

# BEPA

## Boletim Epidemiológico Paulista

INFORME MENSAL SOBRE AGRAVOS À SAÚDE PÚBLICA

ISSN 1806-4272

Ano 2 Número 24

dezembro 2005

### Nesta Edição

- Maus-tratos contra crianças e adolescentes:  
avaliação das notificações compulsórias no município de  
São José do Rio Preto ..... 2**
- Fatores de risco para doenças crônicas da população  
negra do município de São Paulo..... 7**
- Recomendações da Secretaria de Estado da Saúde  
de São Paulo para realização de procedimentos de  
eutanásia de cães e gatos ..... 10**



**COORDENADORIA  
DE CONTROLE  
DE DOENÇAS**

*O Boletim Epidemiológico Paulista é uma  
publicação mensal da Coordenadoria de  
Controle de Doenças (CCD),  
da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.  
Av. Dr. Arnaldo, 351 - 1º andar, sl. 135  
CEP: 01246-902  
Tel.:(11) 3066-8823 e 3066-8825  
bepa-agencia@saude.sp.gov.br*

### Expediente

Coordenadoria de Controle de  
Doenças (CCD)

**Coordenador**

Carlos Magno C. B. Fortaleza

**Editor**

Carlos Magno C. B. Fortaleza

**Conselho Editorial**

Cilmara Polido Garcia

Centro de Vigilância Epidemiológica

Iara Camargo

Centro de Vigilância Sanitária

Carlos Adalberto Sannazzaro

Instituto Adolfo Lutz

Neide Yume Takaoka

Instituto Pasteur

Marcos da Cunha Lopes Virmond

Instituto Lauro de Souza Lima

Fernando Fiuza

Instituto Clemente Ferreira

Maria Clara Gianna

Centro de Referência e

Treinamento em DST/Aids

Carlos Magno C. B. Fortaleza

Superintendência de Controle de

Endemias

Maria Maeno

Centro de Referência em Saúde

do Trabalhador

**Coordenação Editorial**

Cecília Abdalla

Cláudia Malinverni

Leticia Maria de Campos

Sylia Rehder

Núcleo de Comunicação - CCD

**Projeto Gráfico/Editoração  
Eletrônica**

Marcos Rosado - Nive/CVE/CCD

Zilda Souza - Nive/CVE/CCD

---

*Artigo original*

## Maus-tratos contra crianças e adolescentes: avaliação das notificações compulsórias no município de São José do Rio Preto

## Mistreating children and adolescents: an evaluation of compulsory notifications in the city of São José do Rio Preto – São Paulo

Ana Lúcia Donda Pires e Eleny Maria Jamal<sup>1</sup>; Ana Maria Messias Brito e Rita de Cássia Vilella Mendonça<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Programa Saúde da Criança, Secretaria Municipal de Saúde e Higiene de São José do Rio Preto São Paulo

<sup>2</sup>Centro Regional de Atenção aos Maus-tratos na Infância e Adolescência (CRAMI)

---

### Resumo

Busca-se, neste trabalho, identificar os tipos de maus-tratos, vítimas, agressores e local de proveniência em notificações de maus-tratos, por meio de estudo retrospectivo de 560 casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes. O estudo foi realizado a partir da análise das Fichas de Notificação Compulsória encaminhadas à Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, no período de maio de 2002 a setembro de 2005. Foram identificados 445 (80%) casos de violência isolada e 115 (20%) de violência associada. A negligência foi o tipo mais freqüente de maus-tratos e as vítimas, de ambos os sexos, com idade abaixo de 9 anos completos. A mãe foi o principal agressor e o Serviço de Emergência de Pediatria do Hospital de Base com n=204 (28%) apresentou o maior número de notificações.

**Palavras-chave:** maus-tratos infantis, violência doméstica, crianças e abusos.

### Abstract

This paper is designed to identify the types of mistreating of children and adolescents, as well as assessing victims, aggressors and local of the occurrences of the compulsory notifications of mistreating, employing a retrospective study of 560 cases suspected or confirmed of mistreating children and adolescents. The study was performed with the analysis of the forms used to report Compulsory Notifications which are forwarded to the Municipal Secretary of Health of São José do Rio Preto, a city located in the state of São Paulo, during the period comprised between May, 2002 to September, 2005. There were 445 (80%) cases of isolated violence and 115 (20%) of associated violence reported. Negligence was the more frequent type of mistreat, and victims, of both sexes, were under 9 years old. Mothers were the major aggressor and the Pediatrics Emergency Service of the Base Hospital registered the highest number of reports, with n=204 (28%)

**Key words:** childhood mistreat, domestic violence, children and abuse.

## Introdução

O Brasil tem carência de estatísticas oficiais sobre a violência praticada contra crianças e adolescentes<sup>1</sup>. Embora a notificação de suspeita de maus-tratos contra crianças e adolescentes seja legalmente obrigatória, estima-se que entre 10 a 20 casos deixam de ser registrados para cada notificação realizada<sup>2</sup>. A dificuldade para identificar casos, por falta de informações básicas que permitam o diagnóstico, é um dos principais responsáveis pela subnotificação da violência ou maus-tratos contra crianças e adolescentes<sup>3</sup>.

A violência contra crianças e adolescentes é hoje, no Brasil, um grave problema de saúde pública, primeira causa de morte na faixa etária de 5 a 19 anos e a segunda causa de morte entre crianças de 1 a 4 anos<sup>4</sup>.

Os maus-tratos contra crianças e adolescentes devem ser obrigatoriamente notificados e estão classificados em quatro categorias: negligência e abandono, sevícias ou abuso físico, abuso sexual e abuso psicológico. Negligência e abandono constituem atos de omissão de cuidados básicos e de proteção à criança frente a agravos evitáveis<sup>5</sup>. Abusos ou sevícias físicas consistem no uso da força física contra a criança pelos seus cuidadores<sup>4</sup>. Abuso sexual é todo ato ou jogo sexual envolvendo crianças e adolescentes, cujo agressor está em desenvolvimento psicosexual mais adiantado<sup>4</sup>. O abuso psicológico é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança ou punição exagerada<sup>4</sup>.

Segundo observação de Minayo & Souza "...até bem pouco tempo... o setor saúde olhou para o fenômeno da violência como mero espectador, um contador de eventos e um reparador dos estragos provocados pelos conflitos sociais"<sup>6</sup>. A partir da década de 1960, entretanto, a atuação da área da saúde começou a mudar, quando a Academia Americana de Pediatria, em 1961, reconheceu a síndrome da criança maltratada. No Brasil, a violência e maus-tratos contra crianças e adolescentes passaram a receber maior atenção no final da década de 1980<sup>7</sup>.

