

ISSN 1982-1166

CuidArte

Enfermagem

Volume 10 - Número 1 - Janeiro/Junho 2016



Faculdades Integradas Padre Albino

CuidArte

Enfermagem

ISSN 1982-1166

Catanduva, SP Cuid Enferm. Volume 10 Número 1 p. 1-78 janeiro/junho 2016 Semestral

EDITOR

Faculdades Integradas Padre Albino

CONSELHO EDITORIAL

Editora-Chefe

Virtude Maria Soler

Faculdades Integradas Padre Albino - Catanduva-SP.

Editores

Alessandra Mazzo

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

Antonio Carlos de Araujo

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

Ilza dos Passos Zborowski

Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - Funfarme.

Luciana Bernardo Miotto

Faculdade Integrada Metropolitana de Campinas - METROCAMP - DEVRV BRASIL, Campinas-SP.

Maria Regina Lourenço Jabur

Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - Funfarme.

Bibliotecária e Assessora Técnica

Marisa Centurion Stuchi

Faculdades Integradas Padre Albino - Catanduva-SP.



Faculdades
Integradas
Padre Albino

FUNDAÇÃO PADRE ALBINO

Conselho de Administração

Presidente: Antonio Hércules

Diretoria Administrativa

Presidente: José Carlos Rodrigues Amarante

Núcleo Gestor de Educação

Antonio Carlos de Araujo

FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO

Diretor-Geral: Nelson Jimenes

Vice-Diretor: Sidnei Stuchi

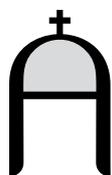
Coordenador Pedagógico: Antonio Carlos de Araujo

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Coordenadora de Graduação: Maria Cláudia Parro

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

Indexada: Base de Dados de Enfermagem - BDEFN - BIREME



FUNDAÇÃO
PADRE ALBINO

Rua dos Estudantes, 225
Parque Iracema
Catanduva-SP - Brasil
CEP. 15809-144
Fone: (17) 3311-3347

E-mail: revistaenfermagem@fipa.com.br

CONSELHO CIENTÍFICO

Ana Paula Girol – Bióloga – Faculdades Integradas Padre Albino – FIPA, Catanduva-SP.

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

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

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

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

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

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

Isabel Cristina Belasco Bento – Enfermeira – Universidade Federal do Sul da Bahia – UFSB, BA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NÚCLEO DE EDITORAÇÃO DE REVISTAS



Componentes do Núcleo:
Marino Cattalini (Coordenador)
Marisa Centurion Stuchi
Virtude Maria Soler

C966 CuidArte enfermagem / Faculdades Integradas Padre Albino, Curso de Graduação em Enfermagem. - - Vol. 10, n. 1 (jan./jun. 2016) - . - Catanduva: Faculdades Integradas Padre Albino, Curso de Enfermagem, 2007- v. : il. ; 27 cm

Semestral.
ISSN 1982-1166

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

CDD 610.73

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

- É permitida a reprodução parcial desde que citada a fonte
- Capa: Ato Comunicação
- Início de circulação: dezembro de 2007 / *Circulation start: December 2007*
- Data de impressão: junho 2016 / *Printing date: June 2016*

SUMÁRIO / SUMMARY / CONTENIDO

EDITORIAL

Andréia de Haro Moreno 5

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES / ARTÍCULOS ORIGINALES

EXPRESSÃO DE METALOPROTEINASES DE MATRIZ E ANEXINA A1 EM TUMORES DE PELE DE DIFERENTES GRAUS DE MALIGNIDADE

EXPRESSION OF THE MATRIX METALLOPROTEINASES AND ANNEXIN A1 IN SKIN TUMORS OF DIFFERENT MALIGNANCY GRADES

EXPRESIÓN DE METALOPROTEINASAS DE MATRIZ Y ANEXINA A1 EN TUMORES DE LA PIEL DE DIFERENTES GRADOS DE MALIGNIDADE

Tatiana Medeiros Alves, Patrícia Martins Baviera, Thalita Alves de Oliveira, Maryam Buainain Tadei, Matheus Vicente Mayorquim, Helena Ribeiro de Souza, Mairto Roberis Geromel, Ana Paula Girol 9

TUBERCULOSE NO GRUPO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (GVE) XII – ARARAQUARA: INCIDÊNCIA E PERFIL DAS NOTIFICAÇÕES DE 2009 a 2013

TUBERCULOSIS AT EPIDEMIOLOGIC VIGILANCE GROUP (EVG) XII - ARARAQUARA: INCIDENCE AND PROFILE OF NOTIFICATIONS FROM 2009 TO 2013

TUBERCULOSIS EN EL GRUPO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (GVE) XII - ARARAQUARA: INCIDENCIA Y PERFIL DE LOS CASOS NOTIFICADOS 2009 A 2013

Daiane Alves da Silva, Mellina Yamamura, Rosely Moralez de Figueiredo 15

ALEITAMENTO MATERNO: NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DE UM CURSO DE MEDICINA DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

BREASTFEEDING: KNOWLEDGE LEVEL AMONG STUDENTS OF A MEDICAL SCHOOL OF INNER SÃO PAULO STATE

LACTANCIA MATERNA: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES DE UN CURSO DE MEDICINA DEL INTERIOR DEL ESTADO DE SÃO PAULO

Terezinha Soares Biscegli, Felipe Branco Arcadepani, Natália Oliveira Gonzaga, Ricardo Alessandro Teixeira

Gonsaga 22

PERCEPÇÕES DE ALUNOS DE UM CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM FRENTE AO ESTÁGIO CURRICULAR

PERCEPTIONS OF STUDENTS OF A NURSING GRADUATION COURSE ABOUT THE CURRICULAR INTERNSHIP

PERCEPCIONES DE LOS ESTUDIANTES DE UN CURSO DE GRADO EN ENFERMERÍA EN LAS PRÁCTICAS CURRICULARES

Bruno Vilas Boas Dias, Gislane Mendes Silva, Warley Mendes Silva, Fátima do Reis Silva 29

EDUCAÇÃO INCLUSIVA: ADEQUAÇÃO E CAMINHOS SOB O ENFOQUE DE DOCENTES E DISCENTES DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR

INCLUSIVE EDUCATION: ADEQUACY AND ROADS UNDER THE FACULTY AND STUDENTS FOCUS OF AN INSTITUTION OF HIGHER EDUCATION

EDUCACIÓN INCLUSIVA: FITNESS Y RUTAS BAJO EL ENFOQUE DE DOSCENTES Y ALUMNOS DE UNA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Nilson Mozas Olivares, Maria Rita Braga, Jaime Jesus Borges Milanez, Juliana Guidi Magalhães, Lays Lemos, Mariana Penitente Oliveira 36

FRATURAS: PERFIL DA POPULAÇÃO INFANTO-JUVENIL INTERNADA EM UM HOSPITAL ESCOLA DO INTERIOR PAULISTA

FRACTURES: PROFILE OF CHILDREN AND YOUTH POPULATION ADMITTED AT A SCHOOL HOSPITAL OF INSIDE SÃO PAULO STATE

FRACTURAS: PERFIL DE LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL INGRESADOS EN UN HOSPITAL ESCUELA EN EL INTERIOR DE SÃO PAULO

Gabriela Garcia Agra Naufal, Rafaela Cardoso Ribeiro de Barros, Rafaela Pilotto Nais, Ricardo Alessandro Teixeira Gonsaga, Terezinha Soares Biscegli 44

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: ATENDIMENTO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) - INFORMAÇÕES PASSADAS PELO SOLICITANTE

CARDIOPULMONARY ARREST: ATTENDANCE BY MOBILE EMERGENCY ASSISTANCE SERVICE - INFORMATION TRANSMITTED BY THE REQUESTOR

PARO CARDÍACO: ASISTENCIA MOVIBLE DE SERVICIO DE URGENCIA (SAMU) – INFORMACIÓN APROBADA POR EL SOLICITANTE

Bruno Vilas Boas Dias, Admilson Soares de Paula, Diná Paula Maria dos Santos, Dayane Silva Ribeiro de Freitas 52

ARTIGO DE REVISÃO / REVIEW ARTICLE / ARTÍCULO DE REVISIÓN

ASPECTOS MEDIADORES E DESENCADADORES DA SÍNDROME DE BURNOUT NOS ENFERMEIROS

MEDIATORS AND TRIGGERS ASPECTS OF BURNOUT SYNDROME IN NURSES

ASPECTOS DE MEDIADORES Y FACTORES DESENCADENANTES DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS

Fernanda Ferreira Santiago Sanchez, Reginaldo Oliveira 61

RELATO DE CASO / CASE REPORT / CASO CLÍNICO

RESSECÇÃO DE LESÃO CÍSTICA DE COLÉDOCO: RELATO DE CASO

RESECTION OF CHOLEDOCHAL CYSTIC LESION: CASE REPORT

RESECCIÓN DE LAS LESIONES QUÍSTICAS DE COLÉDOCO: INFORME DE CASO

José Francisco Gandolf, Francisco Ribeiro de Carvalho Neto, Nazir Elias Chalela Ayub, Renato Poli Veneziani Sebbe, Juliana de Jesus Boscolo, Juliana Gonçalves Yogolare 69

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

STANDARDS PUBLISHING / NORMAS DE PUBLICACIÓN 75

Editorial

Humanização da Assistência à Saúde

Andréia de Haro Moreno*

A humanização da assistência à saúde representa uma das principais ações voltadas ao restabelecimento da saúde e ao bem-estar do ser humano. Infelizmente, por diversos motivos, essa fundamental característica da “arte do cuidar”, do bem-estar e da qualidade de vida vem desaparecendo a cada dia.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o próprio conceito de saúde nos indica que a mesma não é somente ausência de doença, mas, e principalmente, o bem-estar físico, mental e social recentemente ampliado para incluir o bem-estar espiritual¹. Ou seja, a inclusão da visão de bem-estar acaba sendo defendida num meio ambiente equilibrado e sustentável, uma realidade bastante distante da enfrentada por milhares de brasileiros que recorrem todos os dias aos serviços de saúde.

Observamos no cotidiano dos serviços de saúde um atendimento não raro de descaso e descompromisso com a saúde pública. Este fator é observado com maior frequência em regiões onde a população encontra-se desprovida ou em condições inadequadas do ponto de vista socioeconômico. O cidadão necessitado do serviço de saúde muitas vezes não alcança seu objetivo em decorrência dos problemas de cunho financeiro. Quase sempre o simples deslocamento do doente até a unidade de saúde é dificultado, seja pelos custos ou mobilidade causada pela doença ou pela idade. Por outro lado, o profissional de saúde, que também tem suas dificuldades, precisa atender a população que necessita de seus serviços.

No entanto, um questionamento surge em todos nós: o profissional de saúde encontra-se conveniente e adequadamente preparado para trabalhar todas as dimensões existenciais do ser humano? O que se entende por assistência humanitária em saúde?

Esse importante papel da humanização no lidar com os doentes e com as doenças foi muito bem demonstrado pela psicossomática, que prega a visão holística da individualidade, integralidade e totalidade do ser humano, onde não só o psiquismo influencia o corpo, mas todo o contexto social, histórico, econômico e ecológico.

No resgate do Humanismo na assistência à saúde podemos observar que existe uma crença no ser humano, em seu valor e na sua capacidade de progredir e construir uma sociedade melhor. Com relação à assistência em saúde, sabe-se que existem comportamentos e atitudes humanizadoras que otimizam a assistência e devem ser observados, tais como solidariedade, paciência, tolerância, disponibilidade, compreensão, apoio e generosidade².

A assistência à saúde, portanto, desenvolvida por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, deve estar sempre de acordo com a doutrina humanitária². A relação profissional-paciente deve ser de amizade, cumplicidade e confiança, e nenhum outro objetivo ou fim deve alterá-la ou prejudicá-la, principalmente os interesses financeiros e comerciais.

O profissional de saúde deve ser consciente da importância do poder da relação com o paciente, que deve ser embasada na informação, apoio e carinho. Certamente não é mistério para ninguém que essas atitudes tão simples possuem em muitos casos tanta eficiência quanto as mais altas tecnologias.

* Farmacêutica, mestre e doutora em Ciências Farmacêuticas. Pós-doutorado em Análise e Controle de Medicamentos pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas – UNESP, Araraquara-SP. Docente dos cursos de Biomedicina, Enfermagem e Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Contato: ahmoreno@bol.com.br

¹ Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Assistência à Saúde, Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde [citado em 10 jun. 2016]. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf

² Rios IC. Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão. São Paulo: Áurea; 2009.

Dentro do contexto da educação, a universidade não pode ser somente informativa, porque “instruir sem dar formação é uma tragédia”². Assim, deve construir o espírito humanitário em seus discentes, que como futuros profissionais, poderão por em prática essa tão importante tarefa da arte do cuidar.

Portanto, nesta edição verificamos pesquisas abordando o cuidar em diferentes situações e patologias, o que ressalta a importância da humanização na assistência à saúde, lembrando-nos de que a porcentagem de êxitos depende de diversos fatores, como tipo da enfermidade, personalidade do paciente, mas também e muito, do tipo de atitude e comportamento adotado pelo profissional de saúde envolvido no atendimento.

Assim, trabalhar pela humanização significa lutar por mudanças de atitudes e culturas, fortalecendo os ideais humanísticos nas esferas pessoal, coletiva e institucional. É preciso mudar o modo de pensar e de agir como um todo, para que o bem maior de nossa existência seja valorizado: a vida.

Humanization of Health Assistance

Health care humanization means one of the main actions in order to restore health and human welfare. Unhappily, due to many reasons, this fundamental aspect of the “care art”, of the well-being and of life quality as well is disappearing day by day.

According to the World Health Organization (WHO), health concept itself points us that it means not only the absence of disease, but it is mainly, the physical, mental and social well-being, recently extended to include the spiritual well-being¹. This way, the inclusion of wellness vision is defended at the end in a balanced and sustainable environment, a reality quite distant from the one faced by thousands of Brazilians who need every day health services.

We notice inside health services daily life a care not rarely characterized by neglect and lack of commitment to public health. This fact is more frequently observed in areas where the population is needy or show inadequate conditions from the socioeconomic point of view. The citizens needing health services often do not reach their goal due to the financial problems. The simple displacement of the patient to the health unit is often difficult, due to the costs, as well as to the limited mobility, often caused by disease or age. On the other hand, health professionals, who also work with difficulties, have to attend the people who need their care.

At the same time, a question arises among all of us: is the health professional conveniently and adequately prepared to work all the existential dimensions of human being? What we mean for humanitarian assistance in health?

This important role of humanization in dealing with patients and with the diseases has been well demonstrated by psychosomatic, which preaches a holistic view of individuality, completeness and totality of the human being, where not only the psyche influences the body, but also the whole social, historical, economic and ecological context.

In order to rescue Humanism in health care we can see that there is a belief in humans, in its value and in its ability to move forward and build a better society as well. Regarding health care, we know that there are behaviors and humanizing attitudes, which optimize assistance and must be followed, such as solidarity, patience, tolerance, availability, understanding, support and generosity².

Therefore, health care, developed by physicians, nurses and other health professionals, should always be in accordance with the humanitarian doctrine². The relationship between the health professional and his patient should be characterized by friendship, complicity and trust, and no other goal or purpose should change or harm it, especially financial and commercial interests.

Health professionals should be aware of the importance of the power of the relationship with the patient, which must be based on information, support and care. It is certainly no mystery to anyone that these so simple attitudes are in many cases as much efficient as the highest technologies.

Within the education context, the university cannot only be informative, because “instructing without giving formation is a tragedy”². Therefore, we should build the humanitarian spirit in our students who, as future professionals, will put into practice this important task of the art of caring.

Accordingly, in the present issue we notice studies approaching care in different situations and diseases. This observation underscores the importance of humanization in health care, reminding us that the percentage of success depends upon several factors, such as type of the disease and patient’s personality, but also and especially on the kind of attitude and behavior adopted by health professionals involved in care.

Therefore, working for humanization means to fight for changes in attitudes and cultures, strengthening the humanistic ideals in personal, collective and institutional spheres. We must change the way of thinking and acting as a whole, in order to value the greater good of our existence: life.

Humanización de la Atención de la Salud

La humanización de la atención de la salud es una de las principales acciones para restaurar la salud y el bienestar humano. Lamentablemente, por diversas razones, esta característica fundamental del "arte de la atención", el bienestar y calidad de vida está desapareciendo todos los días.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el propio concepto de salud nos dice que no es sólo la ausencia de enfermedad, sino, y sobre todo, el recién extendido físico, mental y el bienestar social para incluir el bienestar espiritual¹. Es decir, la inclusión de la visión de bienestar termina siendo celebrada en un ambiente equilibrado y sostenible, una realidad muy lejana enfrentan miles de brasileños que utilizan todos los días a los servicios de salud.

Observamos en los servicios de salud de todos los días sin atención inusual la negligencia y la falta de compromiso con la salud pública. Este factor se observa con mayor frecuencia en las regiones donde la población o tiene condiciones inadecuadas del punto de vista socioeconómico. Los ciudadanos necesitados de los servicios de salud a menudo no alcanza su objetivo debido a la naturaleza financiera de problemas. Casi siempre lo simple desplazamiento del paciente a la unidad de salud es difícil debido a los costes o la movilidad causados por la enfermedad o la edad. Por otro lado, los profesionales de la salud, que también tiene sus dificultades, la necesidad de conocer a las personas que necesitan sus servicios.

Sin embargo, una pregunta surge en todos nosotros: ¿el profesional de la salud es apropiado y adecuadamente preparado para trabajar todas las dimensiones existenciales del ser humano? ¿Qué se entiende por asistencia humanitaria en salud?

Este importante papel de la humanización en el trato con los pacientes y la enfermedad ha sido bien demostrado por psicossomática, que predica la visión integral de la individualidad, la integridad y la totalidad del ser humano, donde no sólo la psique influye en el cuerpo, sino todo el contexto social, histórico, económico y ecológico.

En la redención del humanismo en la atención de salud, podemos ver que hay una creencia en el hombre en su valor y su capacidad para avanzar y construir una sociedad mejor. En cuanto a la atención de salud, se sabe que hay conductas y actitudes que optimizan la humanización y deben tenerse en cuenta, como la solidaridad, la paciencia, la tolerancia, la disponibilidad, la comprensión, el apoyo y generosidad².

Cuidado de la salud, por lo tanto, desarrollado por los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud siempre debe ser de acuerdo a la doctrina humanitaria². La relación médico-paciente debe ser la amistad, la complicidad y la confianza, y ningún otro objetivo o propósito debe cambiarlo o perjudicarlo, especialmente los intereses económicos y comerciales.

Profesionales de la salud deben ser conscientes de la importancia de la fuerza de la relación con el paciente, que debe basarse en la información, apoyo y cuidado. Sin duda, no es un misterio para nadie que estas actitudes tan simples tienen en muchos casos la forma tan eficientemente como las más altas tecnologías.

Dentro del contexto de la educación, la universidad no sólo puede ser de carácter informativo, porque "sin dar instrucciones a la formación es una tragedia"². Por lo tanto, se debe construir el espíritu humanitario en sus estudiantes que, como futuros profesionales, pondrán en práctica esta importante tarea del arte de cuidar.

Así que en este tema vemos investigación que aborde la atención en diferentes situaciones y condiciones, lo que pone de relieve la importancia de la humanización en la atención sanitaria, que nos recuerda que el porcentaje de éxito depende de varios factores, como el tipo de la enfermedad, la personalidad del paciente, sino también, y el tipo de actitud y el comportamiento adoptado por los profesionales sanitarios implicados en la atención.

Así que el trabajo para la humanización significa luchar por los cambios en las actitudes y culturas, el fortalecimiento de los ideales humanísticos en los ámbitos personal, colectiva e institucional. Hay que cambiar la forma de pensar y actuar como un todo, por el bien de nuestra existencia se valora: la vida.

Artigos Originais



EXPRESSÃO DE METALOPROTEÍNAS DE MATRIZ E ANEXINA A1 EM TUMORES DE PELE DE DIFERENTES GRAUS DE MALIGNIDADE

EXPRESSION OF THE MATRIX METALLOPROTEINASES AND ANNEXIN A1 IN SKIN TUMORS OF DIFFERENT MALIGNANCY GRADES

EXPRESIÓN DE METALOPROTEÍNAS DE MATRIZ Y ANEXINA A1 EN TUMORES DE LA PIEL DE DIFERENTES GRADOS DE MALIGNIDADE

Tatiana Medeiros Alves*, Patrícia Martins Baviera*, Thalita Alves de Oliveira*, Maryam Buainain Tadei*, Matheus Vicente Mayorquim*, Helena Ribeiro de Souza**, Mairto Roberis Geromel***, Ana Paula Girol****

Resumo

Introdução: Câncer de pele é doença multifatorial consequente de alterações genéticas e exposição prolongada aos raios solares, entre outras causas. Os basocarcinomas (CBC) são benignos, com invasividade local e reduzido potencial de metastatização; os carcinomas espinocelulares (CEC) são neoplasias malignas, divididos nos graus 1, 2 e 3 e no grupo acantolítico, de pior prognóstico. Estudos associam a resposta inflamatória exacerbada e modificação na matriz extracelular com o desenvolvimento tumoral. **Objetivos:** Analisar, por imuno-histoquímica, nas lesões de CBC e CEC (1, 2, 3 e no subtipo acantolítico) a expressão da proteína anti-inflamatória anexina A1 (ANXA1) e das metaloproteínas de matriz dos tipos 2 e 9 (MMP2 e MMP9). **Material e Método:** Para as análises imuno-histoquímicas, seções das biópsias de todos os grupos, após recuperação antigênica e bloqueio da atividade da peroxidase endógena foram incubadas com anticorpos primários policlonais rabbit: anti-ANXA1 (1:2000), anti-MMP2 e anti-MMP9 (1:100). Posteriormente, incubadas com o anticorpo secundário biotilado, reveladas com os substratos diaminobenzidina ou o aminoetil carbazol e contracolorados com hematoxilina. A expressão das proteínas foi verificada pela densitometria e as análises estatísticas pela ANOVA e Bonferroni. **Resultados:** As análises imuno-histoquímicas e densitométricas revelaram padrão diferencial na expressão da ANXA1 nas variantes dos tumores de pele estudados, sendo a proteína pouco expressada no CBC e tecido normal e fortemente expressada no CEC grau 1 e no subtipo acantolítico. Enquanto, nos graus 2 e 3, mais invasivos, ocorreu diminuição na expressão da ANXA1 comparada ao grau 1. Resultados similares foram observados para MMP2, enquanto a expressão de MMP9 foi maior no CEC de grau 3. **Conclusão:** Os dados sugerem que a expressão desregulada da ANXA1 no CEC pode estar correlacionada às MMP2 e MMP9, contribuindo com processos de proliferação celular, remodelação do estroma e invasividade tumoral.

Palavras-chave: Neoplasias cutâneas. Carcinoma basocelular. Carcinoma de células escamosas. Microambiente tumoral.

Abstract

Introduction: Skin cancer is a multifactorial disease resulting from genetic mutations as well as from prolonged exposure to sunlight, among other causes. Basal cell carcinomas (BCC) are benign, with local invasiveness and reduced potential to metastasize, while, squamous cell carcinoma (SCC) are malignant neoplasms, and can be divided into grades 1, 2 and 3, besides of the acantholytic group, which presents poor prognosis. Studies associate exacerbated inflammatory response and modification in the extracellular matrix to tumor development. **Objectives:** To analyze, by immunohistochemistry, the expression of the anti-inflammatory protein annexin A1 (ANXA1) and the matrix metalloproteinases of the types 2 and 9 (MMP2 and MMP9), in lesions of BCC and SCC (grades 1, 2, 3 and acantholytic subtype). **Materials and Method:** For immune-histochemical analysis, sections of biopsies of all groups, following antigen retrieval and blocking of endogenous peroxidase activity were incubated with primary rabbit polyclonal antibodies: anti-ANXA1 (1:2000), anti-MMP2 and anti-MMP9 (1:100). Subsequently, they were incubated with biotinylated secondary antibodies, developed with diaminobenzidine or amino ethyl carbazole substrate and counterstained with hematoxylin. The expression of the proteins was verified by densitometry and statistical analysis by ANOVA and Bonferroni. **Results:** The immune-histochemical and densitometric studies revealed a differential standard in the expression of ANXA1 in the variants of the skin tumors analyzed. Reduced protein expression was observed in BCC and normal tissue, when strong immunoreactivity for ANXA1 was found in the SCC grade 1 and in the acantholytic subtype. In grades 2 and 3, more invasive, we observed instead a decrease in the expression of ANXA1 compared to grade 1. Similar results were detected for MMP2 expression, but MMP9 showed stronger expression in the SCC grade 3. **Conclusion:** Our data suggest that the deregulated expression of the ANXA1 in SCC may be associated to MMP2 and MMP9 contributing to cell proliferation processes, stromal remodeling and tumor invasiveness.

Keywords: Skin neoplasms. Basal cell carcinoma. Squamous cell carcinoma. Tumor microenvironment.

Resumen

Introducción: El cáncer de piel es una enfermedad multifactorial que resulta de cambios genéticos y la exposición prolongada a la luz solar, entre otras cosas. Los basocarcinomas (CBC) son benignos, con invasión local y reducido potencial para la metástasis; los carcinomas de células escamosas (SCC) son tumores malignos divididos en grados 1, 2 y 3 y el grupo acantolítico, de peor pronóstico. Estudios asocian la respuesta inflamatória exacerbada y la modificación en la matriz extracelular en el desarrollo tumoral. **Objetivos:** Analizar, mediante técnicas de inmunohistoquímica, en las lesiones de BCC y SCC (1, 2, 3 y acantolítico subtipo) la expresión de anti-inflamatorio proteína anexina A1 (ANXA1) y metaloproteínas de la matriz de tipos 2 y 9 (MMP2 y MMP9). **Material y Método:** Para

* Acadêmicos do curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), de Catanduva-SP.

** Técnica dos Laboratórios de Histopatologia e Imuno-histoquímica das FIPA e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Genética, área de concentração Biologia Celular e Molecular, da Universidade Estadual Paulista (UNESP), de São José do Rio Preto-SP.

*** Técnico do Laboratório de Histopatologia e Imuno-histoquímica das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), de Catanduva-SP.

**** Bióloga, Mestre em Morfologia pela UNIFESP, Doutora em Genética, área de concentração Biologia Celular e Molecular, e Pós-Doutora em Imunomorfologia pela UNESP de São José do Rio Preto-SP. Professora (nível I) das disciplinas de Biologia Celular, Histologia e Embriologia das FIPA e Docente da Pós-Graduação em Genética, UNESP de São José do Rio Preto-SP. Contato: anapaulagirol@hotmail.com

Trabalho desenvolvido nos Laboratórios de Histopatologia, Imuno-histoquímica e Multidisciplinar das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

el análisis inmunohistoquímico, secciones de biopsias de todos los grupos siguientes de recuperación de antígeno y el bloqueo de la peroxidasa endógena se incubaron con anticuerpos primarios de conejo policlonal anti-ANXA1 (1:2000), anti-MMP2 y MMP9 anti-(1:100). Posteriormente, se incubaron con anticuerpo secundario biotinilado, desarrollado con sustrato de diaminobencidina o carbazol de aminoetilo y contrarcorados con hematoxilina. La expresión de las proteínas se verificó mediante densitometría y el análisis estadístico por ANOVA y Bonferroni. Resultados: El análisis inmunohistoquímico y el diferencial estándar densitométrico reveló la expresión de ANXA1 en variantes de tumores de piel estudiados, poca proteína expresada en BCC y el tejido normal y que se expresa fuertemente en el grado 1 y CCA acantolítico subtipo. Mientras que en los grados 2 y 3, más invasivos, una disminución en la expresión de ANXA1 comparación con grado 1. Se observaron resultados similares para MMP2, MMP9 expresión fue mayor en el grado de CEC 3. Conclusión: Los datos sugieren que la expresión desregulada ANXA1 de la CCA se puede correlacionar la MMP2 y MMP9, contribuyendo a los procesos de proliferación celular, la remodelación del estroma y la invasividad tumoral.

Palabras clave: Neplasias cutáneas. Carcinoma basocelular. Carcinoma de células escamosas. Microambiente tumoral.

INTRODUÇÃO

O câncer de pele constitui a neoplasia maligna mais comum em humanos e, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil também é o mais frequente, correspondendo a 25% do total de tumores malignos dos quais 95% são tumores não melanoma e que abrangem carcinomas basocelulares (CBC) (70%) e espinocelulares ou epidermoide (CEC) (25%). As estimativas brasileiras apontam para 80.850 casos novos de câncer de pele não melanoma nos homens e 94.910 nas mulheres, em 2016¹.

O CBC é um tumor benigno, com invasividade local e reduzido potencial de metastatização² enquanto o CEC constitui um tumor maligno que surge na epiderme e atinge os queratinócitos. Os tumores primários dessa condição são facilmente tratáveis, contudo, podem provocar incapacitação por desfiguramento, além de apresentarem potencial para recorrência local e a ocorrência de metástases linfáticas e em órgãos a distância³. Portanto, é extremamente importante identificar nesses tumores aqueles que são mais agressivos e requerem acompanhamento mais próximo e tratamentos adicionais como linfonedectomia e radioterapia.

Os fatores prognósticos já estabelecidos incluem localização, tamanho e profundidade do tumor primário, bem como, grau de diferenciação e proliferação, invasão perineural, história de tratamento anterior, imunossupressão e fatores etiológicos, tais como cicatrizes de queimaduras, radiação e ulceração crônica^{4,5} e ainda, subtipos histológicos, como o acantolítico de prognóstico mais desfavorável. Nesta condição, as células perdem os desmossomos e assumem contornos arredondados, com superfície lisa, podendo se desprender facilmente⁴.

Ainda, diferentes marcadores moleculares têm sido associados com a progressão ou prognóstico do CEC cutâneo⁴, entre eles o Ets-1, um fator de transcrição que regula a expressão de vários genes, incluindo

metaloproteínas de matriz (MMPs)⁶. As MMPs são proteínases extracelulares dependentes de zinco que pertencem a uma família de endopeptidases implicada em uma variedade de processos fisiológicos, incluindo remodelação tecidual e organogênese e, em condições patológicas, as inflamações, doenças autoimunes e carcinogênese. Entre as MMPs, as gelatinases, MMP2 e MMP9, degradam os colágenos da lâmina basal e estruturas colágenas desnaturadas e estão envolvidas com a invasividade tumoral⁷.

Como exposto, o desenvolvimento e a progressão do câncer dependem não somente de suas características genéticas, mas também de interações das células tumorais com o estroma, sendo o microambiente tumoral crucial para seu desenvolvimento, caracterizando-se principalmente pela composição alterada da matriz extracelular, alta densidade de microvasos, abundância de células inflamatórias e fibroblastos⁸.

No desenvolvimento tumoral, a habilidade de migração das células epiteliais é um evento patofisiológico relacionado ao processo da reparação tecidual, o qual necessita da reorganização do citoesqueleto, da adesão entre célula e elementos da matriz e da remodelação da matriz. A migração celular pode ser iniciada por múltiplos sinais químicos e físicos presentes no microambiente, que são sensibilizados por receptores encontrados na membrana celular ou no interior das células⁶. As investigações que relacionaram a proteína anexina 1 (ANXA1) à regulação do crescimento celular, juntamente com a sua participação na cascata de sinalização e adesão celular, têm demonstrado um alvo importante para as pesquisas relacionadas com o desenvolvimento tumoral^{9,10}.

A ANXA1 é uma proteína anti-inflamatória, induzida por glicocorticoide com ações inibitórias da fosfolipase A2. As proteínas da superfamília das anexinas compartilham uma estrutura que compreende uma

extremidade N-terminal e um domínio central, C-terminal. O domínio central é responsável pela afinidade ao cálcio e a ligação aos fosfolípidios. Já o domínio N-terminal é único para cada membro da superfamília, possui variações no comprimento e na sequência de aminoácidos e confere as atividades e funções específicas das anexinas^{11,12}.

De fato, a porção N-terminal da ANXA1 é a região regulatória da proteína e contém sítios para processos pós-traducionais, tais como fosforilação, glicosilação e proteólise. A ANXA1 está envolvida em algumas das ações benéficas dos glicocorticoides, incluindo a inibição da proliferação celular e da diapedese leucocitária, a regulação da diferenciação celular e do tráfico de membranas^{11,13}. Além disso, esta proteína tem sido associada com a progressão em alguns tumores invasivos, sugerindo um papel na regulação da migração/invasão das células epiteliais¹².

Estudos *in vivo* têm demonstrado que o padrão da expressão da ANXA1 no câncer humano não é bem definido. O aumento da expressão desta proteína foi previamente observado no glioblastoma e no adenocarcinoma mamário, enquanto outras investigações relataram redução ou perda da expressão da ANXA1 no câncer de cabeça e pescoço, esôfago, próstata e mama^{11,12,14,15}. A diminuição na expressão da ANXA1 foi observada nas células tumorais de laringe^{9,10}.

Embora os estudos mostrem que a ANXA1 modula a resistência a drogas em tumores e regula a proliferação celular, sua associação no desenvolvimento da metástase em alguns tumores sugere que esta proteína regula o processo de migração/invasão celular^{12,15}. Similarmente, a falta de ANXA1 no tumor torna as células tumorais resistentes a apoptose, induzida por agentes quimioterapêuticos^{11,15}, sugerindo esta proteína como um biomarcador negativo no desenvolvimento e na progressão do câncer.

Como exposto, o papel exato da ANXA1 na fisiologia celular não está totalmente esclarecido. Ainda, diante da necessidade de novos marcadores prognósticos para o CEC, o estudo da ANXA1 nessas lesões, correlacionada a mudanças na matriz extracelular, poderá revelar importantes funções da proteína na biologia tumoral e contribuir para o desenvolvimento de novos biomarcadores.

MATERIAL E MÉTODO

Obtenção do material

As análises foram realizadas em biópsias de pele normal, CBC e CEC de diferentes classificações de Broders¹⁶, CEC de graus 1, 2 e 3, sendo considerado também o subtipo acantolítico (n=20 de cada condição), provenientes dos arquivos do Serviço de Patologia das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), após autorização do responsável pelo setor e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa das FIPA (74/11). Os blocos de parafina, contendo fragmentos das biópsias, foram utilizados para a obtenção de secções de 5µm e, em seguida, processados e submetidos a análises histopatológicas e imuno-histoquímicas.

Análises imuno-histoquímicas

As expressões das proteínas ANXA1, MMP-2 e MMP-9 foram detectadas, por meio dos anticorpos primários policlonais *rabbit* anti-ANXA1 (1:2000); anti-MMP-2 (1:1000) e anti-MMP-9 (1:1000) (Zymed Laboratories, Cambridge, UK). Os cortes foram preparados em lâminas silanizadas e, então, desparafinizados, re-hidratados, incubados em calor úmido em solução tampão citrato, pH 6,0, por 20 minutos para a recuperação antigênica e deixados em solução de peróxido de hidrogênio (p.a) a 3% em metanol, por 30 minutos, para o bloqueio de peroxidase endógena. A seguir, foram incubados *overnight* com os anticorpos primários diluídos em BSA a 1%, em câmara úmida a 4°C. Após, foram incubados com o anticorpo secundário biotilado (kit Zymed, Invitrogen), revelados com o substrato diaminobenzidina (para ANXA1 e MMP2) ou o aminoetil carbazol (para MMP9) (Kits Zymed, Invitrogen); contracolorados com Hematoxilina de Harris e montados.

Todos os fragmentos processados imuno-histoquimicamente foram analisados no microscópio LEICA DM50, do Laboratório Multidisciplinar das FIPA; e as proteínas foram quantificadas no analisador de imagens (*software LEICA Image Analysis*).

Análises estatísticas

Para as quantificações das proteínas ANXA1, MMP-2 e MMP-9 foram analisados vinte diferentes pontos das células epiteliais em três diferentes regiões por lâmina de todas as biópsias, para se obter uma média relacionada com a intensidade de imunorreatividade. Os valores foram

obtidos como unidades arbitrárias e a densidade óptica média mostrou a intensidade de imunomarcagem apenas nas áreas imunoreativas¹⁴.

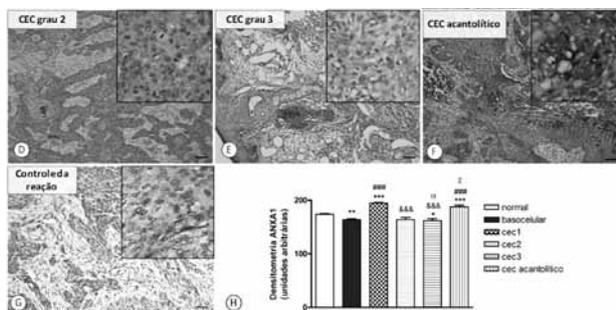
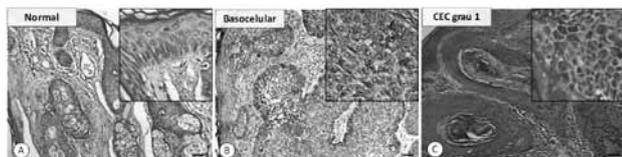
As médias foram comparadas pela ANOVA, seguidas pelo teste de Bonferroni. Todos os valores obtidos foram expressos como média ± S.E.M. Valores menores que 0,05 foram considerados estatisticamente significantes.

RESULTADOS

As análises imuno-histoquímicas e densitométricas revelaram padrão diferencial na expressão da ANXA1 nas variantes dos tumores de pele estudados. Nas margens livres do tumor, pele normal, observamos a expressão da ANXA1 na epiderme, especialmente no citoplasma das células basais, nas células da camada espinhosa e nas células corneificadas. A ANXA1 também foi localizada no estroma da derme e nas glândulas sebáceas (Figura 1A). Nos CBC nodulares ocorre o desarranjo da epiderme e a invasão da derme pelo tumor que se apresenta como blocos arredondados formados por células que se assemelham às da camada basal da epiderme. Na parte central, os blocos são sólidos e preenchidos por células que expressam ANXA1 (Figura 1B). Contudo, a imunomarcagem para ANXA1 mostrou redução da expressão da proteína no CBC (p<0,01) com relação à pele normal (Figura 1H).

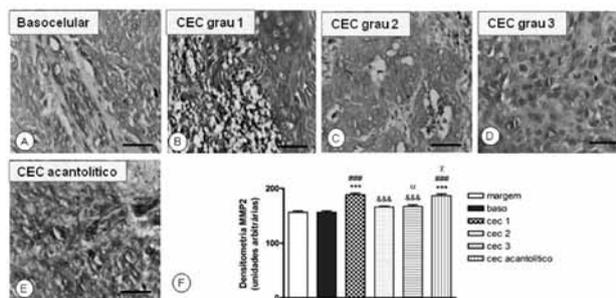
Diferentemente, houve superexpressão da ANXA1 (p<0,001) nos CEC de grau 1 (Figura 1C) e no subtipo acantolítico (Figura 1F) comparado à pele normal e CBC (Figura 1H). De maneira interessante, nos CEC de graus 2 (Figura 1D) e 3 (Figura 1E), mais indiferenciados e invasivos, a imunoreatividade para a proteína é significativamente reduzida (p<0,001) com relação ao CEC de grau 1 e subtipo acantolítico (Figura 1H). A especificidade do anticorpo foi comprovada pelo controle da reação (Figura 1G).

Figura 1 - Expressão da ANXA1 em carcinomas cutâneos. ANXA1 em pele normal (A). No carcinoma basocelular (CBC) (B) e no espinocarcinoma (CEC) de graus 2 (D) e 3 (F) a imunoreatividade é diminuída. Enquanto no CEC de grau 1 (C) e no subtipo acantolítico (E) ocorre superexpressão da proteína. Ausência de imunoreatividade no controle da reação (G). Contra-coloração: Hematoxilina. Barras 10µm. Análises densitométricas (H). Valores como média ±S.E.M.***p<0,001 vs pele controle; ###p<0,001 vs CBC, &&&p<0,001 vs CEC grau 1; ° p<0,05 vs CEC grau 2, * p<0,05 vs CEC grau 3



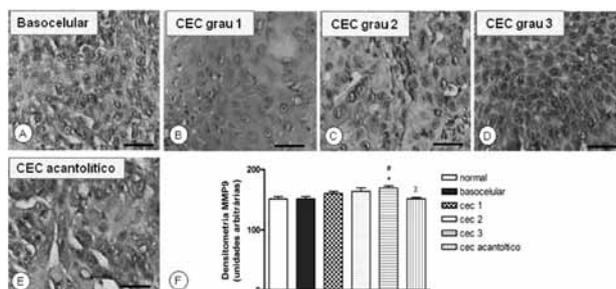
Os estudos da expressão das MMP2 e MMP9 mostraram modulação da imunoreatividade para essas MMPs. As análises de expressão da MMP2 mostraram resultados semelhantes aos encontrados para a ANXA1, com superexpressão da MMP2 no CEC de grau 1 (Figura 2B) e subtipo acantolítico (Figura 2D), comparados aos outros graus de CEC (Figuras 2B e C) e, especialmente, à pele normal e CBC (p<0,001) (Figuras 2A e H).

