tal esforço permite desvelar os principais debates culturais sobre a velhice. Esses debates não podem ser vistos como práticas classificatórias, porque o discurso sobre a velhice tem operado como um enquadramento para que certos temas, conflitos e tensões do mundo social se possam desenrolar [9].

O envelhecimento populacional brasileiro vem ocorrendo, rapidamente, desde 1960, quando as taxas de fecundidade e mortalidade começaram a decair, resultando num crescimento da população com 60 anos ou mais. Trata-se de um fenômeno complexo que resulta em mudanças no perfil epidemiológico onde predominam as doenças crônicas não transmissíveis que podem ou não limitar e comprometer a capacidade funcional e a qualidade de vida do idoso culminando em modificações marcantes nos sistemas de cuidados, sejam eles formais ou informais [10,11].

Pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [12] demonstram que o índice de idosos no Brasil deve alcançar 13% em 2020 e 20% em 2050. Diante dessas mudanças demográficas e epidemiológicas, ainda são poucas as respostas do sistema de saúde e de outras políticas setoriais que visem à saúde e ao bem-estar social do idoso e dos seus responsáveis. Dado que a responsabilidade da prestação do cuidado ao idoso pertence à esfera familiar, que cumpre sua norma social ao fazê-lo, a criação do atendimento domiciliário, uma modalidade de assistência capaz de oferecer cuidados ao indivíduo na realidade na qual ele está inserido considerando seus potenciais e suas limitações, foi adotada [11].

Com a implementação do Programa Saúde da Família (PSF) na Atenção Básica (AB), os cuidados domiciliários de saúde tornaram-se parte integrante das ações em saúde nesse nível de atenção. O cadastramento das famílias feito pelos agentes comunitários de saúde levou-os aos domicílios de usuários e tornou visíveis as necessidades de saúde de pacientes com perdas funcionais e dependência, antes confinados em seus lares, e de seus cuidadores [13].

Sabe-se que essa modalidade diminui os custos da atenção para a família e para o Estado, reduz o risco de infecções, emprega mais racionalmente os leitos e os recursos hospitalares, além de estimular uma relação profissional de saúde-paciente mais humanizada [14]. O atendimento domiciliário tem como base a orientação, a informação e o apoio de profissionais especializados em saúde do idoso, sendo dependente do suporte do cuidador para seu bom funcionamento, pois será ele o responsável pela gestão dos cuidados de que o paciente necessita, além de representar a comunicação entre a equipe multiprofissional e o cliente [15].

Por outro lado, ao longo da história das civilizações ocidentais, a atitude das sociedades complexas frente aos indivíduos deficientes vem se transformando. Originalmente destinados à segregação explícita através do extermínio ou do confinamento, o que se tem, na contemporaneidade, são posturas que se alternam e tensionam-se simultaneamente entre o assistencialismo de cunho paternalista e o investimento nas potencialidades dessas pessoas através da educação e da reabilitação. É neste *continuum* de demandas mais atuais que se inscreve a questão dos direitos dos deficientes [16].

Com histórico marcado pela segregação social, pessoas com deficiência sobreviveram as mais

absurdas formas de rejeição como seres humanos de direitos, tudo sob pretextos tanto de políticas públicas quanto de constatações científicas, imposições que arrastavam seus familiares e pessoas significativas para imenso vórtice de sofrimento, dor e desesperança.

Uma retrospectiva histórica revela que a expressão *exclusão social* pertence à perspectiva própria da tradição francesa [9] na análise de pessoas e grupos desfavorecidos. Uma das principais referências nesta matéria define *exclusão social* como a fase extrema do processo de marginalização, entendido esse como um percurso descendente, ao longo do qual se verificam sucessivas rupturas na relação do indivíduo com a sociedade.

A propósito da perseguição de grupos desfavorecidos, cabe lembrar que antes de os nazistas assumirem o poder já se discutia tanto na Alemanha quanto em outros países europeus a possibilidade de eliminação de indivíduos incapacitados, tendo como argumento, além da justificação oferecida pelas teorias científicas da época, a redução de custos do Estado com a manutenção de deficientes físicos e mentais. Nesse sentido, a partir de 1938, todos os nascimentos de crianças com deformações ou problemas mentais passaram a ser comunicados compulsoriamente [17].

Passados tempos de guerra, em particular, nestas últimas décadas, pessoas com deficiência conquistaram espaço antes inexistente na sociedade, nas políticas públicas, na geografia urbana, no mercado de trabalho e na mídia. De fato, para quem participou diretamente no processo as conquistas são visíveis, notáveis, mas sob muitos aspectos possuem caráter de mera concessão feita a um grupo minoritário, muito mais do que de cidadania. Em todos os segmentos sociais, por onde deveriam transitar livremente pessoas com diferença funcional, ainda persistem barreiras visíveis e preconceito, no mínimo, velado. Isso inclui os campos da saúde, educação, mercado de trabalho, turismo e lazer, transporte e equipamentos públicos [18].

Atualmente, a prática da inclusão social é discutida em âmbito nacional e parte do princípio de que, para inserir todas as pessoas, a sociedade deve ser capaz de atender às demandas de todos seus membros. Neste sentido, também não pode admitir qualquer tipo de preconceito, discriminação, barreira social, cultural e pessoal. Cabe-lhe possibilitar o acesso aos serviços públicos, bens culturais e produtos decorrentes dos avanços social,

político, econômico e tecnológico da sociedade [19]. Organismos internacionais como a ONU, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) e a Rehabilitation International estão empenhados em eliminar todas as formas de discriminação ainda existentes em diversos países e alcançar uma sociedade realmente justa e igualitária [18].

Na dinâmica do Planeta Vida, nada fazemos além de nos nortear pelo delimitado na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [8], na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência [20], no Estatuto do Idoso [21], e nas resoluções da Convenção das Nações Unidas sobre Direitos da Pessoa com Deficiência [22], buscando ofertar elementos da competência exclusiva do gestor público municipal. Nosso diferencial, de fato, está na forma solidária, fraterna, empática, humanitária, de interagir com usuários dos programas, serviços e atendimentos prestados na conjuntura da Secretaria do Idoso e da PcD [5].

Objetivo

Apresentar a experiência do Projeto Planeta Vida de Três Rios/RJ, iniciativa pioneira no âmbito da gestão pública municipal com enfoque na intersectorialidade que caracteriza e diferencia os atendimentos prestados aos seus usuários idosos e pessoas com deficiência.

Material e métodos

Este relato de experiência emerge da percepção do quanto relevante pode ser o compartilhamento de iniciativas frutíferas no âmbito da gestão pública municipal, transformando vidas de pessoas e grupos sociais, tradicionalmente excluídos dos programas oficiais. Localizada na cidade de Três Rios, Região Centro Sul Fluminense, a unidade Planeta Vida funciona de 7:00 as 20:00 horas, de segunda a sexta-feira, atendendo idosos e pessoas com deficiência usuários e regularmente inscritos em programa de reabilitação, educação especial e inclusão social, disponíveis na unidade.

Para tanto, o estudo foi dividido em duas partes, a saber: uma revisão de literatura sobre programas de reabilitação, promoção da saúde, saúde do idoso e da pessoa com deficiência, além de aspectos relacionados as políticas públicas e inclusão social dessas pessoas; seguindo munido de tal fundamen-

tação teórico-conceitual, partiu-se para discussão dos demonstrativos numéricos dos serviços e atendimentos profissionais de diversas áreas prestados na unidade, demarcados pelo período de janeiro a dezembro de 2010.

Na primeira etapa, foram trabalhadas bases de dados disponíveis online, consultados através da Biblioteca Virtual em Saúde (www.bireme.br): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature and Retrieval System On-Line (MEDLINE), buscando artigos publicados entre 2004 e 2011. Utilizaram-se os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), bem como suas versões em inglês: *idoso, pessoa com deficiência, promoção da saúde, programa de reabilitação, cuidadores*. Os artigos com potencial adequação para este relato de experiência foram selecionados a partir da leitura do resumo de cerca de 120 encontrados, sendo definidos 26 como mais afins ao tema aqui abordado, embora nem todos tenham sido citados por questões de limitação de espaço.

Resultados

Apresentação e discussão dos indicadores da unidade.

Quadro 1 - Total de atendimentos no período de janeiro/dezembro 2010.

| Procedimentos | TOTAL |
|---------------------------|-------|
| Yoga | 1384 |
| Passé livre | 1096 |
| Cuidador de idoso | 374 |
| Libras (língua de sinais) | 329 |
| Protetização | 134 |
| Enfermagem | 7731 |
| Enfermagem domiciliar | 19 |
| Audiometria | 1915 |
| Fisioterapia | 23711 |
| Fisioterapia domiciliar | 56 |
| Acupuntura | 473 |
| Fonoaudiologia | 4836 |
| Ginástica artística | 7474 |
| Hidroginástica | 889 |
| Hidroterapia | 1742 |
| Inclusão digital | 1913 |
| Médico geriatra | 997 |
| Ministério público | 2363 |
| Musculação | 16189 |
| Nutricionista | 550 |
| Odontologia | 8728 |

| | |
|-------------------|--------|
| Psicologia | 5209 |
| Prótese/amputados | 11 |
| Ginástica | 4082 |
| Transporte | 1173 |
| Total Geral | 93.378 |

Fonte: Secretaria Municipal do Idoso e da PcD – Três Rios/RJ.

Discussão

Como pode ser observado pela tabela acima, o leque diversificado de serviços disponíveis aos idosos e pessoas com deficiência usuárias do Planeta Vida torna possível expressivas mudanças no cotidiano e promovem a saúde de cidadãos e cidadãs desses dois segmentos da sociedade na cidade de Três Rios, na Região Centro Sul Fluminense. Interessante destacar que adoção de programas com enfoques transdisciplinares, nos quais o usuário recebe atendimento, avaliação e acompanhamento de diversos profissionais, ainda que de áreas de conhecimento distintas, resultam em ganhos substantivamente favoráveis ao bem estar dos usuários da unidade, inclusive, com abertura de novas perspectivas para intervenções da equipe.

É o que se constata com registros de 1.384 usuários frequentando sessões de yoga, associadas aos 473 atendidos em sessões de acupuntura, aos 1.742 beneficiários da hidroterapia para grupos com problemas de coluna, aos 889 atendimentos na hidroginástica, com os 16.189 procedimentos de musculação e os 4.082 usuários na musculação, trabalhando melhoria no condicionamento físico e alinhamento postural, por exemplo. Equilíbrio com alinhamento postural que idosos aprimoram com o que observam na evolução de seus netos e bisnetos que frequentam as 7.4747 aulas de ginástica artística. Investidas que envolvem profissionais de saúde, educação, esporte e lazer, imbuídos do desafio de transpor o paradigma estabelecido por acreditar que o melhor caminho é investir na promoção da saúde [23], com plena inclusão social.

Soma-se a isso os 23.711 atendimentos de fisioterapia, majoritários na unidade de reabilitação; as 7.731 consultas, avaliações e acompanhamentos de enfermagem, visando o autocuidado [23] e autonomia [14] para atividades cotidianas; os 4.836 atendimentos de fonoaudiologia; as 550 consultas de nutrição; as 997 consultas médicas em geriatria; as 5.209 consultas de psicologia; os 8.728 atendimentos de odontologia; todos contribuindo no campo da atenção básica de saúde e reabilitação de

idosos e pessoas com deficiência usuárias do Planeta Vida. Os atendimentos na área de reabilitação são projetados na comunidade, haja vista os 56 usuários beneficiados com fisioterapia domiciliar e os 19 que receberam atendimentos de enfermagem em seus domicílios.

No campo da inclusão social destacam-se 1.915 exames de audiometria para crianças da rede pública municipal de educação, com vistas na identificação diagnóstica de problemas auditivos que comprometem o aprendizado. Preocupação com a formação profissional fica evidente com o registro de 374 horas/aulas ministradas no curso para cuidadores de idosos, além das 329 horas dedicadas ao ensino da Língua de Sinais Brasileira (Libras). Da mesma forma destacáveis 1.913 atendimentos prestados na inclusão digital para idosos e PcD, efetivamente, encurtando caminhos para inclusão dessas pessoas no mercado de trabalho e facilitando acesso ao conhecimento veiculado pelo ciberespaço.

Finalmente, destacam-se os 2.363 encaminhamentos do nosso setor de serviço social para o Ministério Público, em termos de ocorrências relacionadas aos maus tratos de idosos e pessoas com deficiência. Intervenções diagnósticas sociais que contribuem para o indiciamento de familiares, vizinhos e demais pessoas que exerçam maus tratos para com seus semelhantes vulneráveis aos abusos de autoridade.

Conclusão

A proposta de criação e implementação do Planeta Vida remete a preocupação dos gestores públicos municipais em tornar acessível a sistemática oferta de programas inclusivos para idosos e pessoas com deficiência, na cidade de Três Rios/RJ. Demonstra que a instituição de programas voltados para promoção da saúde e inclusão social das pessoas reduzem sobremaneira gastos públicos com internações hospitalares e tratamentos de média e grande complexidades.