Com a implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei Federal 8.069, de 13/7/1990 – ficaram assegurados direitos especiais e proteção integral à criança e ao adolescente. O ECA tornou compulsória a notificação, por parte do profissional de saúde, de casos suspeitos ou confirmados. E, em março de 2001, a Portaria de nº 1968/2001, do Ministério da Saúde, regulamentou a obrigatoriedade da notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra a criança e o adolescente pelos profissionais dos estabelecimentos de saúde que atendem no Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com estas resoluções, a Secretaria Municipal de Saúde e Higiene (SMSH) de São José do Rio Preto – cidade situada na região noroeste do Estado de São Paulo, com 400.000 habitantes, dos quais 85.000 abaixo de 19 anos – elaborou, em 2001, uma normalização de o todo processo de notificação. O trabalho, feito em parceria com o Centro Regional de Maus-Tratos na Infância (CRAMI), uma instituição de referência para o atendimento de maus-tratos, visava sensibilizar e capacitar os profissionais de toda a rede pública para identificar e notificar os casos de suspeita de maus-tratos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família. O objetivo deste estudo é a avaliação dos dados obtidos a partir das fichas de notificação.

## Metodologia

Foram analisados 560 casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças ou adolescentes, a partir de todas as Fichas de Notificação Compulsória encaminhadas à Secretaria Municipal de Saúde e Higiene, de maio de 2002 a setembro de 2005. Todas as informações foram transcritas para um banco de dados DBase III, por meio de um programa EPI-INFO, a partir do qual foram produzidas as tabulações das informações.

## Resultados

### Caracterizando os tipos de maus-tratos

Das 560 notificações analisadas, 445 (80%) foram casos de violência isolada e 115 (20%) de violência associada (figura 1). Nos casos de violência associada, 11 (9%) incluíram quatro tipos de violência, 25 (22,0%) incluíram três tipos e 79 (69,0%) casos incluíram dois tipos, totalizando 722 ocorrências de violência nas 560 notificações analisadas.

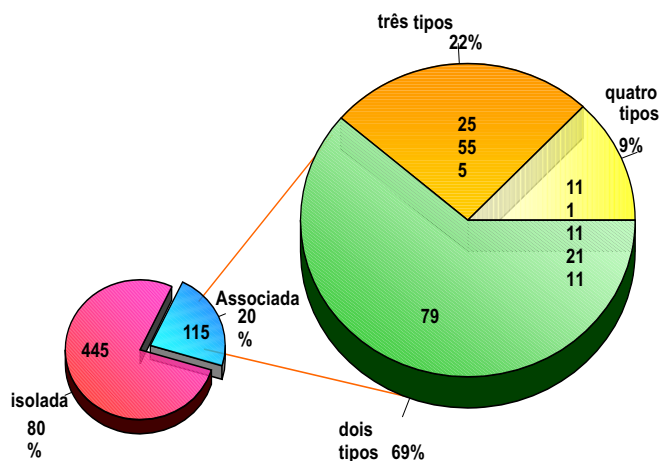


Figura 1. Frequência de casos de violência isolada e associada identificados nas Fichas de Notificação. Município de São José do Rio Preto, maio de 2002 a setembro de 2005.

A figura 2 mostra a frequência com que ocorreram os diferentes tipos de notificações de suspeita de maus-tratos. Negligência/abandono foi o tipo mais frequente (n:388; 53%), seguido por abuso físico (n:158; 22%), sexual (n:98; 14%) e psicológico (n:78 11%).

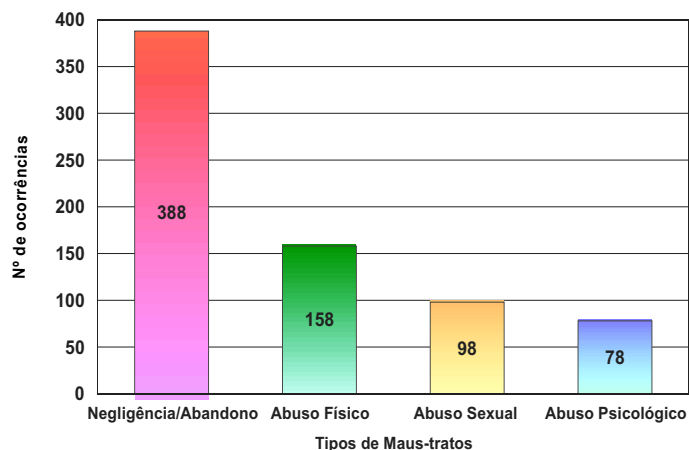


Figura 2. Frequência dos diferentes tipos de suspeita de maus-tratos identificados nas Fichas de Notificação. Município de São Jose do Rio Preto, maio de 2002 a setembro de 2005.

### Caracterizando as vítimas dos maus-tratos

#### Faixa etária

A idade das crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos variou entre recém-nascido (horas após o nascimento) e 19 anos. A figura 3 indica que as crianças que mais sofreram violência estavam na faixa entre 1 e 4 anos (n:164; 29%) e 5 a 9 anos (n:120; 22%) e 10 a 14 anos (n:97; 17%), seguidas pelas menores de um ano (n:74; 13%) e de 15 a 19 anos (n: 51; 9%). Cinquenta e quatro fichas (10%) não continham informação acerca da faixa etária da vítima.

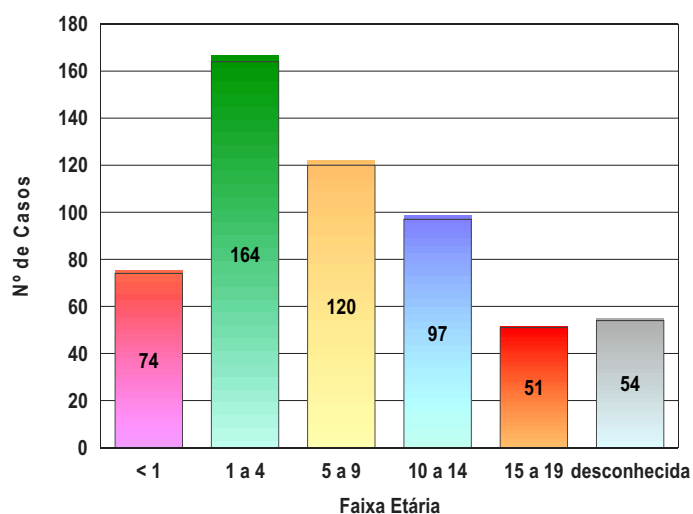


Figura 3. Frequência dos casos de suspeita de maus-tratos por faixa etária identificados nas Fichas de Notificação. Município de São Jose do Rio Preto, maio de 2002 a setembro de 2005.

#### Sexo

A frequência dos casos de suspeita de maus-tratos em relação ao sexo indicou o mesmo número para o sexo feminino (n:280; 50,0 %) em relação ao masculino (n: 280; 50,0%) (figura 4).

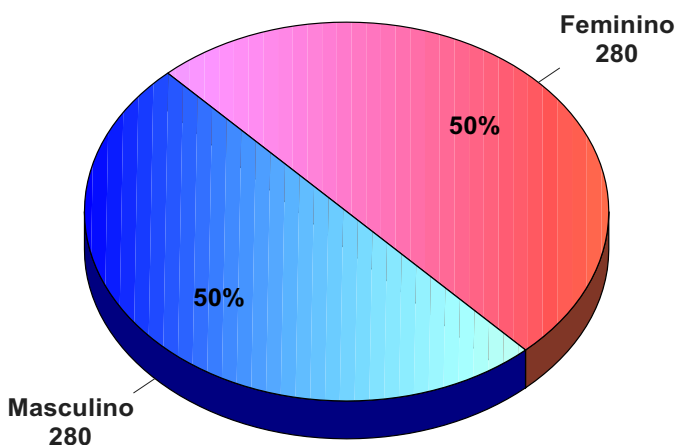


Figura 4. Frequência dos casos de suspeita de maus-tratos em relação ao sexo da vítima identificados nas Fichas de Notificação. Município de São Jose do Rio Preto, maio de 2002 a setembro de 2005.