Figura 2 - Expressão da MMP2 em carcinomas cutâneos. No carcinoma basocelular (CBC) (A) e no espinocarcinoma (CEC) de graus 2 (B) e 3 (C) a imunoreatividade é diminuída. Superexpressão no CEC de grau 1 (B) e no subtipo acantolítico (E). Contra-coloração: Hematoxilina. Barras 10µm. Análises densitométricas (F). Valores como Média ±S.E.M. *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001 vs pele normal; ###p<0,001 vs CBC; &&&p<0,001 vs CEC grau 1; ° p<0,05 vs CEC grau 2, * p<0,05 vs CEC grau 3



Diferente da imunoreatividade para MMP2, que acompanhou o padrão de expressão da ANXA1 nas biópsias estudadas, a MMP9 aumenta de modo significativo (p<0,05) no CEC de grau 3 (Figura 3D), comparado à pele normal, CBC (Figura 3A) e subtipo acantolítico (Figuras 3E e F).

Figura 3 - Expressão da MMP9 em carcinomas cutâneos. Menor expressão no carcinoma basocelular (CBC) (A) e no espinocarcinoma (CEC) de graus 2 (B) e 3 (C). Aumento na expressão no CEC de grau 1 (B) e no subtipo acantolítico (E). Contra-coloração: Hematoxilina. Barras 10µm. Análises densitométricas (F). Valores como Média ±S.E.M. *p<0,05; vs pele normal; #p<0,05 vs CBC; *p<0,05 vs CEC grau 3



DISCUSSÃO

Embora o progresso alcançado para novos diagnósticos e tratamentos tenha levado ao declínio da taxa de mortalidade, o câncer continua sendo uma das maiores causas de morte nos países industrializados. O melhor entendimento das interações entre as células neoplásicas e microambiente tumoral poderá originar novos alvos biológicos na intervenção terapêutica do câncer de pele humano.

No presente estudo, mostramos que a expressão desregulada da proteína ANXA1 pode estar relacionada às expressões das MMP2 e MMP9 e influenciar a proliferação e invasão tumorais nos carcinomas cutâneos.

As análises imuno-histoquímicas dos tumores de pele mostraram expressão da ANXA1 em todas as condições clínicas estudadas. As imunomarcações foram reduzidas no CBC, condição benigna, e aumentadas no CEC, mais agressivo e potencialmente maligno, o que pode estar relacionado a processos de proliferação celular¹⁴. Contudo, o aumento na expressão da proteína foi observado nos tumores de grau 1 e no subtipo acantolítico, com redução na expressão da proteína nos carcinomas de graus 2 e 3, indiferenciados e mais invasivos. A expressão desregulada da proteína indica envolvimento da ANXA1 na carcinogênese. Outros estudos têm associado a ANXA1 com a progressão em alguns tumores invasivos, sugerindo um papel na regulação da migração/invasão das células epiteliais¹¹⁻¹⁵. No entanto, os mecanismos moleculares pelos quais a ANXA1 modula essas respostas celulares não estão completamente determinados. Em uma investigação¹⁷ realizada com 115 pacientes portadores de carcinoma oral, foi demonstrada elevada expressão da ANXA1 no núcleo das células epiteliais tumorais, correlacionando com pobre prognóstico.

Por outro lado, alguns pesquisadores observaram diminuição na expressão da ANXA1 na membrana plasmática no carcinoma de laringe, faringe e oral, mostrando a desregulação da expressão da proteína ANXA1 na diferenciação das células epiteliais tumorais¹⁸⁻²⁰. Embora ocorra diminuição na expressão da ANXA1 nas células tumorais de laringe⁹, o tratamento com o peptídeo Ac2-26 (porção N-terminal da ANXA1), na linhagem celular de câncer de laringe (Hep-2), resultou no aumento da expressão da ANXA1 e na inibição do crescimento tumoral, sugerindo um papel regulatório desta proteína no desenvolvimento do câncer de laringe. Em uma outra

investigação também em carcinoma epidermoide de laringe¹⁰ foi indicado que a ANXA1 pode contribuir na regulação do crescimento tumoral e metástase por meio de mecanismos parácrinos mediados pelo receptor para peptídeos formilados (FPR2).

Parece que a ANXA1 pode exercer alguma função supressora de tumor, pois níveis ausentes ou reduzidos dessa proteína têm sido observados em vários tipos de cânceres, incluindo linfomas de células B, carcinomas de esôfago, além de câncer de mama⁸. Além disso, a falta de ANXA1 no tumor, induzida por agentes quimioterápicos, torna as células tumorais resistentes a apoptose¹¹, sugerindo essa proteína como um biomarcador negativo no desenvolvimento e na progressão do câncer.

Na sequência do estudo, avaliamos a expressão de MMP2 e MMP9, associando à expressão da ANXA1. Nossas observações revelaram expressão reduzida da MMP2 na pele normal e CBC e aumento na expressão da endopeptidase no CEC de grau 1 e no subtipo acantolítico, mesmas variantes clínico-patológicas onde ocorreu superexpressão da ANXA1 e, portanto, indicam padrão semelhante na expressão da MMP2 com relação à ANXA1. Diferentemente, a MMP9 mostrou tendência a aumento nos CECs de todos os graus, especialmente no CEC de grau 3.

As MMPs são essenciais para a remodelação da matriz extracelular e sua superexpressão facilita o envelhecimento celular e o câncer. A MMP2 degrada fibras de colágeno e elásticas e a MMP9, principalmente as fibras elásticas⁷. A superexpressão da MMP2 em modelo animal de papilomas cutâneos também mostrou aumento dessas gelatinases, especialmente da MMP2²¹. Ainda, o aumento na expressão de MMP2 em CEC comparado a CBC também foi observado em outra investigação usando biópsias humanas²². A associação da ANXA1 com MMPs também foi demonstrada nas células Hep-2 de tumor epidermoide de laringe, tratadas com o peptídeo mimético da ANXA1¹⁰, o qual reduziu a expressão da MMP2 e aumentou da MMP9. Estudos mostram que, dependendo do tipo de célula cancerosa, a ANXA1 e o seu péptido podem estimular diferentes vias de sinalização para induzir a proliferação, resistência a apoptose, angiogênese por meio de fatores de crescimento e mediadores celulares e a invasão pelas MMPs¹². Desse modo, nossos dados enfatizam que a ANXA1 pode afetar a expressão das MMPs durante o processo de carcinogênese.

CONCLUSÕES

A expressão desregulada da ANXA1 no CEC pode estar correlacionada às MMP2 e MMP9, contribuindo com

processos de proliferação celular, remodelação do estroma e invasividade tumoral.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer [homepage]. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer [citado em 23 jan. 2016]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016>
2. Souza CFD, Menegotto PF, Shibue JRT, Thomé EP, Schmitt JV, Tarlé RG. Topografia do carcinoma basocelular e suas correlações com o gênero, a idade e o padrão histológico: um estudo retrospectivo de 1.042 lesões. *An Bras Dermatol.* 2011; 86(2):272-7.
3. Scanavini RC. Estudo dos fatores prognósticos do carcinoma espinocelular de pele de cabeça e pescoço [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2005.
4. Utikal J, Schadendorf D, Ugurel S. Serologic and immunohistochemical prognostic biomarkers of cutaneous malignancies. *Arch Dermatol Res.* 2007; 298:469-77.
5. Galán I, Laso AR, Gañán LD, Cámara E. Prevalence and correlates of skin cancer risk behaviors in Madrid (Spain). *Gac Sanit.* 2011; 25(1):44-9.
6. Gialeli C, Theocharis AD, Karamanos NK. Roles of matrix metalloproteinases in cancer progression and their pharmacological targeting. *FEBS J.* 2011; 278(1):16-27.
7. Philips N, Auler S, Hugo R, Gonzalez S. Beneficial regulation of matrix metalloproteinases for skin health. *Enzyme Res.* 2011 Mar 8; 2011:427285.
8. De Wever O, Mareel M. Role of tissue stroma in cancer cell invasion. *J Pathol.* 2003; 200(4):429-47.
9. Silistino-Souza R, Rodrigues-Lisoni FC, Cury PM, Maniglia JV, Raposo LS, Tajara EH, et al. Annexin 1: differential expression in tumor and mast cells in human larynx cancer. *Int J Cancer.* 2007; 120(12):2582-9.
10. Gastardelo TS, Cunha BR, Raposo LS, Maniglia JV, Cury PM, Lisoni FCR, Tajara EH, Oliani SM. Inflammation and cancer: role of annexin A1 and FPR2/ALX in proliferation and metastasis in human laryngeal squamous cell carcinoma. *PLoS One.* 2014 Dec 9;9(12):e111317.
11. Lim LHK, Pervaiz S. Annexin 1: the new face of an old molecule. *FASEB J.* 2007; 21(4):968-75.
12. Boudhraa Z, Bouchon B, Viallard C, D'Incan M, Degoul F. Annexin A1 localization and its relevance to cancer. *Clin Sci (Lond).* 2016 Feb; 130(4):205-20.
13. Lizarbe MA, Barrasa JI, Olmo N, Gavilanes F, Turnay J. Annexin-phospholipid interactions. Functional implications. *Int J Mol Sci.* 2013 Jan; 14(2):2652-83.
14. Perez BC, de Almeida MA, Costa SS, Geromel MR, Girol AP. Expressão diferencial da proteína Anexina-A1 em tumores de pele e mama. *Ciênc Pesq Consciênc Rev Med.* 2012; 4(1):22-6.
15. Guo C, Liu S, Sun MZ. Potential role of Anxa1 in cancer. *Future Oncol.* 2013 Nov; 9(11):1773-93.
16. Broders AC. Squamous-cell epithelioma of the skin: a study of 256 cases. *Ann Surg.* 1921; 73(2):141-60.
17. Lin CY, Jeng YM, Chou HY, Hsu HC, Yuan RH, Chiang CP, et al. Nuclear localization of annexin A1 is a prognostic factor in oral squamous cell carcinoma. *Surg Oncol.* 2008; 97(6):544-50.
18. Pedrero JMG, Fernandez MP, Morgan RO, Zapatero AH, Gonzalez MV, Suarez Nieto C, et al. Annexin A1 down-regulation in head and neck cancer is associated with epithelial differentiation status. *Am J Pathol.* 2004; 164(1):73-9.
19. Rodrigo JP, Garcia-Pedrero JM, Fernandez MP, Morgan RO, Suárez C, Herrero A. Annexin A1 expression in nasopharyngeal carcinoma correlates with squamous differentiation. *Am J Rhinol.* 2005; 19(5):483-7.
20. Nomura H, Uzawa K, Yamano Y, Fushimi K, Nakashima D, Kouzu Y, et al. Down-regulation of plasma membranous Annexin A1 protein expression in premalignant and malignant lesions of the oral cavity: correlation with epithelial differentiation. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2009; 135(7):943-9.
21. Subramanian V, Venkatesan B, Tumala A, Vellaichamy E. Topical application of Gallic acid suppresses the 7,12-DMBA/Croton oil induced two-step skin carcinogenesis by modulating anti-oxidants and MMP-2/MMP-9 in Swiss albino mice. *Food Chem Toxicol.* 2014 Apr; 66:44-55.
22. de Oliveira Poswar F, de Carvalho Fraga CA, Gomes ES, Farias LC, Souza LW, Santos SH, et al. Protein expression of MMP-2 and MT1-MMP in actinic keratosis, squamous cell carcinoma of the skin, and basal cell carcinoma. *Int J Surg Pathol.* 2015 Feb; 23(1):20-5.

Recebido em: 10/02/2016

Aceito em: 05/04/2016

TUBERCULOSE NO GRUPO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (GVE) XII – ARARAQUARA: INCIDÊNCIA E PERFIL DAS NOTIFICAÇÕES DE 2009 a 2013

TUBERCULOSIS AT EPIDEMIOLOGIC VIGILANCE GROUP (EVG) XII – ARARAQUARA: INCIDENCE AND PROFILE OF NOTIFICATIONS FROM 2009 TO 2013

TUBERCULOSIS EN EL GRUPO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (GVE) XII – ARARAQUARA: INCIDENCIA Y PERFIL DE LOS CASOS NOTIFICADOS 2009 A 2013

Daiane Alves da Silva*, Mellina Yamamura**, Rosely Moralez de Figueiredo***

Resumo

Introdução: O diagnóstico e o tratamento da Tuberculose (TB), embora sejam conhecidos há 50 anos, mantém a doença ainda como um dos principais agravos à saúde em âmbito global, particularmente entre os indivíduos mais pobres em países de baixa e média renda, e entre outras populações vulneráveis. **Objetivo:** Descrever a incidência da TB e o perfil dos casos novos notificados no GVE XII-Araraquara. **Material e Método:** Foi realizado um estudo descritivo com dados do Sistema de Informação de TB do Estado de São Paulo (TB-Web) referentes ao período de 2009 a 2013; foi calculada a incidência por 100.000 habitantes e a distribuição percentual dos casos segundo variáveis de interesse. **Resultados:** Foram notificados no período 872 casos novos de TB; sendo a maior incidência no ano de 2011 (19,5/100.000 habitantes); a maioria dos casos ocorreu entre homens (72,6%); a forma clínica predominante foi a pulmonar (83,3%). Quanto ao resultado de tratamento, a cura variou de 77,6% a 84,2%, a média de abandono foi de 7,2% e a de óbito por TB de 4,2%. **Conclusão:** O local de estudo apresenta um perfil de TB aquém das metas preconizadas pelo Ministério da Saúde, indicando que ações de ordem social, clínica e operacional devam ser acionadas para o enfrentamento da doença.

Palavras-chave: Incidência. Tuberculose. Perfil de saúde.

Abstract

Introduction: Tuberculosis (TB) diagnosis and treatment, although well known since 50 years ago, still keep the disease as one of the main worldwide health problems, especially among the poorest people of low- and middle-income countries, as well as among other vulnerable populations. **Objective:** To describe TB incidence as well as the profile of reported new cases at GVE XII-Araraquara. **Materials and Methods:** We performed a descriptive study using São Paulo State TB information System (TB-Web) data for the percentage, according to interest variables. **Results:** During this period 872 new cases of TB were reported, being the highest incidence in 2011 (19.5/100.000 inhabitants); most cases occurred among men (72.6%); being the pulmonary disease the most common clinical presentation (83.3%). In terms of treatment result, the cure ranged from 77.6% to 84.2%, being dropout average 7.2% and TB death average 4.2%. **Conclusion:** The study environment presents a TB profile behind the goals of Public Health Secretary, showing that interventions inside social, clinical and operational fields order should be activated in order to face the disease.

Keywords: Incidence. Tuberculosis. Health profile.

Resumen

Introducción: El conocimiento en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis (TB), a pesar de que ha pasado 50 años, mantiene la enfermedad y sigue siendo uno de los principales problemas de salud a nivel mundial, especialmente entre las personas más pobres de bajos y medianos ingresos, y entre otras poblaciones vulnerables. **Objetivo:** Describir la incidencia de la tuberculosis y el perfil de los nuevos casos reportados en el GVE XII-Araraquara. **Material y Método:** estudio descriptivo, con datos del Sistema de Información del tuberculosis del Estado de São Paulo (TB-Web) para el período 2009-2013. La incidencia se calculó por 100.000 habitantes y la distribución porcentual de los casos de acuerdo a las variables de interés. Los resultados para el período fue 872 nuevos casos de tuberculosis y la mayor incidencia en el año 2011 (19,5 / 100.000). La mayoría de los casos ocurrieron entre los hombres (72,6%) y la forma clínica predominante fue la pulmonar (83,3%). La cura oscilo entre el 77,6% y el 84,2%, el abandono fue de 7,2% y muerte por TB 4,2%. **Conclusión:** El sitio de estudio muestra el perfil típico de la tuberculosis, lo que indica que las acciones de orden social, clínica y operativa deben activarse para combatir la enfermedad.

Palabras clave: Incidencia. Tuberculosis. Perfil de salud.

* Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, Brasil. Contato: envigilancia@gmail.com

** Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo (EERP/USP), Ribeirão Preto-SP, Brasil. Contato: mellinayamamura@yahoo.com.br

*** Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, Brasil. Contato: rosely@ufscar.br

INTRODUÇÃO

Mesmo após 50 anos de conhecimento no diagnóstico e tratamento da Tuberculose (TB) a doença ainda permanece como um dos principais agravos à saúde em âmbito global, principalmente entre os indivíduos mais pobres em países de baixa e média renda, e entre outras populações marginalizadas^{1,2}.

De acordo com a *World Health Organization* (WHO), estima-se que no ano de 2014 ocorreram mundialmente cerca de 9,6 milhões de casos, sendo entre estes seis milhões de casos novos de TB e 1,5 milhões de mortes por esta patologia neste mesmo período³.

Há uma grande diferença na distribuição dos casos de TB em diversas regiões do mundo, os quais estão concentrados principalmente nos países em desenvolvimento. Outra discrepância está no maior número de casos em pessoas com idade acima de 50 anos em países desenvolvidos e entre 15 a 59 anos em países subdesenvolvidos, portanto, na faixa etária em que há maior produtividade social⁴.

Paralelamente em relação ao total de casos novos da doença, somente 5% pertencem aos países desenvolvidos e 95% aos subdesenvolvidos. Outros índices divergentes estão relacionados à incidência e à mortalidade, sendo de 171 e 60/100.000 habitantes nos países subdesenvolvidos e de 23 e 2/100.000 habitantes nos países desenvolvidos, respectivamente⁴.

O Brasil está entre os vinte e dois países que concentram 80% de casos da doença no mundo e ocupa a posição de 16º em números de casos. Em 2014 foram diagnosticados 67.966 casos novos de TB, com um coeficiente de incidência de 33,5/100.000 habitantes, sendo o coeficiente de mortalidade de 2,30/100.000^{3,5}. Paralelamente, no Estado de São Paulo, a taxa de incidência em 2012 foi de 38,2 e a taxa de mortalidade de 2,1 casos por 100.000⁶.

Neste sentido, ainda há um caminho longo a ser percorrido para que se atinjam as metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pactuadas pelo governo brasileiro, que são as de detectar pelo menos 70% dos casos de TB, curar pelo menos 85% e diminuir a taxa de abandono a menos de 5% dos casos bacilíferos^{7,8}.

A fim de contribuir na melhoria da vigilância da doença e, conseqüentemente, subsidiar ações que promovam a qualidade na assistência em saúde é que

se realizou este estudo que tem por objetivo descrever a incidência da TB e o perfil dos casos novos notificados no Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE XII-Araraquara), no período de 2009 a 2013.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo realizado com dados dos casos de tuberculose notificados no GVE XII-Araraquara, referentes ao período de 2009 a 2013.

O GVE XII de Araraquara está localizado na região administrativa central do Estado de São Paulo e é cortado por cinco rodovias. Deste modo, destaca-se por ser um importante polo de escoamento de produtos, originados principalmente da região Centro Oeste Paulista, Central e Norte do país. Possui ainda municípios com destaques no ramo industrial, sendo considerado como polo tecnológico do interior de São Paulo. Além do mais, a média de pobreza nos municípios da região é de 23%, enquanto, no estado, é de 27%, excedendo a taxa estadual em expectativa de vida, alfabetização e em acesso aos serviços públicos, fatores estes que contribuem para os bons indicadores de qualidade de vida⁹.

A região é formada pelos municípios de Américo Brasiliense, Araraquara, Boa Esperança do Sul, Borborema, Cândido Rodrigues, Descalvado, Dobrada, Dourado, Gavião Peixoto, Ibaté, Ibitinga, Itápolis, Matão, Motuca, Nova Europa, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito, Rincão, Santa Ernestina, Santa Lúcia, São Carlos, Tabatinga, Taquaritinga e Trabiçu, totalizando aproximadamente um total de 912.525 habitantes¹⁰.

Para este estudo, utilizou-se dados do Sistema de Controle de Pacientes com Tuberculose (TBWEB), cedidos pelo Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria do Estado de Saúde do Estado de São Paulo (CVE).

A princípio realizou-se o cálculo de incidência, ou seja, o número de casos novos de tuberculose por 100.000 habitantes/ano com base na população absoluta de cada município pertencente ao GVE XII, população esta estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Para melhor visualização dos dados as variáveis foram assim categorizadas: sociodemográficas (raça/cor, sexo, idade e escolaridade), clínico-epidemiológico (classificação, agravos associados, aspectos relacionados a hospitalização) e operacional, ou seja, aqueles dados

relacionados a organização dos serviços e que refletem na saúde, tais como data entre o início dos sintomas e o início do tratamento, tipo de encerramento, descoberta e o tipo de tratamento.

Foram excluídos da análise pacientes que em seu desfecho de tratamento tiveram mudança no diagnóstico. A análise descritiva dos dados foi realizada pelos programas Epi Info 3.5 e Microsoft Excel 2010.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) parecer nº 1.006.636.

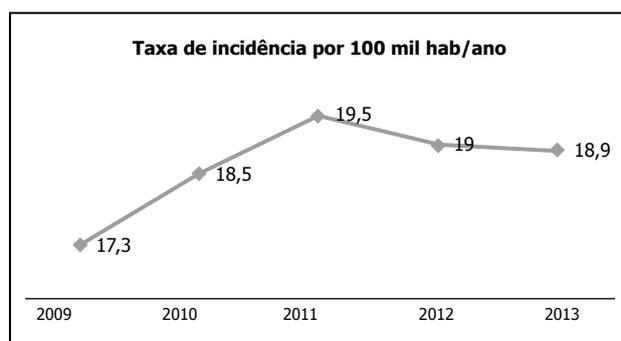
RESULTADOS

Foram notificados no período 872 casos novos de TB, a maior incidência no ano de 2011 (19,5/100 mil habitantes). Durante o período considerado pelo estudo, houve um aumento de 11,3% na incidência da doença no GVE, de 17,3 casos novos por 100 mil habitantes em 2009 para 19,5 em 2011, e uma posterior diminuição de 3,1% na incidência de 19,5 em 2011 para 18,9 em 2013 (Tabela 1 e Figura 1).

Tabela 1 - Número de casos detectados, população estimada residente no GVE XII-Araraquara e taxa de detecção de pacientes com tuberculose, por ano, 2009 a 2013

| Ano | Número de casos | População | Taxa de detecção (por 100 mil habitantes) |
|-------|-----------------|-----------|---|
| 2009 | 158 | 913.948 | 17,3 |
| 2010 | 170 | 920.257 | 18,5 |
| 2011 | 181 | 927.689 | 19,5 |
| 2012 | 178 | 934.863 | 19,0 |
| 2013 | 185 | 974.410 | 18,9 |
| Total | 872 | 4.671.167 | 18,6 |

Figura 1 - Incidência dos casos de tuberculose notificados no GVE XII-Araraquara, 2009 a 2013



A maioria dos casos ocorreu entre homens (72,6%), a forma clínica predominante foi a pulmonar (83,3%), a média de idade de 42,3 anos e 53,6% tinham menos de 8 anos de estudo. Em relação ao tipo de

tratamento, 82,4% foram supervisionados. Quase metade dos indivíduos apresentou outros agravos associados a TB (49,8%), dentre eles os mais prevalentes foram o alcoolismo (35,7%) seguido de outras comorbidades (17,1%) e AIDS (15%). Quanto ao resultado de tratamento, a cura variou de 77,6% a 84,2%, a média de abandono foi de 7,2% e a de óbito por TB de 4,2%. O tipo de descoberta foi de 59,2% em nível ambulatorial e de 35% em Pronto Socorro/Hospital. O tempo para iniciar o tratamento em relação ao início dos sintomas foi em média de 83 dias, variando de 0 a 944 dias. Em 29,6% dos casos houve hospitalização com média de permanência hospitalar de 47,2 dias; entre os principais motivos de internações estavam a elucidação diagnóstica (39%), intercorrências clínicas (32,9%) e as causas sociais (12,5%) (Tabela 2).

Foi identificado no TBWEB elevado número de informações ignoradas para as variáveis investigadas (Tabela 2).

Tabela 2 - Perfil dos casos de tuberculose conforme variáveis sociodemográficas, clínico-epidemiológicas e operacionais (n=872) no GVE XII-Araraquara, 2009 a 2013

| Variáveis sociodemográficas | n | % |
|--|-----|------|
| Sexo | | |
| Feminino | 239 | 27,4 |
| Masculino | 633 | 72,6 |
| Faixa etária | | |
| 0 a 19 | 49 | 5,6 |
| 20 a 39 | 360 | 41,3 |
| 40 a 59 | 336 | 38,6 |
| ≥60 | 126 | 14,5 |
| Sem informação ^a | 1 | |
| Escolaridade | | |
| <8 anos | 383 | 53,6 |
| ≥8 anos | 275 | 38,6 |
| Sem escolaridade | 56 | 7,8 |
| Sem informação ^a | 158 | |
| Variáveis clínico-epidemiológicas | | |
| Forma clínica | | |
| Pulmonar | 727 | 83,3 |
| Outras formas | 144 | 16,7 |
| Agravos associados (n=434) | | |
| Alcoolismo | 201 | 35,7 |
| Aids | 85 | 15,0 |
| Diabetes | 53 | 9,4 |
| Doença mental | 17 | 3,0 |
| Uso de drogas | 71 | 12,6 |
| Tabagismo | 40 | 7,2 |
| Outros | 96 | 17,1 |
| Houve internação | | |
| Sim | 258 | 29,6 |
| Não | 614 | 70,4 |
| Motivos da internação | | |
| Intercorrências clínicas ^b | 84 | 32,9 |
| Causas sociais | 32 | 12,5 |
| Elucidação diagnóstica | 100 | 39,0 |
| Não adesão ao tratamento | 8 | 3,1 |
| Outros | 32 | 12,5 |
| Sem informação | 2 | |

| Tempo da internação (dias) | | |
|---|----------|----------|
| Até 7 | 80 | 31,0 |
| 8 a 30 | 88 | 34,1 |
| 31 a 90 | 30 | 11,6 |
| 91 a 180 | 18 | 7,0 |
| ≥180 | 42 | 16,3 |
| Variáveis operacionais | | |
| Tipo de tratamento | n | % |
| Supervisionado | 632 | 82,4 |
| Auto administrado | 130 | 17,6 |
| Sem informação ^a | 110 | |
| Tipo de encerramento | | |
| Cura | 714 | 81,9 |
| Abandono | 63 | 7,2 |
| Óbito TB | 37 | 4,2 |
| Óbito NTB | 51 | 5,8 |
| Outros ^c | 7 | 0,9 |
| Tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento | | |
| <12 semanas | 306 | 65,9 |
| ≥ 12 semanas | 158 | 34,1 |
| Sem informação ^a | 408 | |
| Descoberta | | |
| PS/Hospital | 304 | 35,0 |
| Ambulatório | 513 | 59,2 |
| Outros ^d | 49 | 5,8 |
| Sem informação ^a | 6 | |

- a) Ausência de dado no sistema devido ao não preenchimento na ficha de notificação.
- b) Dentre elas: hemoptise, meningite, insuficiência respiratória, diabetes, caquexia, intolerância medicamentosa, TB miliar e AIDS.
- c) Falência (n=6) e transferência para outro estado (n=1).
- d) Busca ativa em instituição, busca ativa na comunidade, elucidação diagnóstica em internação, investigação de contatos e descoberta pós óbito.

Os valores sem informações foram excluídos do cálculo da distribuição proporcional (%) nas categorias das variáveis.

DISCUSSÃO

O aumento da taxa de incidência por TB de 17,3 casos por 100.000 habitantes em 2009 para 18,9 em 2013 pode estar relacionado ao incremento na realização da busca ativa dos sintomáticos respiratórios (SR) por meio das coletas de baciloscopias, culminando, desta forma, no aumento do diagnóstico da doença e, conseqüentemente, na elevação da incidência¹⁰.

A média na taxa de incidência de 18,6 casos no GVE do estudo está abaixo da incidência nacional em 2014, que é de 33,5 casos, e abaixo da incidência do Estado de São Paulo em 2012, sendo esta de 38,2 casos por 100.000 habitantes^{3,5,6}.

Em relação aos demais GVEs, a taxa de incidência em 2013 é bem divergente entre eles. Enquanto alguns GVEs apresentam taxas menores de 20 casos por 100.000 habitantes, outros como na Capital e Baixada Santista a incidência é bastante alta, sendo de 48 casos e 82 casos/100.000 habitantes, respectivamente¹¹.

Embora o GVE XII-Araraquara apresente níveis inferiores de incidência quando comparado à incidência no Estado de São Paulo e no Brasil, e mesmo ao longo

dos anos havendo um declínio significativo nestas taxas de uma maneira geral, esta queda ainda não foi suficiente para atender as metas preconizadas pela OMS, que seria a de reduzir pela metade a incidência observada em 1990 até o ano de 2015¹¹.

A caracterização dos doentes de acordo com as variáveis sociodemográficas mostrou predomínio de doentes do sexo masculino (72,6%). Essa proporção é atribuída ao fato dos homens estarem mais ativos no mercado de trabalho e, portanto, mais vulneráveis à doença, não diferindo da distribuição encontrada nos estudos epidemiológicos em geral¹²⁻¹⁴.

Além do mais, o acometimento da doença ocorreu em sua maioria na faixa etária de 20 a 39 anos (41,3%), demonstrando, conforme outras literaturas, que a TB se manifesta principalmente em indivíduos adultos jovens, atingindo o setor mais produtivo da população^{12,15}.

A baixa escolaridade da população (53,6% possuíam menos de oito anos de estudo e 7,8% não possuíam nenhuma escolaridade) reflete um conjunto de condições socioeconômicas precárias levando esses indivíduos a situações mais vulneráveis, assim, elevando a incidência da TB. Também, sabe-se que o conhecimento influencia no entendimento da doença e, conseqüentemente, na adesão e no desfecho do tratamento^{13,15}.

A predominância da TB na forma pulmonar entre os casos do estudo (83,3%) coincide com a população estimada pelo Ministério da Saúde para o Brasil (85,7%) e com os resultados obtidos na mesma regional do estudo em 2007 e 2008 e no município de Piripiri, Piauí, onde foi detectada a forma pulmonar em 86% e 93,1%, respectivamente. Por outro lado, em uma unidade sanitária de referência em Porto Alegre, RS, com frequência menor, a TB na forma pulmonar ocorreu em 60% dos casos^{13,14,16,17}.

A alta incidência da forma pulmonar da TB indica que essa é a forma mais usual da doença, estando relacionada ao fato do bacilo ser estritamente aeróbico, o que justifica sua seleção pelo pulmão. Considera-se que, o diagnóstico para essa forma é barato e aliado à forma clínica característica da doença promovem maiores chances de diagnóstico em relação às outras formas^{13,18}.

Quanto aos agravos associados a TB no presente estudo, quase metade dos indivíduos apresentou alguma comorbidade (49,8%), um percentual alto quando comparado a outras literaturas. Em estudos realizados em

Recife-PE e em Belo Horizonte-MG, estes índices foram em torno de 30%^{19,20}.

O alcoolismo (35,7%) foi a comorbidade mais presente, tornando-se um agravamento importante na medida em que dificulta a adesão ao tratamento bem como o seu desfecho favorável^{21,22}. Por sua vez, a AIDS representou 15% dos agravos, sendo apontada como o mais grave, já que aumenta a incidência dos casos bem como suas complicações. Tais resultados corroboram outros estudos epidemiológicos sobre essas associações, indicando que ainda são muitos os desafios relacionados às políticas públicas de saúde^{14,19}.

A presença de internações em 29,6% dos casos, relacionada principalmente à elucidação diagnóstica (39%) e às intercorrências clínicas (32,9%), caracteriza o cenário das internações por TB em países subdesenvolvidos, refletindo muitas vezes a falta de acesso e o despreparo dos profissionais de saúde em diagnosticar a TB, culminado assim no agravamento da doença pelo diagnóstico tardio^{14,23,24}.

O tempo médio de internações por TB foi de 59,1 dias, enquanto a média hospitalar por todas as causas no estado de São Paulo foi de 6,5 dias no ano de 2014²⁵. Esse tempo pode estar relacionado à gravidade e à maior complexidade destes casos hospitalizados. Cabe ressaltar ainda que dentre essas internações estão aquelas realizadas em hospitais especializados em TB, e que nestes hospitais a medida extrema de internação pode significar ausência de alternativas terapêuticas ambulatoriais por questões sociais^{23,25}.

Com relação ao tipo de tratamento, apesar de haver um grande número de casos sem informação (12,6%), identifica-se que houve um grande aumento do tratamento supervisionado ao longo dos anos, variando de 45,6% em 2009 a 82,4% em 2013. Tal fato pode estar relacionado à disponibilização crescente de treinamentos ao longo dos anos neste GVE, bem como à descentralização das ações de TB¹⁰.

A implantação do tratamento supervisionado como estratégia modifica a relação paciente/profissional de saúde, promovendo um vínculo maior por meio do acolhimento individual e familiar, o qual acaba por refletir em melhores resultados no tratamento²⁶.

No que tange a variável descoberta, 35% dos casos foram diagnosticados no PS/hospital. Este dado

supera a estimativa de descoberta em nível nacional, pois cerca de 30% dos casos são descobertos nestes serviços, equiparando-se assim a índices maiores como nos municípios de Rio de Janeiro (33%) e São Paulo (42%)²³.

Sabe-se que a Atenção Primária deve ser a porta de entrada no acolhimento de doentes com TB, já que o descobrimento precoce desta patologia permite a diminuição da morbimortalidade bem como a diminuição da disseminação da infecção à comunidade²⁷.

O tempo para iniciar o tratamento em relação ao início dos sintomas foi em média de 83 dias, variando de zero a 944 dias. Apesar do número elevado de fichas sem informações (46,7%), percebe-se que o descobrimento da doença ainda é tardio, aumentando as chances de internação e de desfechos desfavoráveis, por meio de aumento de óbitos e baixas proporções de cura. Isso pode refletir as dificuldades no acesso aos diversos níveis de atenção à saúde dessa população^{23,27,28}.

Os índices de cura (81,9%) e abandono (7,2%) não foram capazes de alcançar as metas preconizadas pela OMS e o Ministério da Saúde, que são as de curar pelo menos 85% dos casos e diminuir o abandono a pelo menos 5%²⁹.

O abandono não pode ser de responsabilização única do indivíduo. A não adesão ao tratamento envolve para além do mais, o serviço de saúde, bem como sua organização; a criação de vínculos e acolhimento ao doente, instituindo assim um ambiente propício no qual ambos os protagonistas, paciente/profissional de saúde, são peças-chave para o êxito no tratamento¹⁷.

Em relação à taxa média de óbitos por TB apresentada no estudo (4,2%), a mesma cumpriu a meta estipulada pelo Ministério da Saúde que é a redução a 5% até 2015. Cabe ressaltar que nos anos de 2010 (6,5%) e 2012 (5,6%) essas taxas foram superiores, o que indica que ações devem ser realizadas constantemente para controle da mortalidade nestes indivíduos, haja vista que a mortalidade é um dos principais indicadores de avaliação do programa de controle da TB³⁰.

Os itens sem informação nas fichas de notificação representam uma limitação ao presente estudo, impedindo assim análises mais apuradas dos dados apresentados. Acredita-se ainda que haja uma subnotificação dos casos de TB neste GVE, podendo ser a incidência ainda maior, impossibilitando conhecer a real magnitude desta doença.

CONCLUSÃO

Embora o estudo apresente limitações, é possível observar que mesmo havendo uma grande oferta de serviços por este GVE, bem como a crescente descentralização das ações de saúde, o cenário de TB ainda se encontra aquém das metas preconizadas pelo Ministério da Saúde e OMS em relação às taxas de cura e abandono, além de apresentar indicadores que refletem na vulnerabilidade social (baixa escolaridade, internações devido a causas sociais, drogadição) e na precarização dos serviços de saúde (demora no diagnóstico, início do tratamento tardio, porta de entrada no PS/hospital e grande número de internações para elucidação diagnóstica).

Deste modo, a TB deve ser visualizada e contextualizada com outros determinantes que não sejam

restritos somente à prática clínica, pois o que se observa ao longo dos anos são ações voltadas principalmente à descoberta e ao tratamento desta doença. Esquece-se, entretanto, que estes indivíduos se encontram num somatório de condições que os levam ao adoecimento.

Assim, se faz necessário a união dos mais diversos saberes, considerando-se os vários aspectos envolvidos no enfrentamento desta patologia, como os de ordem social, clínicos e operacionais, buscando-se, desta forma, controlar uma doença que apesar de ser tão antiga ainda se apresenta tão atual em nosso meio.

AGRADECIMENTOS

A Felipe Benito de Oliveira Baptista, pelo auxílio na organização dos dados e análises estatísticas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. [Série A. Normas e Manuais Técnicos].
2. Secretaria Estadual de Saúde (SP), Centro de Vigilância Epidemiológica, Divisão de Controle de Tuberculose. O que é tuberculose. [Internet]. [citado em 03 set. 2015]. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/tb/oque.htm>
3. World Health Organization. Global tuberculosis report 2015. Geneva: WHO; 2015.
4. Coelho DMM, Viana RL, Madeira CA, Ferreira LOC, Campelo V. Perfil epidemiológico da tuberculose no município de Teresina-PI, no período de 1999 a 2005. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010; 19(1):34-43.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. Brasil: Ministério da Saúde; 2014.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Especial tuberculose. Brasil: Ministério da Saúde; 2013.
7. Ministério da Saúde (BR), Portal da Saúde. Tuberculose no Brasil e no mundo [Internet]. [citado em 14 set. 2015]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31109
8. Figueiredo RM, Calliari SJ. Perfil de pacientes com tuberculose internados em hospital especializado no Brasil. *Rev Panam Infectol*. 2013; 9(4):30-5.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O Brasil município por município. [Internet]. [citado em 01 set. 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
10. Secretaria Estadual de Saúde (SP), Centro de Vigilância Epidemiológica, Divisão de Controle de Tuberculose. Sala de Situação de Tuberculose. [Internet]. [citado em 02 out. 2015]. Disponível em: <http://www.tuberculose.saude.sp.gov.br/>
11. Secretaria Estadual de Saúde (SP), Centro de Vigilância Epidemiológica, Divisão de Controle de Tuberculose. Alguns aspectos epidemiológicos do controle da tuberculose no Estado de São Paulo. [Internet]. *Boletim Epidemiológico*. 2012 [citado em 02 out. 2015]; 2(11). Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/boletim/txt/bol1112_tuberculose.htm
12. Paixão LMM, Gontijo ED. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(2):205-13.
13. Mascarenhas MDM, Araújo LM, Gomes KRO. Perfil epidemiológico da tuberculose entre casos notificados no Município de Piripiri, Estado do Piauí, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2005; 14(1):7-14.
14. Caliani JS, Figueiredo RM. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(1):43-7.
15. Hino P, Cunha TN, Villa TCS, Santos CB. Perfil dos casos novos de tuberculose notificados em Ribeirão Preto (SP) no período de 2000 a 2006. *Ciênc. Saúde coletiva* [Internet]. 2011 [citado em 01 out. 2015]; 16(supl.1):1295-301. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700063
16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios [Internet]. *Boletim Epidemiológico*. 2014 [citado em 01 out. 2015]. Disponível em: <http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/Boletim-Tuberculose-2014.pdf>
17. Paiva VS, Pereira M, Moreira JS. Perfil epidemiológico da tuberculose pulmonar em Unidade Sanitária de referência em Porto Alegre, RS. *Revista da Amrings*. 2011; 55(2):113-7.
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose [Internet]. 2002 [citado em 03 out. 2015]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. [Cadernos de Atenção Básica, 6. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 148]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_controle_tuberculose.pdf
19. Reis DC, Almeida TAC, Quites HFO, Sampaio MM. Perfil epidemiológico da tuberculose no Município de Belo Horizonte (MG), no período de 2002 a 2008. *Rev Bras Epidemiol*. 2013; 16(3):592-602.
20. Silva CCAV, Andrade MS, Cardoso MD. Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose em indivíduos acompanhados em unidades de saúde de referência na cidade do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil, entre 2005 e 2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013; 22(1):77-85.
21. Silva PS, Moura GS, Caldas AJM. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período

- de 2001 a 2010. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 ago [citado em 01 out. 2015]; 30(8):1745-54. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000901745
22. Dąbrowska A, Trzcińska H. Alcoholism and other socio-demographic risk factors for adverse TB-drug reactions and unsuccessful tuberculosis treatment – data from ten years' observation at the Regional Centre of Pulmonology, Bydgoszcz, Poland. *Med Sci Monit* [Internet]. 2014 mar [cited 2015 Out 03]; 20:444-53. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3965286/?tool=pubmed>
23. Perrechi, MCT, Ribeiro SA. Desfechos de tratamento de tuberculose em pacientes hospitalizados e não hospitalizados no município de São Paulo. *J Bras Pneumo* [Internet]. 2011 dez [citado em 01 out. 2015]; 37(6):783-90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132011000600012
24. Oliveira HMMG, Brito RC, Kritski AL, Ruffino-Neto A. Perfil epidemiológico de pacientes portadores de TB internados em um hospital de referência na cidade do Rio de Janeiro. *J Bras Pneumo* [Internet]. 2009 ago [citado em 05 out. 2015]; 35(8):780-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132009000800010&script=sci_arttext
25. Ministério da Saúde (BR). Tecnologia da Informação a serviço do Sus-DATASUS. Informações de Saúde [Internet]. 2014 dez [citado em 02 out. 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxuf.def>
26. Muniz JN, Villa TCS, Ruffino-Neto A. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: Rede-Tb [Internet]. 2006 [citado em 03 out. 2015]. Disponível em: http://www.eerp.usp.br/geotb/Doc/livro_DOTS.pdf
27. Ponce MAZ, Wysocki AD, Scatolin BE, Andrade RLP, Arakawa T, Netto AR, et al. Diagnóstico da tuberculose, desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 jan [citado em 03 out. 2015]; 29(5):945-54. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n5/12.pdf>
28. Perrechi MC, Ribeiro SA. Tratamento de tuberculose: integração entre assistência hospitalar e rede básica na cidade de São Paulo. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2009 nov [citado em 06 out. 2015]; 35(11):1100-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n11/v35n11a07.pdf>
29. Ministério da Saúde (BR), Portal da Saúde. Tuberculose no Brasil e no mundo. [Internet]. [citado em 14 set. 2015]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?dtxt=31109
30. Augusto CJ, Carvalho WS, Gonçalves AD, Ceccato MGB, Miranda SS. Características da tuberculose no estado de Minas Gerais entre 2002 e 2009. *J Bras Pneumol*. 2013; 39(3):357-64.