Maiores ganhos são creditados aos benefícios que os serviços e programas do Planeta Vida causam na vida de idosos e pessoas com deficiência, o que nos faz perceber que podemos transformar a vida das pessoas com iniciativas e adoção de políticas públicas na esfera municipal, lócus onde esses cidadãos e cidadãs vivem e buscam por serviços de qualidade diferenciada.

Ademais, a compreensão de que nenhuma categoria profissional é suficientemente capaz de suprir todas as demandas e necessidades da sociedade, uma vez que essas constituem questões com implicações de diversas ordens e requerem a intervenção de várias esferas profissionais em áreas de conhecimento distintas, revela que a intersectorialidade se impõe imprescindível em nossos dias.

Referências

- Mendes R, Bogus CM, Akerman M. Agendas urbanas intersectoriais em quatro cidades de São Paulo. *Saúde Soc* 2004;13(1):47-55.
- Machado WCA. Planeta Vida: Prosperidade em espaço inclusivo para idosos e pessoas com deficiência. *Caderno Técnico & Científico Medicina de Reabilitação. Revista Nacional de Reabilitação* 2009;(5):2-3.
- Joa LC, Ruiz T, Donalísio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev Saúde Pública* 2007;41(1):131-38.
- Melo VL, Cunha JO, Fablo Neto GH. Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2006;6(suppl.1):43-48.
- Machado WCA. Gestão Pública Municipal, Inclusão e Promoção da Saúde do Idoso e da Pessoa com Deficiência. *Entre-Rios Jornal*. 2011 junho 2; Coluna Sírius. 1º Caderno.
- Fageström L, Gustafson G, Jakobson G, Johanson S, Vartiainen P. Sense of security among people aged 65 and 75: external and inner sources of security. *J Adv Nurs* 2011; 67(6): 1305-16.
- Machado WCA. O novo espaço inclusivo visa atender necessidades de saúde e inclusão social das pessoas com deficiência. *Caderno Técnico & Científico Medicina de Reabilitação. Revista Nacional de Reabilitação* 2009;(2):6-7.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Laranjeira CA. "Velhos são os Trapos": do positivismo clássico à nova era. *Saude Soc* 2010;19(4):763-70.
- Oliveira DC, Carvalho GSF, Stella F, Higa CMH, D'Elboux MJ. Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial. *Texto Contexto - Enferm* 2011;20(2):234-240.
- Ferreira CG, Alexandre TS, Lemos ND. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliar. *Saúde Soc* 2011;20(2):398-409.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Características Gerais da População. Resultados da Amostra. Brasília: IBGE; 2001.
- Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto Contexto Enfermagem* 2008;17(2):266-72.
- Machado WCA, Scramin AP. (In)dependência funcional na dependente relação de homens tetraplégicos com seus (in)substituíveis pais/cuidadores. *Rev Esc Enferm USP* 2010;44(1):53-60.
- Castora-Binkley M, Noelker LS, Ejaz FK, Rose M. Inclusion of caregiver supports and services in home and community-based service programs: recent reports from state units on aging. *J Aging Soc Policy* 2011;23(1):19-33.
- Barros ASS. Discursos e significados sobre as pessoas com deficiências nos livros didáticos de português: limites na comunicação de sentidos e representações acerca da diferença. *Rev Bras Educ Espec* 2007;13(1):61-76.
- Freitas MNC. A inserção de pessoas com deficiência em empresas brasileiras: um estudo sobre as relações entre concepções de deficiência, condições de trabalho e qualidade de vida no trabalho [Tese]. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
- Pereira R. Diversidade funcional: a diferença e o histórico modelo de homem-padrão. *História, Ciências, Saúde* 2009;16(3):715-28.
- Rebouças CBA, Cezário KG, Oliveira PMP, Pagliuca LMF. Pessoa com deficiência física e sensorial: percepção de alunos da graduação em enfermagem. *Acta Paul Enferm* 2011;24(1):80-6.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de saúde da pessoa portadora de deficiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009
- Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003 (BR). Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 3 out. 2003. [citado 2011 set 14]. Disponível em URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm.
- Organização das Nações Unidas (ONU). Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Tradução oficial/Brasil. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência; 2007.
- Silva ACS, Santos I. Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de nola pender. *Texto e Contexto Enfermagem* 2010;19(4):745-53.

Revisão

Cesárea eletiva no Brasil: imposição da autonomia da mulher ou do poder médico?

Caio Eduardo Gullo*, Zaida Aurora Sperli Gerales Soler, D.Sc.***, Eliana Márcia Sotello Cabrera, D.Sc.***, Beatriz Barco Tavares Jontaz Irigoyen, D.Sc.****, Damaris Aparecida Rodrigues*****

*Acadêmico de medicina da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, **Obstetiz, enfermeira, docente da graduação e pós-graduação da FAMERP, Livre-Docente em Enfermagem, área de Enfermagem Obstétrica, ***Médica, docente da graduação e pós-graduação da FAMERP, ****Enfermeira obstetra, docente da graduação e pós-graduação em Enfermagem da FAMERP, *****Enfermeira obstetra, atuante na área de pediatria do Rio Preto, monitora do curso de especialização em Enfermagem obstétrica da FAMERP

Resumo

Introdução: A cesariana é um dos procedimentos cirúrgicos mais executados no Brasil nas últimas décadas. Pesquisas demonstram que a realização da cesárea sem indicação obstétrica ocorre mesmo frente à manifestação de desejo da mulher/família pela via de parto vaginal, o que pode ter como causa, entre outras, a coerção ao parto cirúrgico nas maternidades, onde se criam razões “médicas” que o tornam aceitável. **Objetivo:** Analisar bases bibliográficas sobre as razões de médicos obstetras, gestantes e familiares adotarem a cesárea como principal opção para o nascimento no Brasil. **Métodos:** Estudo de atualização da literatura junto à Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), sobre a questão da cesárea como via de eleição para o parto. **Resultados:** Ficaram destacados: a formação médica mais voltada para a prática cirúrgica; o medo da mulher pela dor no parto normal; a falta de tempo do médico e número insuficiente de enfermeiros obstetras na assistência ao trabalho de parto; a realização da cesárea eletiva por solicitação da mulher, desconsiderando-se o efetivo benefício para mãe e filho e também o receio de um processo jurídico por erro ou omissão de socorro. **Conclusão:** É imperativo buscar consensos baseados em evidências científicas sobre o ciclo gravídico-puerperal, nos aspectos de formação e atuação de médicos e enfermeiros obstetras, visando à atenção humanizada ao nascimento.

Palavras-chave: cesárea, parto humanizado, assistência obstétrica, médico obstetra, nascimento, enfermeiro obstetra.

Abstract

Elective cesarean section in Brazil: an imposition of women's autonomy or of physician power?

Introduction: Cesarean section is one of the most common surgical procedures performed in Brazilian hospitals in the last decades. Some researches highlight women and relatives requests for cesarean sections. Other studies emphasize women expressed desire for a normal childbirth. However, women are often coerced into cesarean section by the creation of a “medical” reason that makes it acceptable. **Objective:** To analyze the literature found in bibliographic databases on the reasons

Artigo recebido em 27 de outubro de 2011; aceito em 2 de dezembro de 2011.

Endereço para correspondência: Caio Eduardo Gullo, Rua Dr. Rubião Meira, 111/32, 15091-160 São José do Rio Preto SP, E-mail: caiogullo@hotmail.com; zaidaaurora@gmail.com, escabrera@famerp.br, bbarco@famerp.br

why obstetricians, pregnant women and their families adopt the cesarean section as primary birth option in Brazil. *Methods:* This study performs an update of the literature found in the Virtual Health Library (BVS) concerning cesarean sections as na elective delivery option. *Results:* We highlight: medical education has been more oriented towards the performance of surgical practices; women fear of pain during normal labor; obstetrician lack of time and the insufficient number of widwives for assistance during labor; the performance of elective cesarean sections upon women requests, disregarding the actual benefits for mother and infant; the fear of lawsuits alleging errors and omission. *Conclusion:* For the humanization of birth assistance, it is imperative to reach consensus on the aspects of training and performance of obstetricians and widwives, based on scientific evidences about the gravidic-puerperal cycle.

Key-words: cesarean section, humanized labor, obstetrical care, obstetrician, birth, midwife.

Resumen

Cesárea electiva en Brasil : imposición de la autonomía de la mujer o del poder médico?

Introducción: La cesárea es uno de procedimientos quirúrgicos más ejecutados en Brasil desde hace décadas. Se destacan em muchas investigaciones tanto la solicitud de cesárea por la mujer y la familia, como la manifestación del deseo por obtener um parto normal. Sin embargo, muchas veces se realiza la cesárea bajo coerción, ya que se crea una razón “médica” que la convierte en aceptable. *Objetivo:* Analizar las bases de datos bibliográficos sobre las razones por las que médicos obstetras, gestantes y familiares adoptan la cesárea como principal opción para el nacimiento en Brasil. *Métodos:* Estudio de actualización de la literatura encontrada en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) sobre la cesárea como vía de elección para el parto. *Resultados:* Se destacaron: la formación médica más direccionada a la práctica quirúrgica; el miedo de la mujer por el dolor en el parto normal; la falta de tiempo del médico y el número insuficiente de enfermeros obstetras en la asistencia durante el trabajo de parto; la realización de la cesárea electiva por solicitud de la mujer, desconsiderándose el beneficio efectivo para madre e hijo; el recelo del médico ante una posible reclamación judicial por error u omisión de socorro. *Conclusión:* Es imperativo buscar consensos basados en evidencias científicas sobre el ciclo gravídico puerperal, en los aspectos de formación y actuación de médicos y enfermeros obstetras, aspirando a la atención humanizada al nacimiento.

Palabras-clave: cesárea, parto humanizado, asistencia obstétrica, médico obstetra, nacimiento, enfermero obstetra.

Introdução

A cesárea como opção da via de parto

A cesárea é um dos procedimentos cirúrgicos mais executados e conhecidos na atualidade. Nos últimos anos, o aumento progressivo nas taxas desta operação configurou-se como um fenômeno mundial, porém sua proporção varia marcadamente entre países, regiões e subpopulações. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como razoáveis taxas de cesárea abaixo dos 20%, valor muito aquém dos índices nacionais, que têm evoluído de forma ascendente, com uma aceleração nos últimos 10 anos [1]. A partir dos anos 80, alguns autores chamaram a atenção para a inexorável tendência de ascensão das cesáreas nas sociedades ocidentais, ficando o Brasil entre os recordistas mundiais na realização deste procedimento cirúrgico de forma eletiva [1,2].

Todo esse desenvolvimento científico e tecnológico foi possibilitado pela criação de uma poderosa indústria de equipamentos médico-hospitalares e de

produtos farmacêuticos. De um lado, tal complexo industrial ajudou o desenvolvimento da medicina, colocando à disposição muitos recursos diagnósticos e terapêuticos, mas, por outro, também foi assumindo o comando das ações médicas no foco da economia de mercado, orientando as ações em saúde muitas vezes de forma distorcida [3,4].

A economia de mercado, alimentando o desejo, a necessidade e a vontade que movem o ser humano, estabelece um padrão universal de heteroregulação [5], relegando a segundo plano a autorregulação consentida tanto pelo médico quanto pela paciente [6].

Muitos fatores apresentam-se relacionados a este fato, porém ainda não se conseguiu uma explicação completa sobre o mesmo. O aprimoramento da técnica cirúrgica e anestésica, a maior oferta de recursos propedêuticos indicando riscos para o feto, o aumento da incidência de gestações em pacientes com cesariana prévia, e os fatores socioculturais relacionados à maior praticidade do parto programado devem ser assinalados. Fica destacado, em debates acadêmicos, publicações e reuniões científicas, o

predominante caráter eletivo das indicações, principalmente em hospitais privados, como uma das principais causas do aumento das taxas de cesariana no Brasil [2, 7-11].

Em países desenvolvidos, contribuem significativamente para o aumento na taxa de cesárea a maior proporção de gestantes com mais de 30 anos de idade; o uso de medicação para tratamento da infertilidade, que resulta em maior número de gestações múltiplas; e o número maior de gestações de alto risco [12]. O aumento da incidência de gestantes adolescentes também constitui um fator importante, pois a adolescente grávida é uma paciente “especial” do ponto de vista biopsicossocial, devendo ser, então, conduzida por uma equipe multidisciplinar, e muitas tem o parto resolvido por cesárea eletiva [13].

Apesar de todo desenvolvimento técnico e científico nas últimas décadas, têm sido relatadas maior morbimortalidade da operação cesariana em relação ao parto vaginal, com risco aumentado para rotura uterina, infecção e morbidade febril puerperal, e entre as exíguas vantagens daquela, uma menor incidência de hemorragia pós-parto [12]. A realização da prova de trabalho de parto em mulheres com uma cesárea anterior constitui uma alternativa segura para a condução dessas mulheres com sucesso para parto vaginal [14]. A ocorrência de cesárea prévia representa fator de risco para descolamento prematuro de placenta [15], acretismo placentário, placenta prévia, abortamento espontâneo, prenhez ectópica e óbito fetal inexplicável [16].