#### Caracterizando o agressor

A mãe foi responsável, isoladamente, pela maioria das suspeitas de maus-tratos (n:277; 38,0 %), seguida por outras pessoas (n:175; 24,5%), por mãe e pai juntos (n:99; 13,5 %), pelo pai (n: 88; 12,0%) e desconhecidos (n:83; 11,5%). O agressor é proveniente do próprio núcleo familiar (n: 464; 64,0%).

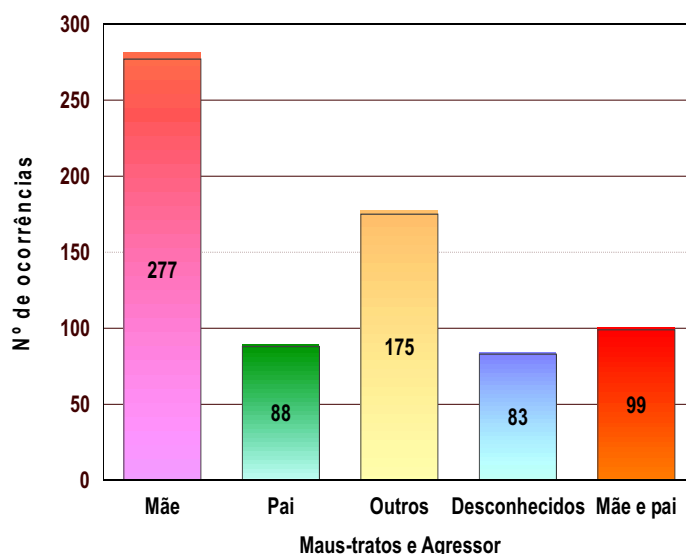


Figura 5. Identificação dos agressores de acordo com as Fichas de Notificação. Município de São Jose do Rio Preto, maio de 2002 a setembro de 2005.

### Local de proveniência da notificação

O local que encaminhou o maior número de notificações de suspeita de maus-tratos foi o Serviço de Emergência de Pediatria do Hospital de Base (n:204; 36,5%), seguido da Unidade Básica de Saúde Jaguaré (n:150; 27,0 %) e Unidade Básica Santo Antonio (n:58; 10,5%).

### Discussão

A violência contra crianças e adolescentes é um grave problema social, presente em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Trabalhar esta questão ainda é um desafio para os profissionais de saúde, principalmente por falta de informações técnicas e científicas. Poucos têm abordado a questão da violência durante a graduação e existe a necessidade urgente de incluir o tema nos currículos e capacitar os profissionais já graduados<sup>3</sup>.

Ao avaliarmos as Fichas de Notificações encontramos várias dificuldades, tais como identificação incorreta e incompleta, letra ilegível, desconhecimento da ficha, classificação do tipo de maus-tratos incorreto, de acordo com o relato da situação ocorrida, desconhecimento da ficha por falta de capacitação (novos funcionários) e falta de envolvimento com a questão da violência.

A análise das notificações identificou uma predominância de casos de violência isolada. A presença de violência associada em 20,0% das notificações indica que crianças e adolescentes podem sofrer várias formas de violência concomitantemente lembrando a questão das subnotificações, é bem provável que esse número seja maior ainda.

A negligência foi o tipo mais freqüente de maus-tratos e estes dados são compatíveis com resultados de estudos realizados no Brasil e em outros países, como Estados Unidos, Inglaterra, Austrália e Canadá<sup>8-9</sup>. Analisando as notificações observamos que o principal tipo era a falta de seguimento da conduta médica após a realização do atendimento.

As vítimas de maus-tratos em relação ao sexo não apresentam diferenças, mas quando avaliamos o abuso sexual observamos que o feminino foi acometido em 72,0%, quase três vezes mais. Várias são as interpretações para explicar porque o sexo feminino sofre com maior freqüência agressão. Nos casos de abuso sexual, na maioria das vezes o agressor é do sexo masculino e heterossexual; os homens revelam com menor

freqüência pensando ser um ato homossexual, e também são mais capazes de se defender ante esta situação<sup>10</sup>.

Quanto à idade, crianças abaixo de 9 anos foram as mais acometidas. A alta prevalência da violência nesta faixa etária pode ser explicada pela menor capacidade de defesa destas crianças, bem como pelos longos períodos em que permanecem em suas casas, pela necessidade de ajuda e dependência dos seus cuidadores<sup>11</sup>.

O principal agressor foi a mãe, que é a pessoa que tem um contato mais freqüente com os filhos. O segundo agressor mais freqüente foi "outras pessoas", que são os cuidadores ou responsáveis pela criança, desconhecidos, o pai; pai e mãe juntos também foram identificados como importantes agressores. Ao avaliarmos os casos de abuso sexual o principal agressor é o padrasto, seguido do pai. O agressor é proveniente, na maioria das vezes, do próprio núcleo familiar (n: 464; 64,0%), local que deveria oferecer cuidados e proteção à criança.

O local com maior número de notificações foi o Serviço de Emergência de Pediatria do Hospital de Base, que faz parte do Hospital Universitário. Este dado pode ser analisado a partir da existência neste serviço do Comitê de Defesa da Criança e Adolescente, formado por uma equipe multiprofissional. O local que vem a seguir é a Unidade Básica de Saúde do Jaguaré, localizada numa área de risco e vulnerabilidade social, como também durante a capacitação e sensibilização observamos uma maior adesão e comprometimento com a questão dos maus-tratos.

### Conclusões

Considerando o número de notificações analisadas, o estudo permite concluir que:

1. O principal tipo de maus-tratos encontrado nas notificações foi negligência;
2. O principal agente agressor nos casos de negligência e abandono, abuso físico e abuso psicológico foi a mãe, nos casos de abuso sexual o padrasto;
3. Ambos os sexos foram acometidos igualmente; entre 1 e 9 anos ocorreu o maior número de casos;
4. A violência ocorreu principalmente dentro do ambiente doméstico;
5. A procedência das notificações concentrou-se principalmente Serviço de Emergência de Pediatria do Hospital de Base.