Recebido em: 20/01/2016

Aceito em: 03/03/2016

ALEITAMENTO MATERNO: NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DE UM CURSO DE MEDICINA DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

BREASTFEEDING: KNOWLEDGE LEVEL AMONG STUDENTS OF A MEDICAL SCHOOL OF INNER SÃO PAULO STATE

LACTANCIA MATERNA: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES DE UN CURSO DE MEDICINA DEL INTERIOR DEL ESTADO DE SÃO PAULO

Terezinha Soares Biscegli*, Felipe Branco Arcadepani**, Natália Oliveira Gonzaga**, Ricardo Alessandro Teixeira Gonsaga***

Resumo

Introdução: Semelhante aos profissionais de saúde, os estudantes de medicina também apresentam pouco conhecimento sobre aleitamento materno. **Objetivos:** Investigar o conhecimento e a segurança dos alunos de medicina sobre a prática do aleitamento materno. **Material e Método:** Estudo transversal, descritivo, realizado através da aplicação de questionário a 316 alunos de todas as séries do curso de medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), do interior paulista, no período de maio a setembro/2015. As variáveis analisadas foram: série em curso, idade, sexo, nove questões sobre conhecimento dos benefícios do aleitamento materno, propriedades/composição do leite e processo da amamentação e uma questão sobre auto percepção da prática médica. Os resultados foram expressos em número, porcentagem, média e desvio-padrão. **Resultados:** Os participantes representaram 81,9% dos matriculados, sendo 63% mulheres. A média de idade da 1ª série foi 20±1,6 anos e da 6ª série 25,3±1,4. O desempenho global médio da primeira série foi 44,2% de acertos e da sexta série 78,9%. O índice de acertos das questões, exceto a relacionada ao colostro, apontou significativa aquisição de conhecimentos em algum momento do curso. Com média de acertos de 7,2 e 7,0, respectivamente, os alunos do internato declararam-se seguros para orientar o aleitamento e os da 3ª série não. **Conclusões:** Os alunos do internato apresentaram bom conhecimento sobre aleitamento, mas existem pontos deficitários no conteúdo programático ministrado, sugerindo a necessidade de desenvolver ações de revisão e complementação teórica, além de programas de capacitação dos docentes das atividades práticas e melhor integração das disciplinas da área materno-infantil.

Palavras-chave: Estudantes de Medicina. Questionários. Conhecimento. Currículo. Aleitamento materno. Capacitação profissional.

Abstract

Introduction: Similar to health professionals, medical students have a poor knowledge about breastfeeding. **Objectives:** To investigate medical students' knowledge and self-confidence about breastfeeding. **Methods:** We performed a cross-sectional, descriptive study through a questionnaire submitted to 316 medical students of Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), at Catanduva-SP, from May through September 2015. The variables analyzed were: ongoing series, age, gender and the answers to nine questions regarding general knowledge about breastfeeding benefits, milk properties and composition, breastfeeding process, ending with a question about self-perception of medical practice. The results were expressed in absolute numbers, percentage, average and standard deviation. **Results:** Participants represented 81.9% of all registered medicine students, being 63% women. Age average of 1st grade students was 20±1.6 years, being 25.3±1.4 the one of 6th grade. The average overall performance of the first grade was 44.2% accuracy, being 78.9% the one of sixth. Correct answers rate, except those related to colostrum, showed a significant acquisition of knowledge at some point of graduation course. With a mean score of 7.2 and 7.0, respectively, boarding students demonstrated to be self-confident in order to direct the breastfeeding, while the 3rd grade did not. **Conclusions:** The boarding students showed a good knowledge about breastfeeding, but there are weak points in the given syllabus, suggesting the need to develop actions directed to review and theoretical complementation, as well as training programs for teachers of practical activities and, finally a better integration of the disciplines devoted to maternal and child health.

Keywords: Students medical. Questionnaires. Knowledge. Curriculum. Breastfeeding. Professional training.

Resumen

Introducción: Semejante a los profesionales de salud, estudiantes de medicina también tienen poco conocimiento acerca de la lactancia materna. **Objetivos:** Investigar el conocimiento y la seguridad de los estudiantes de medicina acerca de la práctica de la lactancia materna. **Material y Métodos:** Estudio transversal, descriptivo, realizado a través de un cuestionario a 316 estudiantes de todas las series de la escuela de medicina de la Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP, en el período de mayo a septiembre/2015. Las variables analizadas fueron: serie en curso, edad, sexo, nueve preguntas sobre el conocimiento de los beneficios de la lactancia materna, propiedades/composición de la leche y el proceso de la lactancia materna y una cuestión percepción subjetiva de la práctica médica. Los resultados se expresaron en número, porcentaje, media y desviación estándar. **Resultados:** Los participantes representaban el 81,9% de los matriculados, el 63% mujeres. La edad media de la 1ª serie fue de 20±1,6 años y 25,3±1,4 de la 6ª serie. El rendimiento general de la primera serie fue del 44,2% y el sexto rango correcto 78,9%. El índice de acertos de las cuestiones, excepto la relacionada al colostro, apuntó significativa adquisición de conocimientos en algún momento del curso. Con puntuación media de 7,2 y 7,0, respectivamente, los estudiantes de internato declararon ser segura para guiar la alimentación y el 3er grado no. **Conclusiones:** Los estudiantes del internato tenían un buen conocimiento sobre la lactancia materna, pero hay puntos que generan pérdidas de contenido de los programas, lo que sugiere la necesidad de desarrollar acciones para revisar y finalización teórica, y programas de capacitación de los profesores de las actividades prácticas y mejor integración de las disciplinas del área materna-infantil.

Palabras clave: Estudiantes de Medicina. Cuestionarios. Conocimiento. Curriculum. Lactancia materna. Capacitación profesional.

* Pediatra, doutora em Medicina pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, professora nível I da disciplina de Puericultura e Clínica Pediátrica e coordenadora do curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Contato: terezinhabiscegli@yahoo.com.br

** Graduando do curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA).

*** Mestre em Ciências da Cirurgia pela Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, professor de Clínica Cirúrgica e coordenador do internato do curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP, Brasil. Contato: novo02@uol.com.br

INTRODUÇÃO

É conformidade na literatura que o aleitamento materno promove a saúde da criança, visto que, além de fornecer todos os nutrientes necessários e indispensáveis ao processo adequado de crescimento e desenvolvimento, o leite materno possui ainda outras vantagens, tanto para a mãe quanto para a criança, tais como o fortalecimento do vínculo materno-infantil e a maior proteção contra doenças respiratórias e intestinais¹⁻⁴.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o aleitamento materno seja exclusivo até o sexto mês de vida, ou seja, deve ser oferecido para a criança única e especificamente, sem suplementação com outros líquidos ou alimento⁵. Publicação recente deste órgão aponta que, mundialmente, menos de 40% das crianças menores de seis meses de idade são exclusivamente amamentadas ao seio materno⁶ e, a despeito da constatação de um aumento global na prevalência do aleitamento materno exclusivo nos países em desenvolvimento⁷, no Brasil, nos anos de 2006 e 2007, esse número estava por volta de 49%⁸.

É fato comprovado que os profissionais da área da saúde desempenham um papel fundamental na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, orientando as mães, dirimindo suas dúvidas e auxiliando-as com a técnica correta de amamentação⁹. Entretanto, estudos têm mostrado que tais profissionais estão despreparados para promover o aleitamento materno correto, haja vista o auxílio deficiente às mães no que se refere à técnica da amamentação e ao manejo dos principais problemas da lactação, o pequeno tempo das consultas dedicadas à orientação sobre amamentação e o conhecimento limitado sobre o assunto¹⁰⁻¹².

Embora a literatura específica do assunto seja

escassa a nível nacional, pesquisas congêneres revelam que, de maneira semelhante aos profissionais da área da saúde, também os estudantes de medicina apresentam pouco conhecimento e sentem-se inseguros para aconselhar a gestante ou a mãe sobre amamentação, principalmente em situações práticas relacionadas ao desmame precoce¹³⁻¹⁷.

Tendo em vista a necessidade de melhorar e estimular a prática do aleitamento materno e a importância que os profissionais da saúde, principalmente os médicos, desempenham nesta esfera, é fundamental que sua formação acadêmica os prepare para tornarem-se profissionais capacitados, aptos a orientar, promover e estimular tal prática. O estudo tem como propósito contribuir para corrigir eventuais deficiências no conteúdo programático das disciplinas de Pediatria e Puericultura do referido curso.

OBJETIVO GERAL

O objetivo do presente estudo é investigar o conhecimento e a segurança dos alunos de um curso de medicina do interior do estado de São Paulo sobre a prática do aleitamento materno.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo transversal, descritivo, realizado através da aplicação de um "questionário estruturado não disfarçado", previamente elaborado, baseado em revisão bibliográfica¹⁴⁻¹⁷, composto de dados de identificação do participante e dez questões relacionadas ao conhecimento sobre os benefícios do aleitamento materno, as propriedades e composição do leite e as recomendações adequadas sobre o processo da amamentação (Quadro 1).

Quadro 1 – Questionário aplicado aos 316 alunos da 1ª à 6ª série do curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino, de Catanduva-SP, no período de maio a setembro de 2015

| | | | | |
|---|-------------|------------|----------|------------|
| Título da pesquisa - "Aleitamento materno: conhecimento dos estudantes de um curso de medicina do interior do estado de São Paulo" | | | | |
| Dados de identificação do participante: Série _____ Idade _____ Sexo _____ | | | | |
| Questões | | | | |
| Q1) Assinale a alternativa correta. O aleitamento materno exclusivo corresponde ao período em que a mãe deve oferecer ao bebê: | | | | |
| a) somente leite materno e água | | | | |
| b) leite materno, água e frutas em pequenas quantidades | | | | |
| c) somente leite materno* | | | | |
| d) leite materno, água e, caso ache necessário, complementar com papas | | | | |
| e) não sei | | | | |
| Q2) O aleitamento materno exclusivo deve ser realizado durante: | | | | |
| a) 4 meses | b) 6 meses* | c) 8 meses | d) 1 ano | e) não sei |

| |
|--|
| <p>Q3) Sobre a composição do leite materno, assinale a alternativa incorreta:</p> <p>a) é muito influenciada pela alimentação materna*</p> <p>b) é rico em lipídeos, proteínas e carboidratos</p> <p>c) apresenta fatores imunomoduladores</p> <p>d) possui hormônios e vitaminas lipossolúveis</p> <p>e) não sei</p> |
| <p>Q4) São benefícios do aleitamento materno para o recém-nascido, exceto:</p> <p>a) diminui a ocorrência de infecções de trato gastrointestinal e respiratório</p> <p>b) colonização do trato gastrointestinal e fornecimento de energia</p> <p>c) fornece vitaminas, mas não auxilia na proteção do trato respiratório*</p> <p>d) acelera a maturação do trato gastrointestinal</p> <p>e) não sei</p> |
| <p>Q5) Assinale a alternativa correta sobre o colostro:</p> <p>a) corresponde ao leite da 1ª mamada pós-nascimento*</p> <p>b) corresponde ao leite da 1ª mamada da manhã</p> <p>c) corresponde à última porção de leite de cada mamada</p> <p>d) corresponde à 1ª porção de leite de cada mamada</p> <p>e) não sei</p> |
| <p>Q6) Acerca do tema desmame precoce, assinale a correta:</p> <p>a) uma de suas principais causas é o retorno da mãe ao mercado de trabalho*</p> <p>b) o acréscimo de água à alimentação do bebê não é considerado desmame precoce</p> <p>c) trata-se do momento em que há interrupção do aleitamento materno</p> <p>d) a inclusão de outros alimentos à dieta do bebê não é considerada desmame precoce, desde que o fornecimento de leite materno seja mantido</p> <p>e) não sei</p> |
| <p>Q7) Até quando a Organização Mundial de Saúde preconiza o aleitamento materno?</p> <p>a) 4 meses b) 6 meses c) 1 ano d) 2 anos* e) não sei</p> |
| <p>Q8) Para evitar o ingurgitamento mamário é necessário, exceto:</p> <p>a) usar suplementos e protetores de mamilos*</p> <p>b) iniciar a amamentação o mais cedo possível</p> <p>c) amamentar em livre demanda</p> <p>d) amamentar com técnica correta</p> <p>e) não sei</p> |
| <p>Q9) Assinale a alternativa que contém contraindicações absolutas para o aleitamento materno:</p> <p>a) mastite e quimioterápicos</p> <p>b) AIDS e quimioterápicos*</p> <p>c) mastite e AIDS</p> <p>d) infecção urinária e mastite</p> <p>e) não sei</p> |
| <p>Q10) Você se sente seguro para orientar uma mãe de forma completa sobre aleitamento materno adequado?</p> <p>a) Sim b) Não</p> |

*Respostas corretas (não assinaladas no questionário original)

Das dez perguntas do Quadro 1, as nove primeiras (Q1 a Q9) têm o objetivo de aferir o conhecimento básico do aluno sobre o assunto (teste, propriamente dito) e a última (Q10), está relacionada à autopercepção do acadêmico sobre a prática médica do tema. Vale lembrar, que as questões do teste possuem apenas uma resposta correta (assinalada com *)^{1-7,18}.

O questionário foi respondido por 316 dos 386 alunos de todas as seis séries do curso de medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), de Catanduva-SP, no período de maio a setembro de 2015. A coleta dos dados foi realizada pelos acadêmicos pesquisadores,

especialmente treinados para este fim. A abordagem dos entrevistados era feita de forma individual e anônima. Após esclarecimento e autorização através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os participantes eram orientados a responderem todas as questões assinalando apenas uma das opções oferecidas e os aplicadores marcavam data e local para a devolução do questionário preenchido.

Foram incluídos no estudo todos os acadêmicos que devolveram o questionário completamente preenchido no prazo determinado. Foram excluídos da pesquisa 70 alunos que não concordaram em participar da pesquisa;

que não puderam ser contatados no período da coleta dos dados ou que não retornaram os questionários preenchidos corretamente.

As variáveis analisadas foram: série em curso, idade, sexo e respostas das questões de 1 a 10.

Os dados coletados foram armazenados em planilha do *Microsoft Office Excel*. Os resultados foram expressos em número, porcentagem, média e desvio-padrão. Para comparação das variáveis foi utilizado o teste qui-quadrado. Considerou-se significativo $p \leq 0,05$.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/FIPA sob o parecer nº 816.890 e CAEE nº 36185614.6.0000.5430.

RESULTADOS

Os 316 participantes da pesquisa submetidos ao

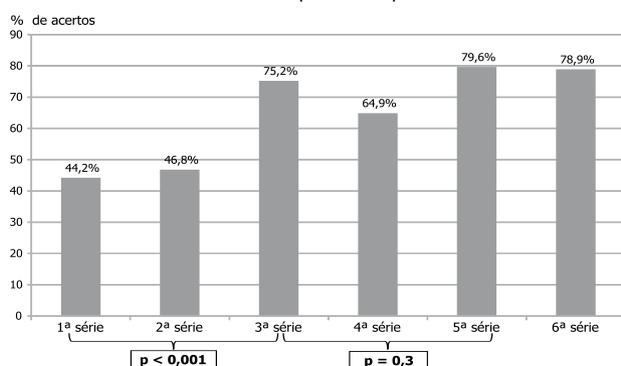
Tabela 1 - Distribuição das respostas corretas relativas ao teste sobre aleitamento materno aplicado aos 316 alunos da 1ª à 6ª série do curso de medicina das Faculdades Integradas Padre Albino, de Catanduva-SP, no período de maio a setembro de 2015

| Questão | Q1* | | Q2* | | Q3* | | Q4* | | Q5** | | Q6* | | Q7* | | Q8* | | Q9* | |
|---------|-----|---------|-----|---------|-----|--------|-----|--------|------|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|---------|
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| 1ª | 46 | (83,6) | 38 | (69,1) | 10 | (18,2) | 26 | (47,2) | 34 | (61,8) | 15 | (27,3) | 33 | (60,0) | 3 | (5,5) | 14 | (25,5) |
| 2ª | 39 | (76,5) | 34 | (66,7) | 6 | (11,8) | 29 | (56,9) | 26 | (51,0) | 16 | (31,4) | 30 | (58,8) | 4 | (7,8) | 31 | (60,8) |
| 3ª | 48 | (100,0) | 43 | (89,6) | 26 | (54,2) | 46 | (95,8) | 32 | (66,7) | 41 | (85,4) | 32 | (66,7) | 26 | (54,2) | 31 | (64,6) |
| 4ª | 44 | (88,0) | 49 | (98,0) | 21 | (42,0) | 43 | (86,0) | 27 | (54,0) | 28 | (56,0) | 30 | (60,0) | 17 | (34,0) | 33 | (66,0) |
| 5ª | 55 | (100,0) | 54 | (98,2) | 21 | (38,2) | 52 | (94,5) | 28 | (50,9) | 46 | (83,6) | 51 | (92,7) | 41 | (74,5) | 46 | (83,6) |
| 6ª | 53 | (93,0) | 57 | (100,0) | 16 | (28,1) | 51 | (89,5) | 36 | (63,2) | 45 | (78,9) | 48 | (84,2) | 42 | (73,7) | 57 | (100,0) |

N = Número de alunos *p < 0,01 **p = 0,4

O Gráfico 1 mostra o desempenho global médio dos alunos de todas as séries do curso no teste sobre aleitamento materno, revelando importante aquisição de conhecimentos no decorrer do curso, ou seja, da 1ª à 6ª série ($p < 0,001$). A análise concomitante do desempenho da 1ª e da 3ª série demonstrou significativa aquisição de conhecimentos ($p < 0,001$). Já a comparação da 3ª com a 5ª série, embora tenha evidenciado discreto ganho, este não foi estatisticamente significativo ($p=0,3$).

Gráfico 1 – Desempenho dos 316 alunos da 1ª à 6ª série do curso de medicina das Faculdades Integradas Padre Albino, de Catanduva-SP, no teste sobre aleitamento materno aplicado no período de maio a setembro



questionário sobre aleitamento materno representaram 81,9% do universo dos 386 acadêmicos do curso de medicina regularmente matriculados no período considerado.

Do total dos acadêmicos investigados, 63% eram do sexo feminino. A média de idade da 1ª série foi $20 \pm 1,6$ anos; da 2ª série $21,8 \pm 1,8$; da 3ª série $22,4 \pm 1,3$; da 4ª série $23,9 \pm 1,9$; da 5ª série $24,6 \pm 1,4$ e da 6ª série $25,3 \pm 1,4$.

A Tabela 1 apresenta a distribuição das respostas consideradas "corretas" relativas ao teste sobre aleitamento materno (questões de 1 a 9), de acordo com todas as séries do curso, onde se observa que todas as questões, com exceção de Q5 ($p=0,4$), apontaram significativa aquisição de conhecimentos no decorrer do curso ($p < 0,001$).

A Tabela 2 mostra a distribuição dos alunos que declararam sentirem-se seguros para praticar orientação sobre aleitamento materno (Questão 10) e a média \pm o desvio padrão de acertos no teste (Questões de 1 a 9). Os dados apresentados mostram a diferença altamente significativa ($p < 0,001$) entre os alunos da 3ª série e os do internato (5ª e 6ª séries), pois com número semelhante de acertos, os primeiros ainda não se consideram seguros para esta prédica, enquanto que os últimos, em quase sua totalidade, declararam-se favoráveis a esta assertiva.

Tabela 2 - Distribuição das respostas relativas ao teste sobre aleitamento materno aplicado aos 316 alunos da 1ª à 6ª série do curso de medicina das Faculdades Integradas Padre Albino, de Catanduva-SP, no período de maio a setembro de 2015

| | Questão 10 | | Questões de 1 a 9 |
|----------|------------|---------|---------------------------|
| | N | (%) | Média \pm DP de acertos |
| 1ª série | 1 | (1,8) | 3,0 \pm 0 |
| 2ª série | 1 | (2,0) | 6,0 \pm 0 |
| 3ª série | 11* | (22,9) | 7,0 \pm 1,3 |
| 4ª série | 19 | (38,0) | 6,5 \pm 1,4 |
| 5ª série | 55* | (100,0) | 7,2 \pm 1,2 |
| 6ª série | 56* | (98,2) | 7,1 \pm 1,1 |

N = Número de alunos DP = Desvio padrão *p < 0,001

DISCUSSÃO

O curso de medicina das FIPA, tradicionalmente conhecido por Faculdade de Medicina de Catanduva (FAMECA), sediado nesta cidade do noroeste paulista e mantido pela Fundação Padre Albino¹⁹, tem como proposta pedagógica articular o ensino, a pesquisa e a extensão, como forma de garantir o ensino crítico e reflexivo na busca de competências e habilidades esperadas para alunos de graduação.

No que se refere ao ensino, a matriz curricular contém os conteúdos necessários para o desenvolvimento das competências e habilidades estabelecidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais, de forma a garantir a qualidade da formação profissional em uma dupla dimensão: a formal, que diz respeito ao conteúdo específico, e a social, que corresponde ao envolvimento crítico com os problemas da sociedade. Dessa forma, a graduação é estruturada de maneira a formar profissionais com conhecimento técnico-científico e humanitário desde os primeiros anos do curso e despertar interesses pelas diversas especialidades, refletindo nas escolhas profissionais futuras. A grade escolar até o quarto ano, ciclo de formação, é fundamentada na teoria, porém já com inserção em atividades práticas assistidas por docentes em vários ambientes de aprendizagem. Os últimos dois anos, ciclo de internato, conferem ao aluno a habilidade prática e é neste momento que ele se envolve mais diretamente com as especialidades médicas, tornando-se capacitado a atuar como médico generalista²⁰.

Especificamente sobre o conteúdo *aleitamento materno*, seu ensino é ministrado na 3ª série, pela disciplina de Puericultura, envolvendo uma programação predominantemente teórica, sendo complementado no internato (5ª série), por atividades principalmente práticas em maternidade/berçário de um dos hospitais escola (Hospital Escola Padre Albino) e atividades em ambulatório de aleitamento materno (sob a orientação de uma enfermeira obstetra, especialista no assunto) e em ambulatório de puericultura, ambos no outro hospital da instituição (Hospital Escola Emílio Carlos)²⁰.

A análise dos dados coletados pelos pesquisadores do presente estudo mostrou que a média de idade dos alunos ingressantes no curso era 20±1,6 anos e dos concluintes era 25,3±1,4, sendo que do total dos acadêmicos investigados, 63% eram do sexo feminino.

Bueno, em estudo que objetivou a Análise da Evolução do Conhecimento sobre Aleitamento Materno, realizado com estudantes de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina e publicado em 2011¹⁴, observou resultados semelhantes quanto à faixa etária (19,9±2,2 e 24,7±1,4, respectivamente), embora tenha verificado discreto predomínio do sexo masculino (50,5%). Já outra pesquisa¹⁷, que avaliou o impacto de uma intervenção pedagógica no conhecimento do aleitamento materno entre alunos do terceiro semestre do curso de graduação em medicina de uma universidade pública do Rio Grande do Sul - Brasil, encontrou a mesma proporção de gênero (50,5%), só que favorável às mulheres.

Os dados da presente investigação apontaram que o desempenho global médio no teste sobre aleitamento materno obtido pelos alunos do primeiro e do último ano do curso foi 44,2% e 78,9% de acertos, respectivamente. Resultados semelhantes foram verificados em um clássico trabalho da literatura específica¹⁵, cuja finalidade foi avaliar o conhecimento sobre aleitamento materno de estudantes do último período de quatro instituições de ensino médico de São Paulo, particulares e públicas, que apontou desempenho global de 50 a 80% de acertos em 63,4% dos participantes e entre 80 e 90% em 14,2% deles. Outra pesquisa, desenvolvida em uma universidade federal da Bahia em 2006¹⁶, que comparou o conhecimento sobre aleitamento materno dos estudantes de graduação, no início e no final do curso médico, observou que houve um aumento do conhecimento sobre o aleitamento materno durante o curso, demonstrado pelo desempenho de 42,4% de acertos no teste dos iniciantes e 77,6% no dos concluintes, evidenciando resultados muito próximos aos obtidos na atual investigação.

Considerando o desempenho dos alunos da 6ª série, que traduz toda a aquisição de conhecimentos adquirida durante o curso, a análise individualizada de cada questão mostrou que os maiores índices de acertos (acima de 80%) estiveram relacionados às questões sobre fisiologia da lactação, manuseio de situações clínicas e legislação (Q1, Q2, Q4, Q7 e Q9). O pior desempenho esteve relacionado a uma questão sobre composição do leite humano (Q3). A porcentagem de acertos nesta questão chegou a ser de 54,2%, dentre os alunos da 3ª série, que é exatamente o ano em que os conhecimentos teóricos são ministrados, e caiu para 28,1% no final do

curso, evidenciando a necessidade de reforço nessa área temática durante as atividades práticas no ambulatório de aleitamento materno da 5ª série. Pesquisa já citada anteriormente¹⁵ revelou alguns aspectos compatíveis ao presente estudo e outros divergentes, a saber: a porcentagem de acertos foi de 14,2% para situações práticas; 16,4% para técnicas de amamentação; 20% para composição do leite humano; 41% para a fisiologia da lactação e 47% para legislação. Vale ressaltar que neste último trabalho citado a discussão de situações práticas comumente relacionadas ao desmame precoce foi apontada por menos de dois terços dos entrevistados, enquanto que em nosso estudo, a questão relativa a este tópico (Q6) chegou a ter 85,4% de acertos na 3ª série. Importante comentar que esta questão foi uma das quatro com menor índice de acertos dentre os ingressantes do curso (27,3%), sugerindo a influência das crendices populares sobre "pouco leite", "leite fraco", "leite ralo" ou o "leite secou"¹¹.

A análise da Tabela 2, cujos dados mostram a diferença altamente significativa entre os alunos da 3ª série e os do internato (5ª e 6ª séries), relacionados ao sentimento de segurança ao praticar orientações sobre o aleitamento materno, evidencia a importância de atividades práticas no currículo do curso, pois com número semelhante de acertos, os primeiros, que praticamente só tiveram aulas teóricas, ainda não se consideram seguros para atuarem como orientadores, enquanto os últimos, que frequentaram ambulatórios e maternidade/berçário em atividades práticas, que favorecem a retenção de conhecimentos através da aplicabilidade em situações de treinamento da arte médica, em quase sua totalidade, declararam-se favoráveis a esta função. Pesquisa já citada anteriormente¹⁷ observou que a utilização de vários recursos pedagógicos somada à presença de aulas práticas e à formatação das aulas de aleitamento materno podem ter favorecido o melhor desempenho dos estudantes após intervenção pedagógica.

Os resultados desta pesquisa, apesar de limitada em sua abrangência, principalmente devido ao pequeno número de questões, sinalizaram alguns pontos deficitários no conteúdo programático específico sobre aleitamento materno e forneceram elementos para reflexão sobre o ensino deste tema em nossa escola. Vale lembrar que, nos últimos anos, a carga horária com conteúdos sobre

aleitamento materno vem aumentando no curso, embora ainda se perceba a nítida necessidade de se rever o programa das aulas e introduzir ou reforçar conceitos e práticas, imprescindíveis para o bom desempenho de um médico generalista.

Segundo Giugliani²¹, os profissionais de saúde desenvolvem papel de extrema relevância na assistência à mulher-mãe-nutriz, sendo que as taxas insatisfatórias de aleitamento materno, entre outros fatores, estão relacionadas às práticas inadequadas destes serviços e dos profissionais neles atuantes. Também é evidente a necessidade de um treinamento sistemático e contínuo, podendo até ser iniciado na 3ª série, como é nossa rotina, mas sem lacunas até o final do curso, com intensificação das atividades práticas, não só em cenário próprio da escola, como é o caso das atividades nos hospitais escola, mas também na rede pública, onde se consolidam os conceitos de atenção primária em saúde, com ênfase ao engajamento do aluno no Sistema Único de Saúde (SUS). Interessante também seria uma integração entre as disciplinas da área do conhecimento materno-infantil, com atividades simultâneas das disciplinas de Puericultura e de Obstetrícia, iniciando a orientação sobre aleitamento materno na fase da gestação, estimulando a prática do aleitamento já na sala de parto e dando continuidade ao acompanhamento e orientação à lactante nas consultas de rotina de puerpério e puericultura.

CONCLUSÃO

Desta forma, o presente estudo permitiu concluir que embora os alunos dos dois últimos anos do curso de medicina da FIPA apresentem de maneira geral bom conhecimento sobre aleitamento materno, existem alguns pontos deficitários no conteúdo programático específico, haja vista o insuficiente conhecimento verificado em questões consideradas básicas. Os resultados, semelhantes aos descritos em literatura específica, auxiliaram na avaliação do conteúdo programático do curso e demonstram a necessidade de desenvolver ações de revisão e complementação de ensinamentos teóricos que vão desde a fisiologia da lactação e composição do leite materno, até o manuseio de situações clínicas envolvendo técnicas de amamentação e desmame precoce.

A integração entre as disciplinas da área do conhecimento materno-infantil e os programas de

capacitação dos docentes atuantes, principalmente em atividades práticas poderiam também contribuir para melhorar o desempenho dos egressos do curso.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS

Declaração de conflito de interesse: nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Eidelman AI, Schanler RJ. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* [Internet]. 2012 [cited 2015 Jul 20]; 129(3):600-3. Disponível em: <https://www2.aap.org/breastfeeding/files/pdf/Breastfeeding2012ExecSum.pdf>
2. UNICEF. Celebrating the innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. Past achievements, present challenges and the way forward for infant and young child feeding. 2nd ed. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre; 2005. [cited 2015 Jul 24]. Disponível em: <http://innocenti15.net/Innocenti15finalpink.pdf>
3. UNICEF. Infant and Young Child Feeding. Programming guide. Nutrition Section, Programmes. New York: UNICEF; Jun 2012 [cited 2015 Jun 12]. Disponível em: http://www.unicef.org/nutrition/files/Final_IYCF_programming_guide_2011.pdf
4. Cunha MA. Aleitamento materno e prevenção de infecções. *Rev Port Clin Geral*. 2009; 25(1):356-62.
5. World Health Organization. Infant and Young Child Feeding. A tool for assessing national practices, policies and programmes. Geneva: WHO; 2003.
6. World Health Organization. Programmes. Nutrition. Features. 10 facts on breastfeeding. Updated February 2014. [cited 2015 Jul 22]. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/>
7. Labbok MH, Wardlaw T, Blanc A, Clark D, Terreri N. Trends in exclusive breastfeeding: findings from the 1990s. *J Hum Lact*. [Internet]. 2006 [cited 2015 Jun 23]; 22(3):272-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16885487>
8. World Health Organization. Programmes. Nutrition. Databases. Infant and young child feeding data by country. Brazil. 2009 [cited 2015 Jun 09]. WHO Global Data Bank on Infant and Young Child Feeding (IYCF). Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/countries/bra.pdf?ua=1>
9. Santiago LB, Bettiol H, Barbieri MA, Gutierrez MRP, Del Ciampo LA. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. *J Pediatría* [Internet]. 2003 [citado em 10 jun. 2015]; 79(6):504-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n6/v79n6a08>
10. Rea MF. O pediatra e a amamentação exclusiva. *J Pediatría*. 2003; 79(6):479-80.
11. Caldeira AP, Aguiar GN de, Magalhães WAC, Fagundes GC. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em equipes de saúde da família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(8):1965-70.
12. Leavitt G, Martínez S, Ortiz N, García L. Knowledge about breastfeeding among a group of primary care physicians and residents in Puerto Rico. *J Community Health*. 2009; 34(1):1-5.
13. Fonseca MO. Conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, de um município do interior de Minas Gerais, sobre promoção ao aleitamento materno [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2010.
14. Bueno MB. Análise da evolução do conhecimento sobre aleitamento materno nos cursos da área da saúde da Universidade Federal de Santa Catarina [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina; 2011 [citado em 12 jul. 2015]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/121165>
15. Vítole MR, Accioly E, Ely DB de, Castro S do C. Conhecimento sobre aleitamento materno entre estudantes do último ano do curso de medicina. *Rev Ciên Méd*, (Campinas). [Internet]. 1998 [citado em 20 jul. 2015]; 7(1):27-33. Disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1373/1347>
16. Lemos-Júnior LP, Sousa FL, Araújo IA, Mascarenhas RC, Vieira GO, Silva LR. Conhecimento sobre aleitamento materno entre estudantes de Enfermagem e Medicina (Salvador, Bahia). *Medicina*. 2007; 6(3):324-30.
17. Pereira DN, Grosseman S. Impacto de uma intervenção pedagógica no conhecimento do aleitamento materno. *Rev AMRIGS*. 2013; 57(1):14-20.
18. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson: tratado de pediatria. 16ª ed. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Alimentação de lactentes e crianças. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 150-65.
19. Faculdades Integradas Padre Albino. Medicina. Informações. História. [Internet]. [citado em 19 maio 2015]. Disponível em: <http://www.webfipa.net/fameca/index.php/pt/informacoes/historia>
20. Faculdades Integradas Padre Albino. Projeto pedagógico do curso de medicina [apostilado]. Catanduva: FIPA; 2015.
21. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. *J Pediatría*. 2000; 76(3):S238-52.

Recebido em: 10/12/2015

Aceito em: 05/03/2016

PERCEPÇÕES DE ALUNOS DE UM CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM FRENTE AO ESTÁGIO CURRICULAR

PERCEPTIONS OF STUDENTS OF A NURSING GRADUATION COURSE ABOUT THE CURRICULAR INTERNSHIP

PERCEPCIONES DE LOS ESTUDIANTES DE UN CURSO DE GRADO EN ENFERMERÍA EN LAS PRÁCTICAS CURRICULARES

Bruno Vilas Boas Dias*, Gislane Mendes Silva**, Warley Mendes Silva**, Fátima dos Reis Silva**

Resumo

Introdução: As atividades de estágio curricular devem ser contempladas e desenvolvidas como procedimentos didáticos que oportunizam um momento importante no processo de formação dos profissionais de enfermagem no desenvolvimento de atitudes, comportamentos e habilidades, na interação com a equipe multiprofissional de saúde, familiares e pacientes e, principalmente, quanto à possibilidade de analisar crítica e reflexivamente as interfaces do conhecimento teórico e prático. **Objetivo:** Descrever as percepções de alunos de um curso de graduação em enfermagem durante o primeiro estágio curricular. **Materiais e Método:** Trata-se de um estudo qualitativo baseado na teoria das Representações Sociais, realizado mediante entrevista semiestruturada com 30 acadêmicos do curso de graduação em enfermagem de um centro universitário do interior do estado de São Paulo. As diretrizes metodológicas do Discurso do Sujeito Coletivo foram utilizadas para extrair os discursos dos acadêmicos. **Resultados:** As percepções positivas do estágio curricular foram destacadas por 14 (46,66%) sujeitos, enquanto as percepções consideradas negativas sobre o estágio tiveram uma frequência de 16 (53,34%) acadêmicos. **Conclusão:** Dos dados apreendidos quanto à percepção dos sujeitos do estudo, denota-se a necessidade de reflexão por parte dos formadores, dos enfermeiros supervisores e também dos estudantes sobre a relação ensino-aprendizagem na prática clínica e sobre o cuidado realizado ao ser humano.

Palavras-chave: Educação em enfermagem. Estágio. Ensino. Prática profissional.

Abstract

Introduction: The traineeship activities must be considered and developed as didactic procedures, which provide an important moment of nursing professionals' formation process in terms of attitudes, behaviors and skills development, interacting with the multidisciplinary team of health, as well as with family and patients and mainly in terms of the possibility to analyze critically and reflectively the interfaces of theoretical and practical knowledge. **Objective:** To describe the perceptions of nursing graduate course students during their first traineeship. **Materials and Methods:** It is a qualitative study based on the theory of Social Representations, carried out through semi-structured interviews with 30 students of a nursing graduation course at a university inside São Paulo state. We used the methodological guidelines of the Collective Subject Speech in order to extract the scholars discourse. **Results:** 14 (46.66%) participants highlighted positive perceptions of the traineeship, while the perceptions considered negative had a frequency of 16 (53.34%) students. **Conclusion:** Taking in account data about study subjects perceptions it is evident the need of reflection for part of trainers, for nursing supervisors and for students too about the teaching-learning relationship in clinical practice and about care provided to human being.

Keywords: Nursing education. Internship. Teaching. Professional practice.

Resumen

Introducción: Las actividades curriculares deben ser consideradas y desarrolladas como procedimientos didáticos que crean oportunidades en un momento importante del proceso de formación de los profesionales de enfermería para el desarrollo de actitudes, comportamientos y destrezas, en interacción con el equipo multidisciplinario de salud, familiares y pacientes y principalmente la posibilidad de analizar de forma crítica y reflexivamente las interfaces de los conocimientos teóricos y prácticos. **Objetivo:** Describir las percepciones de los estudiantes de una licenciatura en enfermería durante el primer periodo de prácticas. **Materiales y Métodos:** Se trata de un estudio cualitativo basado en la teoría de las Representaciones Sociales, por la entrevista semiestructurada con 30 académicos de la licenciatura en enfermería de un centro universitario en el estado de São Paulo en Brasil. Se utilizó lineamientos metodológicos del Discurso del Sujeto Colectivo para extraer los discursos de los académicos. **Resultados:** Las percepciones positivas de las prácticas curriculares se destacaron por los 14 temas (46,66%), mientras que las percepciones negativas sobre el escenario tenían una frecuencia de 16 académicos (53,34%). **Conclusión:** Los datos agarrados como percepción de los sujetos del estudio denotan la necesidad de reflexión por parte de los entrenadores, enfermeras y supervisores de los estudiantes sobre la relación de enseñanza-aprendizaje en la práctica clínica y en la atención prestada a los seres humanos.

Palabras clave: Educación en enfermería. Pasantías. Enseñanza. Práctica profesional.

* Enfermeiro. Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de Jundiaí-SP. Especialista em Cardiologia pela UNIFESP. Professor do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Padre Anchieta de Jundiaí-SP e da Faculdade de Campo Limpo Paulista-SP. Departamento de Enfermagem. Contato: bruno.dias@anchieta.br

** Enfermeiros(as). Graduados em Enfermagem pelo Centro Universitário Padre Anchieta de Jundiaí-SP.

INTRODUÇÃO

Questionamentos quanto à formação dos trabalhadores em saúde, especificamente em enfermagem, são necessários, haja vista a globalização e evolução técnica e científica e a importância de se propiciar o desenvolvimento de competências que favoreçam uma atuação que contemple o ser humano em sua integralidade, complexidade e singularidade. Valorização dessa fundamental para a constituição de um cuidado humanizado em saúde¹.

O estágio, ou atividade teórico-prática em campo de ensino, é o primeiro contato dos alunos da área da enfermagem com a realidade enfrentada nos hospitais, Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossociais, entre outros campos de atuação. Reveste-se, portanto, o campo da prática clínica como relevante na formação profissional e pessoal com significativa influência no desenvolvimento das habilidades técnicas e atitudinais para os envolvidos neste campo de ação.

Dentre as inúmeras atividades desenvolvidas pelos graduandos de enfermagem, algumas das quais fazem parte do cotidiano do acadêmico no estágio, são: reconhecimento da planta física de um estabelecimento de saúde; conhecimento da organização da equipe de saúde; contato com profissionais que já atuam, de nível médio e superior; execução do trabalho em equipe; realização de abordagem a clientes hospitalizados ou em regime ambulatorial; desenvolvimento de técnicas específicas da enfermagem; planejamento e organização de ações sistematizadas; coleta de dados para o desenvolvimento de estudos de casos; utilização do campo de estágio como laboratório (evitando colocar o cliente em risco); e ainda, cuidado do ambiente, do seu grupo e, finalmente, de seu cliente². As instituições de ensino dividem os acadêmicos em pequenos grupos, que assim vão tendo a possibilidade de estagiar em diversos setores da rede pública e privada de saúde, tanto em atenção primária, como secundária e terciária².