Em função do aumento relevante dos índices de cesárea, muitos estudos vêm sendo realizados para analisar os efeitos desse procedimento sobre os recém-nascidos. As afecções respiratórias recebem especial atenção, devido a sua influência na alta taxa de morbimortalidade nos primeiros momentos da vida extrauterina. Há décadas discute-se o risco de desconforto respiratório neonatal e de taquipneia transitória do recém-nascido como complicações da cesárea eletiva, muitas vezes acompanhadas por anóxia, sangramento e imaturidade, sem ter, necessariamente, conotação etiológica alguma [7,17].

As altas taxas de mortalidade materno-infantil no Brasil, assim como em todos os países em desenvolvimento, são reflexo da maior dificuldade de acesso a serviços de qualidade na assistência à gestação, ao parto e ao puerpério. De acordo com publicação de 2005 do Ministério da Saúde do Brasil, a razão de mortalidade materna oficial do

país foi de 55,8/100.000 nascidos vivos, distribuídas em 53,4 para a região Sudeste, 61,9 para a região Sul e 58,3 para a região Centro-Oeste, constituindo um indicador da qualidade de saúde que é influenciado diretamente pelo grau de desenvolvimento econômico-cultural-tecnológico de um país [18].

Um interessante estudo demonstrou que até a duração da amamentação é afetada pela via de parto. Foram encontrados valores similares entre os nascidos por parto vaginal e cesariano emergencial, porém os nascidos por cesariana eletiva apresentaram um risco três vezes maior de interromper a lactação no primeiro mês de vida, após controle de fatores de confusão [19].

Algumas situações especiais também são amplamente discutidas quanto à preferência por parto via vaginal ou cesárea. Sabe-se que a prematuridade é a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal, tendo incidência variável e etiologia multifatorial, difícil de ser apurada. O melhor tipo de parto no prematuro ainda é discutível, pois na literatura há carência de estudos prospectivos controlados, em virtude das inúmeras variáveis que se relacionam e fogem do controle [20].

Atualmente também tem sido expandido o emprego da cesárea para o nascimento de prematuros extremos, atitude muito polêmica uma vez que os dados a seu favor não são conclusivos. O diagnóstico de saúde fetal durante o trabalho de parto é incerto, as implicações de um trabalho de parto prolongado não são claras e os obstetras não têm como saber, antes do nascimento, quais recém-nascidos sobreviverão e quais morrerão pouco depois do nascimento [21].

A cesárea eletiva, ainda, é considerada uma estratégia preventiva à laceração do esfíncter anal como complicação no parto vaginal e consequente incontinência fecal em idade mais tardia, apesar de correção primária [22]. Também é comum a associação de parto vaginal com sintomas urinários e disfunção sexual subsequentes, seja diretamente, por causa da interdependência entre todos os compartimentos do assoalho pélvico, ou indiretamente, devido à ocorrência de outras variáveis relacionadas a um parto vaginal difícil [23].

Assim, tomando-se por referência as discussões e as publicações atuais sobre a cesárea eletiva, este artigo tem como objetivo apresentar uma atualização da literatura sobre a eleição da cesárea como via de parto, no foco de decisão da mulher/família e do médico obstetra.

Material e métodos

Neste estudo utilizou-se a revisão de literatura, com pesquisa em conteúdo específico percorrendo as seguintes fases: identificação do tema, categorização dos assuntos, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados.

As referências bibliográficas foram levantadas em livros e em artigos encontrados nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Os descritores utilizados foram: cesárea (cesarean section); parto humanizado (humanized labor); assistência obstétrica (obstetrical care); médico obstetra (obstetrician); nascimento (birth); enfermeiro obstetra (midwife). Após, o material obtido foi analisado segundo objetivo proposto, metodologia empregada e resultados obtidos, bem como discussão e considerações.

Desenvolvimento

A autonomia da mulher e o direito pela cesariana eletiva

O medo da dor no trabalho de parto e no parto, divulgada como intensa, sofrida, desgastante e aterrorizante, é muito difundido nos dias atuais, tornando a mulher vulnerável a aceitar a cesárea como opção quase que exclusiva para o parto. Aliadas ao temor da dor e da repercussão do parto vaginal em sua genitália, revelam-se diferentes nuances inter-relacionadas que levam à cesárea eletiva, como a forma de organização da assistência obstétrica, a formação dos profissionais de saúde, em especial a equipe médica, e a pressão exercida pelas mulheres e familiares para a realização da cesárea na consecução do parto [11].

No campo da bioética deve-se preservar a autonomia da mulher em decidir sobre sua saúde e bem estar, mas também orientá-la sobre os benefícios do parto normal e os riscos da cesárea [5,9].

De certa forma é o que se aventa ocorrer com a realização de cesarianas com índices cada vez maiores em todo o mundo, particularmente no Brasil. A cesariana tornou-se frequentemente solicitada e praticada na obstetrícia moderna, resultando em um sério problema de saúde pública. Os principais benefícios apontados pela escolha da cesárea referem-se às vantagens do parto programado, que evitaria os riscos da mulher e do conceito

a uma cesárea de emergência [12], e também de redução na taxa de transmissão vertical de infecções, muitas vezes desconhecidas no momento do parto [12,24,25].

O acelerado processo de transformação da realidade que marcou o decorrer do século XX foi revelando um quadro alarmante, inclusive no contexto da atenção em saúde. Sob a égide do “desenvolvimento”, a sociedade de mercado transforma o pacto social em um contrato de compra e venda, que oblitera os valores humanos, sendo necessário inserir-se no mercado como produtor ou consumidor de tecnologia [5].

Invariavelmente na decisão conjunta entre o médico e a gestante quanto à via de parto, o parâmetro que define o necessário e demarca o ponto de intervenção para eliminar o injustificável delinea-se sobre o absoluto universal da razoabilidade. Assim, a partir da análise de situações, problemas ou questões éticas, consideram-se diferentes moralidades. A bioética possui ferramentas teóricas e metodológicas adequadas para proporcionar significativos impactos nas discussões que se inter-relacionam com o diagnóstico e as intervenções na área da saúde. O princípio da autonomia confere aos seres humanos o direito de escolher livremente seu próprio destino [26].

É de suma relevância assinalar aquilo que nos lembra Ivan Illich, “*a definição de anormalidade muda de uma cultura para outra. Cada civilização cria suas próprias doenças. O que numa é doença, pode ser crime, manifestação de santidade ou pecado em uma outra*” [27]. Dessa mesma forma, se valores e princípios morais são variáveis, ocorrem discussões infundáveis sobre o que pode ou não ser considerado ético [28].

No caso da cesárea eletiva e do princípio ético da autonomia, o que deve prevalecer é o princípio da justiça. O que tem sido verificado é o direito de as gestantes de clínica privada optarem pela via de parto, enquanto as da rede pública têm esse direito abolido, aventando-se que os hospitais-escola devem seguir rotinas burocráticas e técnicas de ensino da obstetrícia. As discussões atuais são muitas e acaloradas em torno da escolha da mulher pela cesárea eletiva como uma opção legítima para o nascimento, aberta a todas as mulheres, não só às de maior poder aquisitivo. Por outro lado, ao optar pela cesariana sem indicação médica, devem ser orientadas sobre os riscos e aceitar a possibilidade de conseqüências adversas para elas próprias e seus bebês [26].

Quando a paciente solicita a cesárea, cabe ao médico concordar ou não com este pedido. Tem-se que a liberdade de escolha é direito da paciente informada e, forçá-la a tentar a via de parto indesejada poderá causar mais malefícios que benefícios [26]. Já o Comitê de Ética da Federação de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) afirma que: “as cesáreas a pedido por razões não médicas não são eticamente justificáveis [12]”.

Essa posição continua sendo defendida pela organização e muitos concordam com ela. Mas segundo a opinião do comitê de ética do *American Congress of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), caso não haja contraindicação formal ao procedimento, atender a vontade da paciente proporcionará benefício a ela. Isto porque a paciente manterá o vínculo com o médico que a acompanha, exercitará sua autonomia e, com certeza, terá seu bem estar psíquico e mental preservado [12].

Assim, diante dessas recomendações antagônicas, torna-se prudente avaliar a relação entre os benefícios e os sofrimentos impostos à paciente e considerar o estresse psicológico ou financeiro quanto à indicação de procedimento oposto ao pedido. Todos os componentes da equipe de saúde responsável pelo atendimento à paciente devem participar do processo decisório [29].

Deve-se sempre lembrar que cabe ao médico esclarecer pacientemente sua posição, sem, contudo, impor uma conduta desnecessária para o paciente (Código de Ética Médica, art. 42) quando da possibilidade de alternativas. Cada instituição deve ter um padrão de cuidados, com seu pessoal cuidadosamente treinado na aplicação e monitoramento de seu uso. É imprescindível a análise caso a caso [29]. A conduta não deve ser estaticamente engessada, pois os problemas humanos são muitas vezes coloridos por numerosas complexidades, não comportando tradução em números, em análises de variância, em testes estatísticos paramétricos e não paramétricos [4]. A decisão sobre a via de parto, no foco da mulher perante a sua autonomia na solicitação da cesárea, deve respeitar ponderações que levem em conta o desejo da mulher e a posição do médico, chegando a um consenso que esteja fundamentado nos princípios da bioética, da razão e da ciência [12].

Em parecer do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro foi colocado que a gestante tem o direito de escolher o tipo de parto e que é vedado ao médico, pelo Código de Ética (art. 48), “*exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente*

de decidir livremente sobre sua pessoa e seu bem-estar”. Então, segue o parecer que “*a cesariana a pedido será ética, desde que a decisão seja compartilhada pelo médico/equipe e paciente/família e esta for considerada a melhor opção, depois de esgotadas todas as alternativas relacionadas*”, e que para uma “*escolha ética devem ser consideradas as condições orçamentárias do serviço para não prejudicar outros pacientes*” [26].

Sob a ótica da assistência à saúde, a autonomia é definida como direito do paciente de consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos e terapêuticos que nele podem ser realizados. Tal definição leva à possibilidade do paciente buscar uma segunda opinião médica [30], fato que cabe no caso da decisão da mulher/família quanto à resolução do parto por via vaginal ou por cesariana.

Sobre como se procede a decisão pela via de parto, verificou-se em estudo realizado entre gestantes atendidas em uma instituição pública de Minas Gerais, que a maioria das mulheres demonstra passividade frente à decisão do médico: “*ele que sabe se vai ser parto normal ou cesariana*”. A justificativa das mulheres deste estudo para a escolha da cesárea como opção de parto é a expectativa de parto tranquilo, rápido, sem dor ou intercorrências [31].

Na análise de publicações científicas, verifica-se que ao longo do tempo, em especial no Brasil, a realização da cesárea tem levantado uma série de questões reflexivas sobre o futuro reprodutivo da mulher. No século XX, os avanços tecnológicos e de retaguarda a procedimentos cirúrgicos contribuíram para o crescimento dos índices de cesárea. Entretanto, é comum associar a demanda das mulheres/famílias por cesárea aos altos índices desta cirurgia no nosso país, embora alguns estudos recentes tenham mostrado que, se ouvidas adequadamente, as mulheres brasileiras, de modo geral, prefeririam o parto normal. No entanto, é frequente a situação em que a mulher, manifestando este desejo, sofre coerção da equipe responsável pela assistência ao parto em favor da cesárea, criando uma razão “médica” que a torne aceitável [16].

O paradigma assistencial de atenção ao nascimento no Brasil não foi diferente de países desenvolvidos, como os Estados Unidos, que acumulam mais conhecimentos científicos e tecnológicos, onde muitos médicos, inclusive brasileiros, buscam aperfeiçoamento. Assim, passou-se a privilegiar a tecnologia e o rigor da ação médica, o que fortaleceu a cultura do parto cesárea, a ponto das mulheres

passarem a reivindicá-la, achando que era melhor para ela e para seu filho, inclusive esteticamente [2,3,8,10,11].

A cesárea eletiva no foco do poder médico

No Brasil, a tendência de aumento e escolha médica para a resolução do parto por cesárea originou grande preocupação quanto à morbimortalidade neonatal e materna e também em relação ao aumento nos custos da assistência obstétrica. Aventava-se que essa situação poderia provocar falhas Irreversíveis, ou ao menos drásticas, na formação de profissionais para a assistência ao nascimento, particularmente na promoção do aleitamento materno e o uso de leite humano [2,10].

Como qualquer relação interpessoal em que saber se associa a poder, a relação médico-paciente é marcada por evidente desigualdade entre as partes. Recai sobre o médico, portanto, as influências potencialmente nefastas da vulgarização científica e da economia de mercado devido à assimetria de poder que se estabelece.

Sabe-se que o médico é cobrado a desempenhar o máximo de sua competência técnico-científica, desconsiderando, às vezes, se determinados procedimentos são destinados ao efetivo benefício do paciente [6]. Também contribui para o excesso terapêutico o receio de um processo jurídico por erro ou omissão de socorro [29].

O conflito ético que se materializa na rede privada de assistência à saúde é que a cesárea eletiva prevalece em mulheres com nível de renda e escolaridade superiores, enquanto que as mulheres usuárias da rede pública são provenientes de classes sociais menos favorecidas e ficam sujeitas às rotinas de serviços impostas. Muitas vezes o que acontece na rede pública são as precárias condições estruturais e de pessoal, repercutindo em deficiências no acompanhamento do trabalho de parto e do parto, e comprometendo as condições de saúde de mãe e filho [26].