**Bibliografia**

1. Azevedo MA. Pesquisando a violência doméstica contra crianças e adolescentes. A ponta do iceberg. Laci, Universidade de São Paulo; 2003. Disponível em: [www.usp.br/ip/laboratorios/lacri/iceberg.htm](http://www.usp.br/ip/laboratorios/lacri/iceberg.htm).
2. Pascolat G, Santos CFI, Campos ECR, Valdez LCO, Busato D, Marinho DH. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. **Jornal de Pediatria** 2001; 77: 35-40.
3. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública** 2002; 18:315-19.
4. SBP, Claves ENSP, Fiocruz. Secretaria do Estado dos Direitos Humanos & Ministério da Justiça 2000. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência: orientação para pediatras e demais profissionais de saúde.
5. Santoro MJ. Maus-tratos contra crianças e adolescentes. Um fenômeno antigo e sempre atual. **Pediatria Moderna** 2002; 6: 279-83.
6. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo de saúde pública. *Ciência & Saúde coletiva*, 1999 4 (1): 7-23.
7. Minayo MCS. Violência contra criança e adolescentes: questão social questão de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** 2001; 1:91-102.
8. Assessoria de Prevenção de Acidentes e Violência/APAV do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: [www.saude.rj.gov.br/apav/DadosMT até 2002.pdf](http://www.saude.rj.gov.br/apav/DadosMT%20at%C3%A92002.pdf).
9. Creighton SJ. Prevalence and Incidence of Child Abuse: International comparisons. NSPCC Information Briefings. Abril 2004. Disponível em: [www.nspcc.org.uk/inform/statistics/wales.org.4/7/2004](http://www.nspcc.org.uk/inform/statistics/wales.org.4/7/2004)
10. Sánchez AC. Detección del abuso sexual a menores: definición, prevalencia, indicadores y factores de riesgo. **Rev Pediatr Atenc Prim** 2003; 5:629-41.
11. Pires ALD. Avaliação das notificações compulsórias de suspeita de maus-tratos contra crianças e adolescentes do município de São José do Rio Preto. [Dissertação]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP; 2005.

Artigo original

## Fatores de risco para doenças crônicas da população negra do município de São Paulo

## Risk factors for chronic diseases in the negro population of the city of São Paulo

Tereza Etsuko da Costa Rosa<sup>1</sup>, Suzana Kalckmann<sup>1</sup> e Luís Eduardo Batista<sup>2</sup>

1. Instituto de Saúde; 2. Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), Instituto de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no Conselho de Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra do Estado de São Paulo

### Resumo

Sob a hipótese de que há diferenças sociais segundo raça/cor e que estas diferenças se consubstanciam em inequidade e vulnerabilidade, realizou-se estudo para estimar a prevalência de fatores de risco para doenças cerebrovasculares segundo raça/cor. Analisou-se amostra probabilística de 2.103 indivíduos de 15 a 59 anos de idade, obtida de estudo transversal "Monitorização da exposição aos fatores de risco para um subgrupo de doenças no município de São Paulo", realizado pela Divisão de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" (CCD/SES-SP). A análise não revelou diferenças relevantes quanto aos fatores de risco para as doenças cardiovasculares quando considerado a cor, todavia o estudo mostra subconhecimento dos agravos segundo a raça/cor.

**Descritores:** doenças crônicas não-transmissíveis; raça/cor; desigualdade social.

### Abstract

Taking into account the hypothesis that there are social differences according to race/color and that these differences are translated in inequity and vulnerability, a study was performed to estimate prevalence of risk factors for brain and vascular diseases, according to race/color. A probabilistic sample was analyzed, comprising 2.103 persons in age brackets varying from 15 to 59 years of age, obtained by a cross section study named "Monitoring exposition for a disease subgroup in the city of São Paulo", performed by the Division of Diseases and Non-transmittable grievances. The analysis did not disclose relevant differences regarding risk factors for cardiovascular diseases when color is considered nevertheless, the study shows there is little knowledge regarding grievances according to race/color.

**Key words:** chronic non transmittable diseases, race/color, social inequalities.

## Introdução

Os avanços ocorridos na biologia molecular têm afastado a idéia de que as desigualdades raciais em saúde sejam devido a especificidades genéticas<sup>1</sup>. Apesar da negação de uma categoria fundamentada biologicamente, raça/etnia vem sendo estudada como fenômeno social e confirmada como importante marcador para explicitar as iniquidades em saúde.

Não obstante o critério adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)\* e os problemas dele decorrentes, diversos estudos têm evidenciado diferenças importantes no risco de adoecer e de morrer entre os diferentes grupos populacionais<sup>2,3,4,5</sup>.

Nos EUA, as prevalências de fatores de risco para doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares (doenças hipertensivas, diabetes, colesterolemia e obesidade), conjugadas a certos comportamentos, como o uso do fumo e a inatividade física, são diferentes quando se considera o recorte étnico/racial. Observou-se que o percentual de pessoas que responderam possuir dois ou mais fatores de risco para doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares foi maior entre os negros e entre os índios quando comparados aos brancos<sup>5</sup>.

No Brasil, estudos que analisam os indicadores de saúde segundo raça/cor confirmam que as categorias raciais predizem importantes variações na mortalidade<sup>2,4</sup>. Dentre outros diferenciais por cor/raça, chama atenção a predominância das doenças cerebrovasculares no perfil de mortalidade de homens de 40 a 69 anos, classificados como pretos. Entre as mulheres, com igual classificação de cor e de faixa etária, a mortalidade por doença hipertensiva, por diabetes mellitus e por doenças cerebrovasculares também é mais expressiva<sup>2</sup>.

Considerando-se a relevância de estudos de certos fatores de risco passíveis de modificação, o presente estudo objetivou estimar a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares, identificando diferenciais por raça/cor, e traçar o perfil socioeconômico da população negra do município de São Paulo.

## Metodologia

Analisou-se amostra probabilística de 2.103 indivíduos de 15 a 59 anos de idade, obtida por estudo transversal realizado no município de São Paulo, entre 2001 a 2002, pela Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, do Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac", órgão da

Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CVE/CCD/SES-SP)<sup>6</sup>. As entrevistas foram realizadas por profissionais da área de enfermagem, que também mediram a pressão arterial, altura, peso e circunferências do abdome e quadril. Além disso, foram realizados exames laboratoriais para a determinação de níveis sanguíneos de colesterol total, HDL – colesterol, triglicérides e glicose, em uma subamostra aleatória (310 homens e 390 mulheres).

No presente estudo deu-se ênfase aos seguintes fatores de risco: doença hipertensiva arterial (critério 140 mm/hg X 90 mm/hg e auto-referido), diabetes ( $\geq$  126 mg/dL e auto-referido) e o nível de gordura no sangue ( $\geq$  240 mg/dL e auto-referido), sedentarismo, tabagismo e obesidade (IMC  $\geq$  30 Kg/m<sup>2</sup>). Outros detalhes metodológicos estão descritos no Boletim Epidemiológico Paulista<sup>6</sup>.

## Perfil socioeconômico da população negra

Quanto à raça/cor autodeclarada, a amostra foi composta por 66,6% de brancos, 24,4% de pardos, 7,8% de pretos e 1% que se autodeclararam como amarelos.

No que diz respeito ao nível de escolaridade, 2,3% das pessoas declararam não ter nenhuma escolarização, entre os pardos tal proporção ganha expressão relativa (5,3%). Considerando a escolarização acima do segundo grau completo, observou-se que 50,4% dos brancos atingiram tal nível e entre os pardos e pretos as proporções reduzem-se para 28,3% e 39,6%, respectivamente.