Os procedimentos de enfermagem, o professor, o campo de estágio, o médico, o colega da graduação, o paciente, o tempo dispendido e o enfermeiro são elementos que aparecem como os principais responsáveis pelas impressões que os alunos têm do primeiro contato com a prática profissional, sendo que o papel do professor se destaca nestas impressões³.

O docente deve atribuir significado aos seus ensinamentos, para assim despertar no graduando o desejo pelo conhecimento. Atitudes que permitam o diálogo entre o docente, o graduando e a equipe de trabalho, sem preconceitos entre senso comum e ciência, contribuem para o entendimento da realidade e o descobrimento da aplicabilidade dos conteúdos teóricos na prática clínica².

A estratégia pedagógica proporcionada pelo estágio precisa ir além da relação professor-aluno. Sua efetivação requer a ampliação das relações humanas, envolvendo outros atores sociais que participam do contexto da prática, ou seja, do mundo do trabalho no fazer da enfermagem. Esse momento tem um significado especial na formação profissional, pois o graduando exerce maior autonomia no contato direto com a realidade de saúde da população e do mundo laboral, possibilitando o desenvolvimento pessoal e profissional, e a intensificação da relação entre teoria e prática⁴.

Assim, atividades de estágio curricular devem ser contempladas e desenvolvidas como procedimentos didáticos que oportunizam situar, observar e aplicar, criteriosa e reflexivamente, princípios e referências teórico-práticos assimilados através do curso, sendo imprescindível o inter-relacionamento multidisciplinar sem perder de vista a realidade na qual o estagiário está inserido⁵.

Parte fundamental da matriz curricular do curso de enfermagem, o Estágio Curricular Supervisionado previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais com no mínimo 20% da carga horária total do curso, deve, também, na seqüência de aprendizados, possibilitar a consolidação de conhecimentos adquiridos no transcorrer do curso².

Este estudo tem como propósito apontar caminhos que viabilizem o desenvolvimento do estágio curricular para a adequada formação acadêmica de graduandos do curso de enfermagem.

OBJETIVO

Descrever as percepções de alunos de um curso de graduação em enfermagem durante o primeiro estágio curricular.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa guiada pela Teoria das Representações Sociais (TRS) e as diretrizes do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Dessa forma, o conhecimento é

analisado no intercâmbio das histórias em nível individual e social da pessoa.

As representações sociais são esquemas sociocognitivos que as pessoas utilizam para emitirem, no seu cotidiano, juízos ou opiniões. Tais esquemas são acessíveis através de depoimentos individuais. Os discursos individuais são agrupados, por semelhança semântica, em discursos-síntese redigidos na primeira pessoa do singular, de modo a configurar um sujeito coletivo portador de uma opinião social⁶.

O DSC é um método que implica em recompor, com o material dos discursos empíricos individuais, os discursos coletivos. A Ideia Central (IC) é um nome ou expressão linguística que revela, descreve e nomeia, da maneira mais sintética e precisa possível, o(s) sentido(s) presente(s) em cada uma das respostas analisadas e de cada conjunto homogêneo de expressões chave (ECH), que dará origem, posteriormente, ao DSC. As ECH são pedaços, trechos do discurso que devem ser destacados pelo pesquisador e que revelam a essência do conteúdo do discurso ou a teoria subjacente⁶.

A enfermagem vem utilizando os pressupostos da Teoria das Representações Sociais desde a década de 1980, buscando compreender os aspectos psicossociais que emergem em vários objetos da investigação que ela focaliza. Deste modo, a TRS apresenta grande aderência aos objetos de estudos na área de enfermagem, uma vez que ela consegue apreender os aspectos mais subjetivos que permeiam os problemas inerentes a essa área^{7,8}.

As Representações Sociais (RS) são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, tendo uma visão prática, concorrendo também para a construção de uma realidade comum em um conjunto social. A RS é a representação de algo e de alguém. Ela não é nem o duplo do real, nem do ideal, nem a parte subjetiva do objeto nem a parte objetiva do sujeito, mas o processo pelo qual se estabelece a sua relação. Assim, RS são as imagens que condensam um conjunto de significações, sistemas de referências que nos permitem interpretar o que nos acontece, ou como se dá um sentido inesperado; categorias que servem para classificar as circunstâncias e os fenômenos com os quais temos contato⁹.

A amostra do estudo foi constituída por 30 graduandos do curso de enfermagem regulamente matriculados e cursando o 7º e 8º semestres e,

consequentemente, inseridos em campo de estágio. Todos os sujeitos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), representando 50% dos alunos em estágio do curso de graduação em enfermagem do Centro Universitário Padre Anchieta, Jundiá-SP. Houve aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do referido centro universitário, sob o parecer n. 283.154.

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de dois questionários, o primeiro referente às características sociográficas, contendo cinco perguntas sobre a idade, gênero, formação profissional, vínculo empregatício e participação em cursos extracurriculares; o segundo, teve como base responder a pergunta norteadora: qual a sua percepção em relação ao estágio curricular de enfermagem?

A análise dos dados foi realizada por meio das diretrizes do DSC, a qual é uma estratégia metodológica com a finalidade de tornar mais clara uma determinada RS e o conjunto das representações que constituem um dado imaginário. Por esse modo discursivo é possível visualizar a RS, na medida em que ela aparece, caracterizando o modo como os indivíduos reais e concretos pensam⁶.

RESULTADOS

Segundo as diretrizes do DSC, foram adotadas neste estudo duas figuras metodológicas: Ideia Central (IC) e DSC.

Acerca da caracterização dos sujeitos do estudo, dos 30 participantes, a maioria, 21 (70%), representava o gênero feminino. Com relação à idade, 18 (60%) tinham 27 anos ou mais. No tocante à formação profissional, 17 (56%) já eram certificados como técnicos ou auxiliares de enfermagem, embora 11 (37%) não possuíssem vínculo empregatício (Tabela 1).

As ICs foram apresentadas de acordo com a frequência que apareceram, bem como a relação de participantes que as citaram, demonstradas no Quadro 1. Assim, observa-se que "Estágio satisfatório" foi citada por 12 participantes; "Professor despreparado" apareceu nas ICs de nove acadêmicos; "Campo de estágio pobre" teve frequência em sete relatos; "Pouco tempo de estágio" foi citada por cinco participantes; enquanto as ICs "Dificuldade por não trabalhar na área" e "Professor preparado" foram citadas por apenas dois acadêmicos; a IC "Estrutura dos campos de estágio" apareceu em apenas um discurso.

Tabela 1 - Distribuição das características sociográficas dos acadêmicos do curso de enfermagem do Centro Universitário Padre Anchieta, Jundiaí-SP (n=30)

| Idade | Participantes | Porcentagem |
|--|---------------|-------------|
| 17 a 21 | 1 | 3% |
| 22 a 26 | 11 | 37% |
| 27 a 31 | 6 | 20% |
| Acima de 32 | 12 | 40% |
| Gênero | Participantes | Porcentagem |
| Feminino | 21 | 70% |
| Masculino | 9 | 30% |
| Formação profissional | Participantes | Porcentagem |
| Auxiliar de enfermagem | 4 | 13% |
| Técnico de enfermagem | 13 | 43% |
| Outra formação | 3 | 10% |
| Nenhuma formação prévia | 10 | 33% |
| Vínculo empregatício | Participantes | Porcentagem |
| Sim | 19 | 63% |
| Não | 11 | 37% |
| Participação em cursos extracurriculares | Participantes | Porcentagem |
| Sim | 23 | 77% |
| Às vezes | 7 | 23% |
| Não | 0 | 0% |

Quadro 1 - Distribuição das ideias centrais em relação aos sujeitos da pesquisa (n=30)

| Ideias centrais | Participantes |
|---------------------------------------|---|
| Estágio satisfatório | 7; 12; 13; 14; 15; 16; 25; 26; 27; 28; 29; 30 |
| Professor despreparado | 1; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 18; 21 |
| Campo de estágio pobre | 2; 3; 4; 5; 17; 22; 23 |
| Pouco tempo de estágio | 1; 10; 20; 22; 24 |
| Dificuldade por não trabalhar na área | 9; 19 |
| Professor preparado | 17; 21 |
| Estruturas dos campos de estágio | 5 |

DISCUSSÃO

Na sequência são apresentadas as três ICs de maior frequência no estudo acompanhadas dos respectivos DSC.

Estágio satisfatório

O estágio é uma etapa fundamental e imprescindível, e sem dúvidas uma das mais importantes, principalmente para aqueles que ainda não atuam na enfermagem. Momento muito rico em informações e aprimoramento prático essencial na formação de um bom profissional. Através do mesmo os alunos podem adquirir experiência e noção de como é atuar em um ambiente hospitalar. É muito bom para o aprendizado das várias áreas em que o enfermeiro atua, para adquirir bastante conhecimento científico teórico e prático e para aperfeiçoar o conhecimento e experiência na área da enfermagem. Muito bom, tanto no relacionamento com os colegas como com os professores, na dinâmica, interesse, pesquisa e comprometimento [...].

As ICs reportadas pelos sujeitos quanto ao estágio curricular descrevem tanto percepções positivas quanto negativas. Entretanto, "Estágio satisfatório" foi a ideia central que teve maior frequência, representada pelos participantes como imprescindível para a formação profissional do enfermeiro.

O estágio é um momento importante no processo de formação dos profissionais de enfermagem para o desenvolvimento de atitudes, comportamentos e habilidades, para a interação com a equipe multiprofissional de saúde, familiares e pacientes e, principalmente, quanto à possibilidade de analisar crítica e reflexivamente as interfaces do conhecimento teórico e prático¹⁰.

Repensar o relacionamento docente-discente no campo de estágio é uma prioridade. Procura-se, hoje em dia, preparar futuros profissionais para a vida em equipe, tendo como requisitos responsabilidade, empatia, preocupação com os clientes e colegas². Assim, é possível desenvolver a reflexão sobre o cuidado, não só na perspectiva do cliente, mas também de todos os envolvidos no processo saúde/doença¹¹.

Professor despreparado

[...] em relação a alguns professores, falta foco e não é preestabelecido o que deveria conter em cada dia de estágio, percebo muita falta de interesse dos professores. Em uma das etapas, dificuldade de relacionamento do professor com os alunos (maneira ríspida de falar), acredito ser desnecessário. Os professores talvez deveriam ter um preparo melhor para poder buscar e desenvolver melhor as qualidades do aluno, pois tem professor que são menos capacitados que os próprios alunos [...].

O professor, segundo os alunos, tem o papel de ser o estimulador do processo de aprendizagem, incentivando-os na busca de novos conhecimentos e no aperfeiçoamento técnico e humano. Características como: paciência para ensinar, bom astral, não pressionar o aluno na hora da execução dos procedimentos, gostar da profissão, ser crítico e também colaborador, foram percebidas pelos alunos como características essenciais ao bom professor¹².

Uma das ansiedades dos alunos com relação ao docente supervisor diz respeito à compreensão. Eles esperam que o professor seja calmo e compreensivo; que entenda suas falhas por estarem começando; que comentem seus erros particularmente, tendo em vista que os mesmos não se repitam¹³.

O período de estágio pode ser considerado um momento crítico para os futuros profissionais de saúde,

visto que é um momento de transformações intensas no modo de pensar-agir dos alunos. Um mundo novo está à frente de jovens que se deparam com sentimentos diferenciados e, muitas vezes, nunca experimentados, como medo, ansiedade, piedade, necessidade de paciência e empatia².

A globalização tem gerado uma crescente transformação em todas as áreas, com a oferta de novas tecnologias como a inclusão de equipamentos digitais, a comunicação e a internet, o que tem provocado a necessidade de capacitação dos profissionais. O ensino em todos os seus aspectos tem a necessidade de acompanhar essas mudanças. A educação em enfermagem requer mudanças, visto que o aluno na atualidade participa como sujeito na construção de conhecimentos e não mais como somente espectador².

Essas transformações fazem parte do processo educativo e da prática pedagógica moderna em que o aprender a ser, aprender a fazer, aprender a conhecer e aprender a conviver são a base para a formação de profissionais competentes e decisivos no mercado de trabalho².

O professor lida de várias formas com o grupo de alunos na prática clínica, podendo ser rígido e ter dificuldades de estabelecer empatia com os alunos, representando, na concepção do aluno, muitas vezes, uma ameaça aos mesmos².

É fundamental que o professor se perceba como pessoa e não somente como um profissional, pois o professor é o maior responsável por determinar o tipo de interação que haverá entre ele e o aluno¹².

Campo de estágio pobre

Poderia ser mais voltado para o papel do enfermeiro, aprendemos muitas coisas direcionadas ao auxiliar e técnico de enfermagem, procedimentos que não são pertinentes ao enfermeiro, deixando de lado as atividades privativas do enfermeiro. Poderia ser melhor, com a oportunidade que temos no hospital, mas é pobre o campo destinado ao aperfeiçoamento profissional. O campo atual não oferece meio adequado como, por exemplo: punção de jugular e outras atividades pertinentes ao enfermeiro.

O estágio curricular possibilita não só a integração das inúmeras disciplinas oferecidas durante o curso de graduação, aumentando o grau de entrosamento e a unidade estrutural do currículo, mas também resulta na produção de trabalhos científicos que vêm sendo divulgados através de publicações e páginas na internet¹⁴. Porém, alguns graduandos sujeitos deste estudo, estagiários de

enfermagem, demonstraram-se insatisfeitos com o estágio por acreditarem que os procedimentos repassados em sala de aula e desenvolvidos na prática em campo de estágio não são pertinentes às atividades realizadas pelo enfermeiro, considerando assim ser o "Campo de estágio pobre".

Além disso, alguns alunos consideraram "Pouco tempo de estágio". Todavia, é previsto pelo Ministério da Educação a carga horária mínima de 3.500 horas a serem integralizadas em no mínimo quatro anos¹⁵.

Somente o estágio curricular realizado no último ano do curso possui uma carga horária total de 500 horas e tem o acompanhamento de um professor competente e responsável por esse tipo de ensino. O aluno fica em contato direto e constante com o professor que, além de conduzir o estágio do ponto de vista de cuidados assistenciais, também trabalha aspectos administrativos e gerenciais¹⁰.

Normalmente, as instituições formadoras são avaliadas pela qualidade do conhecimento e a formação técnica oferecida aos alunos. Entretanto, falta maior atenção à aquisição dos valores, comportamentos e atitudes necessários para o exercício de bom cuidado no papel profissional que atualmente a sociedade busca no mercado de trabalho^{16,17}. Nesse cenário de ensino-aprendizagem e trabalho, graduandos devem acompanhar o enfermeiro, e buscar percorrer esta etapa de formação de forma ativa e mediatizada pelas transformações que se operam no mundo do trabalho, a produção do cuidado em saúde. Na perspectiva dialética, esse momento deve propiciar aos sujeitos envolvidos a oportunidade de trazer uma contribuição à forma de apreensão da realidade, a existência do homem social e historicamente no mundo, pois é o momento em que os graduandos entram em contato direto com a realidade de saúde da população e do mundo do trabalho¹¹.

Bem integrados à equipe de enfermagem os alunos estabelecem relações mais equitativas e próximas entre os enfermeiros do exercício, aprendendo com eles a "enfermagem prática" e a facilitar a inserção futura no mundo do trabalho através das regras de funcionamento da organização. A par desta dimensão de socialização há outras competências adquiridas em contexto de trabalho: o trabalho em equipe, a organização individual do trabalho, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades,

aprender a aprender com as novas situações, melhorar a comunicação e a decisão individual ou em grupo perante situações novas. Só com plena interação entre o indivíduo, a formação e o contexto de trabalho os processos formativos desenvolvem capacidades de resolução de problemas e de pensamento criativo¹⁸.

Para Courtois¹⁹, “[...] Não é suficiente que a situação possua um potencial formativo. É preciso, também, que a interação das pessoas com esta situação faça sentido para elas”.

É reconhecida a necessidade de que cada curso reveja seu projeto pedagógico, repense a organização curricular, a ação docente e de preceptoria, a relação ensino-serviço, assim como, a integração do estágio curricular supervisionado às demais ações previstas no projeto pedagógico com vistas da produção do cuidado²⁰.

CONCLUSÃO

As ICs apresentadas pelos sujeitos do estudo

em relação ao estágio curricular descrevem tanto percepções positivas quanto negativas. Como percepções positivas foram citadas: “Estágio satisfatório” e “Professor preparado”. Quanto às percepções negativas emergiram as seguintes ICs: “Professor despreparado”, “Estrutura dos campos de estágio”, “Dificuldade por não trabalhar na área”, “Pouco tempo de estágio” e “Campo de estágio pobre”.

Diante dessas percepções e da realidade brasileira é necessário reestudar a questão no contexto atual, frente às novas concepções e legislação vigentes, tendo como base estudos sobre essa instância no âmbito das escolas/cursos de enfermagem, objetivando amadurecer enfoques pedagógicos e profissionais.

Este estudo indica, segundo a visão de graduandos de enfermagem, a necessidade de reflexão dos formadores, dos enfermeiros supervisores e estudantes sobre a relação ensino-aprendizagem na prática clínica e sobre o cuidado realizado junto ao ser humano.

REFERÊNCIAS

- Casate JC, Corrêa AK. Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2006 Set [citado em 26 nov. 2012]; 40(3):321-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000300002&lng=en
- Silva RM, Silva ICM, Ravalha RA. Ensino de enfermagem: reflexões sobre o estágio curricular supervisionado. *Rev Praxis* [Internet]. 2009 Jan [citado em 26 nov. 2012]; 41(1):37-41. Disponível em: <http://web.unifoa.edu.br/praxis/numeros/01/37.pdf>
- Bosquetti LS, Braga EM. Reações comunicativas dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio curricular. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 Dez [citado em 26 nov. 2012]; 42(4):690-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a10.pdf>
- Colliselli L, Tombini LHT, Leba MA, Reibnitz KS. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2009 Dez [citado em 11 abr. 2013]; 62(6):932-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000600023&lng=en
- Costa LM, Germano RM. Estágio curricular supervisionado na Graduação em Enfermagem: revisitando a história. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2007 Dez [citado em 11 abr. 2013]; 60(6):706-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600016&lng=en
- Lefevre F, Lefevre AMC, Marques MCC. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(4):1193-204.
- Figueiredo NMA. O corpo da enfermeira: instrumento do cuidado de enfermagem. Um estudo sobre representações de enfermeiras. [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ; 1994.
- Abrantes VL. Filhos adolescentes de casa lar. Desafiando vivências, modelando projetos de vida e tecendo espaço para enfermagem. [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ; 1996.
- Jodelet D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: Jodelet D. *Les représentations sociales*. Paris: PUF; 1989. p. 31-61.
- Ito EE, Takahashi RT. Percepções dos enfermeiros de campo sobre o estágio curricular da graduação de enfermagem realizados em sua unidade de trabalho. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2005 [citado em 21 jul. 2013]; 39(1):109-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a15v39n1.pdf>
- Araújo MCF. Produção do cuidado em cenários do sistema de saúde como parte do estágio curricular do curso de graduação em enfermagem. [tese] [Internet]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2011 [citado em 21 jul. 2013]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/14389/1/MARIA%20DA%20CONCEI%3%87%3%830%20FIGUEIRAS.pdf>
- Karino ME, Guariente MHDM. O aprendizado no primeiro estágio de enfermagem: a visão dos alunos. [Internet]. [citado em 21 jul. 2013]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>
- Carvalho MDB, Pelloso SM, Valsecchi EASS, Coimbra JAH. Expectativa dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em hospital. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 1999 [citado em 21 jul. 2013]; 33(2):200-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v33n2/v33n2a12.pdf>
- Bouso RS, Merighi MAB, Rolim MA, Riesco MLG, Angelo M. Estágio curricular em enfermagem: transição de identidades. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2000 [citado em 21 jul. 2013]; 34(2):218-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n2/v34n2a13.pdf>
- Colenci R, Berti HW. Formação profissional e inserção no mercado de trabalho: percepções de egressos de graduação em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [citado em 21 jul. 2013]; 46(1):158-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a22.pdf>
- Shinyashiki GT, Mendes IA, Trevizan MA, Day RA. Professional socialization: students becoming nurses. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006; 14(4):601-7.

17. Sartório NA, Zoboli ELCP. Images of a 'good nurse' presented by teaching staff. *Nurs Ethics*. 2010; 17(6):687-94.
18. Marques da Silva D, Silva EMV. O ensino clínico na formação em enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Viseu. *Millenium Rev ISPV [Internet]*. 2004 [citado em 21 jul. 2013]; 30:103-18. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/8.pdf>
19. Courtois B. La formation en situation de travail: une formation expérientielle ambiguë. *Rev Education Permanent*. 1992; 112:95-105.
20. Ito EE, Takahashi RT. Publicações sobre ensino em enfermagem na Revista da Escola de Enfermagem da USP. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2005 [citado em 03 out. 2015]; 39(4):409-16. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/414932006>

Recebido em: 10/12/2015

Aceito em: 18/03/2016

EDUCAÇÃO INCLUSIVA: ADEQUAÇÃO E CAMINHOS SOB O ENFOQUE DE DOCENTES E DISCENTES DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR

INCLUSIVE EDUCATION: ADEQUACY AND ROADS UNDER THE FACULTY AND STUDENTS FOCUS OF AN INSTITUTION OF HIGHER EDUCATION

EDUCACIÓN INCLUSIVA: FITNESS Y RUTAS BAJO EL ENFOQUE DE DOSCENTES Y ALUMNOS DE UNA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Nilson Mozas Olivares*, Maria Rita Braga**, Jaime Jesus Borges Milanez***, Juliana Guidi Magalhães****, Lays Lemos*****, Mariana Penitente Oliveira*****

Resumo

Introdução: A inclusão é uma política educacional que busca fornecer a pessoas com necessidades educacionais especiais, respostas educativas adequadas às suas necessidades. **Objetivo:** Identificar e apreender a perspectiva docente e discente quanto à educação inclusiva de pessoas com deficiência em uma Instituição de Ensino Superior (IES) do interior paulista. **Material e Método:** Pesquisa descritiva e exploratória com abordagem quanti-qualitativa desenvolvida por meio da aplicação de um questionário com questões abertas e fechadas. **Resultados:** Participaram da amostra 352 discentes e 86 docentes de uma IES do interior paulista. A educação inclusiva desperta progressivamente a atenção da comunidade acadêmica e os sujeitos do estudo identificaram a real necessidade de se oferecer orientações e palestras sobre o tema, especificando a importância e necessidade de treinamentos. Evidenciou-se uma preocupação em comum, principalmente relacionada à adaptação do ambiente acadêmico, buscando-se eliminar barreiras arquitetônicas e interpessoais. **Conclusão:** É necessário contribuir com a cultura da fraternal convivência nos ambientes acadêmicos, estimulando continuamente a reflexão quanto à aceitação da diversidade inerente à condição humana, incluindo socialmente toda a comunidade discente por intermédio da educação.

Palavras-chave: Inclusão. Educação superior. Pessoas com deficiência. Docentes. Estudantes.

Abstract

Introduction: Inclusion is an educational policy seeking to provide people with special educational needs, appropriate educational responses to their needs. **Objective:** To identify and apprehend the teaching and students perspective about inclusive education of persons with disabilities in a high school of São Paulo state. **Methods:** It is a descriptive and exploratory research with quantitative and qualitative approach developed through the application of a questionnaire with open and closed questions. **Results:** The sample included 352 students and 86 teachers of a high school inside São Paulo state. Inclusive education gradually awakens the attention of the academic community and the study subjects identified the real need to provide guidance and lectures about the topic, specifying the importance and need of training. We noticed a common concern, mainly related to the adaptation of the academic environment, seeking to eliminate architectural and interpersonal barriers. **Conclusion:** It is necessary to contribute to the culture of fraternal coexistence in academic environments, stimulating continually reflection on the acceptance of the diversity inherent to the human condition, including socially the whole student community through education.

Keywords: Inclusion. Education higher. Disabled persons. Faculty. Students.

Resumen

Introducción: La inclusión es una política educativa que busca proporcionar a las personas con necesidades educativas especiales, respuestas educativas adecuadas a sus necesidades. **Objetivo:** Identificar y aprehender a la perspectiva de la enseñanza y los estudiantes encuaneto a la educación inclusiva de las personas con discapacidad en una Institución de Educación Superior (IES) em São Paulo. **Métodos:** Estudio descriptivo y exploratorio con enfoque cuantitativo y cualitativo desarrollado a través de la aplicación de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. **Resultados:** La muestra fue de 352 estudiantes y 86 profesores de una universidad de São Paulo. La educación inclusiva desperta poco a poco la atención de la comunidad académica y los sujetos del estudio identificaron la necesidad real de proporcionar orientación y conferencias sobre el tema, especificando la importancia y necesidad de la formación. Se encontró una preocupación común, sobre todo en relación con la adaptación del entorno académico, tratando de eliminar las barreras arquitectónicas y interpersonales. **Conclusión:** Es necesario contribuir a la cultura de la convivencia fraterna en entornos académicos, estimular continuamente la reflexión sobre la aceptación de la diversidad inherente a la condición humana, incluyendo socialmente a toda la comunidad estudiantil a través de la educación.

Palabras clave: Inclusión. Educación superior. Personas con discapacidad. Profesores. Estudiantes.

* Mestre em Engenharia de Produção, docente dos cursos de Administração e Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP, contato: nilsonmozas@yahoo.com.br

** Docente do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Contato: mariaribr@yahoo.com.br

*** Graduando do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

**** Graduada pelo curso de Direito das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

***** Graduanda do curso de Administração das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

***** Graduanda do curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

INTRODUÇÃO

O ser humano é um ser único, com características próprias decorrentes de seus pensamentos, sua estrutura física, psicológica, emocional e social. Devido aos atributos e diferenças, de alguma forma aprende e contribui com o aprendizado do outro, por meio da interlocução individual e grupal.

Nesse sentido, a inclusão é uma questão importante e contribui para que este aprendizado se efetue, pois é necessário estar junto, compartilhando dificuldades e superando os obstáculos encontrados por cada um de nós, para que a evolução contemple adequadamente o ser humano. As políticas de inclusão têm ocupado crescente espaço nos debates educacionais e remetem à trajetória da democratização do ensino, em todos os níveis¹.

Educação inclusiva é um processo de constante aprendizagem sobre a convivência com a "diferença" e significa a participação efetiva de todos os alunos nos contextos educacionais. Muitos têm traduzido esse princípio como sinônimo de escola regular, porém, em muitos casos, a escola e os serviços de educação especial têm sido espaços que promovem as condições para a inclusão social e no mercado de trabalho, pois trabalham valorizando as diferenças e as características de aprendizagem desses alunos².

Ao longo dos últimos trinta anos no Brasil, tem-se assistido debates sobre vantagens e desvantagens referentes à integração escolar e, mais recentemente, quanto à inclusão escolar. A questão sobre qual é a melhor forma de educar crianças e jovens com necessidades educacionais especiais não atende a um esquema pronto. Atualmente, as propostas variam desde a ideia da inclusão total – posição que defende que todos os alunos devem ser educados apenas e só na classe regular - até a ideia de que a diversidade de características implica a existência e manutenção de serviços contínuos e uma diversidade de opções³.

Diversidade é um componente da sociedade e, portanto, da educação em sociedade. As pessoas envolvidas com a educação devem reconhecer e respeitar as necessidades de cada aluno, o que favorecerá a aquisição do conhecimento e a aprendizagem de todos os envolvidos, desde o gestor da instituição de ensino até o aluno e os servidores.

No século XVI começou-se a desenvolver a história da educação especial, através de médicos e

pedagogos que, desafiando os conceitos vigentes na época, acreditaram nas possibilidades de indivíduos até então considerados medicáveis. Centrados no aspecto pedagógico, numa sociedade em que a educação formal era direito de poucos, esses precursores desenvolveram seus trabalhos em bases tutoriais, sendo eles próprios os professores de seus pupilos³.

Desde o seu início, o acesso à educação para portadores de pessoas com deficiências vai sendo conquistado lentamente até atingir as bases das práticas integradoras.

A inclusão de crianças e jovens com necessidades educacionais especiais surgiu de forma mais focalizada nos Estados Unidos da América (EUA) e que por força de penetração da cultura desse país, ganhou a mídia e o mundo ao longo da década de 1990. Desde essa data, vários movimentos de reformas ocorreram nos EUA antes da popularização mundial do conceito de inclusão escolar³.

A premissa de que cada indivíduo aprende e se desenvolve segundo suas características, limitações e potencialidades e, portanto, com direito de ter seu potencial explorado o mais amplamente possível, está assegurada na Constituição da República do Brasil, no seu art. 206, inciso I – "igualdade de condições para o acesso e permanência na escola – e art. 208, inciso V - acesso aos níveis mais elevados do ensino, da pesquisa e da criação artística, segundo a capacidade de cada um"⁴.

Todavia, a educação inclusiva, embora seja um tema atual, não é contingente, mas o resultado de estudos embasados na Declaração Universal dos Direitos Humanos⁵, na Declaração Mundial de Educação para Todos⁶, na Declaração de Salamanca⁷, na Lei nº 10.098/00⁸, que estabelece normas gerais para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência, entre outras legislações.

A universalização e a democratização do ensino superior no Brasil ainda é um projeto em desenvolvimento, pois, embora na última década tenha havido no país uma expressiva explosão do ensino superior, considerando as suas diferentes realidades regionais, ainda existe uma grande carência deste nível de ensino⁹.

A inclusão de pessoas com deficiência no ensino superior constitui-se, portanto, tema fundamental para aqueles que estão inseridos no contexto educacional. No Brasil, várias iniciativas governamentais sobre o tema dispõem sobre a responsabilidade das Instituições

de Ensino Superior (IES) em assegurar condições que viabilizem o ingresso e a permanência do aluno com necessidades especiais, entre elas.

Apontam-se como iniciativas governamentais: a Lei de Diretrizes Básicas da Educação, que determina o atendimento educacional, em todos os níveis, para pessoas com Deficiências, Transtornos Globais do Desenvolvimento e Altas Habilidades ou Superdotação¹⁰; o Aviso Circular 277/96, que recomenda a flexibilização dos serviços educacionais e capacitação dos recursos humanos para a permanência dos alunos com deficiência nos cursos¹¹; a Lei nº 10.172/2001/PNE que destaca “[...] a construção de uma escola inclusiva que garanta o atendimento à diversidade Humana”¹²; a Portaria 3284/03, que dispõe sobre os requisitos de acessibilidade de pessoas com deficiências, para instruir os processos de autorização e reconhecimento de cursos, além de credenciamento de instituições¹³; a Lei nº 10845/04, que institui o programa de complementação ao atendimento educacional especializado às pessoas portadoras de deficiência¹⁴; o Programa Incluir¹⁵, que determina a estruturação de Núcleos de Acessibilidade ao Ensino Superior; a convenção sobre os direitos da pessoa com deficiência, que assegura o acesso ao ensino inclusivo em todos os níveis¹⁶; o Plano de Desenvolvimento da Educação, que propõe ações para o acesso e permanência das pessoas com deficiência na educação do ensino superior¹⁷; a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, que define a educação especial como modalidade transversal a todos os níveis de educação¹⁸; o Decreto nº 7.234/10 que dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil¹⁹, que entre seus objetivos contempla: democratizar as condições de permanência dos jovens na educação superior, minimizar os efeitos das desigualdades sociais e reduzir as taxas de retenção e evasão escolar²⁰; as Conferências Nacionais de Educação – CONEB/2008 e CONAE/2010, que reforçam a necessidade da educação inclusiva e implantação de salas de recursos multifuncionais^{21,22} e as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação em Direitos Humanos – Parecer CNE/CP 8/2012, que recomenda a transversalidade curricular, a democracia na educação e o reconhecimento e valorização das diferenças e das diversidades¹⁹.

Em virtude destas legislações e de novas concepções sobre educação inclusiva, o acesso das pessoas com deficiência à educação superior vem se ampliando significativamente, sendo esta mudança apontada por

indicadores do Censo da Educação Básica e Superior, em relação ao quadro crescente do número de matrículas²³.

Tal mudança incita novas posturas e ações da comunidade acadêmica relacionadas à acessibilidade, pensada em todos os seus níveis, sejam arquitetônicos, comunicacionais e, principalmente, atitudinais. Estudos sobre a inclusão no ensino superior são ainda escassos e apontam para a necessidade de que o debate sobre o tema se intensifique, assim como as investigações pertinentes ao assunto, buscando-se alicerçar as propostas de implantação e operacionalização de serviços de apoio à comunidade acadêmica, visando ao suporte pedagógico e físico favorável à acessibilidade nas instituições²⁴.

Neste sentido, o propósito deste estudo é destacar a importância da inclusão no meio acadêmico e a necessidade de levantamentos e reflexões contínuas visando a uma melhoria do corpo docente e dos acadêmicos, gestores e funcionários da IES, bem como de práticas inclusivas permanentes.

OBJETIVO

Identificar e apreender a perspectiva docente e discente quanto à educação inclusiva de pessoas com deficiência em uma Instituição de Ensino Superior (IES) do interior paulista.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo realizado com docentes e discentes em dois *campi* universitários de uma IES localizada no noroeste paulista. Houve previamente a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa sob o parecer nº 763324. Os dados foram coletados por meio de questionário especialmente elaborado pelos pesquisadores para esta finalidade. Durante a coleta dos dados, preservou-se o anonimato para que não houvesse qualquer constrangimento ou viés pelo entrevistado após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após a coleta, os dados foram tabulados, consolidados e analisados através da estatística descritiva²⁵ que tem por objetivo descrever os dados observados em uma população ou amostra, considerando a população como um conjunto de todos os itens (pessoas, coisas, objetos) que interessam para o estudo de um fenômeno coletivo conforme alguma característica.

Para investigar esse universo, levantaram-se, por meio de um questionário composto por 11 questões

fechadas, dados relacionados às seguintes variáveis de interesse: "caracterização da amostra", "experiência em sala de aula com graduandos portadores de deficiências", "conhecimento sobre legislações relacionadas à inclusão", "necessidades de orientação/treinamento para inclusão dos alunos com deficiência", "capacitação/treinamento sobre o tema", "adaptações necessárias para a efetivação da inclusão no ensino superior".

Abordam-se, na sequência, a apresentação e a análise descritiva dos dados coletados, através da construção de gráficos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por ocasião do estudo, a IES analisada reunia dentre seus oito cursos de graduação (Administração, Biomedicina, Direito, Educação Física Bacharelado, Educação Física Licenciatura, Enfermagem, Pedagogia, Medicina) um total de 214 professores e 1913 discentes.

Caracterização da comunidade acadêmica

Na análise das amostras referentes ao gênero e faixa etária, contabilizaram-se 86 professores e 352 alunos, equivalente, respectivamente, a uma amostragem de 40% e 18% do total. Quanto ao gênero, evidenciou-se a predominância feminina da amostra, sendo que, entre os docentes, a participação feminina ficou com 55,8% (48) e a masculina 44,2% (38). Em relação aos discentes, destaca-se que 59,7% (210) pertencem ao público feminino e 40,3% (142) pertencem ao público masculino (Gráfico 1).

A literatura pesquisada apresenta dados correlatos semelhantes apenas para a amostra discente, pois segundo o Censo da Educação Superior²⁶, enquanto a população feminina é predominante entre os discentes, o quadro de docentes é formado, em sua maioria, por pessoas do sexo masculino.

Em relação à amostra por faixa etária, observou-se, entre os professores adultos jovens, 48,8% (42) na faixa etária entre 31 a 45 anos. Salienta-se ainda que 29,1% (25) estão na faixa entre 46 a 55 anos; somados estes percentuais, temos 77,9% (67) da amostra com idade até 55 anos. De 56 a 65 anos, há 12,8% (11) que, somados, assegura um percentual acumulado de 90,7% (78); no último intervalo temos 9,3% (8) dos professores com mais de 65 anos que, somados aos percentuais, dá o total acumulado de 100% (86) da amostragem. Estes dados são similares aos encontrados na literatura, no que

tange aos docentes que atuam em instituições de ensino superior^{23,26}.

Para os 352 alunos entrevistados, verificou-se que 19,6% (69) formam a faixa etária até 19 anos; 33,5% (118) localizam-se entre 20 a 22 anos que, uma vez somados, estes percentuais atingem 53,1% (187) da amostra com idade até 22 anos. Destaca-se, portanto, a faixa etária de alunos com até 22 anos de idade como a de maior frequência entre as demais. Dados semelhantes foram encontrados no Censo da Educação Superior²⁶.

Em relação à questão, "você possui algum tipo de deficiência?", obteve-se 97,67% (84) dos professores afirmando não possuir qualquer tipo de deficiência, e apenas 2,33% (2) responderam positivamente a questão; o mesmo ocorreu com a maioria dos alunos que responderam sim, ou seja, 97,2% (342); apenas 2,8% (10) negaram deficiências.

Quanto ao "tipo de deficiência apresentada", constatou-se que dentre os docentes que revelaram possuir algum tipo de deficiência, todos responderam que essa deficiência era visual (DV). Já para os discentes, dentre os 10 que responderam ter alguma deficiência, verificou-se que 90% (9) possuem deficiência visual e 10% (1) deficiência física.

Aos docentes e discentes que se autodeclararam como apresentando algum tipo de deficiência, não foi solicitada nenhuma confirmação diagnóstica. Estes dados se assemelham aos encontrados na literatura, onde a deficiência visual aparece como a mais comum na população geral, seguida da deficiência motora, auditiva e mental/intelectual²⁷.

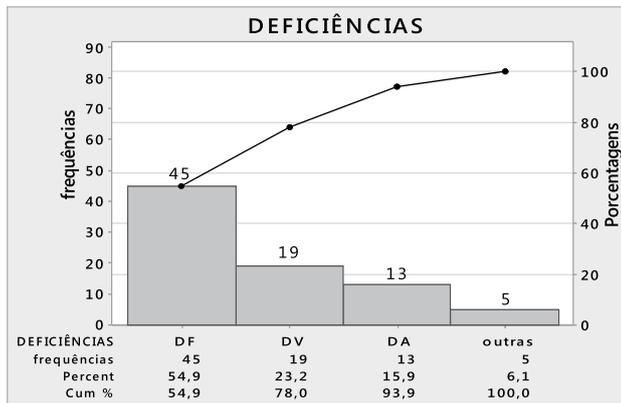
Deficiência e demais condições especiais - perspectivas do docente e do discente

Em relação aos tipos de deficiência apresentados pelos discentes, com os quais o entrevistado teve algum tipo de contato ou experiência em sala de aula, 81,4% (70) dos professores afirmaram alguma experiência e 18,6% (16) não tiveram nenhuma experiência ou contato. Para os discentes, segue que 77,6% (273) não possuíram nenhum contato ou experiência contra 22,4% (79) que responderam positivamente.

Enfatizando a questão, dentre os docentes que tiveram contato com alunos com deficiência, foi constatado que a maioria destes possui deficiência física, correspondendo a 54,9% (45); seguido de deficiência

visual, 23,2% (19). Somados esses percentuais, temos 78% (64), seguidos de deficiência auditiva, 15,9% (13), e que, somados aos três primeiros citados, corresponde ao acumulado de 93,9% (77); outros tipos de deficiências, correspondem a 6,1 % (5), fechando o acumulado de 100% (82) dos casos (Gráfico 1).

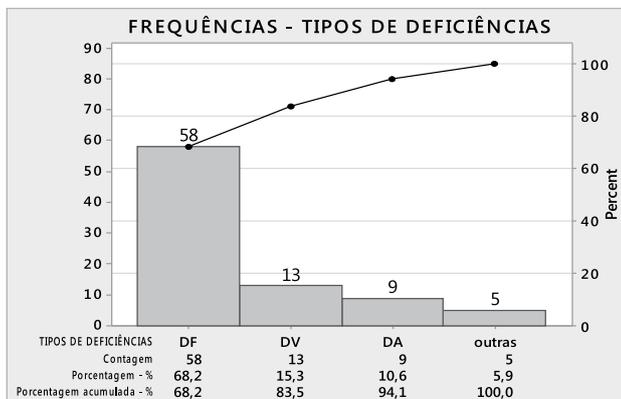
Gráfico 1 – Tipos de deficiências relatadas por docentes no ambiente de uma IES do interior paulista



Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Silva et al.²⁴, no qual 70,9% dos docentes de ensino superior tiveram contato com alunos deficientes que, em sua maioria (53,5%), eram deficientes físicos.