Além da consideração dos princípios básicos da bioética, Volnei Garrafa recomenda a utilização para o que chamou de quatro “pês” na avaliação sistemática das implicações éticas de uma conduta médica ou terapêutica: prevenção (de possíveis danos e iatrogenias), precaução (frente ao desconhecido), prudência (com relação aos avanços e “novidades”) e proteção (dos excluídos sociais, dos mais frágeis e desassistidos) [32]. Atender a estes critérios é, no

mais das vezes, um desafio para agir no melhor interesse do paciente (Código de Ética Médica, arts. 5º e 21), devendo-se avaliar a relação entre riscos e benefícios fundamentada em estimativas de resultado para a opção do tratamento considerado [29].

Infelizmente, existem muitos dados conflitantes na literatura a respeito dos resultados comparativos entre as vias de parto quanto a vários aspectos analisados, havendo a necessidade de realização de estudos bem desenhados e conduzidos. Sempre deve haver relação de confiança, boa comunicação e respeito mútuo entre o médico, a paciente e seus familiares. Existe a necessidade de argumentos para a concordância mediante convencimento racional e educado, considerando-se os aspectos culturais, legais, morais e religiosos da paciente e família [29].

Diante de escassos recursos financeiros disponíveis, surgem, então, novas questões éticas, tais como: “De que forma os custos podem influenciar decisões clínicas?” (Código de Ética Médica, art. 8º). É importante que haja uma distribuição equitativa dos recursos para a assistência da comunidade que efetivamente garanta que as pessoas com maior necessidade sejam satisfeitas antes. Caberá à equipe de saúde evitar que problemas decorrentes de recursos finitos conflitem com o atendimento oferecido, sendo as decisões tomadas com base médica e não econômica (Código de Ética Médica, arts. 8º, 16, 17 e 57). Convém enfatizar que gastos inúteis e fúteis devem ser evitados (Código de Ética Médica, art. 42) [26].

Entretanto, o que torna distinto qualquer processo relacionado à técnica daquilo que se experimenta atualmente nas sociedades industrializadas, que constroem seus modos de vida a partir da tecnologia, não decorre de uma mudança em seu atributo básico de elemento que concretiza a correlação saber/poder [33].

O modelo paternalista, onde apenas o médico assume a decisão conflitante, é reprovável (Código de Ética Médica, arts. 46, 48 e 56) [29]. O pluralismo de valores e a virtude da tolerância frente à diversidade cultural – entre outros indicadores essenciais a uma abordagem ética – são necessários, porém não são devidamente ensinados aos médicos em sua graduação [32].

O perigo da utilização maximalista da autonomia está na – saindo do referencial sadio do respeito à individualidade e passando pelo individualismo em suas variadas nuanças – exploração pelo médico segundo seus próprios interesses, muitas vezes provei-

tando-se do nível socioeconômico e da escolaridade da paciente. Assim, a teoria da autonomia mostrou ser uma faca de dois gumes, pois as universidades, corporações e indústrias começaram a treinar seus profissionais na construção de termos de consentimento informado adequados a cada situação [32].

Isso, de certa forma, obstaculizou, na prática, os objetivos iniciais e históricos da medida em proteger os mais vulneráveis [32], uma degenerescência por meio da qual o velho direito de morte soberano entra paradoxalmente no mais íntimo de uma sociedade que tanto valoriza a vida [34].

E isso tanto quando, convenientemente competentes e conscienciosos, eles se esforçam, sem dogmatismo e com prudência, em pôr ao alcance de um público sem grande formação alguma descoberta ou alguma teoria, como quando, pelo contrário, caem no sensacionalismo, vestindo com as cores do maravilhoso, do misterioso e do formidável, eventos científicos que não pretendem fazer compreender e julgar [6].

“Daí uma grande heterogeneidade das idéias que a maioria de nossos contemporâneos pode ter da ciência. Para alguns, a ênfase é colocada nos poderes, que eles temem ou, pelo contrário, em que têm a fé do carvoeiro. Outros, em compensação, retendo o lado maravilhoso da ciência, estão prontos para aproximá-la da magia e, ao mesmo tempo, se veem paradoxalmente abertos a todo tipo de crenças, recusando-se a uma crítica racional. Essas crenças incontroladas satisfazem a um gosto pelo mistério sustentado por uma idéia vaga de ciência” [6].

Na prática médica, a ideia de desenvolvimento associada à tecnologia implica em valoração positiva, já que no imaginário das sociedades ocidentais tal conceito significa crescimento e aprimoramento. Essas qualidades fazem com que os artigos destinados ao mercado sejam inevitavelmente vistos como um “avanço”, mesmo nos casos em que são evidentes as consequências nefastas de seu uso, muitas vezes destinado apenas a responder à demanda fútil e injustificável [33].

As ideias de avanço e progresso associadas a tal “desenvolvimento” criam uma cortina de fumaça que impede que se veja e avalie com clareza o quanto a lógica de mercado vem comprometendo a dignidade da assistência à saúde.

Em muitos casos, porém, a impressão positiva associada à tecnologia revela-se como realidade empiricamente observável, especificamente naquelas circunstâncias em que seu uso é amplamente disseminado a todas as populações, não estando restrito aos ditames do mercado. Exemplifica isso o inegável impacto do controle das doenças transmissíveis por meio de vacinas desde a Segunda Guerra Mundial, que produziu significativa melhoria nos indicadores de morbimortalidade materna e infantil, bem como o aumento da expectativa de vida em quase todos os países [33].

Entretanto, por mais benéfica que a aplicabilidade de uma tecnologia se mostre, não menos importante é a consideração pautada pelo princípio da equidade. Os benefícios básicos da Ciência e da Medicina, a que já podem ter acesso três quartas partes da humanidade, ainda não atingiram um bilhão de pessoas localizadas indiferentemente tanto nos países subdesenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. A profissão médica – notadamente os educadores médicos e as instituições médicas – tem papel eminente na superação desse fosso. As escolas médicas têm, sobre todas, a responsabilidade de trazer sua contribuição, revendo suas posições curriculares e suas posturas diante do desenvolvimento científico, para permanecer atentas e sem preconceitos às modificações necessárias [4].

Assim, o que se considera deletério na cesárea eletiva decorre, principalmente, de sua associação espúria com a vulgarização de uma ideia onipresente da ciência [6] e com a ideologia de mercado [33], a qual determina que as ações se voltem unicamente a maximizar o lucro. Portanto o problema não é inerente à tecnologia, mas ao uso perverso que dela se faz no sentido de um verdadeiro comércio com a ideia de ciência, principalmente diante de fatos mal conhecidos ou não explicados.

“A maior dificuldade com que se defronta a profissão [médica] é a assimilação de seus novos poderes e responsabilidades, de maneira a preservar o compromisso tradicional do médico de oferecer a seus doentes atendimento técnico-científico competente e cuidado (atenção) pessoal. A crescente complexidade científica e técnica pode perturbar o médico no que se refere à obrigação desse cuidado pessoal” [4].

Para romper as amarras que sujeitam a classe médica a essa dependência é essencial adotar padrões éticos que coloquem o bem-estar do ser humano como um fim. A maximização e o superdimensionamento do princípio da autonomia tornaram o princípio da justiça um mero coadjuvante da teoria principialista, uma espécie de apêndice, embora indispensável, mas de menor importância [33].

O individual sufocou o coletivo; o “eu” empurrou o “nós” para uma posição secundária. Assim, a teoria dos quatro, apesar de sua reconhecida praticidade e utilidade para a análise de situações práticas clínicas e em pesquisa, é sabidamente insuficiente para a análise contextualizada de conflitos que exijam flexibilidade para determinada adequação cultural [11], como durante o processo decisório sobre a via de parto [32].

Isto porque o fascínio tecnológico atingiu não apenas a classe médica como também a sociedade, que ao ter mais fácil acesso à informação, principalmente pela internet, passa a sugerir, até exigir, o emprego do último recurso lançado no mercado. Algumas famílias são guiadas por informações fantasiosas, fora da realidade, sendo muitas vezes relutantes a qualquer abordagem mais simplista [29].

A possibilidade de provocar o prazer ou infligir a dor a outros é a base das relações de poder. Justificado em seu próprio exercício, o poder legitima-se com a recompensa e o castigo, que fundamentam a ideia de justiça. O medo, a força e a dor marcam as relações entre exploradores e explorados, legalizando o uso social do poder e condicionando o comportamento. “O pacto social, seja ele qual for, decorre do uso dos parâmetro sensoriais.” [33].

Conclusão

A análise da literatura sobre a cesárea eletiva revela gritantes desigualdades entre médicos e pacientes quanto a seus “direitos e deveres”, especialmente no tocante à escolha pela via de parto. A discussão bioética sobre as condições de acesso a bens e serviços que devem ter utilização precisa é necessária, de forma que sejam respeitadas tanto a autonomia da mulher quanto a indicação médica para a resolução do parto.

Caso contrário, relações estabelecidas por meio do casamento de conveniências entre os interesses obscuros do médico e os ignorados de sua paciente revelam-se não apenas um eufemismo moral, mas uma cegueira ética. Um “conluio social” movido

a engrenagem “quebrada” que não coloca o ser humano como fim em si mesmo, mas como objeto exclusivo para obtenção de lucro.

O momento atual é de suma importância na discussão da cesariana eletiva e da opção pela via de parto, pois deve ser colocada em pauta, entre a equipe obstétrica e a mulher e sua família, a assistência humanizada ao nascimento, de forma que a autonomia seja respeitada e o parto realizado com competência de todos os profissionais envolvidos, o que pressupõe conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e emoções.

Torna-se inadiável a adequada organização do trabalho em saúde, reconhecendo a competência para atuação compartilhada dos diferentes profissionais da área obstétrica e neonatológica, com vistas a buscar resultado potencial na melhoria da relação entre o benefício real oferecido e o supérfluo. Deve-se reconhecer que não existe boa ou má tecnologia, mas sim o seu bom ou mau uso e que equidade e justiça são preceitos éticos a serem cumpridos na atenção perinatal.

Referências

1. Striker GAJ, Casanova LD, Nagao AT. Influência do tipo de parto sobre a concentração de imunoglobulinas A,G,M no colostro materno. *J Pediatr* 2004;80(2):122-8.
2. Soler ZASG. CEPHAN: Centro de Preparo e Assistência Humanizados ao Nascimento – uma proposta para a região de São José do Rio Preto, São Paulo. [livre-docência]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP; 2005.
3. Faúndes A, Cecati JG. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e proposta de ação. *Cad Saúde Pública* 1991;7(2):150-73.
4. Gonçalves EL, Marcondes E. Olhando para o futuro. In: Marcondes E; Gonçalves EL, eds. *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier; 1998. p. 399-409.
5. Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Bioética* 2005;13(1):111-23.
6. Granger GG. *A Ciência e as Ciências*. São Paulo: Unesp; 1994.
7. Murta EFC, Freire GC, Fabri DC, Fabri RH. Could elective cesarean sections influence the birth weight of full-terms infants? *São Paulo Med J* 2006;124(6):313-5.
8. Basso JF, Monticelli M. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. *Rev Latinoam Enfermagem* 2010;18(3):98-105.
9. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saúde Pública* 2011;45(1):185-94.
10. Tavares BB. Expectativas de primíparas de São José do Rio Preto quanto ao tipo de parto e o conhecimento