Considerando-se a renda *per capita*, 35,7% e 42,7% dos pardos e pretos, respectivamente, faziam parte dos 25% mais pobres da população amostrada. No extremo oposto, somente 12,3% e 10,4% dos pardos e pretos pertenciam ao quartil mais rico. Corroborando tais resultados verificou-se que cerca de 60% dos pardos e dos pretos residiam em áreas homogêneas classificadas como "má ou pior".

Em síntese, a população negra tem as piores condições de moradia, menor escolaridade e renda.

## Prevalência dos fatores de risco para doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares segundo raça/cor

No que diz respeito à hipertensão arterial, diabetes, nível de gordura no sangue, sedentarismo, tabagismo (informações auto-referidas) e obesidade, 29,2% da população estudada não apresentaram nenhum

\* Considera cinco categorias para o preenchimento do quesito cor: branca, preta, parda, amarela e indígena, e como população negra a somatória dos indivíduos que se consideram de cor preta e de cor parda (Portaria n.3947/GM. Diário Oficial da União, 1999, www.ibge.gov.br).



desses fatores de risco, 40% apresentaram pelo menos um e 30,9% apresentaram dois ou mais fatores.

As prevalências de dois ou mais fatores de risco foram mais elevadas entre os que estavam afastados do trabalho por doença (66,7%), seguidos dos grupos etários de 50 a 59 anos (54,3%) e de 40 a 49 (43,3%), dos aposentados (40,4%) e daqueles menos escolarizados (40,2%). Chama atenção que a análise não revelou a existência de disparidades segundo raça/cor, apesar da população negra ter menor escolaridade.

Considerando-se a informação auto-referida, a prevalência do nível de colesterol alterado foi de 8,8% e de diabetes 4,7%. Entre os pretos e pardos, 4,3% e 5,3%, respectivamente, relataram ter o nível de colesterol alterado e 5,5% e 4,3% referiram ter diabetes.

Comparando-se as informações auto-referidas com as indicadas pelos exames laboratoriais, verifica-se que há um subconhecimento dos agravos, ou seja, as prevalências referidas são menores do que as identificadas pelos exames laboratoriais.

Entretanto, vale assinalar que entre os pardos e amarelos, 5,3% e 4,3%, responderam ter conhecimento sobre o nível elevado de gordura no sangue, enquanto, segundo a amostra examinada, 10,7% e 20%, respectivamente, tinham colesterol elevado no sangue.

Com relação à doença hipertensiva, a prevalência foi de 16,2%, pela informação auto-referida, enquanto a pressão arterial medida indicou proporção bastante superior (27,2%), o que indica que parte significativa da população desconhece a própria doença.

Apesar de não serem diferenças estatisticamente significantes, chama atenção o baixo conhecimento dos amarelos sobre a própria hipertensão e sobre a alteração no nível de colesterol no sangue. E, também, o menor conhecimento dos pretos sobre a diabete e a alteração no nível do colesterol.

Observou-se que 21,3% dos pretos eram obesos, proporção ligeiramente maior quando comparada com 13,1% e 15,6% dos pardos e dos brancos, ou significativamente maior comparada com 4,2% da população amarela.

No que diz respeito aos fatores de risco relacionados com comportamentos, o sedentarismo foi observado em 46,8% da população estudada e o tabagismo em 23,6%. Não houve diferenciais relevantes segundo os subgrupos por raça/cor.

Os resultados permitem concluir que existem diferenças nas condições socioeconômicas da população segundo grupo étnico/racial. Contudo, não foram observadas diferenças relevantes quanto aos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, segundo raça/cor. Os resultados encontrados são divergentes dos apresentados nos EUA e pelos

Tabela 1 – Prevalência de fatores de risco segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2001-2002.

Cor/Raça	Fatores de risco									
	Hipertensão		Diabetes		Colesterol		Obesidade		Sedentarismo	Tabagismo
	(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)	(b)	
Branca	27,1	15,6	4,8	4,5	9,8	10,6	15,6	45,7	24,3	
Parda	26,3	17,5	3,6	4,9	10,7	5,3	13,1	49,4	21,2	
Preta	29,9	17,1	8,5	5,5	6,4	4,3	21,3	48,8	26,8	
Amarela	33,3	16,1	8,3	8,3	20,2	4,2	4,2	41,7	8,3	
Total	27,2	16,2	4,7	4,7	9,9	8,8	15,3	46,8	23,6	

(a) Prevalência a partir de dados mensurados; (b) Prevalência a partir de informação auto-referida.

Fonte: Divisão de Doenças Crônicas não Transmissíveis – (DDCNT/CVE/CCD/SES-SP).

estudos de mortalidade e apontam para a necessidade de outros estudos, que considerem raça/cor, voltados para os serviços de saúde que possam responder a indagações como:

Como se dá o acesso aos diferentes níveis de serviços de saúde?

E especificamente a exames laboratoriais? E aos insumos?

Como são transmitidas as informações? Como os diferentes grupos étnicos/raciais recebem as informações? E como percebem os fatores de risco?

## Referências

- Pearce NP, Foliak S, Sporle A, Cunningham C. Genetics, race, ethnicity, and health. **BMJ** 2004; 328:1070-2.
- Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2005, 21:1586-94.
- Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em Saúde da população negra no Brasil. In: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Saúde da população negra no Brasil, Brasília: Funasa, 2005.
- Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Rev Saúde Pública**, 2004; 38:630-6.
- CDC. Racial/ethnic and socioeconomic disparities in multiple risk factors for heart disease and stroke. **MMWR Surveil Summ**. 2005. (disponível em <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5405a1.htm>).
- Coutinho AP *et al.* Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT): Monitorização da Exposição aos Fatores de Risco para um Subgrupo de Doenças no Município de São Paulo. **Bepa**. Setembro 2004, Ano 1, número 9. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa9.htm>.

## Recomendações da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para realização de procedimentos de eutanásia de cães e gatos

Adriana Maria Lopes Vieira<sup>1</sup>, Maria de Lourdes B. Reichmann<sup>2</sup>, Rita de Cassia Garcia<sup>3</sup>, Stélio Pacca Loureiro Luna<sup>4</sup>, Vania de Fátima Plaza Nunes<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Coordenadoria de Controle de Doenças, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CCD/SES-SP). <sup>2</sup>Instituto Pasteur. <sup>3</sup>Instituto Nina Rosa. <sup>4</sup>Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia da Unesp de Botucatu. <sup>5</sup>Prefeitura de Jundiaí

### Introdução

A partir da década de 1970, cães soltos em vias públicas passaram a ser recolhidos e mortos de forma sistemática como parte do Programa de Controle da Raiva no Estado de São Paulo, visando o controle da transmissão. Hoje, mesmo com a raiva canina sob controle no Estado e sem evidências de que apenas o recolhimento de cães tenha um impacto significativo sobre a densidade populacional, muitos municípios, inadequadamente, ainda utilizam essa prática visando o controle populacional<sup>1</sup>.

Devido à rápida taxa de reposição populacional de cães e gatos, os mais elevados índices de eutanásia são facilmente compensados pelo aumento da sobrevivência dos que permaneceram, que rapidamente repovoam os locais de recolhimento<sup>1</sup>.