Para os discentes que tiveram oportunidade de ter experiência com os alunos deficientes, conforme apontado no Gráfico 2, a maioria destes eram deficientes físicos, 68,2% (58); os que possuem deficiência visual correspondem a 15,3% (13) e esses percentuais somados resultam em 83,5% (71). Na sequência, verificam-se os deficientes auditivos com 10,6% (9) e que, adicionados aos três primeiros, levam ao acumulado de 94,1% (80) e outros tipos com 5,9 % (5), encerrando com 100% (85) de totalização dos casos.

Gráfico 2 – Tipos de deficiências relatadas por discentes no ambiente de uma IES do interior paulista



Pode-se inferir que cada vez mais este contato aluno sem deficiência-aluno com deficiência será presente nas instituições de ensino, pois segundo dados estatísticos, as matrículas de portadores de deficiência aumentaram quase 50% nos últimos quatro anos, sendo a maioria em cursos de graduação presenciais. Em 2010, 6,7% das pessoas com deficiência possuíam diploma de curso superior, enquanto 10,4% das pessoas sem deficiência o possuíam²⁷.

Quanto ao conhecimento da lei, amparando o indivíduo deficiente no acesso ao estabelecimento de ensino superior, 62,8% (54) dos docentes responderam que têm conhecimento da lei; 2,3% (2) não possuem qualquer conhecimento e 34,9% (30) disseram que desconhecem se existem legislações relacionadas ao tema. Sobre esta questão, 42% (148) dos discentes responderam que conhecem a legislação, 56% (197) disseram que desconhecem sua existência e 2% (7) revelaram não conhecê-la.

As legislações sobre inclusão na educação de pessoas com necessidades educativas especiais enfatizam o acesso ao ensino e a socialização dessas pessoas, incluindo a flexibilização dos serviços educacionais e outras melhorias, como infraestrutura e capacitação de recursos humanos, de forma que haja uma permanência qualitativa desses alunos nas IES¹¹⁻¹⁹. Estas legislações precisam ser divulgadas a toda a comunidade acadêmica visando sua aplicabilidade e o fortalecimento dos núcleos de acessibilidade na IES. Segundo Genis e Diaz-Genis²⁸, a educação é um marco essencial para possibilitar o valor de aprender, como maneira fundamental de dar valor à vida.

Quando questionados se havia necessidade de orientação/treinamento para o convívio e/ou trabalho com esses graduandos, 81,4% (70) dos docentes responderam sim; 4,7% (4) responderam não e 14% (12) disseram desconhecer o tema perguntado. Para os discentes, 66,2% (233) responderam sim à questão, 25% (88) responderam desconhecer o tema e 8,8% (31) responderam não.

Foi questionado junto ao docente se o mesmo se dispunha à capacitação ou treinamento sobre o tema, e 81,4% (70) afirmaram sim contra 18,6% (16) que disseram não. Para os discentes, tem-se que 72,4% (255) dispunham-se ao treinamento, enquanto 27,6% (97) se negaram fazer a capacitação.

Quanto à percepção do professor sobre: "qual o tipo de treinamento/capacitação você indicaria para

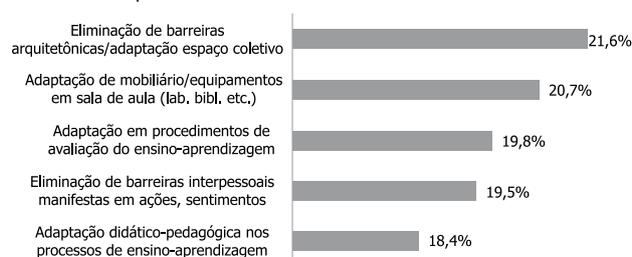
a comunidade acadêmica conviver/trabalhar com os graduandos com deficiência”, foi constatado que a maioria indicou “palestras” 26,3% (49), em seguida “cursos” 24,2% (45), “orientação” 18,3% (34), workshop 16,1% (30), “ensino semipresencial” 8,1% (15) e “outras” 7% (13). Já em relação aos discentes, a maioria indicou “orientação” 32,1% (214), seguida de palestras 30,3% (202), “cursos” 20,1% (134), workshop 10,1% (67), ensino semipresencial 5,6% (37) e “outras” 1,8% (12).

Os achados na literatura apontam que os docentes se dispõem à capacitação por entenderem que a dificuldade não se encontra em aceitar o aluno deficiente, mas em saber trabalhar com ele²⁹. Entende-se que a capacitação deve atingir toda a comunidade acadêmica, pois este é um procedimento fundamental para a transformação de atitudes no sentido de colaborar com a efetivação da inclusão³⁰.

Quanto à pergunta: “para que estes alunos possam participar da vida acadêmica é necessário algum tipo de adaptação no ambiente?”, foi constatado que 95,3% (82) dos docentes responderam que sim e 4,7% (4) responderam não; 87,8% (309) dos discentes responderam sim, 6% (21) disseram não e 6,3% (22) afirmaram desconhecer uma resposta a essa pergunta.

Retomando para os 95,3% (82) dos docentes que responderam “sim” à questão anterior, enfatizou-se para que verificassem, como prioritária, “qual ou quais as possíveis adaptações necessárias”, obtendo como maioria das respostas: “necessidade de eliminação de barreiras arquitetônicas/adaptação do espaço coletivo”, com 21,6% (74), seguida de “adaptação de mobiliário/equipamentos em sala de aula”, 20,7% (71); “adaptação em procedimentos de avaliação do ensino-aprendizagem”, com 19,8% (68), “eliminação de barreiras interpessoais manifestas em ações e sentimentos”, 19,5% (67) e “adaptação didático-pedagógica nos processos de ensino-aprendizagem”, com 18,4% (63), conforme Gráfico 3.

Gráfico 3 – Adaptações necessárias na perspectiva de docentes de uma IES do interior paulista



Na mesma indagação feita para os 87,8% (309) discentes que responderam “sim” à questão anterior, ressaltou-se que verificassem, como prioritária, “qual ou quais as possíveis adaptações necessárias”, obtendo como maioria das respostas: “necessidade de eliminação de barreiras arquitetônicas/adaptação do espaço coletivo”, com 22,7% (205), seguida de “eliminação de barreiras interpessoais manifestas em ações e sentimentos”, 22,4% (202), “adaptação de mobiliário/equipamentos em sala de aula”, 21% (190), “adaptação em procedimentos de avaliação do ensino-aprendizagem”, com 17,5% (158), e “adaptação didático-pedagógica nos processos de ensino-aprendizagem”, com 16,4% (148) (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Adaptações necessárias na perspectiva de discentes de uma IES do interior paulista



Segundo a Lei 10.098, barreiras são entaves que limitam ou impedem o acesso à liberdade de movimento e circulação, com segurança, das pessoas. Esta lei estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência e com mobilidade reduzida⁸. No estudo realizado por Musis e Carvalho³¹ sobre inclusão nas IES, os entrevistados indicaram que um dos maiores entaves na inclusão de pessoas com necessidades especiais tem sido a falta de capacitação profissional e o preconceito, bem como a discriminação.

As barreiras interpessoais precisam ser eliminadas por caracterizarem pensamentos preconceituosos que frisam as restrições do portador de deficiência e não as suas habilidades³⁰. Já as adaptações didático-pedagógicas nos processos de ensino-aprendizagem subsidiarão a prática docente e irão favorecer a aprendizagem do aluno³².

Pesquisas têm sinalizado como o principal aspecto a ser considerado a falta de formação específica dos docentes em relação à inclusão, especialmente quanto: ao compromisso com a reforma dos programas de formação de professores, à organização do trabalho pedagógico

(conteúdos, estratégias de ensino e aprendizagem, relação teoria e prática) e à inserção da disciplina de LIBRAS nos cursos de licenciaturas. Também, outros pontos diretamente relacionados aos estudantes são levantados nas discussões, dentre eles: as barreiras estruturais das IES; a qualificação dos recursos humanos; as condições de trabalho e de saúde dos professores; a qualidade das aulas universitárias; os limites e as possibilidades apresentados pela política do PROUNI; as condições que garantem o acesso (as políticas de inclusão, as atitudes, e a aquisição de produtos e tecnologias assistivas) e a permanência do aluno na instituição; o modo como os docentes representam a deficiência ou as necessidades especiais e como isto reflete nas práticas de sala de aula³³.

Um dos problemas frequentemente apontados para operacionalização dos ideais inclusivos prende-se à definição de inclusão, pouco precisa, permitindo interpretações variadas e práticas divergentes dos princípios, manifestando-se esta imprecisão a diferentes níveis do sistema educativo³⁴.

Quando perguntado aos docentes se "conviver ou trabalhar com alunos deficientes traz benefícios à comunidade acadêmica (docentes, discentes, gestores e funcionários)", 97,7% (84) responderam sim e apenas 2,3% (2) responderam não; a maioria dos discentes também respondeu sim, com 91,2% (321), apenas 1,7% (6) responderam que não e 7,1% (25) alegaram desconhecer o que foi indagado.

Uma vez assegurado o direito de todos à educação, os benefícios da convivência entre pessoas com e sem deficiência estão relacionados ao desenvolvimento de valores como solidariedade e respeito à diversidade, além de atitudes de acolhimento e cooperação, elevando, assim, o compromisso de todos com a transformação da nossa sociedade³⁵.

O ensino superior se caracteriza pela indissociabilidade entre ensino-pesquisa-extensão e uma formação permanente contribui para melhorar a educação superior. Imbernón³⁶ destaca a necessidade de formação docente, pois a formação da docência no ensino superior é eminentemente contextual e envolve a cultura dos alunos, os contextos, o ensino de acordo com cada realidade social, cultural e política. Dessa forma, todo docente universitário deve assumir e se sensibilizar, interiorizando a docência como uma profissão educativa, compreendida

por tarefas pedagógicas e aprendizagens relevantes por meio de didáticas para facilitar o desenvolvimento dos alunos, e suas capacidades de compreensão mais do que de reprodução.

CONCLUSÃO

Uma das marcas da modernidade é a busca pela ordem através do enquadramento dos sujeitos no convívio social. Entretanto, é fundamental evitar conceitos contrários à inclusão, pois a diferença busca romper com esses conceitos. Nesse sentido, a educação inclusiva é um tema que desperta atenções na comunidade acadêmica das IES, em especial de docentes e discentes, alvos desta pesquisa.

As populações estudadas identificaram a real necessidade de haver orientações, esclarecimentos, debates e treinamentos sobre o tema, dispondo-se, inclusive eles próprios, a treinamentos. As principais deficiências relatadas por ambas as populações estudadas foram visuais e físicas.

Identificou-se que o convívio com pessoas que possuem necessidades especiais de ensino traz benefícios a toda comunidade acadêmica, justificados pela agregação, acolhimento e aprendizado. A pesquisa também mostra que existe uma preocupação em comum, principalmente relacionada à adaptação do ambiente acadêmico, apontando para a eliminação de barreiras arquitetônicas e interpessoais.

Diante das diferenças existentes entre as pessoas, há ciência de que as metodologias didáticas, os recursos pedagógicos, as técnicas de ensino e demais estratégias a serem implementadas na IES somente terão eficiência se antes se consiga enxergar os sujeitos da aprendizagem. Portanto, há consenso quanto às adaptações necessárias na IES, desde as mais simples às mais complexas, visando contemplar a inclusão de indivíduos portadores de necessidades especiais.

Crê-se ser de caráter essencial o estímulo à reflexão sobre a aceitação da diversidade inerente à condição humana, por meio da eliminação e adequação de barreiras, sejam elas arquitetônicas, educacionais e atitudinais, incluindo socialmente toda a comunidade acadêmica por intermédio da educação.

REFERÊNCIAS

1. Garrafa V. Inclusão social no contexto político da bioética. Rev Bras Bioet [Internet]. 2005 [citado em 02 fev. 2015]; 1(2):122-32. Disponível em: <http://fri.bioetica.org/bibliografia/garrafa.pdf>
2. Thoma AS. A inclusão no ensino superior: ninguém foi preparado para trabalhar com esses alunos... isso exige certamente uma política especial [Internet]. GT Educação Especial; 2006 [citado em 02 fev. 2015]; 15:1-5. Disponível em: <http://docplayer.com.br/151043-A-inclusao-no-ensino-superior-ninguem-foi-preparado-para-trabalhar-com-esses-alunos.html>
3. Mendes EG. A radicalização do debate sobre inclusão escolar no Brasil. Rev Bras Educação. 2006; 11(33):387-407.
4. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Imprensa Oficial; 1988.
5. UNESCO. Declaração universal dos direitos humanos [Internet]. Assembleia Geral das Nações Unidas; 1948 [citado em 28 abr. 2014]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>
6. Brasil. Declaração mundial sobre educação para todos: plano de ação para satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem. Jomtiem/Tailândia: UNESCO; 1990.
7. Brasil. Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais. Brasília: UNESCO; 1994.
8. Presidência da República (BR). Lei no 10.098, de 19 de dezembro de 2000 [Internet]. Brasília: Presidência da República; 19 Dez 2000 [citado em 21 mar. 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10098.htm
9. Silva LC, Rodrigues MM. Acesso ao ensino superior: os nós das políticas de inclusão educacional e as pessoas com deficiências [Internet]. Anais do 5º Seminário Regional de Política e Administração da Educação do Nordeste e VI Encontro Estadual de Política e Administração da Educação, Natal (RN): ANPAE; 2008 [citado em 20 jan. 2015]. Disponível em: <http://www.simposioestadopoliticas.ufu.br/imagens/anais/pdf/BC05.pdf>
10. Presidência da República (BR). Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 [Internet]. Brasília: Presidência da República; 23 Dez 1996 [citado em 21 mar. 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm
11. Ministério da Educação (BR). Aviso Circular nº 277/MEC/GM, de 08 de maio de 1996 [Internet] [citado em 28 abr. 2014]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/aviso277.pdf>
12. Presidência da República (BR). Lei no 10.172, de 9 de janeiro de 2001 [Internet]. Brasília: Presidência da República; 9 Jan 2001 [citado em 21 mar. 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10172.htm
13. Ministério da Educação (BR). Portaria Ministerial n. 3284/03 [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 2003 [citado em 21 mar. 2014]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/port3284.pdf>
14. Ministério da Educação (BR). Lei nº 10.845, de 5 de março de 2004 [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 5 Mar 2004 [citado em 21 mar. 2014]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei10845.pdf>
15. Ministério da Educação (BR). Programa INCLUIR 2005 [Internet] [citado em 21 mar. 2014]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=17433&Itemid=817
16. ONU. Convenção sobre os direitos da pessoa com deficiência 2006 [Internet] [citado em 21 mar. 2014]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12716&Itemid=863
17. Ministério da Educação (BR). Plano de desenvolvimento da educação. Brasília: Ministério da Educação; 2007 [Internet] [citado em 21 mar. 2014]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/livro/>
18. Ministério da Educação (BR). Política nacional de educação especial na perspectiva da educação inclusiva MEC/SEESP [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 2007 [citado em 21 mar. 2014]. Disponível em: http://peei.mec.gov.br/arquivos/politica_nacional_educacao_especial.pdf
19. Ministério da Educação (BR). Diretrizes nacionais para a educação em direitos humanos. [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 2012 [citado em 21 mar. 2014]. Disponível em: file:///C:/Documents%20and%20Settings/Usu%C3%A1rio/Meus%20documentos/Downloads/rcp001_12.pdf
20. Presidência da República (BR). Decreto n. 7234 de 19 de julho de 2010 [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2010 [citado em 25 abr. 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7234.htm
21. Ministério da Educação (BR). Conferência Nacional de Educação. [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 2008 [citado em 25 abr. 2014]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/arquivos/conferencia/documentos/doc_final.pdf
22. Ministério da Educação (BR). Conferência Nacional de Educação. Brasília: Ministério da Educação; 2010 [citado em 24 abr. 2014]. Disponível em: http://conae.mec.gov.br/images/stories/pdf/pdf/documentos/documento_final_sl.pdf
23. SECADI/SESu. Programa Incluir – acessibilidade na educação superior. Brasília; 2013.
24. Silva AM, Cymrot R, D'Antino MEF. Demandas de docentes do ensino superior para a formação de alunos com deficiência. Rev Bras Estud Pedagog. 2012; 93(235):667-97.
25. Silva EM, Silva EM, Gonçalves V, Murolo AC. Estatística para os cursos de: economia, administração e ciências contábeis. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.
26. INEP. Censo do Ensino Superior de 2012. Resumo técnico [Internet] [citado em 28 abr. 2014]. Disponível em: http://download.inep.gov.br/download/superior/censo/2012/resumo_tecnico_censo_educacao_superior_2012.pdf
27. IBGE. Dados do Censo IBGE de 2010 [Internet] [citado em 08 jun. 2014]. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/ultimas-noticias/dados-do-censo-ibge-de-2010>
28. Genis AMD, Diaz-Genis A. El valor de la vida y la educación. Fermentario. 2007; 1(1).
29. Lidio VM, Camargo MAB. A percepção do docente na inclusão de alunos com necessidades especiais no ensino superior. Rev Triang Ens Pesq Ext. 2008; 1(1):4-19.
30. Mittler P. Educação inclusiva: contextos sociais. Porto Alegre: Artmed; 2003.
31. Musis RC, Carvalho SP. Representações sociais de professores acerca do aluno com deficiência: a prática educacional e o ideal do ajuste à normalidade. Educ Soc. 2010; 31(110):2011-7.
32. Ministério da Educação (BR). Estratégias para a educação de alunos com necessidades educacionais especiais. Brasília: Ministério da Educação; 2003.
33. Baptaglin LA. Inclusão na educação superior: uma revisão das produções atuais [Internet] [citado em 20 fev. 2015]. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/sepe2012/Trabalhos/5325.pdf>
34. Avramidis E, Bayliss P, Burden, R. Inclusion in action: an in-depth case study of an effective inclusive secondary school in the south-west of England. Int J Inclusive Education. 2002; 6(2):143-63.
35. Ministério Público do Estado (SP). Guia prático: o direito de todos à educação. Diálogo com os Promotores de Justiça do Estado de São Paulo. São Paulo: Sorri Brasil; 2013.
36. Imbernón F. Formación e innovación en la docencia universitaria en la universidad del siglo XXI. Boletín Iesalc Informa [Internet]. Mayo 2010 [citado em 28 mar. 2015]; 2007. Disponível em: http://www.iesalc.unesco.org.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=2041%3Aformacion-e-innovacion-en-la-docencia-universitaria-en-la-universidad-del-siglo-xxi&catid=126%3Anoticias-pagina-nueva&Itemid=712&lang=es

FRATURAS: PERFIL DA POPULAÇÃO INFANTO-JUVENIL INTERNADA EM UM HOSPITAL ESCOLA DO INTERIOR PAULISTA

FRACTURES: PROFILE OF CHILDREN AND YOUTH POPULATION ADMITTED AT A SCHOOL HOSPITAL OF INSIDE SÃO PAULO STATE

FRACTURAS: PERFIL DE LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL, INGRESADOS EN UN HOSPITAL ESCUELA EN EL INTERIOR DE SÃO PAULO

Gabriela Garcia Agra Naufal*, Rafaela Cardoso Ribeiro de Barros*, Rafaela Pilotto Nais*, Ricardo Alessandro Teixeira Gonsaga**, Terezinha Soares Biscegli***

Resumo

Introdução: As fraturas representam 10 a 25% dos traumatismos da população infanto-juvenil, mas existem poucos dados sobre as que exigem cuidados hospitalares. **Objetivos:** Descrever o perfil da população infanto-juvenil, vítima de fratura, internada em um hospital escola do interior paulista e comparar os resultados com dados existentes na literatura. **Material e Método:** Estudo transversal, retrospectivo, que revisou 548 prontuários de casos de fratura em menores de 20 anos, internados no Hospital Padre Albino, de Catanduva-SP, de janeiro/2011 a dezembro/2014. As variáveis analisadas foram: dados demográficos e peculiaridades do trauma sofrido. Os resultados foram expressos em número, porcentagem e média. **Resultados:** 379 prontuários foram selecionados para participar da pesquisa, com média de idade de 11,3 anos, sendo 73,1% do sexo masculino. Dos casos com informações disponíveis, 53% residiam em Catanduva; 76,7% dos acidentes aconteceram nas vias de trânsito; as quedas representaram 68,2% dos mecanismos causadores; 98% dos pacientes foram admitidos conscientes; 3,3% necessitaram de terapia intensiva; 73,3% foram fraturas de membros superiores; 85% receberam tratamento cirúrgico; o tempo médio de internação foi 4,0 dias e 96,5% receberam alta sem seqüela física. **Conclusão:** Os indivíduos do sexo masculino são as principais vítimas de fraturas; a maior parte dos acidentes acontece em vias públicas; as quedas dominam como agentes causadores; prevaleceram as fraturas de membros superiores; o maior contingente de fraturados é admitido consciente, tratado cirurgicamente e deixa o hospital sem seqüela. Os achados demonstram a necessidade de desenvolver ações de sensibilização e orientação às famílias, sociedade e poder público, através de programas educativos, preventivos e de redução de custos assistenciais.

Palavras-chave: Epidemiologia. Hospitalização. Fraturas ósseas. Criança. Adolescente.

Abstract

Introduction: Fractures represent 10-25% of injuries among children and adolescents, but there are few data about those requiring hospital cares. **Objectives:** To describe the profile of children and adolescents affected with fracture admitted to a school hospital inside São Paulo State and compare the results with literature data. **Material and Method:** Our Cross-sectional, retrospective study reviewed 548 records of fracture cases in patients under 20 admitted to the Hospital Padre Albino, Catanduva-SP, from January/2011 to December/2014. The variables analyzed were: demographics and suffered trauma peculiarities. The results were expressed in terms of number, percentage and average. **Results:** We selected 379 charts to be included in the study, with patients of a mean age of 11.3 years, being 73.1% male. Considering the cases with available information, 53% lived in Catanduva; 76.7% of the accidents occurred in the transit routes; falls accounted for 68.2% of the causal mechanisms; 98% of patients were admitted aware; 3.3% required intensive care; 73.3% were fractures of the upper limbs; 85% received surgical treatment; the average time of stay was 4.0 days and 96.5% were discharged without physical sequel. **Conclusion:** Males are the main victims of fractures; most accidents occur on public roads; falls are main causative agents; upper limbs fractures are prevalent; the majority of fractured is admitted aware, being treated surgically and leaving the hospital without sequelae. The findings demonstrate the need to develop awareness and guidance actions directed to families, society and government through educational and preventive programs, as well as through healthcare costs reduction.

Keywords: Epidemiology. Hospitalization. Fractures bone. Child. Adolescent.

Resumen

Introducción: Las fracturas representan el 10-25% de las lesiones de los niños y adolescentes, pero hay pocos datos sobre los que requieren atención hospitalaria. **Objetivos:** Describir el perfil de los niños y adolescentes, víctimas de fracturas ingresados en un hospital. **Métodos:** Transversal, retrospectivo que revisó los registros de 548 casos de fracturas en niños menores de 20 años ingresados en el Hospital Padre Albino, Catanduva-SP, a partir de enero 2011 a diciembre/2014. Las variables analizadas fueron: datos demográficos y peculiaridades del traumatismo. Los resultados se expresaron como el número y el porcentaje de la media. **Resultados:** Se seleccionaron 379 registros para participar en el estudio, con una media de edad de 11,3 años, 73,1% hombres. Los casos con información disponible, el 53% vivían en Catanduva; 76,7% de los accidentes se produjo en las rutas de tránsito; caídas representaron el 68,2% de los mecanismos causales; 98% de los pacientes fueron admitidos en cuenta; 3,3% requiere de cuidados intensivos; 73,3% eran fracturas de las extremidades superiores; 85% recibió tratamiento quirúrgico; la duración media de la estancia fue de 4,0 días y el 96,5% fueron dados de alta sin secuelas físicas. **Conclusión:** Los machos son las principales víctimas de las fracturas; la mayoría de los accidentes se producen en la vía pública; caídas dominan como agentes causales; prevalecido fracturas de las extremidades superiores; el maior contingente fracturada es admitido en cuenta, tratados quirúrgicamente y se deja el hospital sin secuelas. Los resultados demuestran la necesidad de desarrollar la sensibilización y orientación a las familias, la sociedad y el gobierno a través de programas educativos, los costos de salud preventivas y reductoras.

Palabras clave: Epidemiología. Hospitalización. Fracturas óseas. Niño. Adolescente.

* Graduandas do curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA).

** Mestre em Ciências da Cirurgia pela Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, professor de Clínica Cirúrgica e coordenador do internato do curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP, Brasil. Contato: novo02@uol.com.br

*** Pediatra, doutora em Medicina pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, professora nível I da disciplina de Puericultura e Clínica Pediátrica e coordenadora do curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Contato: terezinhabiscegli@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Os acidentes e os traumatismos representam um dos maiores desafios para a saúde e o bem-estar das crianças e dos adolescentes, pois configuram a principal causa de mortalidade desta faixa etária em várias partes do mundo, além de serem fatores determinantes de sequelas transitórias ou permanentes^{1,2}.

Em vários países desenvolvidos, as lesões traumáticas são a causa mais frequente de anos potenciais de vida perdidos³. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, em torno de 2020, ocorra mundialmente uma mudança na situação epidemiológica dos últimos anos, de tal forma que o trauma e as doenças infecciosas irão responder por igual número de anos potenciais de vida perdidos⁴.

Relatos de literatura¹ chamam a atenção para o fato de que as fraturas contribuem com uma variação de 10 a 25% de todos os traumatismos ocorridos na população infanto-juvenil. Estudo epidemiológico sobre as lesões ortopédicas traumáticas (fraturas, luxações, entorses e contusões)⁵ encontradas em uma amostra aleatória de 2.381 pacientes com idade inferior a 20 anos, atendidos no Serviço de Ortopedia do Setor de Urgência de um hospital de Universidade Federal de Minas Gerais, durante o ano de 1997, demonstrou que a fratura foi o evento mais frequentemente encontrado, com 49,7% dos casos. Pesquisa multicêntrica⁶, analisando informações referentes a 7.164 adolescentes de 10 a 19 anos captados num inquérito de 2009, em 74 Unidades de Emergência em 23 capitais e no Distrito Federal relativo às causas externas, detectou incidência de fraturas de 20,6%. Investigação bastante recente⁷ relacionada aos atendimentos de emergência por acidentes e violências envolvendo crianças menores de 10 anos no Brasil no ano de 2011, em 71 serviços de urgência e emergência no âmbito do SUS, localizados no Distrito Federal e em 24 capitais brasileiras, revelou que as fraturas totalizaram 19,1% dos casos admitidos. Já a análise de 2.991 prontuários de menores de 15 anos vítimas de queda e atendidos em serviços de emergência e internação de Londrina-PR, em 20018, detectou fratura em 12,1% dos pacientes.

Embora a incidência global de fraturas tenha sido abordada nos estudos citados anteriormente⁵⁻⁸, ainda existem poucos dados sobre os tipos de fraturas que exigem cuidados em regime hospitalar^{9,10}. De acordo com

referência de um conceituado serviço especializado¹¹, a cada ano, 1.000 casos de fraturas são tratados na urgência e três pacientes em cada dez são hospitalizados. O estudo multicêntrico já referido⁶, com incidência de 20,6% de fraturas, verificou taxa de internação hospitalar de 8,1%. Outra extensa pesquisa¹², avaliando 652.249 internações hospitalares por causas externas ocorridas no Brasil no ano 2000, observou que as fraturas representaram 42,6% das hospitalizações.

De maneira geral, as fraturas, dependendo da faixa etária, podem ter distintas etiologias. Trauma contuso em crianças de menos idade pode ser resultado de maus-tratos e violência, já crianças maiores estão mais expostas a outros tipos de causas externas, como queda, acidente de trânsito, entre outros^{13,14}.

A despeito da relevância do tema, infelizmente os dados epidemiológicos sobre as internações devido a fraturas em crianças e adolescentes em nosso meio é pouco pesquisado, insuficientemente conhecido e não muito difundido, o que torna necessário um mapeamento da situação, de forma a melhor direcionar os investimentos em programas de prevenção e capacitação dos serviços de atendimento dos acidentados, tanto em recursos materiais como em humanos¹⁵, haja vista que é também missão do médico não apenas tratar, mas auxiliar a evitar e prevenir os traumatismos.

Finalmente, considerando que a prevenção desses acidentes, nem sempre notificados e tratados como tal, não é prioridade no País¹⁶ e que o Hospital Padre Albino (HPA) é estruturado para receber casos de urgência de média e alta complexidade de Catanduva e região, o delineamento epidemiológico pode representar um instrumento importante não só para caracterizar a população acometida como também para definir as circunstâncias nas quais essas lesões ocorreram e assim contribuir para a prevenção e tratamento desse tipo de acidente.

O estudo tem como propósito contribuir para o desenvolvimento de programas de prevenção, gestão e educação em saúde.

OBJETIVOS

Descrever o perfil da população infanto-juvenil, vítima de fratura, internada em um hospital escola do interior paulista e comparar os resultados com dados existentes na literatura.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo transversal, retrospectivo, no qual foram revisados os registros de prontuários do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) e compilados dados relacionados à população infanto-juvenil, vítima de fratura, internada no HPA, de Catanduva-SP, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2014.

A população estudada foi constituída por 379 pacientes de zero a dezenove anos de idade, internados com diagnóstico de fratura. Apenas para efeitos de comparação de faixa etária, os indivíduos de até 12 anos incompletos (doravante chamados "crianças") configuraram o Grupo I e os de 12 a 20 anos incompletos (referidos como "adolescentes e adultos jovens"), o Grupo II. Os prontuários foram analisados por três dos pesquisadores, especialmente treinados para o preenchimento de uma ficha individual padronizada, previamente testada, onde eram anotados para cada paciente: informações demográficas (idade, sexo, procedência e local de ocorrência do evento) e informações relativas ao trauma sofrido (mecanismo da injúria, estado geral do paciente ao dar entrada no hospital, localização da fratura, tipo de tratamento, permanência em Unidade de Terapia Intensiva - UTI, tempo de internação e desfecho do caso).

Foram excluídos do estudo 169 dos 548 casos listados pelo Centro de Processamento de Dados do HPA, cujas fichas de coleta não continham dados específicos sobre a localização da fratura, o tipo de tratamento realizado e o tempo de permanência no hospital.

Os dados coletados foram armazenados em planilha do *Microsoft Office Excel*. Os resultados foram expressos em número, porcentagem, média e desvio-padrão (no caso da idade e do tempo de internação). Para a análise estatística das variáveis de interesse, utilizou-se o teste Z para duas proporções. Considerou-se significativo $p \leq 0,05$.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/FIPA sob o parecer nº 848.779 e CAAE nº 37164214.1.0000.5430.

RESULTADOS

Entre os anos de 2011 e 2014 foram internados 548 indivíduos menores de 20 anos de idade, vítimas de fratura, sendo que 379 casos (69,2%), cujas fichas de coleta preenchiam as exigências dos critérios para

participação, foram considerados para a pesquisa.

Do total de participantes, 277 (73,1%) eram do sexo masculino e 102 (26,9%) do sexo feminino.

De acordo com a faixa etária, 193 (50,9%) pertenciam ao Grupo I (GI) e 186 (49,1%) ao Grupo II (GII), com média de idade de $11,3 \pm 5,2$ anos. O número de indivíduos do sexo masculino no GI era de 127 (65,8%) e no GII de 150 (80,6%).

Em relação à procedência dos pacientes, das 319 (84,2%) fichas que continham informação pertinente, 169 (53%) residiam em Catanduva e 150 (47%) na microrregião composta por 18 municípios.

O local de ocorrência do evento causador da fratura e as faixas etárias envolvidas estão descritos na Tabela 1, onde se nota que dos 116 (30,6%) casos com informação disponível, houve predomínio de acidentes em vias de trânsito (76,7%), seguidos do domicílio (15,5%), locais de lazer (4,3%), escola (2,6%) e trabalho (0,9%).

Tabela 1 - Distribuição dos 379 indivíduos vítimas de fratura, internados no HPA, Catanduva-SP, no período de 2011 a 2014, de acordo com o local de ocorrência do evento e a faixa etária

| Faixa etária \ Local | Grupo I | | Grupo II | | p |
|----------------------|---------|------|----------|------|---------|
| | n | % | n | % | |
| Vias de trânsito | 21 | 10,9 | 68 | 36,6 | < 0,001 |
| Domiciliar | 15 | 7,8 | 3 | 1,6 | < 0,05 |
| Escolar | 3 | 1,5 | 0 | 0,0 | > 0,05 |
| Lazer | 2 | 1,0 | 3 | 1,6 | > 0,05 |
| Trabalho | 0 | 0,0 | 1 | 0,5 | > 0,05 |
| Não especificado | 152 | 78,8 | 111 | 59,7 | - |

Grupo I = zero a 12 anos incompletos; GII = 12 a 20 anos incompletos.

O mecanismo da injúria causadora da fratura e as faixas etárias envolvidas estão relacionados na Tabela 2, cujos dados mostram que dos 211 (55,7%) casos com registro disponível, as quedas representaram 68,2%, seguidas dos acidentes de transporte (27%), choque contra objeto ou pessoa (2,9%) e esmagamento (1,9%).

Tabela 2 - Distribuição dos 379 indivíduos vítimas de fratura, internados no HPA, Catanduva-SP, no período de 2011 a 2014, de acordo com o mecanismo da injúria e a faixa etária

| Mecanismo \ Faixa etária | Grupo I | | Grupo II | | p |
|-----------------------------|---------|------|----------|------|---------|
| | n | % | n | % | |
| Queda | 97 | 50,3 | 47 | 25,3 | < 0,001 |
| Acidente de transporte | 8 | 4,1 | 49 | 26,3 | < 0,001 |
| Choque contra objeto/pessoa | 1 | 0,5 | 5 | 2,7 | > 0,05 |
| Esmagamento | 1 | 0,5 | 3 | 1,6 | > 0,05 |
| Não especificado | 86 | 44,6 | 82 | 44,1 | - |

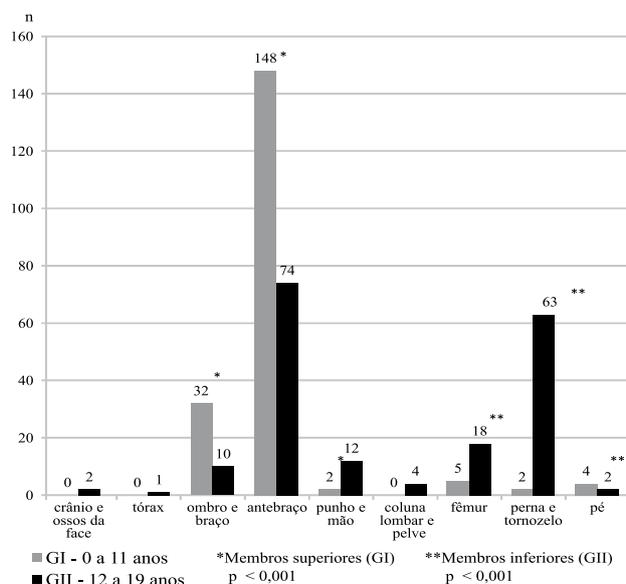
Grupo I = zero a 12 anos incompletos; GII = 12 a 20 anos incompletos.

No que se refere ao estado de consciência do paciente no momento da admissão hospitalar, considerando-se as 296 (78,1%) anotações encontradas, observou-se que 290 (98%) deram entrada no serviço do HPA em estado consciente. Dos 6 (2%) pacientes admitidos em estado inconsciente, 4 (66,7%) eram do GII; nenhum apresentou traumatismo craniano (dois tiveram fratura de coluna lombar e pelve, dois de antebraço e dois de perna, respectivamente, 33,3% cada); 5 deles (83,3%) foram acidentados no trânsito e 1 (16,7%) sofreu queda; 3 (50%) necessitaram de cuidados intensivos e todos tiveram alta hospitalar sem seqüela.

De acordo com a necessidade de cuidados intensivos durante o período de internação, dos 338 (89,2%) casos com registro desta variável, apenas 11 (3,3%) pacientes necessitaram de permanência em UTI: 8 (72,7%) traumatizados em acidentes de transporte e 3 (27,3%) em quedas.

A localização das fraturas de acordo com a faixa etária está apresentada no Gráfico 1, onde se nota que 278 (73,3%) foram fraturas localizadas em membros superiores, 94 (24,8%) em membros inferiores e 7 (1,9%) em outros locais. A análise comparativa dos grupos I e II mostrou que as fraturas de membros superiores foram mais frequentes no GI (182 no GI *versus* 96 no GII, respectivamente, 94,3 e 51,6%), enquanto que as de membros inferiores predominaram no GII (83 no GII *versus* 11 no GI, respectivamente 44,6 e 5,7%).

Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes com idade inferior a 20 anos internados no HPA, de Catanduva-SP, no período de 2011a 2014, de acordo com a localização da fratura



Quanto ao tipo de tratamento realizado, relativo à correção da fratura, 322 (85%) pacientes foram tratados por intervenção cirúrgica e apenas 57 (15%) tiveram redução de suas fraturas por tratamento conservador (clínico), sendo o predomínio do tratamento cirúrgico estatisticamente significativo ($p < 0,001$). Comparando-se os dois grupos etários, observou-se que a porcentagem de tratamento clínico foi maior no GI (41; 21,2%) em relação ao GII (16; 8,6%), com alta significância ($p < 0,001$). Já com relação ao tratamento cirúrgico, o percentual foi maior em GII (152; 78,8% em GI e 170; 91,4% em GII), embora não tenha sido significativa ($p > 0,05$).

Considerando-se os 379 casos, o tempo médio de internação foi $4,0 \pm 3,8$ dias, sendo que no GI foi $2,8 \pm 1,8$ (mínimo 1 e máximo 17) e no GII $5,2 \pm 4,9$ (mínimo 1 e máximo 40), diferença esta significativa ($p < 0,001$).

No que concerne ao desfecho dos casos, dos 339 (89,4%) prontuários com documentação deste item, 327 pacientes (96,5%) receberam alta hospitalar sem seqüela física e 12 (3,5%) com alguma seqüela. Dos pacientes com seqüela, 5 (41,7%) eram do GI.

DISCUSSÃO

Segundo dados do DATASUS¹⁷, de novembro de 2010 a outubro de 2015, no município de Catanduva, na faixa etária de zero a 19 anos de idade ocorreram 718 internações hospitalares em decorrência de fraturas.

Pode-se mensurar diretamente o impacto econômico dos acidentes e violências no Brasil por meio dos gastos hospitalares com internação, incluindo os da unidade de terapia intensiva e dias de permanência¹⁸. Baseado no parágrafo anterior¹⁷, os gastos hospitalares foram de R\$ 740.428,44, o que correspondeu, aproximadamente, a 3% dos custos com internações por todas as causas e 52% das internações devido a lesões traumáticas em geral.

Assim, a prevenção desses eventos resultaria na redução de gastos hospitalares, além de minimizar o desgaste emocional vivenciado pelo paciente e pela família durante o período de tratamento e convalescência. Por conseguinte, estudar as causas e as conseqüências desse agravo, é essencial a fim de se formar um diagnóstico situacional e contribuir para a adoção de medidas de prevenção, controle e assistência¹⁹.

A análise dos resultados do presente estudo apontou predomínio de fraturas no sexo masculino

(73,1%). Estudo retrospectivo realizado num hospital geral de Pirajussara-SP, no período de dezembro de 2005 a dezembro de 2006, com 182 pacientes menores de 18 anos internados por lesões traumáticas múltiplas¹⁴, revelou prevalência semelhante (71%). Da mesma forma, a pesquisa de Carvalho et al.⁵, já comentada, demonstrou resultados parecidos (65,8%). Quanto ao maior número de casos em indivíduos do gênero masculino, a literatura justifica pela maior exposição ocupacional e doméstica dos mesmos²⁰, pelo diferente comportamento dos gêneros e até pelos fatores culturais, que proporcionam maior liberdade aos homens e mais vigilância às mulheres²¹.

Relativo à faixa etária, a atual investigação observou número semelhante de casos nos dois grupos, respectivamente, 50,9% em menores de 12 anos e 49,1% nos de 12 a 19, com média de idade de 11,3±5,2 anos. Prevalência praticamente idêntica (11,3±5,3 anos) foi descrita em estudo citado previamente⁵. Já a publicação de Cavalcanti et al.¹³, relativa a estudo das características epidemiológicas de morbidade por causas externas em 450 crianças e adolescentes, submetidos à internação hospitalar, em Campina Grande-PB, no ano de 2006, revelou média de idade de 7,4 anos, sendo que dos 17,7% casos de fraturas, 64,8% aconteceram na faixa etária de 0 a 12 anos e 35,2% na de 13 a 17. Os fatores que podem justificar a maior prevalência de acidentes nas crianças menores do último estudo¹³, provavelmente estão relacionados não somente com a mais restrita faixa etária, que excluiu os jovens, como também devido às características do desenvolvimento infantil, pois as crianças são imaturas e curiosas com relação ao meio ambiente, ficando mais expostas às situações de perigo, o que é potencializado pela supervisão inadequada²².