- de indicação de cesárea [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.
11. Pádua KS, Osius MJD, Faúndes A, Barbosa AH, Moraes Filho OB. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. *Rev Saúde Pública* 2010;44(1):70-9.
 12. Nomura RMY, Zugaib M. A cesárea eletiva como opção ao parto vaginal. *Femina* 2005;33(7):527-33.
 13. Pereira LS, Plascencia JL, Ahued AA. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. *Ginecol Obstet Mex* 2002;70:270-4.
 14. Pires HM, Besteti M, Cecatti JG, Faúndes A. Inquérito entre obstetras sobre a realização da prova de trabalho de parto e o parto vaginal em gestantes com uma cesárea anterior. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1996;18(10):775-83.
 15. Cabar FR, Nomura RMY, Costa LCV, Alves EA, Zugaib M. Cesárea prévia como fator de risco para o descolamento prematuro da placenta. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2004;26(9):709-14.
 16. Matias JP, Parpinelli MA, Cecatti JG, Passani Júnior R. A prova de trabalho de parto aumenta a morbidade materna e neonatal em primíparas com uma cesárea anterior? *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003;25(4):225-60.
 17. Ramos JLA. Prematuridade iatrogênica: aspectos neonatais. *Pediatr Mod* 1986; 21(6):323-6.
 18. Calderon IMP, Cecatti JG, Veja CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006;28(5):310-5.
 19. Weiderpass E, Barros FC, Victora CG, Tomasi RH. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1998;32(3):255-31.
 20. Souza E, Santos JFK, Bancher MM, Bertini AM, Camano L. Considerações sobre a prematuridade eletiva na Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1995;17:583-9.
 21. Sebastiani M, Ceriani Cernadas JM. Bioethical aspects in the care of extremely preterm infants. *Arch Argent Pediatr* 2008;106(3):242-8.
 22. Daniel L. Saúde da mulher 18 anos após lesão do esfíncter anal durante o parto: I. Incontinência fecal. *AJOG* 2006;7(9):359-63.
 23. Otero MD. Saúde da mulher 18 anos após lesão do esfíncter anal durante o parto: II. Incontinência urinária, função sexual e saúdes física e mental. *AJOG* 2006;7(9): 365-70.
 24. Maturana AP, Rizzo CV, Vasquez DF, Cavalheiro N, Holzer S, Morais VS. Avaliação da assistência ao parto em gestantes infectadas pelo HIV. *Arq Med ABC* 2007;32(1):11-6.
 25. Succi RCM. Mother-to-child transmission of HIV in Brazil during the years 2000 and 2001: results of a multi-centric study. *Cad Saúde Pública* 2007;23(3):379-98.
 26. Ferrari JA. Autonomia da gestante e o direito pela cesariana a pedido. *Bioética* 2009;17(3):473-95.
 27. Illich I. A expropriação da saúde. *Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
 28. Foucault M. Nascimento da medicina social. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1999.
 29. Constantino CF, Hirschheimer MR. Dilemas éticos no tratamento do paciente pediátrico terminal. *Bioética* 2005;13(2):85-96.
 30. Chehuen Neto JÁ, Sirimarco MT, Bicalho TC, Godinho IA, Silvestre EP, Rezende LG. Segunda opinião médica sob a perspectiva do paciente. *HU Revista* 2010;36(3):199-208.
 31. Figueiredo NSV, Barbosa MCA, Silva TAS, Passarini TM, Lana BN, Barreto J. Fatores culturais determinantes da via de parto por gestantes. *HU Revista* 2010;36(4):296-306.
 32. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Bioética* 2005; 13(1):124-35.
 33. Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Bioética* 2005;13(1):111-23.
 34. Gullo CE, Barbosa AP. A redução gestacional, o Tribunal de Nuremberg e o poder de morte. *Jornal Brasileiro de História da Medicina* 2008;11(1):4-6.

Revisão

Sobrepeso e obesidade infantil – um problema de saúde pública em escolares de norte a sul do país

Arélli Pâmella Brasileiro Chaves*, Lizandra de Farias Rodrigues Queiroz*,
Mariana de Almeida Abreu*, Ketsia Bezerra Medeiros**

**Acadêmicas de enfermagem do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (FCM), **Professora da Disciplina Patologia Geral da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (FCM)*

Resumo

Atualmente, a obesidade é considerada um problema de saúde pública que acomete diversos países ao redor do mundo. O presente trabalho objetiva traçar um perfil da situação atual da obesidade infantil no Brasil, especificamente em alunos de escolas públicas e privadas. Foi realizada uma extensa revisão da literatura, fundamentada em dados provenientes de artigos científicos, sites e outras pesquisas relevantes sobre o tema. Verificou-se uma prevalência significativa da obesidade infantil em todas as regiões do país, fato que preocupa a Saúde Pública e os profissionais diretamente envolvidos. O trabalho aborda, ainda, as medidas adequadas para se combater a obesidade infantil, uma vez que os problemas acarretados pelo excesso de peso englobam diabetes, distúrbios cardiovasculares, doenças articulares e distúrbios psicossociais, sendo necessário o acompanhamento regular das crianças obesas por uma equipe multidisciplinar.

Palavras-chave: obesidade, saúde pública, enfermagem.

Abstract

Overweight and child obesity – a public health problem in schoolchildren from north to south of the country

Nowadays, obesity is considered a public health problem that affects different countries around the world. This study aimed to delineate a profile of the current situation of childhood obesity in Brazil, specifically students of public and private schools. We performed an extensive literature review, based on data from scientific articles, websites and other relevant research about the topic. There was a significant prevalence of childhood obesity in all regions of the country, a fact that worries the Public Health and the professionals directly involved. The study also discusses the appropriate measures to combat childhood obesity, because the problems caused by overweight include diabetes, cardiovascular, joint and psychosocial disorders. Regular monitoring of these children by a multidisciplinary team is essential.

Key-words: obesity, public health, nursing.

Artigo recebido em 9 de novembro de 2010; aceito em 1 de dezembro de 2011.

Endereço para correspondência: Ketsia Bezerra Medeiros, Rua Des Régulo Tinoco, 1319/1102B, 59022-080
Natal RN, Tel: (84) 3616-8033, E-mail: kbmedeiros@hotmail.com

Resumen

Sobrepeso y obesidad infantil – un problema de salud pública en escolares del norte al sur del país

Actualmente, la obesidad es considerada un problema de salud pública que afecta a diversos países alrededor del mundo. El presente trabajo tiene como objetivo trazar un perfil de la situación actual de obesidad infantil en Brasil, específicamente en alumnos de escuelas públicas y privadas. Fue realizada una extensa revisión bibliográfica, fundamentada en datos provenientes de artículos científicos, sitios y otras pesquisas relevantes al tema. Se verificó una prevalencia significativa de obesidad infantil en todas las regiones del país, hecho que preocupa a la Salud Pública y a los profesionales directamente involucrados. El trabajo aborda también las medidas adecuadas para combatir la obesidad infantil, porque los problemas acareados por el exceso de peso engloban diabetes, disturbios cardiovasculares, problemas en las articulaciones e disturbios psicosociales, siendo necesario el acompañamiento regular de esos niños por un equipo multidisciplinar.

Palabras-clave: obesidad, salud pública, enfermería.

Introdução

A obesidade, antes considerada uma condição característica de países desenvolvidos, atualmente ocorre também nos países em desenvolvimento, necessitando atenção especial. Nos dias atuais, o índice de pessoas obesas é superior ao de algumas décadas atrás, em decorrência da mudança de hábitos sofrida pela população em geral. Observa-se um maior consumo de alimentos industrializados, devido a uma maior facilidade de acesso a estes, suplantando a ingestão de alimentos *in natura* [1,2].

Outro fator que contribuía para o menor índice de pessoas obesas era a ausência das tecnologias que hoje em dia estão largamente disponíveis e que proporcionam certa comodidade física ao indivíduo – como controle remoto, escada rolante, elevador, automóvel, etc. –, de modo que os indivíduos se mantinham sempre em atividade, exercitando-se em tarefas simples, como caminhar e subir escadas. Além disso, as crianças eram mais estimuladas a realizar atividades físicas, através de brincadeiras ao ar livre [2]. Tais atitudes preveniam naturalmente a obesidade e os problemas a ela relacionados, como diabetes, hipertensão, doenças coronarianas, respiratórias e problemas articulares.

A obesidade passou, assim, a ser considerada uma epidemia mundial, sendo uma das questões decorrentes da modernidade que mais preocupa a saúde pública atualmente. Atinge, sem distinção, todas as classes sociais e faixas etárias, o que torna imprescindível a elaboração de estratégias que tenham como objetivo a prevenção desse mal.

A manutenção do peso é delicadamente orquestrada por uma interação entre mecanismos neurais, hormonais e químicos que mantêm o balan-

ço entre ingestão e gasto calórico [3]. Constata-se, portanto, a necessidade de uma dieta balanceada, aliada ao gasto calórico por meio de atividades físicas adequadas.

A infância é a fase na qual devem ser tomados os primeiros cuidados em relação à obesidade, principalmente quando a criança já apresenta predisposição genética, com grande risco de desenvolver a doença [2]. Para que os resultados sejam satisfatórios no tratamento da obesidade infantil – que já se configura como uma questão de saúde pública – é necessário que haja um bom entendimento e aceitação dos pais quanto à patologia que o filho porta.

O presente trabalho objetiva traçar um perfil atual da obesidade infantil no Brasil, especificamente em alunos de escolas públicas e privadas.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de natureza exploratória, fundamentada em artigos científicos, livros e outras publicações relevantes. Foram compilados estudos importantes e atuais, nas bases de dados Bireme e SciELO, utilizando-se como palavras-chave: sobrepeso, obesidade infantil, escolas públicas, escolas privadas, enfermagem. A literatura foi extensivamente revisada no intuito de se traçar um perfil da obesidade infantil no Brasil – através de publicações sobre a incidência e a prevalência do problema em escolas públicas e privadas – assim como sugerir medidas que possam efetivamente prevenir e controlar esse mal. Após a busca bibliográfica e a seleção das fontes, chegou-se ao total de vinte publicações, entre livros e artigos científicos, as quais embasam o presente trabalho.

Resultados e discussão

A obesidade é um distúrbio do estado nutricional caracterizado pelo acúmulo de células adiposas no organismo em decorrência de um balanço energético desequilibrado, no qual há maior ingestão que gasto calórico. Dessa forma, torna-se um fator predisponente para doenças crônicas não-transmissíveis, como diabetes e hipertensão arterial, além de doenças articulares e distúrbios psicossociais [4].

O excesso de tecido adiposo, proveniente de causas exógenas, é multifatorial: resulta de hábitos alimentares errôneos, estilo de vida sedentário, fatores psicossociais e culturais, condição socioeconômica e propensão genética. Tais fatores explicam cerca de 95% dos casos de obesidade. As causas endógenas, que correspondem a apenas 5% dos casos, ocorrem por alterações genéticas específicas, disfunções neurológicas, endócrinas e ingestão medicamentosa [5].

Obesidade infantil

Problema anteriormente detectado quase exclusivamente em adultos, a obesidade acomete, cada vez mais frequentemente, a faixa etária infantil. Tal distúrbio na infância indica fortemente sua continuidade na idade adulta, estando associado, inclusive, com o risco aumentado de doença cardiovascular [6].

Várias são as complicações associadas à obesidade. Crianças obesas costumam apresentar problemas ortopédicos, respiratórios, endócrinos e metabólicos, cardiovasculares, gastrintestinais, neurológicos e psicossociais [4]. Tais problemas tendem a se agravar na vida adulta, gerando gastos para a saúde pública, pois os tratamentos dos distúrbios associados à obesidade são bastante onerosos.

Durante a infância, hábitos alimentares saudáveis devem ser estabelecidos, para que a criança tenha um bom crescimento e desenvolvimento, entretanto a negligência de alguns pais e educadores desfavorece essa condição, contribuindo para a predisposição à obesidade e a doenças crônicas, que podem comprometer a saúde na fase adulta.

Fatores relacionados com o desmame precoce, a renda familiar, o acesso a uma alimentação predominantemente industrializada, o desconhecimento sobre nutrição, a influência da mídia, as condições habitacionais, entre outros, contribuem para o agravamento desse quadro. A obesidade infantil já pode ser considerada uma epidemia mundial e é reflexo

do estilo de vida sedentário, aliado a uma dieta desequilibrada: baixo consumo de frutas e verduras e largo consumo de alimentos industrializados e altamente calóricos [7].

O cardápio preferido por crianças e adolescentes privilegia uma dieta hipergordurosa, hipercalórica e pobre em fibras. Além disso, a facilidade de acesso a alimentos prontos ou de preparo rápido proporciona um consumo amplo e inadequado [5].

Para que crianças obesas não prolonguem essa condição durante a fase adulta e desenvolvam complicações, é imprescindível que o diagnóstico e o tratamento sejam realizados ainda na infância. A família pode colaborar com a equipe de saúde na realização do diagnóstico, observando a dieta e a rejeição a atividades físicas.

Medidas preventivas

A prevenção da obesidade deve começar precocemente, de modo que os pais não devem forçar seus filhos a comer nem tampouco o alimento deve ter o valor de recompensa em troca de uma atitude esperada.

Quando o problema for o excesso de alimento, várias estratégias deverão ser aplicadas no intuito de diminuir a ingestão calórica, com o objetivo de ganhar peso com menor velocidade e apropriá-lo à altura e à idade.

Aliada a uma alimentação balanceada, é necessária a prática de exercícios físicos de forma regular, como caminhadas, natação ou qualquer outro esporte, desde que a criança se sinta motivada a praticá-lo, pois somente ocorrerá a redução de peso quando a perda calórica for superior à ingestão. A modificação do comportamento também é necessária, uma vez que a criança contemporânea está trocando as brincadeiras ativas, como futebol, esconde-esconde e pular corda por videogame, computador e televisão, o que as torna cada vez mais sedentárias e com grandes riscos de se tornarem obesas [8].

A perda de peso não deve ter valor apenas estético, deve ser considerada principalmente como uma medida para reduzir a morbidade e a mortalidade. Isso deve ser feito através de mudanças comportamentais, especialmente no modo de se alimentar, no horário das refeições, nos intervalos entre elas, na sequência da ingestão de alimentos, na composição destes e na atividade física [9].

Medidas de prevenção deverão ser implantadas tanto nos lares como nas escolas. Para isso, é

necessário que os pais tenham informações sobre como proceder para evitar que seus filhos se tornem obesos e para que as escolas sirvam uma alimentação adequada, agradando ao paladar das crianças. As escolas podem também promover palestras de conscientização, gincanas, e devem dispor de grande variedade de esportes.

Atribuições da Enfermagem

O enfermeiro desempenha um importante papel na prevenção e no tratamento das crianças obesas, desde o reconhecimento precoce da obesidade até a orientação aos pais sobre as formas de prevenção, incentivando-os a interagir com seus filhos, a fim de minimizar o problema.