A restrição de movimentos, o controle de habitat e o controle da reprodução são métodos reconhecidos para o controle da população canina. Programas de controle da natalidade associados à imunização também têm sido defendidos como métodos para controlar animais de ambos os sexos e o controle da raiva<sup>1</sup>.

O recolhimento e a eliminação de animais vacinados e esterilizados são contraproducentes tanto para se manter uma população não suscetível à raiva quanto para o controle da população animal. O raciocínio deve ser de reduzir a taxa de reposição da população animal e não a retirada e eliminação aleatórias de qualquer animal sem controle, devendo haver uma análise de cada situação encontrada<sup>1</sup>.

Para os animais devidamente selecionados e recolhidos, a eutanásia – morte induzida sem dor e sofrimento – deve ser considerada como a última opção de destino para aqueles que não representem riscos para outros animais, seres humanos e meio ambiente<sup>2</sup>.

Para o controle efetivo das populações de cães e gatos é necessário que sejam desenvolvidos programas municipais de registro e identificação de animais, associados aos de controle de reprodução, adoção supervisionada e de educação em saúde, para estimular hábitos de posse, propriedade ou guarda

responsável. Para que estes programas tenham amparo legal, recomenda-se que a legislação municipal estabeleça as bases de implementação e que seja prevista dotação orçamentária específica. Recomenda-se, ainda, que os Conselhos Municipais de Saúde e do Meio Ambiente endossem as práticas previstas.

Os programas de controle animal apresentam um componente que trata de procedimentos de eutanásia, sendo de fundamental importância a adoção de medidas relativas à segurança, capacitação e preservação da saúde do trabalhador, considerando os aspectos éticos, psicológicos e físicos que envolvam rotineiramente os funcionários com estas atividades. Além do estabelecimento de procedimentos operacionais padronizados específicos para as atividades de controle de populações de cães e gatos, nos quais estejam previstos métodos adequados de recolhimento, guarda, manejo e destinação dos animais, segundo os princípios de bem-estar, também devem ser contemplados quesitos que abranjam boas condições de trabalho e convivência respeitosa na equipe de trabalho, o que determina resultados positivos no rendimento e no trato com a população, que passa a interagir e a colaborar com o programa desenvolvido.

### Recomendações relativas ao bem-estar do trabalhador

Tendo como foco a saúde do trabalhador, é preciso considerar a instância psíquica do inconsciente e seu conteúdo latente e manifesto atemporalmente em metade do tempo de nossas vidas.

Nosso primeiro modelo de convivência afetiva é adquirido nos primeiros contatos com os cuidados maternos, tenham tido qualidade ou não, sendo este o padrão base para os nossos próximos investimentos afetivos.

Nossos investimentos afetivos também se dão no âmbito organizacional, considerando possíveis perdas, em que acontece a morte simbólica. Em decorrência dessa morte simbólica se desenvolve o fenômeno do processo de luto, que é uma resposta

natural e esperada frente a perdas importantes, que pode ser decorrente de morte, afastamento, perda de capacidades físicas ou psicológicas, do ambiente conhecido, nosso trabalho e, ainda, por experiências que envolvem mudanças e exige da pessoa uma reorganização interna e externa.

O impacto causado por perdas é melhor entendido a partir da Teoria do Apego<sup>3</sup>. Apego é uma resposta de busca de proximidade e proteção, desencadeada pela necessidade de sobrevivência da espécie.

Portanto, conhecer o que é esperado sob essas circunstâncias nos permite identificar aquelas pessoas que podem apresentar respostas diferentes frente aos mesmos estímulos do meio, com alterações tanto na saúde física quanto na saúde mental dos envolvidos. Ao lançar luz sobre este tema, pode-se também identificar fatores externos, ambientais, relacionais e profissionais, que participam desse processo.

A vivência de procedimentos que envolvam a morte acarreta às pessoas um desgaste emocional, de proporções incomensuráveis, por implicarem no comprometimento físico e psicológico de cada uma delas.

Segundo definições da área da Psicologia, luto é “a condição de pesar que permeia pensamentos e sentimentos de pessoas que se deparam com a perda definitiva de outro ser”. Por extensão, este “ser” pode ser outro ser humano ou um animal considerado próximo ou íntimo na cultura de uma comunidade e, por consequência, nos valores de que tem por função produzir a morte.

Em geral, o luto é expresso por palavras e manifestações de pesar, a fim de que os demais participantes destas experiências compartilhem com o sentimento de frustração ou de impotência diante de um fato irreversível e contraditório às expectativas de vida e de bem-estar.

Dentre os membros das equipes responsáveis pela eutanásia de animais, a expressão do luto se estabelece por queixas, comportamentos e desempenho que precisam ser valorizados e conduzidos segundo métodos especializados, a fim de evitar o desencadeamento de processos psicológicos negativos.

Algumas recomendações referidas na literatura relacionam a necessidade de acompanhamentos periódicos por profissionais credenciados, desenvolvimento de atividades de interação entre os membros da equipe e os demais participantes do grupo de trabalho, estabelecimento de horários de trabalho diferenciados, reconhecimento de bons desempenhos, participação em outras atividades do programa de controle animal que envolvam uma relação positiva com os animais e com a comunidade, tais como feiras de adoção, cirurgias de controle de reprodução, educação da comunidade e outras técnicas.

### Seleção de equipe

Diante do exposto, é necessário que os profissionais e os auxiliares sejam previamente selecionados, de acordo com o perfil compatível para o desenvolvimento dessa atividade, de forma a garantir o bem-estar do trabalhador e dos animais. A equipe de trabalho deve ser composta por médico(s) veterinário(s) e auxiliar(es).

Recomenda-se que o processo de seleção seja conduzido por profissionais de Recursos Humanos, que devem ter esclarecimentos sobre a atividade a ser desenvolvida, considerando as peculiaridades dos procedimentos de eutanásia e entendendo-se como perfil compatível o atendimento aos seguintes pré-requisitos:

- não demonstrar intolerância em participar do procedimento;
- não ter medo e/ou aversão no contato com animais;
- aptidão física compatível com o procedimento (ausência de deficiências ou limitações físicas que inviabilizem a realização do procedimento);
- ensino médio (completo) para auxiliares;
- resposta imunológica adequada contra raiva para todos os envolvidos com o manejo dos animais, após tratamento preventivo contra raiva humana, segundo esquema de pré-exposição indicado por recomendações técnicas vigentes.

### Ambiente de trabalho

Recomenda-se que o espaço destinado à realização do procedimento tenha as seguintes características, de forma a promover um ambiente harmonioso:

- arejado;
- tamanho compatível com demanda de animais;
- iluminado;
- limpo;
- claro;
- livre de ruídos e fontes de odores indesejáveis.

### Recursos materiais e equipamentos de proteção individual e coletiva

Recomenda-se provimento de todos os recursos materiais em quantidade e qualidade necessárias para o desenvolvimento satisfatório do procedimento, tais como:

- materiais, equipamentos e registros, conforme disposto na Portaria MS 344/1998 que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial;

- mobiliário, pias, carrinho(s) para transporte de animais, entre outros, projetados ergonomicamente;
- aventais e luvas descartáveis e demais EPIs destinados à proteção de riscos capazes de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho;
- materiais e equipamentos definidos para o gerenciamento de resíduos de serviço de saúde animal, em conformidade com a legislação vigente.