O HPA²³ é uma referência de atendimento especializado na região noroeste do estado de São Paulo, atendendo tanto adultos quanto crianças vítimas de fratura. Conta com um Centro Cirúrgico com cinco salas para cirurgias eletivas e urgências/emergências, atendendo predominantemente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Possui equipes médicas especializadas nas diferentes áreas - cirurgia geral, ortopedia, oncologia, vascular, gastroenterologia, entre outras. A equipe de enfermagem é composta por profissionais com experiência nas diversas especialidades cirúrgicas, proporcionando bom atendimento pré ao pós-operatório. O Departamento

de Anestesia possui profissionais qualificados, garantindo uma assistência com qualidade, segurança e humanização. Atualmente, a unidade realiza mais de oito mil cirurgias/ano. Por se tratar de centro de referência, recebe pacientes de uma microrregião, fato este reafirmado agora, haja vista que praticamente metade dos pacientes (47%), cujas fichas continham informação pertinente, era proveniente de cidades vizinhas à Catanduva. Perfil semelhante foi verificado na investigação realizada na cidade de Belo Horizonte⁵, que também acusou que a maior parte dos pacientes residia na própria cidade ou em sua região metropolitana.

A investigação realizada sobre o local do evento que vitimou os participantes deste estudo demonstrou que, dos casos com informação disponível (30,6%), houve predomínio de acidentes em vias de trânsito (76,7%), seguidos do domicílio (15,5%), locais de lazer (4,3%), escola (2,6%) e trabalho (0,9%). Já a comparação de faixa etária, excluídos os casos sem registro específico desta variável, mostrou que os acidentes domiciliares prevaleceram no grupo de menos idade e os acidentes de tráfego no grupo mais velho. Estudo observacional, prospectivo²⁴, cujo objetivo foi determinar o perfil clínico-epidemiológico do trauma mecânico em crianças e adolescentes, em um Hospital Público Terciário do Município de Fortaleza no Estado do Ceará, no período de fevereiro a julho de 2005, observou que houve predomínio significativo do peridomicílio (46,8%), seguido das grandes avenidas e rodovias (21,5%), lar (18,2%), clube (5,3%), escola (3,9%) e trabalho (3,7%). Esta diferença entre os resultados das duas pesquisas pode ser justificada pela falta de informações pertinentes ao local de ocorrência do evento (69,4%) e pela especificidade do presente estudo, o qual abrangeu apenas as fraturas.

Dentre os mecanismos de injúria da observação em questão, dos casos com registro disponível (55,7%), as quedas representaram 68,2%, seguidas dos acidentes de transporte (27%), choque contra objeto ou pessoa (2,9%) e esmagamento (1,9%). A análise comparativa dos grupos, considerando-se apenas as fichas que possuíam relato específico deste item, mostrou que as quedas foram mais frequentes na população infantil (50,3% em GI e 25,3% em GII), enquanto que os acidentes de transporte, na juvenil (26,3% em GII e 4,1% em GI). Estudos previamente referidos^{5,13} demonstraram resultados compatíveis,

haja vista que os mecanismos mais encontrados foram, respectivamente, as quedas (41,8 e 28,2%), os acidentes de transporte (11,8 e 8,2%) e o trauma direto/colisão contra objeto ou pessoa (10,9 e 1,6%).

Quanto ao estado de consciência do paciente no momento da admissão hospitalar, excluindo-se 21,9% dos casos sem documentação específica, observou-se que 98% deram entrada no serviço do HPA em estado consciente e apenas 2% inconsciente (16,7% devido a queda). Biscegli et al.²⁵, revisando 175 prontuários de pacientes menores de seis anos, internados no mesmo nosocômio, de 2008 a 2012, com diagnóstico de acidente doméstico, 8% dos quais devido a quedas, observaram que 94,3% das crianças deram entrada no serviço de urgência e emergência em estado consciente e que as intoxicações e as quedas foram as principais responsáveis pelo comprometimento do estado de consciência (20,7%).

Zenel e Goldstein²⁶ publicaram que crianças vítimas de trauma e de maus-tratos nos Estados Unidos da América representam a cada ano um número crescente de pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica. Na atual investigação, considerando a necessidade de cuidados intensivos durante o período de internação, dos casos com registro desta variável, apenas 3,3% dos pacientes necessitaram de permanência em UTI. Lavor, em dissertação de mestrado abordando a mesma faixa de idade²⁴, também observou pequena porcentagem dos pacientes (6%) internados neste setor hospitalar.

A análise dos resultados desta pesquisa relativa à localização das fraturas mostrou que a maioria delas acometeu os membros superiores (73,3%) e inferiores (24,8%). A análise por idade demonstrou que os membros superiores foram significativamente mais comprometidos nos indivíduos com idade inferior a 12 anos (94,3%), enquanto que as lesões de membros inferiores predominaram na faixa etária dos mais velhos (44,6%). Referências citadas anteriormente^{5,12,13} evidenciaram resultados compatíveis com relação à região acometida, embora com percentagens diferentes: a primeira⁵, apontou que um dos ossos dos membros superiores (rádio) foi o mais fraturado, em todas as faixas etárias, com exceção do grupo de adolescentes maiores que 18 anos; a segunda¹² mostrou comprometimento de membros superiores em 19,5% e inferiores em 17,9%, e a terceira¹³ também evidenciou que as regiões do corpo mais atingidas foram

os membros superiores e inferiores (28,0% e 20,4%, respectivamente). A acentuada discrepância de números em favor dos membros superiores no estudo atual pode ser justificada não só pelo fato de que o levantamento foi realizado pelo Código Internacional de Doenças (CID-10), que agrupa num único código as fraturas de ossos do ombro e braço, como também a abordagem individual de cada um dos ossos no estudo de Carvalho et al.⁵, do qual constaram, além das fraturas, outras lesões ortopédicas traumáticas (luxações, entorses e contusões).

No concernente ao tratamento da fratura, os resultados da pesquisa em questão evidenciaram que, no geral, 85% dos pacientes foram tratados por intervenção cirúrgica e apenas 15% tiveram redução de suas fraturas por tratamento conservador (clínico), sendo que este último, por sua vez, predominou nas crianças (21,2%), quando comparado aos jovens e adolescentes (8,6%). Resultados diferentes foram descritos na investigação de Carvalho et al.⁵ cujo tratamento conservador foi empregado em 92,6% dos pacientes. Tal divergência de números pode ser explicada pela abordagem exclusiva do presente estudo (internações hospitalares por fraturas), enquanto que no estudo em comparação foram objeto da pesquisa todos os casos atendidos no serviço de emergência, que incluiu, além das fraturas, outras lesões tais como luxações, entorses e contusões.

Os participantes da pesquisa em questão permaneceram em média 4,0 dias internados, mais especificamente, 2,8 dias no GI e 5,2 dias no GII. Essa diferença nos dois grupos pode ser explicada pelo tipo de tratamento utilizado, haja vista que no GI houve maior proporção de tratamento clínico, o qual, de maneira geral, requer menor tempo de hospitalização⁹. A taxa de mortalidade foi zero em ambos os grupos. Cavalcanti et al.¹³ descreveram resultados semelhantes, com média de internação de 4,1 dias e nenhum óbito. Já Franciozi et al.¹⁴, embora tenham relatado a mesma média de dias de internação (4,1 dias), registraram taxa mais alta de mortalidade (2,7%).

É descrito em literatura²⁷ que a recuperação fisiológica e psicológica de uma criança é difícil, especialmente naquelas portadoras de sequelas. Alterações psíquicas, comportamentais, da afetividade e do aprendizado são reconhecidas por longo período de tempo e estão presentes em mais de 50% das crianças

tratadas. Além disso, os transtornos sociais e econômicos que afetam a estrutura familiar, também devem ser considerados, e estes agravam o problema, de modo global. Considerando-se o desfecho dos casos desta investigação com informação disponível, 96,5% dos participantes receberam alta hospitalar sem seqüela física e 3,5% com algum tipo de seqüela, dentre eles 41,7% menores de 12 anos. Em trabalho já descrito anteriormente²⁴, 51% dos pacientes apresentaram seqüela, sendo que 49,4% tiveram a capacidade funcional preservada e 1,1% totalmente comprometida.

Cabe ressaltar que as muitas limitações de um estudo retrospectivo, tais como a falta de padronização de formulários; insuficiência de registros; registros incompletos e/ou ilegíveis; registros repetidos e/ou divergentes, anotações realizados por profissionais de várias áreas; dificuldade de localizar e ter acesso aos prontuários, dentre outros, embora tenham restringido a generalização das conclusões da atual observação relativas ao local do evento e mecanismo da injúria, de maneira geral não interferiram de modo negativo na qualidade metodológica da mesma, pois através do empenho e paciência dos pesquisadores, conseguiu-se contornar grande parte das adversidades. Vale a pena lembrar que o uso frequente dos registros hospitalares e a discussão dos resultados com os profissionais responsáveis pela sua produção possibilitam o aprimoramento da qualidade da documentação médica, contribuindo para o bom desempenho do serviço e para o melhor atendimento da população²⁸.

Lembrando que as fraturas representam 10 a 25% do contingente dos traumatismos infanto-juvenis¹ e que o tratamento de fraturas em pacientes admitidos em serviço hospitalar é significativamente mais caro que o tratamento

ambulatorial⁹, além de que os custos são intensificados caso seja necessário intervenção cirúrgica²⁹. Estudos que contribuam para ampliar o conhecimento epidemiológico sobre tais eventos adquirem um destaque especial, não somente por fornecer subsídios para o planejamento de ações preventivas e de controle, como também por contribuir na redução dos custos da assistência. Neste processo, a família, a sociedade e o poder público deveriam representar um papel importante na promoção e prevenção de acidentes infanto-juvenis¹⁸.

O presente estudo permitiu concluir que os indivíduos do sexo masculino são as principais vítimas de fraturas submetidas a tratamento hospitalar; a maior parte dos acidentes acontece em vias públicas; as quedas dominam como agentes causadores; prevaleceram as fraturas de membros superiores; quase todos os vitimados são admitidos conscientes e não necessitam de terapia intensiva; o maior contingente das fraturas é tratado por correção cirúrgica; a alta hospitalar acontece em média no quarto dia e a maioria dos pacientes deixa o hospital sem seqüela física.

Os resultados, compatíveis com os descritos em literatura específica, auxiliaram no conhecimento epidemiológico da população atendida pelo HPA de Catanduva e demonstram a necessidade de desenvolver ações de sensibilização e orientação aos pais, à população em geral e aos serviços de saúde, por meio de programas educativos e campanhas de prevenção, visando não só diminuir a gravidade dos traumatismos e alertar sobre os riscos de acidentes de trânsito, mas também capacitar os hospitais e serviços de urgência da cidade e da região a fim de que possam tratar os casos de menor gravidade⁵.

REFERÊNCIAS

1. Guarniero R, Godoy Junior RM, Ambrosini Junior E, Guarniero JRB, Martins GB, Santana PJ, et al. Estudo observacional comparativo de fraturas em crianças e adolescentes. *Rev Bras Ortop.* 2011; 46(4):32-7.
2. Ribas Filho JM, Melchiorretto EF, Muller GG, Castro GA, Scomacao IR, Clock FC. Estudo da prevalência dos óbitos por trauma nos principais pronto-socorros de Curitiba no período de abril/2001 a abril/2002. *Rev Med Paraná.* 2002; 60(2):45-8.
3. Mock C. Epidemiology of childhood injury. *J Trauma*, 1998; 44:511-2. [Editorial comment].
4. Adesunkanmi ARK, Oginni LM, Oyelami AO, Badru OS. Epidemiology of childhood injury. *J Trauma* 1998; 43:506-11.
5. Carvalho Jr LH, Cunha FM, Ferreira FS, Morato AEP, Rocha LHA, Medeiros RF. Lesões ortopédicas traumáticas em crianças e adolescentes. *Rev Bras Ortop.* 2000; 35(3):80-7.
6. Malta DC, Mascarenhas MDM, Bernal RTI, Andrade SCA, Neves ACM, et al. Causas externas em adolescentes: atendimentos em serviços sentinelas de urgência e emergência nas Capitais Brasileiras - 2009. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012; 17(9):2291-304.
7. Malta DC, Mascarenhas MDM, Neves ACM, Silva MA. Atendimentos por acidentes e violências na infância em serviços de emergências públicas. *Cad Saúde Pública.* 2015; 31(5):1095-105.
8. Martins CBG, Andrade SM. Estudo descritivo de quedas entre menores de 15 anos no município de Londrina (PR, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010; 15(2):3167-73.
9. Somersalo A, Paloneva J, Hannu Kautiainen H, Lönnroos E, Heinänen M, Ilkka Kiviranta I. Incidence of fractures requiring inpatient care. *Acta Orthop.* 2014 Sep; 85(5):525-30.
10. Alves BA, Santos TFM, Ferrari RAP, Tacla MTGM, Sant'Anna FL, Lopes

- EB. Criança hospitalizada: caracterização dos procedimentos cirúrgicos em um hospital escola público. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2015; 36(1):317-24.
11. Dimeglio A. Epidemiologia de las fracturas en el niño. In: De Pablos J, Gonzalez-Herranz P. *Apuntes de fracturas infantiles*. Madrid: Ediciones Ergon; 1999. p. 11.
 12. Gawryszewski VP, Koizumi MS, Mello-Jorge MHP. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(4):995-1003.
 13. Cavalcanti AL, Martins VM, Lucena RN, Granville-Garcia AF, Menezes VA. Morbidade por causas externas em crianças e adolescentes em Campina Grande, Paraíba. *Arq Catarin Med*. 2008; 37(3):27-33.
 14. Franciozi CES, Tamaoki MJS, Araujo EFA, Dobashi ET, Utumi CE, Pinto JA. Politrauma na infância e adolescência: epidemiologia, tratamento e aspectos econômicos em um hospital público. *Acta Ortop Bras*. 2008; 16(5):261-5
 15. Wyatt JP, Woodhams S, Weinberg L, Alao D, Mitchell L. A prospective study of injuries inflicted on children by children. *J Forensic Leg Med*. 2010; 17(1):8-10.
 16. Criança Segura Brasil [Internet]. Como prevenir [citado em 26 dez. 2015]. Disponível em: <http://criancasegura.org.br/page/dicas-de-prevencao>
 17. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Informações de Saúde (TABNET) – epidemiológicas e morbidade. morbidade hospitalar do SUS - São Paulo - Catanduva – Lista Morbidade CID-10 – zero a 19 anos - novembro 2010 a outubro 2015 [Internet]. [citado em 07 jan. 2016]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niSP.def>
 18. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: portaria MS/GM n. 737/GM, de 16 de maio de 2001 [Internet]. *Diário Oficial da União*. 2001 maio 18, seção 1E. 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [citado em 07 jan. 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed
 19. Tolo VT. Tratamento de crianças politraumatizadas. In: Beaty JH, Kasser JR. *Fraturas em crianças*. 5a ed. Barueri: Manole; 2004. p. 75-89.
 20. Coutinho BBA, Balbuena MB, Anbar RA, Almeida KG, Almeida PY. Perfil epidemiológico de pacientes internados na enfermaria de queimados da Associação Beneficente de Campo Grande Santa Casa/MS. *Rev Bras Cir Plast*. 2010; 25:600-3.
 21. Rocha HJ, Lira SV, Abreu RN, Xavier EP, Vieira LJ. Perfil dos acidentes por líquidos aquecidos em crianças atendidas em um centro de referência de Fortaleza. *RBPS*. 2007; 20:86-91.
 22. Martins CBG, Andrade SM. Queimaduras em crianças e adolescentes: análise da morbidade hospitalar e mortalidade. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20:464-9.
 23. Faculdades Integradas Padre Albino. Curso de Medicina. Informações. Hospital Padre Albino [Internet]. [citado em 07 jan. 2016]. Disponível em: http://www.fundacaopadrealbino.org.br/hpa/index.php?pg=centro_cirurgico
 24. Lavor MFH. Características clínicas e epidemiológicas do trauma mecânico em crianças e adolescentes em um hospital público terciário do Município de Fortaleza [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina; 2006.
 25. Biscegli TS, Vaz JV, Pozetti M, Alberganti MC, Castro TF, Honori VM, et al. Acidentes domésticos na infância: perfil dos casos internados em um hospital-escola do interior do Estado de São Paulo. *Pediatr mod*. 2015; 51(10):361-6.
 26. Zenel J, Goldstein B. Child abuse in the pediatric intensive care unit. *Crit Care Med*. 2002; 30(11):515-23.
 27. Ward-Begnoche W. Posttraumatic stress symptoms in the pediatric intensive care unit. *J Spec Pediatr Nurs*. 2007; 12:84-92.
 28. Mattos IE. Morbidade por causas externas em crianças de 0 a 1 ano: uma análise dos registros de atendimento de um hospital do Rio de Janeiro. *Informe Epidemiológico do SUS 2001*; 10(4):189-98.
 29. Bouee S, Lafuma A, Fagnani F, Meunier P J, Reginster J Y. Estimation of direct unit costs associated with non-vertebral osteoporotic fractures in five european countries. *Rheumatol Int*. 2006; 26(12):1063-72.

Recebido em: 10/02/2016

Aceito em: 04/04/2016

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: ATENDIMENTO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) - INFORMAÇÕES PASSADAS PELO SOLICITANTE

CARDIOPULMONARY ARREST: ATTENDANCE BY MOBILE EMERGENCY ASSISTANCE SERVICE (MEAS) - INFORMATION TRANSMITTED BY THE REQUESTOR

PARO CARDÍACO: ASISTENCIA MOVIBLE DE SERVICIO DE URGENCIA (SAMU) - INFORMACIÓN APROBADA POR EL SOLICITANTE

Bruno Vilas Boas Dias*, Admilson Soares de Paula**, Diná Paula Maria dos Santos***, Dayane Silva Ribeiro de Freitas***

Resumo

Introdução: Fatores preditores de sobrevida na parada cardiorrespiratória (PCR) em ambiente extra-hospitalar consideram prioritariamente o tempo até o início das manobras básicas e a desfibrilação precoce. O atendimento é comumente realizado estrategicamente pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), mediante solicitação efetuada por contato telefônico. **Objetivos:** Identificar o número de solicitações para atendimento às vítimas de PCR ao SAMU num município do interior paulista no período de outubro de 2012 a março de 2013; descrever as informações passadas pelos solicitantes ao SAMU, registradas na ocasião em que a vítima sofreu PCR. **Material e Método:** Pesquisa quantitativa, documental, retrospectiva, obtida por meio de levantamento de dados registrados e tabulados estatisticamente no Banco de Dados do SAMU. **Resultados:** Foram registradas 88 chamadas pelo SAMU para atendimento por PCR; em 54 (61,2%) constam solicitações com dados suficientes para a suspeita de PCR por ocasião da solicitação, enquanto 34 (38,8%) foram consideradas informações insuficientes, ou seja, pouco claras para a evidência desse evento. **Conclusão:** O atendimento pela equipe do SAMU é fundamental, porém a educação para o reconhecimento dos sinais de gravidade e de uma possível PCR, para o acesso e comunicação ao serviço de emergência e para a técnica de realização de manobras básicas de reanimação são essenciais. As informações transmitidas via telefone, quando claras, viabilizam e agilizam condições para a formulação de um prognóstico e para a sobrevida. Aprimorar o atendimento telefônico com esclarecimentos à população é um aspecto relevante, dentre as inúmeras etapas no processo efetuado pelo SAMU na PCR.

Palavras-chave: Trabalho de resgate. Serviços médicos de emergência. Parada cardíaca. Informações.

Abstract

Introduction: Survival prediction factors after cardiopulmonary arrest (CPA) in extra-hospital environment primarily take in account the time until the onset of basic maneuvers and early defibrillation. Commonly, Mobile Emergency Assistance Service (MEAS) strategically performs the attendance upon request made by phone call. **Objective:** To identify the number of requests for assistance to victims of CPA to MEAS in a city of inner São Paulo State in the period from October 2012 to March 2013; to describe the information given by applicants to MEAS, recorded at the time the victim suffered CPA. **Material and Method:** Quantitative, documentary, and retrospective research performed through survey of registered data, statistically tabulated in the MEAS Database. **Result:** We recorded 88 calls for MEAS in order to care for CPA; 54 calls (61.2%) contained requests with enough data for suspecting CPA at the time of request, whereas 34 calls (38.8%) were reported as containing insufficient or unclear information for evidence of this event. **Conclusion:** The service performed by the MEAS team is essential, but education is essential for recognition of severity signs and possible CPA, for a good access and communication to emergency services, as well as for performance of basic resuscitation maneuvers. The information transmitted by telephone, when clear, enables and streamlines the conditions for the formulation of a prognosis and for survival. Improving telephone service with explanations to the public is an important aspect, among the many steps, in the process performed by MEAS in case of CPA.

Keywords: Rescue work. Emergency medical services. Heart arrest. Informations.

Resumen

Introducción: Los predictores de supervivencia en parada cardiorrespiratoria (PCR) en el entorno extra hospitalario darán consideración prioritaria el tiempo hasta el inicio de las maniobras básicas y desfibrilación precoz. Servicio realizado estrategicamente con frecuencia por el Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU), a petición hecha por teléfono. **Objetivos:** Identificar el número de solicitudes de asistencia a las víctimas de paro cardíaco al SAMU en una ciudad en el interior en el período octubre 2012 a marzo 2013; describir la información proporcionada por los solicitantes al SAMU, registrada en el momento en que la víctima sufrió PCR. **Métodos:** Investigación retrospectiva, cuantitativa, documental, obtenida a través de la encuesta de los datos registrados y estadísticamente tabulados en la base de datos SAMU. **Resultados:** Se registraron 88 llamadas para SAMU para el cuidado de la PCR; en 54 (61,2%) contenían solicitudes con datos suficientes para la sospecha de PCR en el momento de la solicitud, mientras que el 34 (38,8%) fueron considerados información insuficiente, o poco clara para la evidencia de este evento. **Conclusión:** El servicio por el equipo SAMU es esencial, pero la educación para el reconocimiento de signos de gravedad y posible PCR para el acceso y las comunicaciones a los servicios de emergencia y la realización técnica de las maniobras de reanimación básicas son esenciales. La información transmitida por teléfono, cuando claro, habilitan y optimizan las condiciones para la formulación de un pronóstico y la supervivencia. Mejorar el servicio telefónico con explicaciones al público es un aspecto importante, entre los muchos pasos en el proceso realizado por el SAMU en la PCR.

Palabras clave: Trabajo de rescate. Servicios médicos de urgencia. Paro cardíaco. Información.

* Enfermeiro. Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de Jundiaí-SP. Especialista em Cardiologia pela UNIFESP. Professor do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Padre Anchieta, Jundiaí-SP e da Faculdade de Campo Limpo Paulista. Contato: bruno.dias@anchieta.br

** Enfermeiro. Graduado em Enfermagem pelo Centro Universitário Padre Anchieta, Jundiaí-SP.

*** Enfermeiras. Graduas em Enfermagem pelo Centro Universitário Padre Anchieta, Jundiaí-SP.

INTRODUÇÃO

As políticas públicas do governo federal voltadas para a organização do atendimento pré-hospitalar de urgência tiveram início em 1998, com a publicação da Portaria GM/MS nº 2.923 que determinou investimentos nas áreas de Assistência Pré-Hospitalar Móvel, Assistência Hospitalar, Centrais de Regulação de Urgências e Capacitação de Recursos Humanos. Entretanto, os avanços posteriores ocorreram lentamente, sendo publicada somente em 2003, a “Política Nacional de Atenção às Urgências” (Portaria do Ministério da Saúde - MS nº 1.863/03), considerando as áreas de urgências prioritárias no âmbito das ações do Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) consiste na interrupção ou cessação das atividades respiratória e circulatória efetivas e, embora as condições de atendimento imediato sejam ideais, responde por alto índice de morbimortalidade¹. A ressuscitação cardiopulmonar visa à preservação da vida, recuperação das funções orgânicas e melhora de prognóstico de uma PCR inesperada; reflete uma das situações clínicas de maior emergência na medicina e a rapidez e a eficácia das intervenções adotadas são fundamentais e interferem diretamente no prognóstico da vítima². O tempo é uma variável importante e cada minuto de permanência em PCR, sem intervenção, diminui em 10% a probabilidade de sobrevivência do indivíduo mesmo em condições de atendimento ideal³.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a PCR permanece como um problema mundial de saúde pública e apesar de avanços nos últimos anos relacionados à prevenção e tratamento, muitas são as vidas perdidas anualmente no Brasil. Os avanços também se estendem à legislação sobre acesso público à desfibrilação e obrigatoriedade de disponibilização de Desfibriladores Externos Automáticos (DEAs), bem como no treinamento em ressuscitação cardiopulmonar. Estima-se algo ao redor de 200.000 PCRs ao ano, no Brasil, sendo que metade dos casos ocorre em ambiente hospitalar, e a outra metade em ambientes como residências, shopping centers, aeroportos, estádios, dentre outros espaços⁴.

Acredita-se que a maioria das PCR socorridas em ambiente extra-hospitalar seja em decorrência de ritmos como fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso. A ressuscitação cardiopulmonar (RCP) visa à preservação da vida, recuperação das funções orgânicas e

melhora de prognóstico de uma PCR inesperada. A difusão tecnológica e a ampliação de conhecimentos de medicina de ressuscitação definiram o papel primordial de profissionais e serviços de saúde em promover um rápido atendimento em resposta a uma morte súbita. Associado a esses fatos, políticas públicas de instalação de desfibriladores em locais públicos promoveram um conceito de necessidade de intervenção imediata e proteção universal da vida⁴.

No Atendimento Pré-hospitalar (APH) destacam-se o pedido de ajuda e acionamento – por meio de um chamado, na maioria das vezes por telefone; a vítima de um agravo à saúde ou um solicitante pede ajuda por meio do telefone 192. A pessoa é atendida pelo Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM) e regulada por um profissional da área médica⁴.

O chamado de ajuda é o primeiro elo da corrente de sobrevivência e precisa ser amplamente divulgado e o número do telefone ser de fácil memorização pela população. Os cidadãos necessitam ter conhecimento prévio sobre o serviço de emergência, compreendendo que responder adequadamente às perguntas do TARM e do médico regulador é fundamental para o envio do recurso adequado⁴.

O pedido chega inicialmente ao TARM, essencialmente por telefone, mas também pode ser originado por diferentes solicitantes: polícia, bombeiros, médico, enfermeiro e/ou particular. Recebido o chamado, ao TARM caberá a função de identificar o solicitante e localizar o evento, sem o qual não poderá ser realizado o atendimento. O TARM preencherá o formulário do programa utilizado no serviço e se a ocorrência gerada for considerada mais grave, o TARM deverá imediatamente avisar o médico regulador para que o mesmo possa priorizar o chamado em questão⁵.

No APH médicos e enfermeiros prestam atendimento a casos de maior complexidade, ou seja, de maior gravidade, por meio do suporte avançado de vida (ACLS). Este suporte é oferecido através de ambulâncias, equipamentos e instrumental utilizados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI); e equipe de médicos, enfermeiros e condutores de veículos de urgência capacitados. Esta especificação da estrutura do APH móvel e seus componentes são definidos pela Portaria do Ministério da Saúde do Brasil⁶.

Em situações de emergência, a avaliação da vítima e seu atendimento devem ser realizados de forma

rápida, objetiva e eficaz⁷. A sobrevivência do paciente depende do primeiro atendimento, levando em consideração que a PCR pode ocorrer a qualquer momento e em qualquer lugar e ser presenciada por um leigo. Este pode iniciar as manobras de RCP se tiver uma instrução, até a chegada do serviço de atendimento móvel de urgência. Todavia, antes de se efetuarem abordagens, a medida mais importante e de maior impacto seria a difusão global do conhecimento sobre atendimento básico da PCR por indivíduos leigos na população em geral⁸.

A *American Heart Association* (AHA) faz considerações importantes em relação ao leigo na nova Diretriz de 2010, com algumas alterações para simplificar o treinamento de socorristas leigos e continuar enfatizando a necessidade de aplicar compressões torácicas o quanto antes em vítimas de PCR súbita⁹.

O Serviço Móvel de Atendimento às Urgências (SAMU) é composto por centrais reguladoras e por um conjunto de ambulâncias, e requer profissionais qualificados e equipamentos adequados para o atendimento às urgências. As centrais podem ser acionadas pelo número de telefone 192 e médicos reguladores designam as ambulâncias apropriadas para cada atendimento. No modelo brasileiro, adotaram-se dois tipos principais de ambulâncias. As de suporte básico contam com motorista, técnico de enfermagem e material básico para o primeiro atendimento às urgências, em casos sem risco imediato de vida, sob orientação dos médicos das centrais. Já as de suporte avançado incluem motorista, médico e enfermeiro, além de equipamentos para cuidados intensivos, nas situações de risco iminente de vida. Foram propostos também meios alternativos de transporte, como as "ambulanchas", para o atendimento de populações ribeirinhas; as "motolâncias", para áreas remotas ou de tráfego intenso; e o transporte aéreo, para situações específicas¹⁰.

O SAMU conta com 114 serviços de atendimento móvel de urgência no Brasil, estando em atividade em 926 municípios brasileiros, atingindo cerca de 92,7 milhões de pessoas¹¹.

Nesse contexto, para atendimento à população de Jundiaí-SP busca-se atender às normas do Conselho Nacional de Saúde (CNS), assim como a Portaria GM n. 1.864, de 29 de setembro de 2003, que regulamenta a proporção de ambulâncias: um veículo de Suporte Básico à

Vida para cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes, e um veículo de Suporte Avançado à Vida para cada 400.000 a 450.000 habitantes¹².

A população de Jundiaí-SP em 2012/13 foi estimada em 393.920 habitantes e conta com uma área territorial de 431.173 km². No município, a equipe do SAMU é composta por 84 funcionários distribuídos em médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, condutores, controladores de tráfego e área administrativa. Dispõe de uma frota de quatro ambulâncias de suporte básico e uma ambulância de suporte avançado para atender urgências e emergências¹³.

O solicitante do atendimento ao SAMU, leigo, muitas vezes por insegurança e falta de conhecimento, deixa de agir. O Ministério da Saúde vem realizando programas de capacitação em algumas cidades, treinando professores e alunos na identificação precoce de situações de emergência potencialmente fatais e nas manobras iniciais que devem ser realizadas na vítima de PCR súbita que, por sua vez, repassarão aos familiares, vizinhos e amigos¹⁴.

Este estudo tem como finalidade apresentar dados sobre o atendimento pelo SAMU na cidade de Jundiaí-SP, e a forma como ocorreram as solicitações para atendimento a PCR no município, tendo em vista promover, junto aos serviços de saúde públicos, esclarecimentos e treinamentos à população.

OBJETIVOS

Identificar o número de solicitações para atendimento às vítimas de PCR ao SAMU num município do interior paulista no período de outubro de 2012 a março de 2013; descrever as informações passadas pelos solicitantes ao SAMU, registradas na ocasião em que ocorreram os casos de PCR.

MATERIAL E MÉTODO

Pesquisa quantitativa, documental e retrospectiva, baseada no levantamento de dados estatísticos já compilados pelo SAMU de Jundiaí-SP, referentes a atendimentos decorrentes de PCR.

A amostra foi composta pelas fichas de atendimento que se referiam aos casos de solicitações para atendimento de vítima em situação de PCR, o motivo principal (da solicitação), assim como os chamados para

casos em que os motivos alegados foram outros, mas em que chegando ao local os profissionais identificaram a vítima em PCR.

Houve a autorização prévia do Coordenador do Serviço, sendo agendada a visita dos pesquisadores para acesso aos dados estatísticos de acordo com os objetivos propostos pelo estudo. Os levantamentos de dados ocorreram de segunda à sexta-feira no período da manhã.

Utilizaram-se todas as informações passadas pelo solicitante e registradas durante a chamada para atendimento a PCR e compreenderam os atendimentos efetuados durante meio ano. Não foram utilizados dados do *check-list* das viaturas, descrição de fichas de manutenção das ambulâncias, local de atendimento (residencial ou via pública), dados de identificação do paciente, bairros onde foram os atendimentos e horários (saídas e chegadas) das ambulâncias.

Por envolver somente dados estatísticos de atendimentos e não utilizar nomes, dados pessoais, ou meios de identificação dos pacientes, não foi necessária a submissão do estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As doenças cardiovasculares são uma das principais causas de morte no Brasil e no mundo, e a falta de reconhecimento dos sintomas leva a grande parte de óbitos no ambiente extra-hospitalar devido ao atraso no acionamento do serviço especializado. A humanidade enfrenta uma epidemia de cardiopatias, nas quais as síndromes coronarianas agudas (SCA) representam importante causa de morbimortalidade mundialmente. Fatores como hipertensão arterial, tabagismo, redução da prática de atividade física, maus hábitos alimentares,

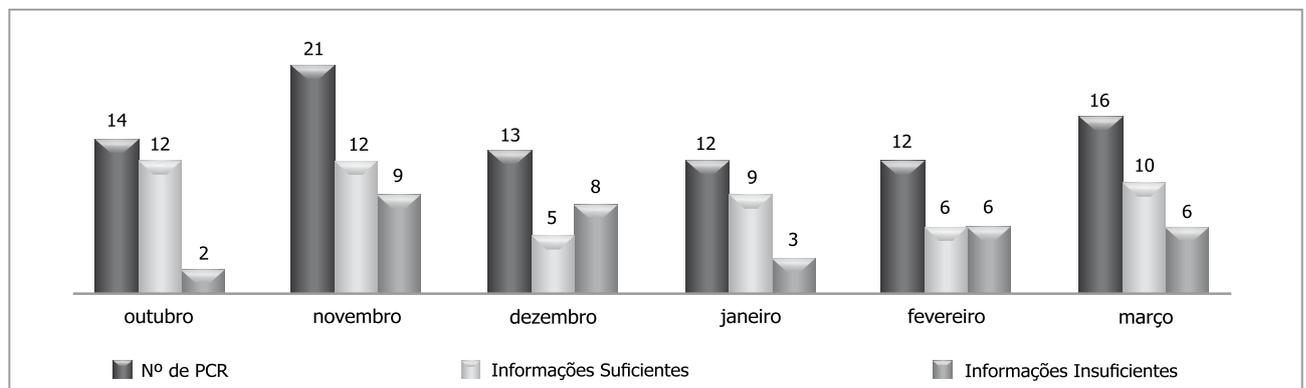
ganho ponderal, traços genéticos (hereditariedade), automedicação, estresse, privação de sono e outros agravos representam uma equação em que o resultado é desfavorável, patológico, coletivo, embora evitável. Atualmente, em grandes capitais, as pessoas enfrentam cerca de uma hora de trânsito por dia, têm menos de trinta minutos para cada refeição, seguem com vários deveres sociopolíticos, também cultivam a ganância pelo aumento da renda e valorizam cada vez menos a saúde, chegando ao ponto de trocá-la por *status* e bens materiais. O sistema cardiovascular sofre, inquestionavelmente, com esse padrão de vida adotado pela sociedade¹⁵.

A violência interpessoal, os acidentes de trânsito, as quedas e os acidentes de trabalho constituem as causas mais comuns de mortalidade por causas externas (trauma) entre a ampla faixa etária de 1 a 44 anos de idade, sendo os homens adultos jovens os mais vulneráveis a sofrerem traumatismos, especialmente em relação às agressões. O trauma ocupa hoje a terceira causa geral de morte na população brasileira, superado apenas pelas doenças cardiovasculares e neoplasias¹⁵.

Também se destacam como desencadeadores de uma PCR as situações em que ocorrem afogamentos, queimaduras graves, traumas em geral, inalação de gases tóxicos, dentre outras. Por ocasião da ocorrência de mal-estar ou PCR, o solicitante, embora considerado leigo em conhecimentos, precisa ser claro e objetivo nas informações a fim de contribuir com a sobrevivência e um melhor prognóstico para a vítima.

Os resultados deste estudo quanto ao número de vítimas atendidas e as informações dos solicitantes de ajuda ao SAMU no município de Jundiaí-SP estão disponibilizados no Gráfico 1 e Tabela 1.

Gráfico 1 - Distribuição das vítimas de PCR atendidas entre outubro de 2012 e março de 2013 no município de Jundiaí-SP, estratificados os casos cujas informações foram consideradas suficientes e/ou insuficientes para evidenciar uma PCR – Jundiaí-SP (n= 88)



Fonte: SAMU, Jundiaí-SP

Para melhor compreensão dos resultados, os relatos foram agrupados em informações suficientes, entendidas como relatos satisfatórios para identificação da PCR, e informações insuficientes, aquelas em que mesmo após os relatos não levaram a equipe a compreensão de estar havendo uma PCR. Nestes casos, a identificação só foi realizada na chegada ao local onde se encontrava a vítima. Na sequência, evidencia-se pelos dados da Tabela 1 que em 32,9% (29) dos casos o registro de provável PCR deu-se, supostamente, pelo relato claro e objetivo do solicitante ao relatar a ausência de pulso, respiração ou o nível de consciência. Tais informações estão assim descritas e anotadas nos Bancos de Dados do SAMU.

Tabela 1 - Descrição das informações passadas pelos solicitantes ao SAMU por ocasião do pedido de ajuda diante da PCR – Jundiaí-SP (n=88)

| Informações dos Solicitantes | Vítimas (N) | % |
|--|-------------|------------|
| Provável PCR | 29 | 32,9 |
| Não respira | 20 | 22,7 |
| Desmaio | 07 | 7,9 |
| Dor no peito | 06 | 6,8 |
| Sente falta de ar | 05 | 5,6 |
| Não responde | 04 | 4,5 |
| Está caído no chão | 03 | 3,4 |
| Tem DM | 02 | 2,8 |
| Com sangue na boca | 02 | 2,3 |
| É cardiopata | 02 | 2,3 |
| Encontrado gelado | 01 | 1,1 |
| Não apresenta pulso | 01 | 1,1 |
| Encontra-se no pós-operatório de fêmur e dor abdominal | 01 | 1,1 |
| Com hipoglicemia | 01 | 1,1 |
| Caiu num buraco de dois metros (água) | 01 | 1,1 |
| Mal súbito, suando frio, dor no braço esquerdo | 01 | 1,1 |
| Tendo convulsão | 01 | 1,1 |
| Solicitante confuso | 01 | 1,1 |
| TOTAL | 88 | 100 |

Fonte: SAMU, Jundiaí-SP.

Informações precisas e adequadas fornecidas pelo solicitante ao TARM diminuem consideravelmente o tempo decorrido até o início das intervenções. As células do organismo começam a morrer alguns minutos depois de cessadas as funções vitais e as células nervosas são as mais frágeis do corpo humano, não conseguindo sobreviver por mais de cinco minutos sem oxigenação, sofrendo lesões irreversíveis¹.

Se a PCR não for reconhecida precocemente pelo atendente, este irá demorar a transferir a ligação para o médico regulador, que levará mais tempo para enviar a equipe móvel de atendimento até o local, além de não fornecer adequadamente as instruções básicas de RCP pelo telefone ao solicitante¹⁵.

O diagnóstico de PCR é confirmado a partir do momento em que ocorre ausência de pulso, respiração, e nível de consciência definido como sendo a cessação súbita e inesperada da atividade mecânica ventricular útil e suficiente em indivíduo sem moléstia incurável, debilitante, irreversível e crônica¹⁰.

Quanto aos relatos isolados "não respira" 22,7% (20), "não responde" 4,5% (04) "sem pulso" 1,1% (01), obteve-se um total de 28,3%, correspondendo ao número de solicitantes que conseguiram identificar um ou mais dos sinais de PCR, totalizando 61,2% (54) dos relatos considerados como informações suficientes para a identificação do evento. Todavia, os demais solicitantes, 38,8% (34), passaram informações pouco claras e evidentes, sendo consideradas insuficientes para a suspeita de PCR.

O SAMU considera importantes todas as informações, mesmo aquelas consideradas *a priori* como insuficientes e que podem representar, para uma pessoa leiga, uma PCR: "provável PCR", "desmaio", "dor no peito", "falta de ar", "caído no chão", "diabete", "sangue na boca", "cardiopatia", "solicitante confuso", "pós-cirurgia de fêmur e dor abdominal", "hipoglicemia", "caiu num buraco de 2 metros (água)", "mal súbito", "suando frio", "dor em braço esquerdo", "convulsão" e "encontrado gelado". Todavia, a informação passada de forma incompleta ou errônea gera muitas vezes a saída de suporte básico, com intervenção posterior de suporte avançado, o que não acontece quando a informação passada é suficiente para identificar uma PCR. Nestes casos há atraso no atendimento à vítima.

Dentre as informações consideradas suficientes para se identificar uma PCR, a informação "não respira" 22,7% (20) retrata uma situação em que o sistema respiratório não consegue manter a saturação de oxigênio nos níveis normais pela baixa oxigenação nos pulmões, levando a aumento do gás carbônico e queda do pH sanguíneo, havendo uma diminuição importante na saturação de hemoglobina e de O₂ nos tecidos, ocasionando, por consequência, parada respiratória e morte¹⁶.