O profissional de enfermagem deve atuar nas escolas, orientando a respeito de uma nutrição adequada, através de jogos e palestras educativas. O propósito dessa educação é encorajar pais e responsáveis a adotar práticas que possam promover a saúde da criança, além de orientar a atividade física, incentivar brincadeiras e caminhadas. Desse modo, as crianças devem ocupar-se com hábitos mais saudáveis, diminuindo o sedentarismo e a vontade de estar sempre comendo [10].

Cabe ao profissional de enfermagem o acompanhamento do crescimento da criança, através de avaliação antropométrica, nutricional, da capacidade física e dos hábitos alimentares, bem como do risco de se tornar obeso. Caso a patologia já esteja instalada, ele deve focar o aconselhamento acerca dos benefícios do tratamento por uma equipe multidisciplinar, a fim de evitar consequências desfavoráveis [10].

Perfil epidemiológico da obesidade infantil em escolares nas diversas regiões do país

Foi possível verificar, através da revisão da literatura pertinente, uma incidência ascendente da obesidade infantil em escolares de diversas cidades brasileiras, confirmando a dimensão e a gravidade do problema.

Numa pesquisa realizada na cidade de Feira de Santana, Bahia, com 699 crianças, foi possível detectar o sobrepeso em 9,3% da população estudada e a obesidade em 4,4%. A obesidade estava presente em 2,7% das crianças de escolas públicas e em 7% das que frequentavam escolas de ensino privado [11].

Em Salvador, Bahia, foram analisados 387 alunos, entre 5 e 10 anos, sendo 66% estudantes de escolas públicas. Nas escolas particulares, observou-se uma prevalência de obesidade (30%), em relação às escolas públicas (8%), e constatou-se maior percentual de obesos com mais de 7 anos, e a idade com predominância de obesos foi 9 a 10 anos [12].

Na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, pesquisadores aferiram o peso e a altura de 3.721 crianças na faixa etária de 2 a 6 anos, de escolas e creches públicas e de escolas da rede privada. Os autores observaram a prevalência de sobrepeso em cerca de um quarto dos escolares – dentre os quais 13,9% eram do sexo masculino e 10,8% do feminino. Foi detectado o excesso de peso em 19,7% dos alunos da rede pública e em 32,5% da rede privada [13].

Outro estudo avaliou 230 crianças em duas escolas particulares de Recife, sendo 108 (47%) meninos e 122 (53%) meninas. Os autores encontraram 52 crianças com sobrepeso (22,6%) e 26 crianças obesas (11,3%). Do sexo masculino, foram encontradas 19 crianças com sobrepeso (17,6%) e 14 obesas (13%). Já do sexo feminino, 33 crianças tinham sobrepeso (27%) e 12 obesidade (9,8%) (14).

Na região Norte do país, numa pesquisa sobre o estado nutricional de 1.057 crianças com idade entre 7 e 10 anos, de baixo nível socioeconômico, foi observado que 7,0% apresentavam sobrepeso e 3,0% eram obesas [15]. Já em Londrina, Paraná, observou-se sobrepeso em estudantes de alto nível socioeconômico. O estudo foi realizado com 411 escolares, entre os quais 19,7% dos meninos e 17,3% das meninas apresentavam sobrepeso [16].

Em Florianópolis, numa pesquisa com 1.362 escolares, 41,6% de escolas estaduais, 38,9% de escolas municipais e 19,5% de escolas particulares, foi detectado excesso de peso em 12,9% dos estudantes de escolas públicas e 18,4% de escolas privadas [17].

Em uma creche na cidade de São Paulo foi realizado um estudo com 208 crianças de 0 a 5 anos, sendo 44,2% do gênero feminino e 55,8% do masculino. Desse total, 23,6% pertenciam à faixa etária de 0 a 2 anos e 76,4% tinham entre 2 e 5 anos. Analisando-se a faixa etária e o gênero, constatou-se a prevalência de obesidade no sexo masculino, apresentando resultados de 53,1% entre 0 e 2 anos completos e 56,6% entre 2 e 5 anos [18].

Na tentativa de estabelecer uma correlação entre alterações de peso e pressão arterial, pesquisadores realizaram um estudo com escolares de ensino fundamental (6 a 11 anos) numa escola

municipal do noroeste paulista. Os achados mostraram que 36,5% da população estudada estava com o índice de massa corpórea alterado, sendo 10,1% com sobrepeso e 23% com obesidade. Além disso, 4,7% apresentaram pressão arterial limítrofe, e 9,5% hipertensão. Após análise dos resultados, as autoras verificaram uma correlação positiva entre peso, IMC e a pressão arterial, indicando que, quanto maior o peso e o IMC, maiores os níveis pressóricos [19].

Num extenso estudo realizado em 78 escolas (28 públicas e 50 particulares) da cidade de Santos, São Paulo, foram avaliadas 10.822 crianças de 7 a 10 anos de idade, sendo 7.983 de escolas públicas e 2.839 de escolas privadas. Quanto ao gênero, 5.211 eram meninos (48,2%) e 5.611 meninas (51,8%). O resultado geral mostrou 15,7% de sobrepeso e 18% de obesidade. No sexo masculino, foram encontrados 14,8% e 20,3% para sobrepeso e obesidade, respectivamente. Já no sexo feminino, 16,6% para sobrepeso e 15,8% para obesidade [20].

Verifica-se, portanto, que o problema do sobrepeso e da obesidade atinge crianças nas mais diversas faixas etárias e, indistintamente, de ambos os gêneros, assim como alunos de escolas públicas e de escolas privadas, em todas as regiões do país. Entretanto podem ser notadas algumas diferenças e particularidades. As regiões do país que mais concentram sobrepeso/obesidade são a Sul e a Sudeste, refletindo o poder aquisitivo maior, em relação às regiões Norte e Nordeste. Outro fato que chama a atenção é uma maior concentração de crianças com sobrepeso/obesidade nas escolas privadas. Esse fato está relacionado, obviamente, com o maior acesso desses sujeitos a uma maior quantidade de alimentos, especialmente industrializados e provenientes de *fast-foods*.

Conclusão

O aumento da obesidade infantil é patente em todas as regiões do Brasil, fato que preocupa a Saúde Pública e os profissionais diretamente envolvidos, uma vez que estes exercem um papel fundamental e determinante na detecção precoce, na prevenção e no tratamento do problema. Os problemas acarretados pela obesidade são bastante onerosos para o governo, o que implica uma premente necessidade de intervenção precoce, para, assim, condicionar-se uma vida adulta mais saudável e diminuir-se o contingente de indivíduos acometidos por esse mal.

O fato de haver mais crianças com sobrepeso que crianças obesas em quase todos os estudos de certa forma é um resultado positivo, uma vez que o sobrepeso é mais fácil de reverter que a obesidade. Entretanto, é importante considerar que o sobrepeso constitui uma etapa anterior à obesidade; ou seja, se a criança com sobrepeso não for precocemente tratada, poderá tornar-se obesa. É necessário acompanhamento regular dessa criança por uma equipe multidisciplinar, incluindo médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, educador físico e, sobretudo, familiares. É de suma importância a conscientização de pais e responsáveis, através da divulgação dos problemas ocasionados pela obesidade, para que a população tenha ciência da importância da prevenção.

Referências

1. Monteiro CA, Mondini L, Souza ALM, Popkin BM. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: Monteiro CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças. São Paulo: Hucitec; 1995. p.247-55.
2. Oliveira AMA, Cerqueira EMM, Souza JS, Oliveira AC. Sobrepeso e obesidade infantil: Influência de fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana, BA. Arq Bras Endocrinol Metab 2003;47(2):144-50.
3. Laquatra I. Nutrição para o controle do peso. In: Mahan LK, Escott-Stump S. Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia. 11ª ed. São Paulo: Roca; 2005. p.534-67.
4. Salve MGC. Obesidade e peso corporal: riscos e consequências. Movimento & Percepção 2006;6(8):29-48.
5. Souza MSF, Cardoso AL. Obesidade. In: Marcondes E, Okay Y, Ramos JLA, Vaz FAC. Pediatria básica tomo II: pediatria clínica geral. 9ª ed. São Paulo: Sarvier; 2003. p.359-66.
6. Moraes CM, Portella RB, Pinheiro VS, Oliveira MMS, Fuks AG, Cunha EF, et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em pacientes com diabetes tipo 1. Arq Bras Endocrinol Metab 2003;47(6):677-83.
7. Fisberg M, Oliveira CL. Obesidade na infância e adolescência: uma verdadeira epidemia. Arq Bras Endocrinol Metab 2003;47(2):107-8.
8. Fiates GMR, Amboni RDMC, Teixeira E. Comportamento consumidor, hábitos alimentares e consumo de televisão por escolares de Florianópolis. Rev Nutr 2008;21(1):105-14.
9. Santos JE. Obesidade e sobrepeso. In: Serrano Junior CV, Nobre F, eds. Tratado de cardiologia SOCESP. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2006. p.313-8.
10. Fernandes RA, Vargas SA. O cuidado de enfermagem na obesidade infantil. Rev Meio Amb Saúde 2007;2(1):273-81.
11. Oliveira AMA, Cerqueira EMM, Oliveira AC. Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil na cidade de Feira de Santana-BA: detecção na família x diagnóstico clínico. J Pediatr 2003;79(4):325-8.

12. Leao LSCS, Araújo LMB, Moraes LTLP, Assis AM. Prevalência de obesidade em escolares de Salvador, Bahia. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2003;47(2):151-7.
13. Barreto ACNG, Brasil LMP, Maranhão HS. Sobrepeso: uma nova realidade no estado nutricional de pré-escolares de Natal, RN. *Rev Assoc Med Bras* 2007;53(5):377-88
14. Silva GAP, Balaban G, Freitas MMV, Baracho JDS, Nascimento EMM. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças pré-escolares matriculadas em duas escolas particulares de Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2003;3(3):323-7.
15. Farias ES, Júnior GG, Petroski EL. Estado nutricional de escolares em Porto Velho, Rondônia. *Rev Nutr* 2008;21(4):401-9.
16. Ronque ERV, Cyrino ES, Dórea VR, Júnior HS, Galdi EHG, Arruda M. Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares de alto nível socioeconômico em Londrina, Paraná, Brasil. *Rev Nutr* 2005;18(6):709-17.
17. Silva KS, Pelegrini A, Hoefelmann LP, Vasques DG, Lopes AS. Prevalência de excesso de peso corporal em escolas públicas e privadas da cidade de Florianópolis, SC. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2008;52(3):574-5.
18. Teixeira AR, Marçal IGT, Simony RF, Velho DI. Avaliação nutricional de crianças de 0 a 5 anos de idade de uma creche do município de São Paulo a partir das curvas de crescimento. *Nutrição em Pauta* 2008;16(89):43-6.
19. Zanoti MDU, Pina JC, Manetti ML. Correlação entre pressão arterial e peso em crianças e adolescentes de uma escola municipal do Noroeste paulista. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009;13(4):879-85.
20. Costa RF, Cintra IP, Fisberg M. Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares da cidade de Santos, SP. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2006;50(1):60-5.

Revisão

Os programas de segurança e saúde no trabalho nas empresas

Hanna Beatriz Bacelar Tibães*, Solange Cervinho Bicalho Godoy, D.Sc.**,
Adelaide de Mattia Rocha, D.Sc.***, Mércia de Paula Lima, D.Sc.***

Especialista em Saúde Coletiva com ênfase em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Professora Substituta da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, **Professora da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), *Professor Adjunto da UFMG*

Resumo

Este estudo objetivou conhecer a produção científica referente à responsabilidade dos programas de segurança e saúde nas empresas. A revisão bibliográfica integrativa foi realizada nas bases de dados catalogadas no Sistema de Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a seleção dos estudos, optou-se pelos seguintes critérios: um dos descritores deveria constar no título do estudo; idiomas inglês, português e espanhol; período de publicação entre 2000 a 2009 e resumos disponíveis nas bases de dados investigadas. A amostra final foi composta por 13 estudos. Os estudos enfatizavam que o controle social era uma parte integrante e importante para a efetividade das ações dos programas de segurança e saúde no trabalho. A participação popular no processo foi considerada insignificante, em virtude da falta de conhecimento dos trabalhadores em relação aos seus direitos. Outro aspecto destacado foi a inoperabilidade das ações direcionadas para a vigilância ambiental. Os estudos propõem a necessidade de uma abordagem integrativa e participativa dos diversos segmentos sociais, destacando a educação e promoção da saúde, de acordo com as realidades locais.

Palavras-chave: saúde do trabalhador, vigilância ambiental, saúde ambiental.

Abstract

The health and safety programs at work in companies

This study aimed at knowing the scientific production regarding safety and health programs in the companies. This is an integrative literature review carried out in the Virtual Health Library (VHS) databases. The criteria for selecting the studies were: one of the descriptors should make part of the title of the study; English, Portuguese and Spanish languages; period of publication between 2000 and 2009 and abstracts available in the databases researched. The final sample was composed of 13 studies. The studies emphasized that the social control was an essential part to make effective safety and health programs at work. The popular participation in the process was considered insignificant, owing to workers lack of knowledge in relation to their rights. Another outstanding aspect was the unworkable actions aimed at environmental surveillance. The studies propose the need of an integrative approach with participation of various social segments, detaching the education and health promotion in accordance with the local realities.