### Capacitação teórica e prática

Recomenda-se que todos os profissionais recebam capacitação prévia abordando os seguintes temas:

- noções de saúde coletiva;
- noções de zoonoses;
- interação harmoniosa ser humano-animal;
- posse responsável e bem-estar animal;
- contato e interação com o público;
- noções de fisiologia, manejo e avaliação clínica de animais;
- noções de tanatologia, luto e melancolia/pesar;
- prática de eutanásia e noções de fármacos;
- importância e uso dos EPI (equipamentos de proteção individual);
- bem-estar animal e manejo etológico.

Recomendam-se, ainda, atualizações continuadas sobre os temas propostos e acompanhamento psicológico dos envolvidos.

### Desenvolvimento da atividade

Recomenda-se que sejam:

- feitos levantamentos de riscos e pontos críticos e elaborado um Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), por profissionais responsáveis pela segurança, Engenharia e Medicina do Trabalho (engenheiro de segurança do trabalho ou médico do trabalho);
- elaborado o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) pelo médico do trabalho, com base no PPRA e considerando-se os riscos ergonômicos e para saúde mental, entre outros;
- realizadas reuniões periódicas da equipe que realiza eutanásia com a chefia imediata, com o objetivo de identificar as opiniões dos profissionais sobre o próprio trabalho, queixas de saúde, dificuldades, avaliação das relações interpessoais;

- procedimentos de integração com os demais profissionais da saúde e adoção de políticas administrativas e operacionais que evitem a discriminação ocupacional dentro da organização;
- prestados esclarecimentos à população sobre a necessidade e a importância da inserção da eutanásia animal, como um dos procedimentos de controle animal, como resultado do abandono dos animais nas diferentes localidades;
- atendidos os dispositivos regulamentares, como é o caso do médico veterinário responsável pela eutanásia, pressupor a necessidade de um rodízio profissional, quando houver rotina de procedimento de eutanásia, com a finalidade de evitar o desgaste emocional decorrente destes procedimentos<sup>2</sup>;
- reduzida a jornada de trabalho dos profissionais envolvidos, conforme a quantidade de animais manejados;
- avaliada a possibilidade de remuneração diferenciada dos profissionais envolvidos;
- realizada avaliação periódica dos profissionais envolvidos, pelo serviço responsável pela segurança, Engenharia e Medicina do Trabalho municipal/regional, com ênfase em saúde mental (biopsicossocial) e ergonômica, analisando o perfil de adoecimento do grupo para identificar aspectos individuais e grupais;
- realizadas atividades lúdicas terapêuticas (pausas no serviço, ginástica laboral, caminhadas, meditação, técnicas de relaxamento, leitura, jardim, horta, jogos, vídeos, festas ou outros), planejadas em conjunto com os profissionais especializados e coordenadas pelo serviço segurança, Engenharia e Medicina do Trabalho municipal/regional;
- encaminhados todos os profissionais envolvidos no manejo de animais para avaliação periódica do tratamento pré-exposição para prevenção da raiva;
- que o profissional participe de outras atividades do programa de controle animal local, tais como feiras de adoção de animais, cirurgias de controle de reprodução e atividades educativas com a comunidade (em escolas, associações, entre outras);
- mantidas caixas de sugestões na instituição e garantir a devolutiva.

### Recomendações relativas ao bem-estar animal

É essencial que os auxiliares e médicos veterinários tenham aptidão para manejar animais e sejam capacitados continuamente em comportamento, manejo etológico e bem-estar animal, bem como em práticas de preservação da Saúde do Trabalhador, como forma de

minimizar as dificuldades no desenvolvimento das funções, reduzindo a ocorrência de acidentes e melhorando a interface do serviço com a comunidade.

A aplicação de princípios de bem-estar animal, por parte dos profissionais envolvidos, em todas as etapas do manejo, desde o recolhimento criterioso dos animais até a eutanásia, é fundamental para minimizar os riscos para ambos, pois contribuem para manter os animais mais calmos, tranquilos, com menos estresse e medo, ao mesmo tempo em que dá maior segurança ao profissional. Com isto, o manejo, de maneira geral, se torna mais fácil, o ambiente mais harmonioso e o trabalho menos desgastante.

### Recolhimento e transporte

As recomendações para recolhimento e transporte de cães e gatos são parte integrante do Programa de Controle de Populações de Cães e Gatos do Estado de São Paulo (PCPCGESP)<sup>4</sup>.

### Desembarque e guarda

As recomendações para desembarque e guarda de cães e gatos são parte integrante do Programa de Controle de Populações de Cães e Gatos do Estado de São Paulo (PCPCGESP)<sup>5</sup>.

### Manejo de cães e gatos durante a eutanásia

Recomenda-se que:

- no momento da eutanásia, o manejo e o trato com o animal sejam respeitosos e o ambiente tranquilo e silencioso, com o menor número de pessoas e ausência de outros animais;
- cada animal seja conduzido individualmente ao local específico para o procedimento e, somente quando o corpo deste for retirado da sala e realizada a limpeza simples da mesa e piso, que o próximo animal seja conduzido ao local;
- os animais mais dóceis sejam encaminhados em primeiro lugar, pois a liberação de feromônios de alarme e a vocalização podem gerar ansiedade e medo nos demais;
- os animais sejam conduzidos preferencialmente pelo funcionário que interagiu com eles durante os dias anteriores, evitando pessoas desconhecidas durante a realização do procedimento;
- os animais sejam conduzidos no colo ou, na impossibilidade, utilizada guia, maca ou cambão, conforme indicado no momento para cada animal. Quando necessário, o animal deve ser previamente sedado no canil, como é o caso de cães

muito agressivos ou agitados, ou ser feito o uso de dardo ou zarabatana<sup>4</sup>;

- Caso se opte pela eutanásia em mesa, deve-se solicitar o auxílio de um funcionário para animais de maior porte a serem levantados;
- a condução e a apresentação do animal para o médico veterinário que executará a eutanásia sejam feitas de maneira que facilite a administração do fármaco, prevenindo o estresse;
- na impossibilidade de se colocar cães muito pesados na mesa, a eutanásia pode ser feita sobre o piso, tomando-se o cuidado de forrá-lo com um saco plástico, sob a região venosa a ser puncionada para que não haja contaminação local com o sangue que possa escorrer durante a realização do procedimento;
- no caso de proprietários que permaneçam com seus animais, deve ser recomendada sua permanência junto ao animal até o término dos procedimentos ou até que o animal perca a consciência;
- seja oferecida a oportunidade para que o proprietário se despeça do animal;
- o corpo seja embalado de acordo com as normas sanitárias, depois de constatado o óbito, pelo médico veterinário, e somente após a saída do proprietário, caso este tenha acompanhado o procedimento;
- os gatos sejam encaminhados para a sala de eutanásia em gaiolas cobertas com pano ou em caixas de transporte, mantendo pouca luminosidade no local onde estão, bem como com o máximo de silêncio;
- os gatos, após a tranquilização/sedação, sejam recolocados nas gaiolas cobertas com pano ou em caixas de transporte;
- outro animal só seja conduzido para a sala após o acondicionamento e a remoção do cadáver do animal que o antecedeu e seja feita limpeza do local;
- a sala de eutanásia esteja separada fisicamente das áreas de canis ou gatis e de áreas de permanência de funcionários e público;
- o uso de mesa de inox e a higienização após cada procedimento com produtos específicos para esta finalidade.