O relato "não responde" equivalente a 4,5% (04) dos casos revela o nível de consciência e de informações complexas, elaboradas e controladas pelo córtex cerebral. Neste caso, avaliado pelo grau de alerta do indivíduo, por um estímulo doloroso ou verbal¹⁷. Enquanto "ausência de pulso" 1,1% (01) caracteriza a interrupção súbita e inesperada da função contrátil-propulsora cardíaca, capaz de levar a uma parada cardíaca pela consequente diminuição da oxigenação cerebral, resultando em perda de nível de consciência, do pulso palpável nas grandes artérias e da pressão arterial. As pupilas oculares se dilatam em 45 segundos e o risco de lesão cerebral e de morte aumenta a cada minuto a partir do momento em que cessa a circulação¹⁸.

A síncope ou desmaio, definida como perda total ou parcial da consciência de longa ou curta duração, totalizou 7,8% (07) dos casos solicitados. Essa ocorrência se dá pela diminuição da atividade cerebral, que pode ser causada por traumas, acidentes vasculares cerebrais, por infecções como meningites e encefalites, convulsões, uso de drogas e álcool, com consequência e diminuição do débito cardíaco e respiratório, podendo levar a uma PCR¹⁷.

A dor torácica consiste no fluxo sanguíneo coronário insuficiente, resultando em suprimento diminuído de oxigênio do miocárdio em resposta ao esforço físico ou estresse emocional. No estudo, 6,8% (06) das intervenções foram para dor torácica. Esta é transmitida do coração aos demais órgãos adjacentes, pela medula espinhal até o cérebro, gerando sinais semelhantes às de origem cardíaca, existindo o envolvimento do sistema cardiovascular (miocárdio e aorta), gastrointestinal (esôfago, estômago, colédoco e pâncreas), neuromusculoesquelético (músculo, ossos, sistema nervoso, sistema periférico)¹⁸.

Chamadas para "falta de ar" ocorreram em 5,6% (05) dos casos. Problema relacionado muitas vezes a dispneia crônica com limitação do fluxo de ar expiratório, decorrente de inflamação das vias aéreas, tamponamento por muco, estreitamento do lúmen da via aérea ou destruição da mesma. Em casos severos, o sangue venoso que retorna para os pulmões não consegue ser adequadamente arterializado, ocorrendo a queda do oxigênio, aumento do gás carbônico e queda do pH sanguíneo, com consequente queda do oxigênio arterial, diminuição importante da saturação de hemoglobina e queda no conteúdo arterial dos tecidos, levando a cianose, apneia e PCR¹⁹.

Algumas das informações se referiam à hiperglicemia, 2,8% (02), caracterizando alterações metabólicas e vasculares. Estas podem estar associadas a complicações renais, retinopatia e neuropatia e, em casos mais graves, ao risco de doença cardiovascular¹⁵. A hipoglicemia equivaliu a 1,1% (01), decorre de quantidades excessivas de insulina, atividade física em excesso ou alimentação inadequada. Na hipoglicemia grave, as funções no sistema nervoso central (SNC) ficam comprometidas, a pessoa pode apresentar convulsões, sonolência, perda de consciência e morte²⁰. O relato "sangue na boca" 2,3% (02) pode caracterizar uma obstrução das vias aéreas superiores, laringe ou da traqueia, dificultando a respiração com consequente perda da consciência, evolução rápida para apneia e em poucos minutos a assistolia⁴.

Os acidentes em residências também são causas comuns de urgência e emergência e 3,4% (03) das ocorrências referiam-se a quedas que podem ter sido da própria altura, consideradas um problema de saúde pública por sua elevada frequência e, sobretudo, pelos efeitos diretos e indiretos sobre a saúde do indivíduo. As quedas podem ocorrer devido à hipoglicemia, tontura, dispneia, convulsão e, sem intervenção imediata e apropriada, podem ocasionar PCR²¹. Convulsão totalizou 1,1% (01) das solicitações feitas ao SAMU retratando uma situação onde existe uma descarga corpórea excessiva e sincrônica de um grupo neural. Surge espontaneamente ou desencadeada por hipertermia, distúrbios hidroeletrólíticos, intoxicações, abstinência a drogas ou muitas vezes decorrente de uma doença subjacente não neurológica²².

A hipotermia é caracterizada pela redução da temperatura central, capaz de alterar fisiologicamente o sistema cardiovascular, neurológico, renal, gastrointestinal, o metabolismo e a função pulmonar²³. A hipotermia leve aumenta o nível sérico de catecolaminas, levando à taquicardia, hipertensão arterial, vasoconstrição sistêmica e ao desequilíbrio entre a demanda e a oferta de oxigênio ao miocárdio, levando a um infarto agudo do miocárdio²⁰. Chamado para essa problemática representou 1,1% (01).

São, portanto, várias as situações em que pode haver uma PCR, conforme demonstrado no estudo. Muitos desses quadros correspondem a doenças cardiovasculares, as SCA como a angina instável, infarto agudo do miocárdio (IAM) e morte súbita, dentre outras patologias ou adversidades. A menor sobrevida dos pacientes com

PCR em domicílio sugere dificuldades no primeiro elo da corrente da sobrevivência, como o reconhecimento dos sinais de parada cardíaca e o acionamento do serviço de emergência. Essas são etapas sensíveis à modificação através de campanhas de educação populacional²⁴. Se a PCR não for reconhecida precocemente pelo atendente, este irá demorar a transferir a ligação para o médico regulador, que levará mais tempo para enviar a equipe móvel de atendimento até o local, além de não fornecer adequadamente as instruções básicas de RCP pelo telefone²⁵.

Educação, implementação e treinamentos contínuos são essenciais, embora as habilidades adquiridas após um treinamento em RCP possam ser perdidas em tempo muito curto (3 a 6 meses), caso não utilizadas ou praticadas. Tal fato reforça a necessidade da simplificação do treinamento para leigos com intuito de que aspectos importantes e de impacto nos desfechos tenham maior chance de ser retidos por maiores intervalos de tempos. Assim, quanto maior a necessidade de um profissional de saúde atender um caso de PCR (equipes de pronto-socorro, equipes de atendimento pré-hospitalares, equipes de códigos de parada cardíaca intra-hospitalares, intensivistas, entre outros), maior a necessidade de treinamento contínuo para o domínio das habilidades interativas, dos procedimentos e dispositivos².

É necessário implementar processos de melhoria contínua de qualidade e estes não são desafios apenas para instituições, mas para toda a sociedade. São frequentes ainda as disparidades de treinamento, registros e resultados, tanto pré quanto intra-hospitalares, e novas diretrizes podem contribuir com uma maior uniformidade e com a implementação de processos de melhoria contínua²⁶. É de extrema importância que as pessoas sejam capacitadas a atuar frente a uma PCR. Estudos recentes afirmam que a realização de manobras de RCP com qualidade e o uso do DEA por pessoas não profissionais da saúde, até a chegada do serviço médico de emergência, podem aumentar a chance de sobrevida em até duas vezes²⁷.

Segundo Eisenburger et al.²⁷, a maioria dos episódios de parada cardíaca na comunidade ocorre em domicílio, sendo o local público que se associa com melhor sobrevida imediata e em seis meses. A população deve saber que, com base nas informações passadas ao telefonista, o médico regulador irá decidir de que tipo de suporte a vítima precisa. Portanto, devem ser evitadas

expressões que dificultem o estabelecimento de um diagnóstico sintomático ou de uma hipótese diagnóstica, como "está passando mal"¹.

O maior desafio, sobretudo no Brasil, é ampliar o acesso ao ensino de RCP, estabelecer processos para a melhora contínua de sua qualidade, além de minimizar o tempo entre a RCP e a aplicação do primeiro choque pelo desfibrilador²⁸.

CONCLUSÃO

Pelo estudo, identificou-se a taxa de atendimentos e as informações durante o pedido de auxílio à vítima de PCR realizados pelo SAMU no município de Jundiaí-SP, no período de outubro de 2012 a março de 2013. Analisando os dados e as características das informações dos solicitantes a vítimas em PCR que receberam manobras de RCP pela equipe do SAMU, crê-se que as pessoas podem estar sob forte emoção e impacto ao evidenciarem um estado de possível PCR e apresentarem dificuldade para transmitir informações claras e objetivas acerca do que ocorre com a vítima, dificultando o atendimento imediato. Muitas informações passadas pelos solicitantes não permitiram identificar durante a chamada tratar-se de uma PCR, fato confirmado apenas após a chegada da equipe do SAMU ao local onde se encontrava a vítima.

Em relação à sobrevida dos pacientes encontrados em PCR o tempo até o choque desfibrilatório é fator fundamental e a monitoração desses resultados é passo inicial para o aprimoramento desse sistema de atendimento.

A PCR pode ocorrer em diversas situações e lugares e qualquer pessoa poderá ter a necessidade de pedir auxílio ao SAMU para o socorro imediato à vítima. Assim, na comunidade, é fundamental a educação, treinamentos e esclarecimentos contínuos para o reconhecimento dos sinais de gravidade de um colapso, para o acesso e comunicação ao serviço de emergência, para a técnica de realização de manobras básicas de reanimação, além de programas de colocação de DEAs com treinamento de primeiro-respondente.

É fundamental abordar situações de urgências e emergências mais comumente encontradas pelo profissional de saúde no ambiente pré-hospitalar e as principais condutas a serem tomadas até a chegada de equipe especializada para atendimento e transporte do paciente ao hospital. Entretanto, para que essas medidas

forneçam resultados adequados, torna-se importante a conscientização das pessoas quanto a essa necessidade. Os resultados obtidos na prática, por meio de estudos científicos, também precisam ser divulgados aos cidadãos e compartilhados em sociedade. Mais estudos que

retratam o tempo e a forma como se dão as chamadas, o tempo dos procedimentos, as avaliações dos quadros de PCR, os registros e o tempo de chegada ao hospital são necessários.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [Série A. Normas e Manuais Técnicos].
2. Gonzalez MM, Timerman S, Gianotto-Oliveira R, Polastri TF, Canesin MF, Schmidt A, Siqueira AW, et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2013 [citado em 22 out. 2013]; 101(2, Supl. 3):3-240. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013003600001
3. Luzia MF, Lucena AF. Parada cardiorrespiratória do paciente adulto no âmbito intra-hospitalar: subsídios para a enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2009; 30(2):328-37.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Epidemiologia da parada cardiorrespiratória e apresentação da diretriz. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2013 [citado em 10 nov. 2013]; 101(2, Supl. 3):1-221. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Emergencia.pdf
5. Núcleo de Educação Permanente. Protocolos de atendimento. Protocolo 05 – Atribuições do TARM [Internet]. 2011 [citado em 02 set. 2013]. Disponível em: <http://www.cisrun.saude.mg.gov.br/ckfinder/userfiles/files/Protocolo%2005%20TARM.pdf>
6. Cristina JA, Dalri MCB, Cyrillo RMZ, Saeki T, Veiga EV. Vivências de uma equipe multiprofissional de atendimento pré-hospitalar móvel em suporte avançado de vida na assistência ao adulto em situação de parada cardiorrespiratória. Ciencia y Enfermeria XIV [Internet]. 2008 [citado em 20 out. 2013]; 2: 97-105. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v14n2/art12.pdf>
7. American Heart Association. Destaques das diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE [versão em Português] [Internet]. 2010 [citado em 28 set. 2013]. Disponível em: http://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf
8. Pergola AM, Araujo IEM. O leigo em situação de emergência. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(4):769-76.
9. Ministério da Saúde (BR), Hospital Sírio-Libanês. A cidade em defesa da vida. São Paulo; 2010.
10. O'Dwyer G, Machado CV, Salvador FGF, Serviço de atendimento móvel de urgência: análise da política brasileira. Rev Saúde Pública [Internet]. 2011 [citado em 02 set. 2013]; 45(3):519-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2335.pdf>
11. Secretaria do Estado de Santa Catarina (SC). Abrangência do SAMU no Brasil [Internet]. [citado em 12 nov. 2012]. Disponível em: <http://samu.saude.sc.gov.br/index.php/samu-br/abrangencia-do-samu-no-brasil>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem populacional [Internet]. 2013 [citado em 10 mar. 2013]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul>
13. Santos SS, Almeida V, Nogueira SF. Reconhecimento da parada cardiorrespiratória em adultos: nível de conhecimento dos enfermeiros de um pronto-socorro municipal na cidade de São Paulo. Rev Inst Ciênc Saúde. 2008; 26(2):183-90.
14. Cabral APS, Souza WV. Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do nordeste brasileiro. Rev Bras Epidemiol. 2008; 11(4):530-40.
15. Instituto AVM. Suporte básico de vida e socorros de emergência. Parada cardiorrespiratória [Internet]. Brasília: AVM; 2011 [citado em 20 jun. 2013]. Disponível em: http://lms.ead1.com.br/webfolio/Mod5986/mod_suporte_basico_v5.pdf
16. Bernardina LD. Choque séptico. In: Sallum AMC, Paranhos WY. O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo: Atheneu; 2010. p. 561-68.
17. Diccini S. Exame neurológico. In: Sallum AMC, Paranhos WY. O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo: Atheneu; 2010. p. 391-415.
18. Quilici AP, Nunes TCS, Timerman S. Morte súbita e parada cardiorrespiratória. In: Quilici AP, Bento MA, Ferreira GF, Cardoso FL, Bagnatori SR, Moreira SR, et al. Enfermagem em cardiologia. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 423-44.
19. Santos NCM. Urgência e emergência para enfermagem do atendimento pré-hospitalar (APH) a sala de emergência. 4th. São Paulo: Iátria; 2008.
20. Maschak BJ. Histórico e cuidados aos pacientes com diabetes melito. In: Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. v. 3. p. 1201-49.
21. Santos EF, Aprile MR, Raso V. Suporte básico de vida nas principais ocorrências de trauma em pessoas idosas. Rev Equilíbrio Corporal e Saúde RECES. 2011; 3(1):46-59.
22. Vilabor RA, Paranhos WY. Emergências neurológicas: coma, convulsão e hipertensão intracraniana. In: Sallum AMC, Paranhos WY. O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo: Atheneu; 2010. p. 431-62.
23. Feitosa-Filho GS, Sena JP, Guimarães HP, Lopes RD. Hipotermia terapêutica pós-reanimação cardiorrespiratória. Rev Bras Ter Intensiva. 2009; 21(1):65-71.
24. Semensato G, Zimmerman L, Rohde LE. Avaliação inicial do serviço de atendimento móvel de urgência na cidade de Porto Alegre. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2011 [citado em 21 ago. 2013]; 96(3):196-204. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2011000300005
25. Bohm K, Rosenqvist M, Hollenberg J, Biber B, Engerstrom L, Svensson L. Dispatcher-assisted telephone-guided cardiopulmonary resuscitation: an underused lifesaving system. Eur J Emerg Med. 2007; 4(5): 256-9.
26. Weisfeldt ML, Sitlan CM, Ornato JP, Rea T, Alforderheide TP, Davis D, et al. Survival after application of automatic external defibrillators before arrival of the emergency medical system: evaluation in the resuscitation outcomes consortium population of the 21 million. J Am Col Cardiol [Internet]. 2010 Apr [cited 2013 May 05]; 55(16):1713-20. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20394>
27. Eisenburger P, Sterz F, Haugk M, Scheinecker W, Holzer M, Koreny M, et al. Cardiac arrest in public locations-an independent predictor for better outcome? Resuscitation [Internet]. 2006 [cited 2013 Sep 06]; 70(3):395-403. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000165&pid=S0066-782X201100030000500031&lng=pt Acesso em: 06/09/2013
28. SOS-Kanto Study Group. Cardiopulmonary resuscitation by bystanders with chest compression only (SOS-KANTO): an observational study. Lancet. 2007; 369(9565):920-6.

Artigo de Revisão



ASPECTOS MEDIADORES E DESENCADADORES DA SÍNDROME DE BURNOUT NOS ENFERMEIROS

MEDIATORS AND TRIGGERS ASPECTS OF BURNOUT SYNDROME IN NURSES

ASPECTOS DE MEDIADORES Y FACTORES DESENCADENANTES DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS

Fernanda Ferreira Santiago Sanchez*, Reginaldo Oliveira**

Resumo

Introdução: Síndrome de Burnout, ou do esgotamento profissional, é um distúrbio psíquico caracterizado por estado de tensão emocional e estresse crônico. O enfermeiro hospitalar é suscetível ao Burnout. **Objetivo:** Abordar a gênese dos aspectos mediadores e desencadeadores da síndrome de Burnout em enfermeiros. **Material e Método:** Estudo de revisão, qualitativo, baseado em dados da literatura científica publicados no período de 1999 a 2011. **Resultado:** O conceito de Burnout envolve o desgaste emocional ou exaustão, a despersonalização ou cinismo e diminuição da realização pessoal no trabalho. Dados científicos revelam que as características pessoais, de trabalho e as organizacionais influenciam no desenvolvimento da síndrome. A personalidade, estratégias de *coping* e características do trabalho como clima organizacional, têm-se demonstrado como mediadoras ou desencadeadoras para o surgimento desse distúrbio em enfermeiros. O *coping* centrado no problema e a personalidade *hardiness* são características pessoais mediadoras de Burnout nos enfermeiros, enquanto que o baixo clima organizacional desencadeia o processo. **Conclusão:** A síndrome de Burnout está relacionada ao contexto laboral, resulta de estresse crônico e caracteriza-se pela exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal. Na prevenção e tratamento da síndrome a abordagem deve ser compreendida como um problema coletivo e organizacional e não somente visto e tratado como um problema individual. É essencial investir no aperfeiçoamento profissional e oferecer suporte social às equipes de trabalho na enfermagem.

Palavras-chave: Esgotamento profissional. Saúde do trabalhador. Satisfação no emprego. Equipe de enfermagem.

Abstract

Introduction: Burnout syndrome, or professional burnout, is a psychic disorder characterized by a condition of emotional tension and chronic stress. The hospital nurse is susceptible to burnout. **Objective:** To approach the genesis of mediators and triggers aspects of burnout syndrome in nurses. **Methods:** It is a review qualitative study, based on data from scientific literature published from 1999 to 2011. **Result:** The concept of Burnout involves emotional stress or exhaustion, depersonalization or cynicism and personal accomplishment reduction at work. Scientific data show that the personal, working and organizational characteristics influence the development of the syndrome. Personality, coping strategies and job characteristics like organizational climate, have been shown to mediate or to trigger the onset of this disorder in nurses. The coping focused on the problem and the hardiness personality are individual characteristics that mediate burnout in nurses at the same time that bad organizational climate triggers the process. **Conclusion:** The Burnout syndrome is related to work environment, being the result of chronic stress and is characterized by emotional exhaustion, depersonalization and lack of personal accomplishment. Looking for prevention and treatment of the syndrome, the approach should be understood as a collective and organizational problem and not only seen and treated as an individual problem. It is essential to invest in professional development as well as to provide social support to work teams in nursing.

Keywords: Burnout professional. Occupational health. Job satisfaction. Nursing team.

Resumen

Introducción: Burnout o síndrome de desgaste, es un trastorno mental que se caracteriza por el estado de estrés emocional y el estrés crónico. La enfermeira del hospital es susceptible al desgaste. **Objetivo:** Conocer la génesis de mediadores aspectos y factores desencadenantes del síndrome de Burnout en enfermeras. **Métodos:** Um estudio de revisión, cualitativa, basado en datos de literatura científica publicada entre 1999 a 2011. **Resultado:** El concepto de Burnout implica estrés emocional o agotamiento, despersonalización o cinismo y baja realización personal en el trabajo. Los datos científicos muestran que las características personales, del trabajo y de la influencia de la organización desarrollan el síndrome. La personalidad, las estrategias y las características del trabajo y el clima organizacional de afrontamiento, se ha demostrado mediar o desencadenar la aparición de este transtorno en las enfermeras. El coping centrado en el problema y la personalidad *hardiness* son características personales mediadoras de burnout en enfermeras, así como el bajo clima organizacional desencadena el proceso. **Conclusión:** El síndrome de Burnout se relaciona con el contexto laboral, el resultado del estrés crónico y se caracteriza por el agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal. La prevención y el tratamiento del enfoque del síndrome debe entenderse como un problema colectivo y de organización y no sólo visto y tratado como un problema individual. Es esencial invertir en el desarrollo profesional y proporcionar apoyo social a los equipos de trabajo en enfermería.

Palabras clave: Agotamiento profesional. Salud laboral. Satisfacción en el trabajo. Grupo de enfermería.

* Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva - Adulto pelo Centro Universitário Padre Anchieta, Jundiaí-SP, Brasil. Contato: fesan_nandinha@hotmail.com

** Enfermeiro. Docente do Centro Universitário Padre Anchieta, Jundiaí-SP.

INTRODUÇÃO

Hans Selye¹ foi o primeiro estudioso a tentar definir o estresse caracterizando-o como sendo um fator biológico, e também uma síndrome de adaptação geral (SAG), manifestada mediante a um estressor. Para este autor, o estresse é um elemento inerente a toda doença, capaz de produzir certas modificações na estrutura e na composição química do corpo, as quais podem ser observadas e mensuradas. Assim, o estresse é o estado que se manifesta através da SAG que corresponde a um conjunto de respostas não específicas a uma lesão e desenvolve-se em três fases: fase de alarme, na qual as manifestações agudas ocorrem; fase de resistência, em que as manifestações agudas desaparecem e; fase de exaustão, quando retornam as reações da primeira fase podendo ocorrer um colapso orgânico.

Estudos científicos sobre o tema evoluíram até que Maslach e Jackson difundiram no meio científico o estresse psicossocial ou Burnout; antes já comentado por Bradley e Freudenberg^{2,3}. Burnout, portanto, retrata uma síndrome causada por estressores ocupacionais, em que as características de personalidade e do trabalho podem favorecer ou não o seu desenvolvimento. A síndrome não é recente, pois já durante a década de 1990 passou a ser protagonizada no meio científico em decorrência dos estudos do estresse ocupacional em profissionais da área assistencial, como: enfermeiros, médicos, assistentes sociais, professores, policiais⁴.

Para Benevides-Pereira⁵, a síndrome de Burnout pode ser compreendida como um processo que se estabelece gradualmente, iniciando-se com o desenvolvimento do sentimento de baixa autoestima, de falta de realização profissional, ocasionando de forma paralela o esgotamento mental. Posteriormente, em resposta a ambos, instala-se a despersonalização como uma estratégia de enfretamento e defesa. Constitui-se em uma fase final ou um tipo específico de reação ao estresse ocupacional prolongado, que envolve atitudes e comportamentos negativos com respeito aos clientes, ao trabalho e à organização.

O enfermeiro, principalmente na área hospitalar, pode ser acometido pelo Burnout. Na vigência da síndrome, torna-se vulnerável a prejuízos, podendo atingir o paciente e a instituição hospitalar com piora da qualidade assistencial de enfermagem, diminuição da sua eficácia e, assim, influenciar de maneira negativa os colegas de

trabalho, podendo até mesmo vir a se ausentar/desligar do emprego (*turnover*).

O enfermeiro, conhecedor das principais características mediadoras e desencadeadoras para o Burnout, deve utilizar medidas de *coping* e buscar soluções junto à instituição hospitalar, contribuindo na prevenção da síndrome.

O tema é bastante proeminente no cenário das pesquisas científicas. Neste estudo, busca-se responder à pergunta norteadora: quais são os fatores mediadores e desencadeadores da síndrome de Burnout nos enfermeiros? O propósito é destacar a importância da identificação precoce e o tratamento adequado, tendo em vista que é fundamental o equilíbrio físico e emocional dos enfermeiros em seu ambiente de trabalho.

OBJETIVO

Abordar a gênese dos aspectos mediadores e desencadeadores da síndrome de Burnout nos enfermeiros.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de estudo de revisão, de abordagem qualitativa, desenvolvido por meio de levantamento de dados da literatura científica. Foi delineado por diferentes etapas. No primeiro momento procedeu-se à elaboração da pergunta norteadora e dos descritores. Na sequência procedeu-se à busca dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), encontrando-se o esgotamento profissional como sinônimo de Burnout pelos descritores na língua portuguesa: *Estafa Profissional, Estresse Ocupacional, Estresse Profissional, Exaustão Emocional e Física, Exaustão Profissional; Equipe de Enfermagem*. No estudo, foram utilizados para a busca os descritores *Estresse Ocupacional e Equipe de Enfermagem*.

No segundo momento foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão, sendo incluídos na revisão: artigos preferencialmente originais e completos que relatassem os aspectos sociodemográficos e de personalidade dos enfermeiros no período de 1999 a 2011; artigos publicados nas línguas portuguesa e espanhola. Critérios de exclusão: pesquisas que não correspondessem aos critérios de inclusão.

No terceiro momento foi feita a coleta de dados, segundo os critérios de inclusão com a busca de artigos nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em

Ciências da Saúde (LILACS) e na Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), conforme o volume de artigos disponível nas bases de dados. Posteriormente, fez-se busca ativa entre as citações bibliográficas para identificar artigos de relevância que não tivessem sido encontrados na primeira busca, sendo acrescidos o Banco de Dados de Teses e Dissertações e a busca de periódicos documentados de enfermagem e livros.

Foram efetuadas leituras e releituras das pesquisas e a aplicação de um instrumento de coleta de dados que compreendeu a identificação dos autores, tipo de população, objetivo da investigação, tratamento dos dados, entre outros; análise interpretativa e síntese dos resultados, o fichamento dos artigos segundo a sua natureza e, por fim, a revisão ortográfica.

RESULTADOS

Foram localizados 10 artigos na busca no LILACS; nenhum resultado na MEDLINE, 1 artigo na SciELO e 1 artigo por busca manual, totalizando 12 estudos. Foram incluídas seis teses/dissertações e outros artigos sobre Burnout para melhor argumentação do tema. Agregando-se os resultados, os mesmos revelam que os aspectos mediadores ou desencadeadores podem favorecer ou desfavorecer a instalação de Burnout nos enfermeiros (Quadro 1).

Quadro 1 - Resumo esquemático dos mediadores, facilitadores e/ou desencadeadores da síndrome de Burnout nos enfermeiros

| Características | Descrição |
|-----------------|--|
| Pessoais | Nível educacional; idade, gênero; estado civil; filhos; personalidade: <i>hardiness</i> , motivação; idealismo; sentido de coerência; padrão de personalidade tipo A, <i>coping</i> . |
| Trabalho | Tipo de ocupação; tempo de profissão e na instituição; sobrecarga; trabalho por turnos ou noturno; relacionamento interpessoal; relação profissional-cliente; tipo de cliente; conflito de papéis. |
| Organizacionais | Ambiente físico; autonomia; segurança; mudanças; normas institucionais; clima. |
| Sociais | Suporte social, suporte familiar, cultura, prestígio. |

Fonte: adaptado de Benevides-Pereira⁶.

DISCUSSÃO

Vieira³ explica que o debate do conceito da síndrome procura entender se a Burnout é somente a dimensão exaustão, despersonalização, ou pode ser

encontrado em outras áreas da vida. Outros estudos²⁻⁷ diferenciam a Burnout de depressão, enquanto Castro e Zanell⁸ consideram o fracasso do futuro de carreira (projeto ser) uma consequência do desenvolvimento da Burnout. O conceito mais bem aceito da síndrome é o sociopsicológico de Maslach et al.^{9,10} e que envolve três dimensões: o desgaste emocional ou exaustão; a despersonalização ou cinismo e diminuição da realização pessoal no trabalho^{7,8,10,11}.

A apresentação dos resultados contempla, na sequência, as características pessoais, as relacionadas ao trabalho e as organizacionais e sociais.

Desencadeadores e mediadores da síndrome de Burnout em enfermeiros

Características pessoais

A organização do trabalho da enfermagem, em seus aspectos estruturais, organizacionais e relacionais, tem sido determinante para o processo de desgaste dos trabalhadores de enfermagem. Diferentes modelos de trabalho, normas, valores, variados estilos de comunicação, comportamentos, crenças, estilos de liderança, linguagem e símbolos da organização, além da subjetividade, ilustram as ações cotidianas do trabalho do enfermeiro.

Características individuais no ambiente de trabalho relacionam-se a sintomas como distanciamento emocional, sentimentos de solidão, alienação, impotência, onipotência, ansiedade, cinismo, apatia, hostilidade, suspeição, agressividade, mudanças bruscas de humor, irritabilidade, além de problemas somáticos em diferentes sistemas orgânicos como: alterações cardiovasculares, respiratórias, imunológicas, sexuais, musculares, digestivas e do sistema nervoso.

No estudo de França e Ferrari¹² a incidência de Burnout em função do gênero foi maior no sexo feminino, 13 (10,9%). Já em função da idade, observou-se nesse mesmo estudo maior predominância entre os profissionais mais velhos, visto que dos 31 trabalhadores com idade entre 41 e 60 anos, 7 deles (22,6%) apresentaram a síndrome, e dos 103 com idade entre 20 e 40 anos, foram 6 (5,8%) o número de sujeitos com Burnout, havendo entre as idades uma diferença significativa.

Em relação ao sexo, parece ser apropriado considerar o gênero na enfermagem, devido a maior predominância de mulheres nessa área. Alguns estudos afirmam que enfermeiras sofrem maiores níveis de

exaustão emocional, enquanto os homens sofrem mais despersonalização^{7,9,13}. Gil-Monte⁹ verificou que enfermeiras espanholas apresentavam níveis de despersonalização maiores em relação aos homens. Todavia, não existe unanimidade quanto a esse respeito⁷.

Acerca do nível educacional, as várias atribuições do enfermeiro, como a assistência e a realização de atividades burocráticas, podem predispor à despersonalização^{10,14}. Outras pesquisas verificaram que o escore total é de enfermeiros, maior, portanto, que o de técnicos e auxiliares, indicando que os agentes estressores laborais são percebidos com maior intensidade por estes profissionais¹⁵.

Sobre o estado civil e filhos, Stacciarini e Tróccoli¹⁶ acreditam que enfermeiros que possuem responsabilidades com filhos e demais pessoas são menos suscetíveis a Burnout. Estudo de Gómez et al.¹³ não encontrou correlação entre a síndrome, em relação à chefia e em relação aos companheiros no ambiente de serviço, tampouco com filhos.

Entende-se por *hardiness* como sendo uma constelação de características de personalidade que funcionam como uma fonte de resistência diante dos acontecimentos estressantes¹⁷. As características do *hardiness* compreendem três dimensões: compromisso, controle e desafio. Enfermeiros com esse padrão de personalidade podem ser menos estressados¹⁸. Benevides-Pereira⁷ e Serrano¹⁸ afirmam que indivíduos com personalidade *hardy* têm na estratégia de *coping* a percepção da ameaça como uma situação de desafio.

Indivíduos classificados como pertencentes ao padrão de personalidade tipo A têm como características a impaciência, o aceleração, a competição, a ansiedade e o perfeccionismo¹⁹. Pesquisas^{9,12,20} relataram que enfermeiros com esse padrão de personalidade tendem ao sentimento de onipotência em relação ao paciente e são mais suscetíveis a Burnout, podendo apresentar dimensões de exaustão emocional e despersonalização. Num estudo científico, foram encontrados níveis altos de Burnout com enfermeiros espanhóis da área da oncologia¹².

Uma das estratégias de enfrentamento da Síndrome de Burnout é o *coping*. Medida de enfrentamento frente a uma situação estressora que possui dois caracteres e difere em gênero. Homens comumente utilizam *coping* centrado no problema ao passo que mulheres nos estados

emocionais^{21,22}. Pessoas que utilizam *coping* centrado no problema procuram reduzir o estresse e tendem a alterar a situação estressora ou até mesmo a apreciação que fazem dela^{7,21}. Indivíduos que utilizam *coping* centrado na emoção tendem à evitação da situação estressora^{7,23}. Outros estudos²⁴ com enfermeiros de setores de oncologia evidenciaram o *coping* centrado no problema.

Características do trabalho

Mediar o trabalho na área da saúde é uma realidade para o enfermeiro na sua arte de cuidar, educar e gerenciar ações. Cotidianamente, o enfermeiro sofre as exigências do mercado para que seu produto seja, além de qualificado, organizado, estando, portanto, submetido a constantes estados de tensão. Destacam-se como fatores predisponentes ao desenvolvimento da Burnout a sobrecarga de trabalho decorrente do duplo vínculo e os baixos salários determinados pela conjuntura político-econômica, implementação de diferentes métodos assistenciais, rotatividade de setores e a dificuldade de trocas de plantão; as formas de divisão do trabalho, os baixos salários, a falta de reconhecimento e de autonomia, dentre outros, contribuindo para a sobrecarga de ações, o sofrimento físico e psíquico, a baixa produtividade e o descontentamento.

Quanto ao tipo de ocupação, segundo Benevides-Pereira⁷, há uma concordância no meio científico de que qualquer indivíduo pode vir a sofrer do estresse ocupacional. Para Gil-Monte⁹ e Monte e Peiró²⁵, a maior incidência ocorre em profissões de caráter assistencial e social.

O tempo de exercício profissional muitas vezes concorre para o desgaste físico e emocional no exercício da enfermagem. A esse respeito, Muller²⁶ verificou que enfermeiros com menor tempo de experiência profissional, cujas atividades englobam um a cinco anos, apresentam índices mais altos de Burnout quando comparados a demais enfermeiros.

O tempo de vivência em uma instituição profissional, no desenvolvimento da carreira, pode levar indivíduos que executam o trabalho assistindo e cuidando de pessoas à exaustão. Para Souza e Silva²⁰, profissionais de saúde com maior tempo de carreira desenvolvem estratégias de *coping* frente aos estressores. Embora não haja consenso na literatura científica⁷.

Na enfermagem, todo o trabalho geralmente é desenvolvido obedecendo-se a turnos pré-estabelecidos por meio de escalas de trabalho mensal. Martino e Misko²⁷ verificaram o estresse e modificações no perfil emocional do enfermeiro no trabalho desenvolvido por turnos. Resultados parecidos foram encontrados em estudos de Rocha²⁸.

A sobrecarga ocupacional tem uma incidência especial nos enfermeiros^{29,30}. Estudos³¹ verificam essa sobrecarga de trabalho especialmente em enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. Resultados parecidos foram encontrados em outros estudos^{32,33}, onde frequentemente o turno de trabalho do enfermeiro ultrapassava trinta horas semanais. Tamayo³⁴ identificou Burnout nos enfermeiros por decorrência do desajuste indivíduo-trabalho, ou seja, a organização exigindo mais do que retornando em benefícios às pessoas que executavam as ações de trabalho. Outras pesquisas³⁰ com 714 profissionais de enfermagem verificaram a dimensão do esgotamento emocional pela síndrome de Burnout como consequência da sobrecarga de trabalho.

Quanto à relação profissional-cliente e o tipo de paciente, alguns estudiosos acreditam que o tipo de paciente e a maior permanência do enfermeiro com o paciente aumentam o estresse nos enfermeiros. O contato diário com a doença, o sofrimento e a morte concorrem para o desgaste e a tensão emocional. Pesquisas³⁵ mostram quanto mais próxima a relação entre trabalhador e paciente, maior será a propensão para a Burnout. Outros estudos^{13,22,36} verificaram índices baixos de estresse nos enfermeiros que trabalhavam em Centro Cirúrgico (CC) devido ao menor tempo de permanência do enfermeiro com o paciente. Quanto ao tipo de paciente, estudo²⁴ com 77 enfermeiros da área oncológica verificou que para 22 enfermeiros as situações mais estressoras estavam relacionadas a mortes e ao sofrimento de vida de pacientes oncológicos. Também, segundo outro estudo³⁷, enfermeiros que não atuam com pacientes críticos também apresentam altos índices de estresse, evidenciando a possibilidade de a síndrome estar presente em servidores da equipe de enfermagem nos mais diversos ambientes de trabalho.

Um dos aspectos mais importantes nas relações de trabalho está relacionado ao relacionamento interpessoal. Quanto a este aspecto, verifica-se em estudos^{16,22,36,37} a incidência de atritos interpessoais entre

o enfermeiro e a equipe de enfermagem, com a equipe médica, equipe de manutenção e limpeza nos diferentes setores das áreas hospitalares e de assistência na saúde coletiva. Dissabores, desilusões, traumas, despreparo e dificuldades, principalmente dos gerentes assistenciais em trabalhar as diferentes questões do cotidiano de ações na enfermagem, corroboram para a desmotivação no trabalho e para o esgotamento físico e emocional.

Características organizacionais e sociais

A burocracia, o excesso de normas, a falta de autonomia do profissional, comunicação ineficiente e mudança organizacional frequentes, além de rigidez nas normas institucionais, podem levar os trabalhadores a riscos ocupacionais. Dessa forma, o contexto laboral possui determinação importante e decisiva no processo de trabalho.

Quanto ao ambiente físico e a segurança no trabalho, estudos^{22,31,32,38,39} verificaram que os enfermeiros e a equipe de enfermagem relataram insatisfação em relação à insuficiência dos recursos humanos e financeiros.

Outro aspecto que merece destaque é quanto ao desempenho da autonomia. A esse respeito, Schmidt et al.³² referem que, na maioria dos hospitais, ao enfermeiro são atribuídas altas responsabilidades e pouca autonomia, sendo estes aspectos pouco trabalhados pelos gestores, além de serem geradores de insatisfação e descontentamento no trabalho. Stacciarini e Tróccoli¹⁶ e Gil-Monte⁹ apontam que o poder de decisão limitado do enfermeiro impede a solução de diversos problemas no ambiente de trabalho.

As características do trabalho e as questões organizacionais quando desfavoráveis aos enfermeiros condizem para o baixo clima organizacional das instituições hospitalares. A esse respeito, Chiavenato⁴⁰ explica que o clima organizacional retrata a qualidade do ambiente organizacional e que, percebido por seus funcionários, influencia nas necessidades pessoais dos mesmos.

Destaca-se, portanto, que o serviço de enfermagem por um grupo organizado de pessoas, no qual é grande o número, a complexidade e a diversidade das atividades, é evidente a necessidade da divisão equânime e uma distribuição mais harmônica do trabalho entre os seus elementos, bem como o estabelecimento do padrão de relações entre eles.

CONCLUSÃO

A tensão e o estresse no ambiente laboral têm elevado o diagnóstico de doenças mentais relacionadas com o trabalho. Burnout desenvolve-se gradual e ciclicamente, seu progresso é insidioso e não surge subitamente, mas de forma paulatina, com aumento progressivo de sua severidade. É prejudicial para o trabalho assistencial do enfermeiro. A sobrecarga laboral, o baixo nível de suporte, os conflitos interpessoais, o contato com a morte e preparação inadequada são alguns dos fatores predisponentes para o desenvolvimento da síndrome.

Diante do cenário de trabalho brasileiro, pode-se afirmar que o *coping* centrado no problema e a personalidade *hardiness* são características pessoais mediadoras de Burnout para os trabalhadores na área da enfermagem. Em contrapartida, as características

desencadeadoras desse distúrbio têm se revelado por questões de baixo clima organizacional nas ações que compõem o rol de trabalho do enfermeiro.

Desordens emocionais, físicas e mentais têm caráter psicossocial e as medidas preventivas e o tratamento precoce são essenciais. É fundamental reconhecer a necessidade de educação permanente e investir no aperfeiçoamento profissional, oferecer suporte social às equipes de trabalho na enfermagem e fomentar a sua participação nas decisões.

Sugerem-se como medidas de enfrentamento ao estresse no exercício da enfermagem, o diálogo contínuo, o lazer, a musicoterapia, o desenvolvimento de atividades físicas e de relaxamento no ambiente de trabalho, e demais atividades que contemplem o bem-estar físico e emocional.