Key-words: worker's health, environmental surveillance, environmental health.

Artigo recebido em 1 de dezembro de 2010; aceito em 29 de novembro de 2011.

Endereço para correspondência: Hanna Beatriz Bacelar Tibães, Rua da Glória, nº 187, 39100-000 Diamantina MG, Tel: (38) 3532-6073, E-mail: hannabacelar@gmail.com, angedcervino@hotmail.com

Resumen

Los programas de seguridad y salud en el trabajo en las empresas

Este estudio tuvo como objetivo conocer la producción científica con respecto a la responsabilidad de los programas de seguridad y salud en las empresas. Fue realizada una revisión integrativa en la base de datos de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Los criterios para la selección de los estudios fueron: uno de los descriptores debería hacer parte del título del estudio; idiomas inglés, portugués y español; periodo de publicación entre 2000 y 2009 y los resúmenes disponibles en las bases de datos investigadas. La muestra final estuvo compuesta por 13 estudios. Los estudios enfatizaban que el control social era parte integrante e importante para la efectividad de las acciones de los programas de seguridad y salud en el trabajo. La participación popular en el proceso fue considerada insignificante, por la falta de conocimiento de los obreros respecto a sus derechos. Otro aspecto destacado fue la inoperabilidad de las acciones orientadas para la vigilancia ambiental. Los estudios proponen la necesidad de un abordaje integrativo con participación de varios segmentos sociales, destacando la educación y promoción en la salud, de acuerdo con las realidades locales.

Palabras-clave: salud laboral, vigilancia ambiental, ambiental del salud.

Introdução

A área da Saúde do Trabalhador, a partir do final da década de 70 e, durante toda a década de 80, expressa seu crescimento e começa a ser explícito, o elo entre o sistema de saúde e a incorporação de um sistema de saúde ambiental moderno no setor [1].

O período antecedente à realização da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento (UNCED), realizada no Rio de Janeiro em 1992, contribuiu para o aumento das preocupações com os problemas de saúde relacionados com o ambiente. Esse período pode ser caracterizado pelo crescimento dos movimentos ecológicos, ONGs e outras formas organizadas de luta da sociedade civil pela preservação do ambiente e da saúde, que tornavam explícitos aos políticos e a sociedade civil, a importância da questão ambiental e de seus desdobramentos para a saúde em todo o planeta [1].

A relação entre o ambiente e o padrão de saúde de uma população define o campo de conhecimentos referido como “Saúde Ambiental”, “Saúde e Ambiente”, ou “Vigilância em Saúde Ambiental”.

Essa relação incorpora todos os elementos e fatores que potencialmente afetam a saúde, incluindo, desde a exposição a fatores específicos, como substâncias químicas, elementos biológicos ou situações que interfiram no estado psíquico do indivíduo, até aqueles relacionados a aspectos negativos do desenvolvimento social e econômico dos países [2].

As situações de risco ambientais que interferem no quadro de morbidade e mortalidade da população em geral são complexas e exigem um plano de intervenção concreto da realidade, trabalho

integrado e mecanismos de coordenação intergovernamental das diversas instituições envolvidas nesta questão, tais como, Sistema Único de Saúde e Ministérios da Saúde, Meio Ambiente, Seguridade Social e Trabalho [3].

A crise ambiental contemporânea tem intensificado as discussões e despertado a atenção pública para os efeitos gerados pelos processos de produção e consumo das sociedades industriais modernas sobre a saúde humana e de ecossistemas. Dentre os fatores apontados destacam-se a degradação ambiental que afeta várias regiões do planeta e o reconhecimento científico por parte dos especialistas, dos riscos ecológicos globais, tais como, o efeito estufa, a redução da camada de ozônio, a destruição de florestas e da biodiversidade, a poluição atmosférica e marítima [4].

O impacto dos problemas ambientais gerado pelos processos de produção e consumo sobre a saúde humana pode, ainda, manifestar-se sob a forma de acidentes industriais ampliados que causam mortes, lesões corporais, intoxicações, e também efeitos crônicos sobre o aparelho respiratório, circulatório, cânceres e malformações congênitas, particularmente, em grupos populacionais mais suscetíveis, como crianças, idosos e asmáticos, das áreas de entorno [5].

As fontes locais de poluentes podem gerar contaminações ambientais que causam intoxicações crônicas na população local e nas áreas de entorno. A concentração das fontes poluentes pode ocasionar a contaminação do solo, em virtude da deposição inadequada dos resíduos gerando a contaminação de alimentos, fontes de água potável e do ar, refletindo, assim, na elevação das taxas de morbidade e mortalidade [4].

O momento histórico atual aponta para a importância da reflexão a respeito das sociedades industriais contemporâneas. Diante dos impactos sobre a saúde e o meio ambiente nos diversos cenários sociais, percebe-se a necessidade da inclusão do serviço especializado em segurança e medicina do trabalho (SESMT); do programa de controle médico e saúde ocupacional (PCMSO) e do programa de prevenção de riscos ambientais (PPRA). Espera-se que com a adoção destes serviços nas relações entre trabalho, saúde e meio ambiente possa acontecer a melhoria nos ambientes laborais e áreas de entorno [6].

Dessa discussão emerge a necessidade de conhecer a produção científica referente à responsabilidade dos programas de segurança e saúde nas empresas.

Objetivo

Conhecer a produção científica referente à responsabilidade dos programas de segurança e saúde nas empresas.

Material e métodos

Para elaboração do presente estudo optou-se pela revisão integrativa da literatura. A revisão bibliográfica integrativa é um método que permite gerar uma fonte de conhecimento atual sobre um problema e determinar se esse conhecimento é válido para ser transferido para a prática. Logo, deve seguir padrão metodológico que possibilite ao leitor, identificar as características dos estudos analisados [7].

Para a coleta de dados utilizou-se as bases de dados Bireme, Scielo e Medline. Como estratégia de busca empregou-se os descritores: segurança no trabalho, saúde do trabalhador, vigilância ambiental; *occupational safety, occupational health; environmental surveillance; seguridad laboral, salud laboral; salud ambiental*.

Para a seleção preliminar dos estudos observou-se os seguintes critérios: título do estudo deveria conter em pelo menos um dos descritores selecionados; idiomas inglês, português e espanhol; compreender o período entre 2000 e 2009 e resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas.

Para a coleta de dados dos estudos selecionados foi criado um instrumento com informações referentes à identificação do autor; título do artigo

e periódico; ano de publicação; idioma; desfecho estudado; metodologia empregada; resultados alcançados; conclusões e/ou recomendações dos autores. A análise dos estudos foi realizada a partir do instrumento previamente elaborado.

Resultados e discussão

Na busca preliminar foi encontrado um total de 492 estudos. Deste total, após análise dos resumos, seguindo os critérios pré-estabelecidos foram selecionados 13 estudos, pertencentes à base de dados Lilacs.

O processo de análise dos estudos decorreu da decodificação dos dados com base no instrumento previamente elaborado. Os estudos selecionados foram categorizados de acordo com as unidades temáticas [8].

Condições de trabalho e saúde do trabalhador

No primeiro estudo analisado [9], as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores em uma indústria cimenteira exposta a resíduos tóxicos de natureza química, o autor concluiu que esse tipo de atividade e as condições de trabalho geravam adoecimento e impacto na saúde coletiva. A prevenção era banalizada pela organização do trabalho, diante da negligência da notificação às autoridades dos acidentes de trabalho e de atitudes errôneas ao camuflar os resultados do monitoramento biológico, a fim de favorecer a empresa em detrimento dos trabalhadores.

Para Lacaz [10] a percepção dos riscos ambientais não é um ato comum entre os trabalhadores tanto quanto os riscos ocupacionais gerados pelos processos produtivos considerando o alto índice de acidentes que causam traumas, comprometendo o processo de trabalho na organização.

De acordo com os estudos elaborados por Pinto, Alves e Costa [9-11,12] torna-se fundamental a atuação da Vigilância em Saúde do Trabalhador nas ações de promoção e vigilância em saúde; na formação de equipes multidisciplinares com capacidade de diálogo com outros setores e na participação da população com base na proposta do Sistema Único de Saúde.

Programas de segurança e saúde no trabalho

No estudo elaborado por Lacaz [13], na década de 1980, os programas de saúde do trabalhador

contavam com importantes organizações de trabalhadores quanto à questão que envolve o controle social. A fragilidade dos sindicatos de trabalhadores e a nova configuração do mundo do trabalho geraram dificuldades quanto à forma de participação do trabalhador nos órgãos sindicais. A atual fragilidade do movimento sindical, aliada à postura pouco engajada da academia e ao desenvolvimento de políticas públicas, gerou um quadro de retrocesso no campo da Saúde do Trabalhador.

Em estudo realizado por Miranda [14], este salienta que dentre 28 empresas que elaboraram o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), 26 (92,9%) apresentaram algum tipo de inconsistência em seu programa. O restante apresentava algum tipo de desconhecimento quanto aos fatores de risco. Em relação ao ambiente de trabalho nessas empresas, mesmo após a vigência da legislação trabalhista, 26,7% das empresas não haviam sido inspecionadas e 83,4% passaram por processo de inspeção três vezes ou menos, no período entre 1995 e 2002.

Este estudo também apresenta que das 30 empresas inspecionadas em relação ao PCMSO, 2(6,7%) não o tinham elaborado e 85,7% apresentavam alguma inconsistência em relação ao mesmo. Esta inconsistência referia-se à falta da realização dos exames complementares - indicadores biológicos. Das 28 empresas que elaboraram o PPRA e PCMSO, 14 (50,0%) informaram que o programa tinha sido elaborado por um engenheiro de segurança do trabalho sem a participação de profissionais relevantes como, higienista ocupacional e representantes da classe dos trabalhadores das empresas [14].

De acordo com Tambelline [3], a implantação de um programa de saúde e segurança no trabalho (PSST), junto à vigilância da saúde do trabalhador e a segurança no trabalho envolvendo a participação de técnicos, empresários e trabalhadores, foi destacada como uma necessidade importante para se resgatar a autonomia da gestão financeira do PSST, a realização de treinamento em Segurança e Saúde no Trabalho para os trabalhadores e a necessidade de articulação entre as equipes de segurança e de saúde.

As intervenções em saúde do trabalhador e, em particular, na vigilância em Saúde do trabalhador, segundo Brito e Porto, [15] se pautam na concepção de que a saúde para o trabalhador não significa apenas a ausência de doenças ocupacionais e/ou acidentes de trabalho, mas, principalmente, a transformação dos processos de trabalho em seus

diversos aspectos, tanto a eliminação de riscos, que podem ocasionar agravos à saúde, como também a inserção do trabalhador no processo produtivo como potencializadora de saúde e de vida.

Vigilância ambiental e saúde do trabalhador

Em estudo realizado por Rigotto [4] constatou-se que as empresas de calçados apresentavam limitações graves como a despreocupação com questões ambientais, a saúde dos trabalhadores e da comunidade que vivia nas áreas de entorno das empresas.

A OPS [2] entende que o processo de trabalho destas empresas apresenta uma variedade de condições de risco, seja de natureza física, química, biológica, ergonômica, que podem provocar acidentes nos territórios próximos às fontes de riscos, que são nocivos à saúde da população do entorno.

Corroborando Porto e Rigotto [5,6], Lacaz [10] destaca que a falta de participação do poder local, bem como dificuldades dos órgãos públicos em fazer cumprir o controle por parte da empresa quanto ao monitoramento ambiental, o descaso das indústrias no cumprimento mínimo das legislações vigentes, as relações trabalho-ambiente-saúde a despeito das atribuições constitucionais e legais e a falta de participação da sociedade civil na discussão dos impactos sociais, ambientais e de saúde, descaracterizam o problema de saúde ambiental e da vigilância em saúde do trabalhador.

Machado [16] define que ações em saúde do trabalhador se constituem em um conflito de competências entre os órgãos de vigilância, sendo necessário um maior diálogo entre os setores governamentais - o Ministério do Trabalho, o Ministério da Previdência e o Ministério da Saúde.

Rigotto [4] afirma que em estudos realizados com enfoque na saúde do trabalhador e na vigilância ambiental é evidente a necessidade dos moradores das áreas de entorno das empresas buscarem conhecimentos mais detalhados sobre a situação ambiental e de saúde e suas possíveis inter-relações com a qualidade de vida. Preconiza, ainda, que somente por meio da interlocução com os moradores, os problemas de saúde e a situação ambiental das áreas de entorno deverão ser tratados com importância, a fim de evitar o aumento da poluição ambiental e o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas.

Outro aspecto colocado por Rigotto [6], o fortalecimento das ações de vigilância ambiental em saúde, é considerado fator contribuinte na efetivação

de medidas de controle social na área de vigilância ambiental e em saúde. Para isto, o autor reafirma a necessidade de disseminar informações sobre os agravos ocupacionais e ambientais causados pelas empresas para as populações que residem no seu entorno.