REFERÊNCIAS

- Selye H. Stress, a tensão da vida. 2ª. ed. São Paulo: Ibrasa; 1956.
- Schwartzmann L. Estrés laboral, síndrome de desgaste (quemado), depresión: ¿estamos hablando de lo mismo? Cienc Trab [Internet]. 2004 [citado em 09 mar. 2016]; 6(14):174-84. Disponível em: <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/14/pagina%20174.PDF>
- Vieira I. Conceito(s) de Burnout: questões atuais da pesquisa e a contribuição da clínica. Rev Bras Saúde Ocup [Internet]. 2010 [citado em 09 jan. 2016]; 35(122):269-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n122/a09v35n122.pdf>
- Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
- Benevides-Pereira AMT. O estado da arte do Burnout no Brasil. [Apresentado como Conferência no I Seminário Internacional sobre Estresse e Burnout]. Rev Eletr Inter Ação Psy. 2003; 1(1):4-11.
- Benevides-Pereira AMT. Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. In: Benevides-Pereira AMT, organizador. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. p. 21-91.
- Benevides-Pereira AMT. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
- Castro FG, Zanell JC. Síndrome de Burnout e projeto de ser. Cad Psicologia Social do Trabalho (USP) [Internet]. 2007 [citado em 09 jan. 2016]; 10(2):17-33. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/cpst/v10n2/v10n2a03.pdf>
- Gil-Monte PG. El síndrome de quemarse por el trabajo en enfermería. Rev InterAção Psy [Internet]. 2003 [citado em 11 jan. 2016]; (1):19-33. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/artigo3.pdf>
- Carlotto MS. A síndrome de Burnout e o trabalho docente. Psicol estud [Internet]. 2002 [citado em 23 fev. 2016]; 7(1):21-9. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/pe/v7n1/v7n1a03.pdf>
- Grazziano ES, Bianchi FER. Impacto do stress ocupacional e Burnout para enfermeiros. Rev Enferm Glob [Internet]. 2010 [citado em 12 fev. 2016]; 18:1-20. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/pt_revison1.pdf
- França FM, Ferrari R. Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm [Internet]. 2012 [citado em 12 fev. 2016]; 25(5):743-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500015&lng=en
- Gómez MMN, Nieto Dodino C, Forero Aponte C, Caycedo CE, Palma Riveros M, Montealegre Martínez MDP, et al. Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermeira. Univ Psychol Bogotá (Colombia) [Internet]. 2005 [citado em 09 jan. 2016]; 4(1):63-75. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64740108>
- Carlotto MS, Câmara, SG. Análise da produção científica sobre a síndrome de Burnout no Brasil. Psico-PUCRS [Internet]. 2008 [citado em jan. 2016]; 39(2):152-8. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1461/3035>
- Paschoalini B, Oliveira MM, Frigério MC, Dias ALR P, Santos FH. Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm [Internet]. 2008 [citado em 09 fev. 2016]; 21(3):487-92. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_17.pdf
- Stacciarini JM, Tróccoli BT. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2001 [citado em 09 fev. 2016]; 9(2):17-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11510.pdf>
- Kobasa SC, Maddi SR, Khan S. Hardiness and health. A prospective study. J Pers Soc Psychol. 1982 Jan; 42(1):168-77.
- Serrano PM. Adaptação cultural da Hardiness Scale (HS). [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.
- Paiva KCM, Saraiva LAS. Estresse ocupacional de docentes do ensino superior. Rev Adm. 2005; 40(2):145-58.
- Souza WC, Silva AMM. A influência de fatores de personalidade e de organização do trabalho no Burnout em profissionais de saúde. Rev Estud Psicol [Internet]. 2002 [citado em 09 fev. 2016]; 19(1):37-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v19n1/a04.pdf>
- Lipp MEN. Mecanismos neuropsicológicos do stress: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

22. Aquino JM. Estressores no trabalho da enfermeira de centro cirúrgico: consequências profissionais e pessoais [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2005.
23. Caregnato RCA, Lautert L, Bianchi ERF. Manejo do estresse da equipe multiprofissional na sala de cirurgia. *Nursing*. 2005; 90(8):515-7.
24. Rodrigues SAB, Chaves EC. Fatores estressantes e estratégias de coping dos enfermeiros atuantes em oncologia. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet]. 2008 [citado em 09 fev. 2016]; 16(1):24-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_03.pdf
25. Monte PG, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología* [Internet]. 1999 [citado em 09 fev. 2016]; 15(2):261-8. Disponível em: http://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/12v98_05Llag2.PDF
26. Muller DVK. A síndrome de Burnout no trabalho de assistência à saúde: estudo junto a profissionais da equipe de enfermagem do hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Porto Alegre. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Engenharia; 2004.
27. Martino MMF, Misko MD. Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2004 [citado em 23 fev. 2016]; 38(2):161-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/06.pdf>
28. Rocha MCP. Estresse e o ciclo vigília-sono do enfermeiro que atua em diferentes setores do ambiente hospitalar [dissertação]. Campinas: Universidade de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2008.
29. Gil-Monte P. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psicol em Estudo* [Internet]. 2002 [citado em 23 fev. 2016]; 7(1):3-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v7n1/v7n1a01>
30. Gil-Monte P, Jueas JAG, Hernández MC. Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Interam J Psychol* [Internet]. 2008 [citado em 23 fev. 2016]; 42(1):113-8. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28442112>
31. Beserra FM, Souza AMA, Moreira DAA, Maria DSD, Bárbara P. Significado do trabalho dos profissionais de enfermagem no hospital geral. *Av Enferm* [Internet]. 2010 [citado em 23 fev. 2016]; 28(2):31-9. Disponível em: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii2_3.pdf
32. Schmidt DR, Dantas RAS, Marziale MHP, Laus AM. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2009 [citado em 09 fev. 2016]; 18(2):330-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a08.pdf>
33. Ferrareze MVG, Ferreira V, Carvalho AMP. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2006 [citado em 09 fev. 2016]; 19(3):310-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a09v19n3.pdf>
34. Tamayo MR. Burnout: implicações das fontes organizacionais de desajuste indivíduo-trabalho em profissionais da enfermagem. *Psicol Reflexão e Crítica*. 2000; 22(3):474-82.
35. Ruviano MFS, Bardagi MP. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais da área de enfermagem do interior do RS. *Barbarói* [Internet]. 2010 [citado em 09 fev. 2016]; 33:194-216. Disponível em: <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1555/1317>
36. Stumm EMF. Estresse da equipe de enfermagem que atua em unidade do centro cirúrgico nos hospitais da cidade de Ijuí-Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem; 2000.
37. Bianchi ERF. Enfermeiro hospitalar e o stress. *Rev Esc Enf USP* [Internet]. 2000 [citado em 09 fev. 2016]; 34(4):390-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n4/v34n4a11>
38. Souza RMN. O trabalho no centro cirúrgico e as funções psicofisiológicas dos trabalhadores de enfermagem. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009.
39. Schmidt DRC, Dantas RAS. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet]. 2006 [citado em 27 dez. 2015]; 14(1):54-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a08.pdf>
40. Chiavenato I. Gerenciando pessoas: o passo decisivo para a administração participante. 2a ed. São Paulo; 2004.

Recebido em: 10/03/2016

Aceito em: 29/04/2016

Relato de Caso



RESSECÇÃO DE LESÃO CÍSTICA DE COLÉDOCO: RELATO DE CASO

RESECTION OF CHOLEDOCHAL CYSTIC LESION: CASE REPORT

RESECCIÓN DE LAS LESIONES QUÍSTICAS DE COLÉDOCO: INFORME DE CASO

José Francisco Gandolf*, Francisco Ribeiro de Carvalho Neto*, Nazir Elias Chalela Ayub**, Renato Poli Veneziani Sebbe***, Juliana de Jesus Boscolo****, Juliana Gonçalves Yogolare*****

Resumo

Introdução: Os cistos de colédoco são uma entidade rara que possuem risco de malignização entre 10-15%. Seu diagnóstico se baseia na clínica do paciente, a partir da tríade clássica de dor abdominal, icterícia e massa abdominal palpável, associada a exames de imagem, sendo considerada padrão-ouro a Colangiorressonância. A derivação biliodigestiva com anastomose hepatojejunal, associada à reconstrução em Y-de-Roux e à completa retirada do cisto, tem sido o tratamento de escolha para cistos dos tipos I e IV. **Objetivo Geral:** Relatar o caso raro de um paciente de 48 anos, portador de cisto de colédoco, submetido à ressecção cirúrgica com colecistectomia associado à ressecção da lesão cística e dos ductos extra-hepáticos, reconstruído com derivação biliodigestiva (hepaticojejunostomia em Y-de-Roux) e alertar sobre as características clínicas e laboratoriais dessa lesão pré-maligna para possibilidade de um diagnóstico precoce. **Material e Método:** Trata-se de um relato de caso desenvolvido juntamente com revisão da literatura atual. **Resultado:** O paciente foi submetido à ressecção cirúrgica com colecistectomia associada à ressecção da lesão cística e dos ductos extra-hepáticos e a posterior reconstrução com derivação biliodigestiva (hepaticojejunostomia em Y-de-Roux). **Conclusão:** Com o relato, pode-se obter uma melhor caracterização dos sinais e sintomas dessa doença para o conhecimento médico, proporcionando maior grau de suspeita para a identificação da doença. Assim, possibilita o diagnóstico precoce e a diminuição do risco de malignização.

Palavras-chave: Cisto de colédoco. Classificação Todani. Trato biliar. Patologia.

Abstract

Introduction: Common bile duct cysts are a rare entity with risk of malignant transformation from 10 to 15%. Its diagnosis is based on patient signs, starting from the classic triad of abdominal pain, jaundice, and a palpable abdominal mass, associated with imaging, being cholangioresonance the gold standard. The biliary-digestive derivation with hepato-jejunal anastomosis associated with Roux Y reconstruction and with complete cyst removal has been the treatment of choice for type I and IV cysts. **Objective:** To report a rare case of a 48 years old patient with a choledochal cyst (Type IC) submitted to surgical resection with cholecystectomy associated with resection of the cystic lesion and extrahepatic ducts as well, with reconstruction with biliary-digestive derivation (Roux Y hepatojejunostomy). To warn about the clinical and laboratory characteristics of premalignant lesion in order to obtain an early diagnosis. **Material and Methods:** This is a case report developed along with a review of current literature. **Results:** The patient underwent surgical resection with cholecystectomy associated with resection of the cystic lesion and extrahepatic ducts as well with subsequent reconstruction with biliary-digestive derivation (Roux Y hepatojejunostomy). **Conclusion:** According with this report, it is possible to get a better characterization of the signs and symptoms of this disease in order to improve medical knowledge, providing as well a greater degree of suspicion for diagnosis. Thus, it enables early diagnosis and reduces the risk of malignant transformation.

Keywords: Choledochal cyst. Rating Todani. Biliary tract. Pathology.

Resumen

Introducción: Los quistes de colédoco son es una entidad poco frecuente que se encuentran en riesgo de transformación maligna entre 10-15%. Su diagnóstico se basa en la evaluación clínica de la paciente, desde la clásica tríada de dolor abdominal, ictericia y masa abdominal palpable, asociado con las imágenes de exámenes, siendo considerado el patrón oro la colangiografía. La derivación biliodigestiva con anastomosis hepatojejunal, asociado con la reconstrucción en Y de Roux y la extracción completa del quiste, ha sido el tratamiento de elección para los quistes de tipos I y IV. **Objetivo general:** Presentar un caso raro de un paciente de 48 años, portador de quiste de colédoco, sometido a resección quirúrgica con colecistectomía asociada con la resección de las lesiones quísticas y de conductos biliares, reconstruido con derivación biliodigestiva (hepaticojejunostomia en Y de Roux) y advertir sobre las características clínicas y de laboratorio de este tipo de lesiones pre-malignas a la posibilidad de un diagnóstico temprano. **Material y método:** Se trata de un caso clínico desarrollado junto con una revisión de la literatura actual. **Resultado:** El paciente fue sometido a resección quirúrgica con colecistectomía asociada con la resección de las lesiones quísticas y la extrahepática y la posterior reconstrucción con derivación biliodigestiva (hepaticojejunostomia en Y de Roux). **Conclusión:** Con la cuenta, se puede obtener una mejor caracterización de los signos y síntomas de esta enfermedad a los conocimientos médicos, proporcionando mayor grado de sospecha de identificación de la enfermedad. Por lo tanto, permite el diagnóstico precoz y reducir el riesgo de transformación maligna.

Palabras clave: Quiste del colédoco. Todanis clasificación. Sistema biliar. Patología.

* Professor Doutor Chefe da Enfermaria de Vias Biliares da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

** Residente do 2º ano de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Contato: nazirchalela@gmail.com

*** Residente do 2º ano de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

**** Acadêmica do 6º ano da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

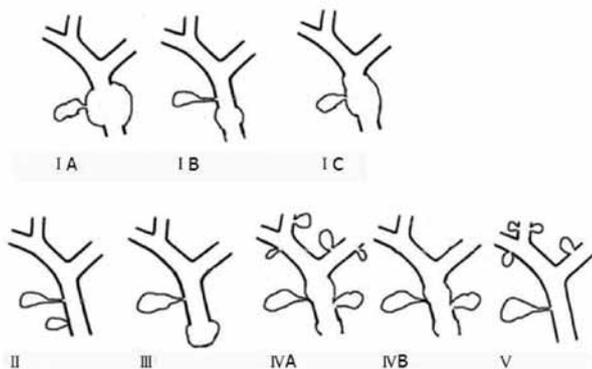
Trabalho realizado na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto-SP.

INTRODUÇÃO

O cisto de vias biliares é uma entidade patológica de grande importância devido ao seu potencial de malignização. Apesar de descrições datadas de 1723¹, ainda há muito a saber sobre sua etiologia, fisiopatologia e tratamento. Alonso-Lej et al.² sistematizaram a primeira classificação dos cistos de colédoco (CCs) em 1959, porém, atualmente, a classificação de Todani³ é a mais aceita mundialmente, dividindo-os em Tipo I: IA, IB e IC; Tipo II; Tipo III; Tipo IVA e IVB; e Tipo V – Doença de Caroli (Figura 1)⁴.

Figura 1 – Tipos de cistos biliares acordo com a classificação Todani

Types of biliary cysts according to Todani classification. I: Solitary extrahepatic cyst (40%-85%): IA: Common type; IB: Segmental extrahepatic duct dilatation; IC: Diffuse extrahepatic dilation; II: Extrahepatic diverticulum (2%-3%); III: Choledochocoele (1.4%-5.6%); IV A: Multiple extra and intrahepatic cysts; IV B: Multiple extrahepatic cysts (18%-20%); V: Multiple intrahepatic cysts (Caroli's disease) (rare).



Fonte: Jabłońska⁴.

A incidência dos CCs varia entre o Ocidente e Oriente. Enquanto no Ocidente é considerada patologia rara, ocorrendo entre 1 em 100.000-150.000 nascidos vivos, no Oriente a incidência chega a 1 em 1.000, ainda sem esclarecimentos de causas^{4,5}. A relação mulher: homem é de 4:1-3:1⁶⁻⁸, e a prevalência na população geral é variável de acordo com o tipo de cisto, sendo de 50-80% para cistos Tipo I na classificação de Todani; 2% para Tipo II; 1,4-4,5% para Tipo III; 15-35% para Tipo IV; e de 20% para Tipo V⁹.

Aceita-se que os CCs são uma doença pré-maligna^{5,10}, com o risco de malignização entre 10-15%, que aumenta proporcionalmente quanto maior a idade^{5,7,9}. Os tipos mais comuns de câncer são: Adenocarcinoma (73-84%), Carcinoma Anaplásico (10%), Câncer Indiferenciado (5-7%), Carcinoma de Células Escamosas (5%) e outros

(1,5%)^{5,7,9}, sendo o colédoco o sítio mais comum de implantação (50-62%), seguido da vesícula biliar (38-46%)^{5,7}. O diagnóstico baseia-se na clínica do paciente associado a exames de imagem. A sintomatologia clássica envolve a tríade dor abdominal, icterícia e massa abdominal palpável^{2,6}, porém devem-se dividir os pacientes em dois grupos de acordo com a apresentação clínica, sendo que em neonatos (idade inferior a 12 meses) ocorre o predomínio de icterícia de padrão obstrutivo e massa abdominal palpável, e em adultos (idade superior a 12 meses) a sintomatologia manifesta-se mais frequentemente por dor, febre, náuseas, vômitos e icterícia^{4,9,10}.

Complicações descritas envolvem pancreatites e colangites de repetição, coledocolitíase e até sinais de abdome agudo, com peritonite, devido à ruptura espontânea do cisto⁴. Exames de imagens utilizados envolvem o Ultrassom, Tomografia Computadorizada e Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE). No entanto, o padrão-ouro para o diagnóstico e definição de estratégia terapêutica se encontra na Colangiorrressonância.

O manejo deve incluir primeiramente o tratamento dos sintomas e complicações acima citados, porém o tratamento definitivo necessita de intervenção cirúrgica, dependendo do tipo do cisto⁴. A derivação biliodigestiva com anastomose hepatojejunal, associada à reconstrução em Y-Roux e à completa retirada do cisto, tem sido o tratamento de escolha para cistos do tipo I e IV, considerando o risco de malignização^{4,10}. Para o cisto do tipo II, basta a excisão do mesmo. Cisto do tipo III necessita de papilotomia endoscópica para melhora da drenagem biliar. E cisto do tipo V pode ser manejado com lobectomia parcial, dependendo do acometimento das vias biliares intra-hepáticas, ou até mesmo transplante hepático, caso a doença esteja avançada, evoluindo a cirrose ou demais complicações.

Este estudo tem como finalidade relatar condições para um diagnóstico precoce e melhorar o prognóstico e a cura no tratamento cirúrgico para ressecção de lesão cística de colédoco.

OBJETIVO

Relatar o caso raro de um paciente de 48 anos, portador de cisto de colédoco, submetido à ressecção

cirúrgica com colecistectomia associada à ressecção da lesão cística e dos ductos extra-hepáticos, reconstruídos com derivação biliodigestiva (hepaticojejunostomia em Y-de-Roux) e alertar sobre as características clínicas e laboratoriais dessa lesão pré-maligna para possibilidade de um diagnóstico precoce.

RELATO DO CASO

Apresenta-se um caso raro de cisto de colédoco com incidência estimada em 1 caso a cada 600.000 nascidos vivos, considerando etnia, gênero e tipo do cisto, seguindo a classificação de Todani^{4-6,8,9}.

O quadro inicial do paciente foi compatível com icterícia, dor abdominal, náuseas e vômitos, laboratorialmente apresentando padrão obstrutivo para aumento de bilirrubinas. A investigação complementar valeu-se de exames de imagens: na emergência, a Ultrassonografia já mostrava grande dilatação de colédoco, contendo cálculo em seu interior; e para fechar o diagnóstico e classificar o cisto, a Colangiorrressonância, exame padrão-ouro, foi decisiva.

No presente relato: paciente masculino de 48 anos, operador de máquina industrial, foi admitido no hospital com quadro de dor em hipocôndrio direito acompanhada de vômitos diários, febre não aferida, hipocolia fecal e icterícia há três dias. Ao exame físico encontrava-se icterício ++/4+, com pressão arterial sistólica de 108 mmHg e diastólica de 74 mmHg, pulso de 103 bpm e abdome doloroso à palpação em hipocôndrio direito, sem outras alterações.

Os exames laboratoriais revelaram aumento de enzimas pancreáticas, canaliculares e hepatocíticas, bilirrubina total e direta (lipase: 743 U/L; FA: 357 U/L; GGT: 1459 UI/L; AST: 63 U/L; ALT: 113 U/L; BT: 3,88 mg/dL; BD: 3,21 mg/dL). A ultrassonografia de abdome superior (Figura 2) mostrou vesícula biliar com dimensões aumentadas (11,4 x 4,8 cm) com paredes conservadas sem imagem ecogênica em seu interior, dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas, com hepato-colédoco medindo 3,6 cm em seu maior calibre, com imagem hiperrefringente em seu interior (medindo 3,29 cm em seu maior eixo), produtora de sombra acústica posterior compatível com coledocolitíase distal, baço acessório e litíase renal à direita.

Figura 2 - Hepato-colédoco medindo 3,6 cm em seu maior calibre, com imagem hiperrefringente em seu interior (medindo 3,29 cm em seu maior eixo), produtora de sombra acústica posterior compatível com coledocolitíase distal



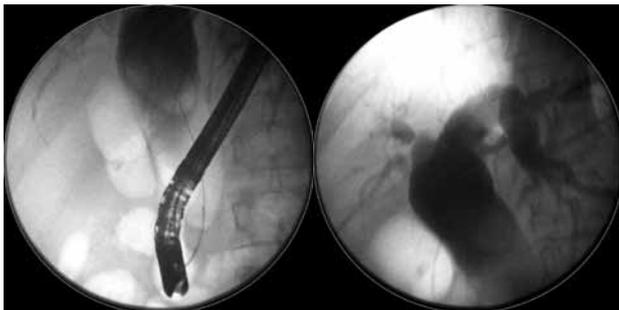
Paciente foi manejado com suporte clínico e dieta zero durante dois dias de internação, novos exames laboratoriais mostraram redução significativa da lipase e das bilirrubinas total e direta, entretanto as enzimas canaliculares tiveram redução pouco significativa (lipase: 140 U/L; GGT: 1304 UI/L; FA: 315 U/L; PCR: 0,67 mg/dL; amilase: 150 U/L; BT: 0,97 mg/dL; BD: 0,78 mg/dL; hemoglobina: 13,9 g/dL; hematócrito: 39,2%).

Foi realizada uma colangiorrressonância no sétimo dia de internação que revelou presença de duas imagens ovulares císticas, sem realce, medindo 0,7 cm e 0,5 cm, localizadas nos segmentos II e VI, respectivamente, com aspecto sugestivo de cistos, dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas com dilatação de aspecto fusiforme de toda a extensão do colédoco (medindo cerca de 3,0 cm em seu maior diâmetro transversal) e do ducto hepático comum compatível com cisto biliar tipo IC na Classificação de Todani, presença de imagem de cálculo medindo 3,5 cm no interior do colédoco (Figura 3) e vesícula biliar de dimensões aumentadas, paredes finas e aparentemente sem cálculos em seu interior. A colangiopancreatografia endoscópica retrógrada feita no mesmo dia após RNM mostrou pseudodivertículo periampular, dilatação fusiforme de colédoco (que aventou a hipótese de cisto biliar tipo IC de Todani) com imagem de cálculo único gigante em seu interior (Figura 4); foi realizada papilotomia endoscópica com boa drenagem biliar, entretanto, a tentativa de retirada do cálculo com cesta basket não obteve sucesso.

Figura 3 - Colangiorrressonância - Dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas com dilatação de aspecto fusiforme de toda a extensão do colédoco (medindo cerca de 3,0 cm em seu maior diâmetro transverso) e do ducto hepático comum compatível com cisto biliar tipo IC na Classificação de Todani, presença de imagem de cálculo medindo 3,5 cm no interior do colédoco

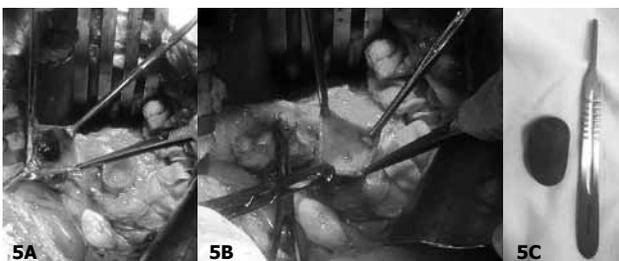


Figura 4 - CPRE - Dilatação fusiforme de colédoco (que aventou a hipótese de cisto biliar tipo IC de Todani) com imagem de cálculo único gigante em seu interior



Após realização dos exames laboratoriais e avaliação pré-operatória, foi programada a ressecção cirúrgica do cálculo no colédoco com ressecção da lesão cística e dos ductos extra-hepáticos, reconstruído com derivação biliodigestiva (hepaticojejunostomia em Y-de-Roux). O procedimento ocorreu após 26 dias da entrada do paciente no setor de emergências, sem intercorrências (Figuras 5A, 5B e 5C). Apesar do aspecto habitual da bile, foi coletado material para cultura e bacterioscopia e o produto de exérese foi enviado para estudo histopatológico.

Figuras 5A, 5B e 5C – 5A: parte proximal do colédoco ressecado, próximo da junção do ducto hepático direito com o ducto hepático esquerdo; 5B: parte distal do colédoco ressecado, sendo possível visualização da área de estreitamento do cisto que foi posteriormente ressecada; 5C: cálculo retirado do colédoco



No pós-operatório imediato, o paciente foi encaminhado para unidade de tratamento intensivo, onde ficou monitorizado e evoluiu bem clinicamente, sendo transferido para enfermaria no 3ºPO.

No 3ºPO, a cultura biliar evidenciou bactéria *Klebsiella pneumoniae* (KPC) multirresistente, sensível a amicacina e colistina. Apesar da boa evolução clínica do paciente sem apresentar sintomatologia de infecção, em discussão conjunta com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), optou-se pelo tratamento com Polimixina B por 14 dias e transferência para leito de isolamento na enfermaria. No 8ºPO o paciente evoluiu com boa aceitação da dieta, negando náuseas e vômitos; sem outras queixas, foi orientada alta hospitalar de acordo com orientações da CCIH, com prescrição de Polimixina B 500000 UI de 12 em 12 horas por sete dias; Amicacina 500 mg, 2 ampolas uma vez ao dia, também por sete dias; analgesia e sintomáticos.

O resultado do anatomopatológico evidenciou peça cirúrgica de colédoco com coledocite crônica, focalmente erosiva e com áreas de hemorragia de mucosa e dilatação luminal; e de vesícula biliar, apresentando colecistite crônica inespecífica moderada com espessamento fibroso parietal. O paciente permanece assintomático sem queixas, em acompanhamento ambulatorial.

Em síntese: diagnosticada a patologia, cisto Tipo IC, seguiu-se o manejo do caso, com controle da sintomatologia e drenagem de via biliar por CPRE, sem possibilidade de extrair o cálculo. Prosseguiu-se com a proposta cirúrgica de ressecção total do colédoco extra-hepático e derivação biliodigestiva, a qual foi realizada com sucesso, evitando-se o risco de malignização do cisto, que gira em torno de 15%^{5,7,9}.

A patogenia dos cistos de colédoco é multifatorial¹¹. O prognóstico do tratamento do cisto de colédoco depende do diagnóstico precoce, da exérese completa e da derivação biliodigestiva adequada. Pior prognóstico se reserva para os pacientes que se submetem a tratamento cirúrgico com deterioração importante da função hepática ao diagnóstico¹². O cisto de colédoco deve fazer parte do diagnóstico diferencial em pacientes adultos jovens com icterícia e massa palpável; no entanto, a manifestação não usual de cisto de grande tamanho deve chamar atenção para o diagnóstico diferencial com doenças neoplásicas¹¹.

Ressalta-se a importância do diagnóstico rápido

e preciso, com equipe multidisciplinar bem treinada e tratamento que atenda adequadamente as orientações atualmente preconizadas.

CONCLUSÃO

Obteve-se com o caso relatado e a revisão da literatura uma melhor caracterização dos sinais e sintomas

do cisto de colédoco, que apesar das suas diversas formas, de acordo a classificação de Todani, é raro e merece importância devido aos seus riscos de malignização. Quando diagnosticado precocemente é possível programar uma estratégia individualizada de acompanhamento e tratamento a fim de se obter resultados satisfatórios e evitar o risco de malignização e complicações.

REFERÊNCIAS

1. Pacheco EG, Andrade J, Lima FEGV, Rabelo NN, Rabelo NN, Tallo FS, et al. Doenças císticas das vias biliares. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2015; 13(3):213-7.
2. Alonso-Lej F, Rever WB, Pessagno DJ. Congenital choledochal cyst, with a report of 2, and an analysis of 94, cases. *Int Abstr Surg.* 1959; 108:1-30.
3. Todani T, Watanabe Y, Narusue M, Tabuchi K, Okajima K. Congenital bile duct cysts: classification, operative procedures, and review of thirty-seven cases including cancer arising from choledochal cyst. *Am J Surg.* 1977; 134:263-9.
4. Jabłońska B. Biliary cysts: etiology, diagnosis and management. *World J Gastroenterol.* 2012 Sep; 18(35):4801-10.
5. Sánchez JA, Gómez S, Morales C, Hoyos SI. Quistes del colédoco. *Rev Colomb Cir.* 2015; 30:296-305.
6. Fonseca-Neto OCL, Albuquerque-Neto MC, Miranda AL. Tratamento cirúrgico da dilatação cística das vias biliares em adultos. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2015; 28(1):17-9.
7. Machado NO, Chopra PJ, Al-Zadjali A, Younas S. Choledochal Cyst in Adults: Etiopathogenesis, presentation, management, and outcome-case series and review. *Gastroenterol Res Pract [Internet].* 2015 [cited 2016 Mar 12]. Disponível em: <http://www.hindawi.com/journals/grp/2015/602591/>
8. Forny DN, Ferrante SMR, Silveira VG, Siviero I, Chagas VLA, Méio IB. Cisto de colédoco na infância: revisão de 30 casos. *Rev Col Bras Cir.* 2014; 41(5):331-5.
9. Singham J, Yoshida EM, Scudamore CH. Choledochal cysts: part 1 of 3: classification and pathogenesis. *Can J Surg.* 2009 Oct; 52(5):434-40.
10. Soares KC, Arnaoutakis DJ, Kamel I, Rastegar N, Anders R, Maithel S, et al. Choledochal cysts: Presentation, clinical differentiation, and management. *J Am Coll Surg.* 2014; 219(6):1167-80.
11. Fonseca-Neto OCL, Sant'Ana HWO, Cavalcanti LM, Miranda AL. Cisto gigante de colédoco. *ABCD, Arq Bras Cir Dig [Internet].* 2007 [citado em 10 mar. 2016]; 20(4):297-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202007000400017&lng=en
12. Pereira LH, Bustorff-Silva JM, Sbraggia-Neto L, Bittencourt DG, Hessel G. Cisto de colédoco: experiência de 10 anos. *J Pediatr.* 2000; 76(2):143-8.

Recebido em: 30/04/2016
Aceito em: 25/05/2016

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A *CuidArte Enfermagem*, revista das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA) de Catanduva-SP, com periodicidade semestral, tem por objetivo proporcionar à comunidade científica, enquanto um canal formal de comunicação e disseminação da produção técnico-científica nacional, a publicação de artigos relacionados à área da saúde, especialmente da Enfermagem. Objetiva também publicar suplementos sob a forma de coleções de artigos que abordem tópicos ou temas relacionados à saúde. O artigo deve ser inédito, isto é, não publicado em outros meios de comunicação.

As normas de um periódico estabelecem os princípios éticos na condução e no relatório da pesquisa e fornecem recomendações com relação aos elementos específicos da edição e da escrita. Visam melhorar a qualidade e a clareza dos textos dos artigos submetidos à revista, além de facilitar a edição. Os Editores recomendam que os critérios para autoria sejam contribuições substanciais à concepção e ao desenho, ou à coleta, análise e à interpretação de dados; redação do artigo ou revisão crítica visando manter a qualidade do conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a publicar.

CATEGORIAS DE ARTIGOS DA REVISTA

ARTIGOS ORIGINAIS: trabalho de pesquisa com resultados inéditos que agreguem valores à área da saúde, em especial na área da Enfermagem. Sua estrutura deve conter: resumo, descritores (palavras-chave), introdução, objetivos, material e métodos, resultados, discussão, conclusões e referências. Sua extensão limita-se a 15 páginas. Seguir instruções que constam na preparação do artigo. Recomenda-se que o número de referências bibliográficas limite-se a 20, havendo, todavia, flexibilidade. O texto deve conter fontes bibliográficas internacionais. O artigo original não deve ter sido divulgado em nenhuma outra forma de publicação ou em revista nacional.

ARTIGOS DE REVISÃO: avaliação crítica e abrangente sobre assuntos específicos e de interesse para o desenvolvimento da Enfermagem, já cientificamente publicados. Os artigos deverão conter até 15 páginas.

ARTIGOS DE ATUALIZAÇÃO OU DIVULGAÇÃO: trabalhos descritivos e interpretativos sobre novas técnicas ou procedimentos globais e atuais em que se encontram determinados assuntos

investigativos. Os artigos deverão conter até 10 páginas.

ESPAÇO ACADÊMICO: destinado à divulgação de estudos desenvolvidos durante graduação, em obediência as mesmas normas exigidas para os artigos originais. O nome do orientador deverá ser indicado em nota de rodapé, e deverão conter no máximo 10 páginas.

RELATOS DE CASO(S): descrição de casos envolvendo pacientes, ou situações singulares, doenças raras ou nunca descritas, assim como formas inovadoras de diagnóstico ou tratamento. O texto em questão aborda os aspectos relevantes que devem ser comparados com os disponíveis na literatura. Deverá ser enviada cópia do Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

RESENHAS E REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS: análise crítica da literatura científica publicada recentemente. Os artigos deverão conter até 3 páginas.

Os artigos devem ser encaminhados ao editor-chefe da revista, especificando a sua categoria, devendo ser anexada a **DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS**, nos seguintes moldes: Eu (nós), abaixo assinado(s) transfiro(erimos) todos os direitos autorais do artigo intitulado (título) à *CuidArte Enfermagem*. Declaro(amos) ainda que o trabalho é original e que não está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou eletrônico. Data e Assinatura(s).

Cada artigo deverá indicar o nome do autor responsável pela correspondência junto a Revista, e seu respectivo endereço, incluindo telefone e e-mail, e a este autor será enviado um exemplar da revista.

ASPECTOS ÉTICOS: todas as pesquisas envolvendo estudos com seres humanos deverão estar de acordo com a Resolução CNS-196/96, devendo constar o consentimento por escrito do sujeito e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Caso a pesquisa não envolva seres humanos, especificar no ofício encaminhado. Deverá ser enviada cópia do Parecer do CEP. Quando relatam experimentos com animais, os autores devem mencionar se foram seguidas as diretrizes institucionais e nacionais para os cuidados e a utilização dos animais de laboratório.

ENVIO DE ORIGINAIS: o artigo deve ser enviado pelo correio em duas vias impressas, com cópia em CD, digitado no programa *Microsoft Office Word* da versão 2003 a 2010. A revista não

se responsabilizará por eventual extravio durante o envio do material. Após o recebimento do material será enviado e-mail de confirmação ao autor responsável.

SELEÇÃO DOS ARTIGOS: inicialmente, todo artigo submetido à Revista será apreciado pelo Conselho Científico nos seus aspectos gerais, normativos e sua qualidade científica. Ao ser aprovado, o artigo será encaminhado para avaliação de dois revisores do Conselho Científico com reconhecida competência no assunto abordado. Caso os pareceres sejam divergentes o artigo será encaminhado a um terceiro conselheiro para desempate (o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir o terceiro parecer). Os artigos aceitos ou sob restrições poderão ser devolvidos aos autores para correções ou adequação à normalização segundo as normas da Revista. Artigos não aceitos serão devolvidos aos autores, com o parecer do Conselho Editorial, sendo omitidos os nomes dos revisores. Aos artigos serão preservados a confidencialidade e sigilo, assim como, respeitados os princípios éticos.

PREPARAÇÃO DO ARTIGO

Formatação do Artigo: a formatação deverá obedecer às seguintes características: impressão e configuração em folha A4 (210 X 297 mm) com margem esquerda e superior de 3 cm e margem direita e inferior de 2 cm. Digitados em fonte Times New Roman tamanho 12, espaço 1,5 entrelinhas, com todas as páginas numeradas no canto superior direito. Devem ser redigidos em português. Se for necessário incluir depoimentos dos sujeitos, estes deverão ser em itálico em letra tamanho 10, na sequência do texto. Citação *ipsis litteris* usar aspas na sequência do texto.

Autoria, Título e Subtítulo do Artigo: apresentar o título do trabalho (também em inglês e espanhol) conciso e informativo, contendo o nome dos autores (no máximo 6). No rodapé, deverá constar a ordem em que devem aparecer os autores na publicação, a maior titulação acadêmica obtida, filiação institucional, onde o trabalho foi realizado (se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, nome da agência financiadora) e o endereço eletrônico.

Resumo: deverá ser apresentado em português, inglês (*Abstract*) e espanhol (*Resumen*). Deve vir após a folha de rosto, tipo informativo, limitar-se ao máximo de 250 palavras e deverá conter: objetivo do estudo, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e análise, principais resultados e as conclusões). Redigir em parágrafo único, espaço simples, fonte 10, sem recuo de parágrafo.

Palavras-chave: devem aparecer abaixo do resumo, conter no mínimo 3 e no máximo 6 termos que identifiquem o tema,

limitando-se aos descritores, recomendados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e apresentados pela BIREME na forma trilingue, disponível à página URL: <http://decs.bvs.br>. Apresentá-los em letra inicial maiúscula, separados por ponto. Ex: Palavras-chave: Enfermagem hospitalar. Qualidade. Saúde.

Tabelas: as tabelas (fonte 10) limitadas a cinco no conjunto, devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, com a inicial do título em letra maiúscula e sem grifo, evitando-se traços internos horizontais ou verticais. Notas explicativas deverão ser colocadas no rodapé das tabelas. Seguir Normas de Apresentação Tabular do IBGE. Há uma diferença entre Quadro e Tabela. Nos quadros colocam-se as grades laterais e são usados para dados e informações de caráter informativo. Nas tabelas não se utilizam as grades laterais e são usadas para dados analisados.

Ilustrações: qualquer que seja o tipo de ilustração, sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (Desenho, Esquema, Fluxograma, Fotografia, Gráfico, Mapa, Organograma, Planta, Quadro, Retrato, Figura, Imagem, entre outros), seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título. As legendas devem ser claras. Para utilização de ilustrações extraídas de outros estudos, já publicados, os autores devem solicitar a permissão, por escrito, para reprodução das mesmas. As autorizações devem ser enviadas junto ao material por ocasião da submissão. Figuras coloridas não serão publicadas. As ilustrações deverão ser enviadas juntamente com os artigos em uma pasta denominada figuras, no formato BMP ou TIF com resolução mínima de 300 DPI. A revista não se responsabilizará por eventual extravio durante o envio do material.

Abreviações/Nomenclatura: o uso de abreviações deve ser mínimo e utilizadas segundo a padronização da literatura. Indicar o termo por extenso, seguido da abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecer no texto. Quando necessário, citar apenas a denominação química ou a designação científica do produto.

Citações no texto: devem ser numeradas com algarismos arábicos sobrescritos, de acordo com a ordem de aparecimento no texto. Quando o autor é novamente citado manter o identificador inicial. No caso de citação no final da frase, esta deverá vir antes do ponto final e no decorrer do texto, antes da vírgula. Exemplo 1: citações com numeração sequencial "...de acordo com vários estudos"¹⁻⁹. - Exemplo 2: citações com números intercalados "...de acordo com vários estudos"^{1,3,7-10,12}. Excepcionalmente pode ser empregado o nome do autor da referência como, por exemplo, no início de frases destacando sua importância.

Agradecimentos: deverão, quando necessário, ocupar um parágrafo separado antes das referências bibliográficas.

Referências: as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com o "Estilo Vancouver" Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE). Disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html e também disponível em: <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> traduzido e adaptado por Maria Gorete M. Savi (Coordenadora) e Helena Schmidt Burg. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados pela lista de abreviaturas de periódicos da Index Medicus (base de dados Medline), que pode ser consultado no endereço: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals> sendo que coloca-se um ponto após o título para separá-lo do ano. Exemplos: N Engl J Med. 2013. Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consulte o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano. Exemplos: Femina., Rev Bras Reumatol., Rev Bras Hipertens. Utilizar preferencialmente referências com menos de cinco anos de publicação. Incluir também referências internacionais na discussão, principalmente de textos publicados em periódicos científicos internacionais ou, se forem periódicos publicados no Brasil, que sejam também indexados em bases internacionais.

EXEMPLO DE REFERÊNCIAS

Devem ser citados até seis autores, acima deste número, citam-se apenas os seis primeiros autores seguidos de et al.

Livro

Baird SB, Mccorkle R, Grant M. Cancer nursing: a comprehensive textbook. Philadelphia: WB. Saunders; 1991.

Capítulo de livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Artigo de periódico com mais de 6 autores

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer. 1996; 73(8):1006-12.

Agência governamental como autor

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.

Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Autor (pessoa física) e organização como autores

Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJ; Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. J Urol. 2003; 169(6):2257-61.

Trabalho apresentado em congresso

Lorenzetti J. A saúde no Brasil na década de 80 e perspectivas para os anos 90. In: Mendes NTC, coordenadora. Anais do 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1989 set 2-7; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: ABEn – Seção SC; 1989. p. 92-5.

Documentos jurídicos

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 jun 1986. Seção 1, p.1.

Tese/Dissertação

Lipinski JM. A assistência de enfermagem a mulher que provocou aborto discutida por enfermeiros em busca de uma assistência humanizada [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; 2000.

Artigo em formato eletrônico

Polgreen PM, Diekema DJ, Vandenberg J, Wiblin RT, Chen YY, David S, et al. Risk factors for groin wound infection after femoral artery catheterization: a case-control study. Infect Control Hosp Epidemiol [Internet]. 2006 Jan [citado em 5 jan. 2007]; 27(1):34-7. Disponível em: <http://www.journals.uchicago.edu/ICHE/journal/issues/v27n1/2004069/2004069.web.pdf>

Alves Júnior L, Rodrigues AJ, Évora PRB, Basseto S, Scorzoni Filho A, Luciano PM, et al. Fatores de risco em septuagenários ou mais idosos submetidos à revascularização do miocárdio e ou operações valvares. Rev Bras Cir Cardiovasc [Internet]. 2008 [citado em 06 out. 2016]; 23(4):550-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v23n4/v23n4a16.pdf>

ENDEREÇO PARA ENCAMINHAMENTO DE ARTIGOS

CuidArte
Enfermagem

Rua dos Estudantes, 225
Parque Iracema - Catanduva-SP - Brasil
CEP 15809-144
Contato: e-mail: revistaenfermagem@fipa.com.br
Fone: (17) 3311-3331



UNIGRAF
Gráfica e Editora

Tel.: 17 3522 7339
e-mail: unigrafuniao@terra.com.br
Rua Olímpia, 793 - Vila Guzzo - Catanduva - sp

A large, stylized graphic of an eye, composed of overlapping curved shapes in various shades of blue and purple, positioned on the left side of the page.

CuidArte
Enfermagem