De acordo com Alves [17] é necessário aprofundar a integração com as organizações dos trabalhadores, além de outras organizações da sociedade civil, pois, afinal, as questões de saúde dos trabalhadores não dizem respeito apenas aos trabalhadores em si, mas a todo o conjunto da população.

A construção de indicadores globais de saúde ambiental e qualidade de vida tem sido um desafio fundamental para a saúde das populações. O modelo denominado de Forças Motrizes/Pressão/Estado/Exposição/Efeitos/Ação - FPEEEA sistematiza as principais etapas dos processos de geração, exposição, efeitos dos riscos ambientais, ações de controle, prevenção e promoção da saúde. A Fundação Nacional de Saúde preconiza a necessidade em integrar a análise do efeito do risco ambiental para a saúde das populações que vivem no entorno das empresas, com políticas públicas saudáveis e práticas de gerenciamento de riscos [18].

A análise da relação da saúde com o processo de trabalho – contextualizando as situações de risco técnico com as relações de trabalho, as formas de resistência, e o desgaste da saúde dos trabalhadores leva a uma combinação de fatores ambientais, ocupacionais, de estilo de vida, além de aspectos sociais e pessoais relevantes para a avaliação de riscos. Estes podem ser alcançados com a implantação e implementação de programas de monitoramento ambiental pelas autoridades locais (controle social) e pelas próprias empresas [10,13].

A construção de um Sistema de Vigilância em Saúde Ambiental requer um modelo de compreensão holística, capaz de organizar as ações de prevenção em saúde, melhorar a qualidade dos serviços como um todo e colaborar com as políticas de desenvolvimento sustentável.

Conclusão

O Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) e o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) possibilitam avançar nas intervenções sobre situações de riscos que afetam o meio ambiente e a saúde da população. A adoção de políticas públicas que possibilitem a construção

de processos avaliativos com enfoque na saúde do trabalhador e na vigilância ambiental poderá contribuir para a redução do impacto gerado pelos processos produtivos em relação ao meio ambiente e dos agravos à saúde do trabalhador.

Identifica-se, portanto, a necessidade da adoção de medidas legais para dar sustentação ao PCM-SO e PPRA, com o estabelecimento de parcerias e articulações que possam auxiliar na identificação dos impactos da ação coletiva sobre o território. Estas ações devem ser baseadas em abordagens integradas e participativas, envolvendo áreas de conhecimento em educação em saúde, promoção da saúde e meio ambiente, por meio de ações educativas pautadas no diálogo entre as partes interessadas. Outro aspecto importante que merece ser destacado, diz respeito à conscientização do cidadão sobre seus direitos, a fim de que ele tenha condições de superar as limitações impostas pelo processo produtivo, tornando-se assim sujeito ativo do seu papel na sociedade.

Referências

1. Novelho CH. Vigilância em Saúde do Trabalhador e Controle Social: o caso do amianto no estado do Rio de Janeiro [Dissertação]. Rio de Janeiro: Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz; 2006. 132p.
2. Organización Panamericana de La Salud. Protección Ambiental. XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana. XLII Reunión del Comité Regional (CPS23/16). Washington: OPS; 1990.
3. Tambelline AMT, Câmara V. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. *Rev Ciênc Saúde Coletiva*; 1998;3(2):47-60.
4. Rigotto RM. Caiu na rede, é peixe!: A industrialização tardia e suas implicações sobre o trabalho, o ambiente e a saúde no Estado do Ceará. *Fortaleza: Cad Saúde Pública*. 2007; 23(4):599-611.
5. Porto MF. Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005;10(4):829-39.
6. Rigotto RM. Saúde ambiental e saúde dos trabalhadores: uma aproximação promissora entre o verde e o vermelho. *Rev Bras Epidemiol* 2003;6(4):388-404.
7. Pompéu DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul de Enferm* 2009;22(4):434-8.
8. Galho TS, Moraes SMW. Categorização automática de documentos de texto: Utilizando lógica difusa. Gravatá: Universidade Luterana do Brasil; 2003.
9. Pinto AGJ. Condições de trabalho e saúde de trabalhadores na queima de resíduos tóxicos em fornos de

- cimenteiras de Cantagalo, Estado do Rio de Janeiro [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz; 2009. 137p.
10. Lacaz FAC, Machado JHM, Porto MFS 2002. Estudo da situação e tendências da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil. In: Lacaz FAC. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cad Saúde Pública 2007;23(4):757-66.
 11. Alves RB. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. Rio de Janeiro: Cad Saúde Pública 2003;19(1):319-22.
 12. Costa MA. Percepção socioambiental e qualidade de vida dos moradores de Pirapora do Bom Jesus-SP [Dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz 2006. 86p.
 13. Lacaz FAC. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cad Saúde Pública 2007;23(4):757-66.
 14. Miranda CR, Dias CR. PPRA/PCMSO: auditoria, inspeção do trabalho e controle social. Cad Saúde Pública 2004;20(1):224-32.
 15. Brito JC, Porto MFS. Processo de trabalho, riscos e cargas à saúde. Rio de Janeiro: Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1991.
 16. Machado JMH. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. Cad Saúde Pública 1997;(2):33-45.
 17. Alves RB. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. Cad Saúde Pública 2003;19(1):319-22.
 18. Pompéu DA, Rossi LA, Galvão CMA. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. Acta Paul Enferm 2009; 22(4):434-8.

Normas de publicação *Enfermagem Brasil*

A revista *Enfermagem Brasil* é uma publicação com periodicidade bimestral e está aberta para a publicação e divulgação de artigos científicos das áreas relacionadas à Enfermagem.

Os artigos publicados em *Enfermagem Brasil* poderão também ser publicados na versão eletrônica da revista (Internet) assim como em outros meios eletrônicos (CD-ROM) ou outros que surjam no futuro, sendo que pela publicação na revista os autores já aceitem estas condições.

A revista *Enfermagem Brasil* assume o “estilo Vancouver” (Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, N Engl J Med. 1997; 336(4): 309-315) preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são resumidas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), <http://www.icmje.org>, na versão atualizada de outubro de 2007.

Os autores que desejarem colaborar em alguma das seções da revista podem enviar sua contribuição (em arquivo eletrônico/e-mail) para nossa redação, sendo que fica entendido que isto não implica na aceitação do mesmo, que será notificado ao autor.

O Comitê Editorial poderá devolver, sugerir trocas ou retorno de acordo com a circunstância, realizar modificações nos textos recebidos; neste último caso não se alterará o conteúdo científico, limitando-se unicamente ao estilo literário.

1. Artigos originais

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de descobertas com relação a aspectos experimentais ou observacionais, e inclui análise descritiva e/ou inferências de dados próprios. Sua estrutura é a convencional que traz os seguintes itens: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Texto: Recomendamos que não seja superior a 12 páginas, formato A4, fonte English Times (Times Roman) tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc.

Tabelas: Considerar no máximo seis tabelas, no formato Excel/Word.

Figuras: Considerar no máximo 8 figuras, digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em Power-Point, Excel, etc.

Bibliografia: É aconselhável no máximo 50 referências bibliográficas.

Os critérios que valorizarão a aceitação dos trabalhos serão o de rigor metodológico científico, novidade, interesse profissional, concisão da exposição, assim como a qualidade literária do texto.

2. Revisão

São trabalhos que versem sobre alguma das áreas relacionadas à Enfermagem, que têm por objeto resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. Quanto aos limites do trabalho, aconselha-se o mesmo dos artigos originais.

3. Atualização ou divulgação

São trabalhos que relatam informações geralmente atuais sobre tema de interesse dos profissionais de Enfermagem (novas técnicas, legislação, por exemplo) e que têm características distintas de um artigo de revisão.

4. Estudo de caso

São artigos de dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplo. Apresenta as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo, idade e pode ser realizado em humano ou animal.

5. Comunicação breve

Esta seção permitirá a publicação de artigos curtos, com maior rapidez. Isto facilita que os autores apresentem observações, resultados iniciais de estudos em curso, e inclusive realizar comentários a trabalhos já editados na revista, com condições de argumentação mais extensa que na seção de cartas do leitor.

PREPARAÇÃO DO TEXTO

1. Normas gerais

1.1 Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página de formato A4, formatado da seguinte maneira: fonte Times Roman (English Times) tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.

1.2 Numere as tabelas em romano, com as legendas para cada tabela junto à mesma.

1.3 Numere as figuras em arábico, e envie de acordo com as especificações anteriores.

As imagens devem estar em tons de cinza, jamais coloridas, e com qualidade ótima (qualidade gráfica – 300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif.

1.4 As seções dos artigos originais são estas: resumo, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e bibliografia. O autor deve ser o responsável pela tradução do resumo para o inglês e também das palavras-chave (*key-words*). O envio deve ser efetuado em arquivo, por meio de disquete, CD-ROM ou e-mail. Para os artigos enviados por correio em mídia magnética (disquetes, etc) anexar uma cópia impressa e identificar com etiqueta no disquete ou CD-ROM o nome do artigo, data e autor.

2. Página de apresentação

A primeira página do artigo apresentará as seguintes informações:

- Título em português, inglês e espanhol.
- Nome completo dos autores, com a qualificação curricular e títulos acadêmicos.
- Local de trabalho dos autores.
- Autor que se responsabiliza pela correspondência, com o respectivo endereço, telefone e E-mail.
- Título abreviado do artigo, com não mais de 40 toques, para paginação.
- As fontes de contribuição ao artigo, tais como equipe, aparelhos, etc.

3. Autoria

Todas as pessoas consignadas como autores devem ter participado do trabalho o suficiente para assumir a responsabilidade pública do seu conteúdo.

O crédito como autor se baseará unicamente nas contribuições essenciais que são: a) a concepção e desenvolvimento, a análise e interpretação dos dados; b) a redação do artigo ou a revisão crítica de uma parte importante de seu conteúdo intelectual; c) a aprovação definitiva da versão que será publicada. Deverão ser cumpridas simultaneamente as condições a), b) e c). A participação exclusivamente na obtenção de recursos ou na coleta de dados não justifica a participação como autor. A supervisão geral do grupo de pesquisa também não é suficiente.

4. Resumo e palavras-chave (*Abstract, Key-words, Resumen, Palabras-clave*)

Na segunda página deverá conter um resumo (com no máximo 150 palavras para resumos não estruturados e 200 palavras para os estruturados), seguido da versão em inglês e espanhol.

O conteúdo do resumo deve conter as seguintes informações:

- Objetivos do estudo.
- Procedimentos básicos empregados (amostragem, metodologia, análise).
- Descobertas principais do estudo (dados concretos e estatísticos).
- Conclusão do estudo, destacando os aspectos de maior novidade.

Em seguida os autores deverão indicar quatro palavras-chave para facilitar a indexação do artigo. Para tanto deverão utilizar os termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra no endereço internet seguinte: <http://decs.bvs.br>. Na medida do possível, é melhor usar os descritores existentes.

5. Agradecimentos

Os agradecimentos de pessoas, colaboradores, auxílio financeiro e material, incluindo auxílio governamental e/ou de laboratórios farmacêuticos devem ser inseridos no final do artigo, antes as referências, em uma seção especial.

6. Referências

As referências bibliográficas devem seguir o estilo Vancouver definido nos Requisitos Uniformes. As referências bibliográficas devem ser numeradas por numerais arábicos entre parênteses e relacionadas em ordem na qual aparecem no texto.

Os artigos, cartas e resumos devem ser enviados para: artigos@atlanticaeditora.com.br

Consulte o texto completo das Normas em nosso site: www.atlanticaeditora.com.br

Calendário de eventos

2012

Março

16 a 17 de março

III Simpósio Internacional de Informática em Enfermagem

São Paulo, SP

Informações: sbis@sbis.org.br

24 a 25 de março

15º Congresso da Associação de Diabetes Juvenil

São Paulo, SP

Informações: adj2012@acquacon.com.br

Abril

20 a 21 de abril

Brasilenf - Congresso de Enfermagem

Salvador, BA

Informações: brasilenf@atualizacursos.com.br

Maió

26 de maio

IVJIGG - Jornada Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia

São Paulo, SP

Informações: secretaria.iep@hsl.org.br

26 a 29 de maio

World Congress for Nurse Anesthetists

Ljubljana, Slovenia

Informações: www.wcna2012.com

Junho

4 a 6 de junho

3º SENABS – Seminário nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica em Saúde

Manaus, AM

Informações: www.abennacional.org.br

12 a 15 de junho

III Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa

Coimbra, Portugal

Informações: congresso.uicisa@esenfc.pt

17 a 20 de junho

NETNEP 2012 - the 4th International Nurse Education Conference

Baltimore, USA

Informações: netnep2012@elsevier.com

Outubro

24 a 26 outubro

Third International Conference on Violence in the Health Sector

Vancouver, Canadá

Informações: www.oudconsultancy.nl

29 outubro a 2 de novembro

64o CBen – Congresso Brasileiro de Enfermagem

Porto Alegre, RS

Informações: www.abennacional.org.br

Novembro

22 a 25 novembro

2º Fórum Internacional Multidisciplinar sobre Cuidados Paliativos

Florença, Itália

Informações: secretariat@imfpc.org

28 a 30 novembro

APE - 12ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem

Lisboa, Portugal

Informações: investigaenf@gmail.com