**“O fato de um animal estar aguardando a eutanásia não impede que os funcionários interajam com eles e lhes proporcionem os melhores momentos possíveis”.**

## Protocolos de Eutanásia

### Escolha do método

Ao se selecionar o método de eutanásia é condição **inquestionável** que ocorra a perda da consciência de forma rápida, precedendo qualquer experiência emocional ou física desagradável, seguida de parada cardíaca e respiratória e perda da função cerebral.

Os requisitos necessários para os procedimentos de eutanásia são:

- perda da consciência sem causar dor, estresse, ansiedade, sofrimento físico e mental;
- tempo até inconsciência de até 30 segundos;
- eficácia do método escolhido;
- segurança para os operadores;
- irreversibilidade do método;
- compatibilidade com a espécie, idade, estado de saúde, comportamento e condição do animal.

### Eutanásia em eqüídeos

A realidade da situação atual aponta para a necessidade de organizar as atividades que envolvam o recolhimento, guarda, registro e identificação, licença para proprietários e destinação dos eqüídeos existentes nos municípios paulistas, obedecendo às disposições da legislação vigente. Os municípios devem dispor de legislação própria que trate do controle da população de eqüídeos.

Muitas vezes esses eqüídeos não são adequadamente mantidos/alojados, evadindo-se e envolvendo-se em acidentes diversos, por não serem submetidos a controle pelos proprietários, durante o deslocamento em vias e logradouros públicos, colocando em risco, além dos próprios animais, a população humana e outros animais.

Em outras situações, é comum que esses animais sejam abandonados, submetidos a maus-tratos, ficando sujeitos a enfermidades e agravos diversos.

Recomenda-se:

- estabelecer protocolo para eutanásia de eqüídeos, envolvendo procedimentos que tratem desde a solicitação de atendimento de ocorrências/acidentes que envolvam os animais até a destinação final;
- estabelecer nas administrações municipais o Procedimento de Padrão Operacional (PPO), conforme preconizado em resoluções, normas técnicas ou outras disposições legais, para o manejo desta espécie animal.

## Procedimentos

O atendimento de ocorrências que envolvam eqüídeos, em área urbana ou rural, é de responsabilidade do município e em estradas e rodovias estaduais e federais é de responsabilidade da Secretaria de Segurança Pública do Estado e/ou da concessionária da via em questão.

O atendimento deve ser prestado no menor período de tempo. Recomenda-se a triagem no serviço de atendimento, estabelecimento de prioridades de acordo com procedimentos em emergência, urgência ou rotina e encaminhamento imediato da notificação para o médico veterinário, para definição dos procedimentos específicos necessários.

Em caso de acidentes envolvendo eqüídeos nos quais se constatem lesões graves, alteração de comportamento ou que impeçam a locomoção ou movimentação do animal, o atendimento deverá ser realizado tão rápido quanto possível, minimizando o sofrimento do animal e o impacto negativo na comunidade. Nestes casos, um médico veterinário, obrigatoriamente, deverá estar presente no local de atendimento.

Quando for constatada a necessidade de eutanásia, esta deverá ser realizada no local, sem que se proceda a remoção do animal. Em casos em que a eutanásia não for indicada, o transporte do animal deverá ser para dependências específicas para guarda/alojamento de eqüídeos.

É necessária a previsão de recursos mínimos tais como:

- Veículo projetado de forma adequada para o embarque, desembarque e transporte do animal, respeitando-se as disposições para transporte de carga viva.
- Dispor de veículos específicos para remoção de animais de grande porte mortos (Muncks).
- Equipamentos de proteção individual e outros complementares, tais como botas de cano alto, luvas de procedimento, luvas de raspa, macacão ou uniforme.
- Equipamentos de contenção física (cabrestos, cordas, cachimbos).
- Produtos e materiais para contenção química, incluindo fármacos para analgesia, tranquilização, sedação e eutanásia, além de seringas, agulhas, equipos e outros, adequados à espécie e aos procedimentos.

Ao se optar pela eutanásia no local em que o animal estiver deve-se:

- Avaliar as condições gerais do local, estado físico e comportamento do animal, número e faixa etária das pessoas presentes, de forma a evitar

comportamentos indesejados durante a realização dos procedimentos.

- Esclarecer a comunidade presente sobre as ações que serão realizadas, visando minimizar o impacto emocional e a ocorrência de acidentes.
- Realizar contenção prévia do animal, garantindo a segurança dos observadores e operadores.
- Proteger o piso, sob a região venosa a ser puncionada com um saco plástico branco leitoso, para que não haja contaminação ambiental.
- Avaliar a necessidade de serviço complementar específico (trânsito, segurança pública, entre outros) para garantir a realização adequada do procedimento e manter a segurança em vias de deslocamento de veículos.
- Isolar a área previamente com EPI de uso coletivo (cones, placas de sinalização luminosos, entre outros).

O procedimento de eutanásia será dividido em quatro etapas sequenciais:

- tranqüilização ou sedação;
- anestesia geral;
- bloqueador neuro muscular;
- fármaco que cause parada cardíaca.

Escolher apenas uma das opções das tabelas a seguir, para cada etapa do procedimento.

Tabela 1 – Doses, vias de administração, tempo a aguardar e efeito esperado de fármacos injetáveis para a tranqüilização/sedação de eqüídeos. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP, 2005.

Opções	Tranqüilização/sedação	Dose	Via	Tempo a aguardar	Efeito esperado
1	Maleato de Acepromazina 1%	0,1 mg/kg	IV IM	15 minutos 30 minutos	Sedação leve
2	Cloridrato de Xilazina	1 mg/kg	IV IM	5 minutos 5 minutos	Sedação profunda
3	Nenhuma**	-	-	-	-

Tabela 2 – Doses dos fármacos administrados por via intravenosa, para a anestesia geral de eqüídeos, previamente à eutanásia. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SP, 2005.

Opções	Anestesia geral	Dose
1	Éter gliceril guaiacol 10% em soro isotônico aquecido a 40 °C + Tiopental sódico*	100 mg/kg 10 mg/kg
2	Solução de sulfato de magnésio + Tiopental sódico *	Saturada 10 mg/kg
3	Tiopental sódico *	15 mg/kg

\*o tiopental pode ser substituído em todas as técnicas pelo pentobarbital, na dose de 12mg/kg (opções 1 e 2) e 18 mg/kg (opção 3).

Observações:

1) O(s) fármaco(s) deve(m) ser administrados o mais rapidamente possível.

2) Efeito esperado em todas as opções: decúbito, relaxamento muscular e perda de reflexo palpebral. Caso não ocorra perda de reflexo palpebral, deve-se aumentar a dose de tiopental, até a observação do mesmo.

3) Em casos que não seja utilizada tranqüilização/sedação prévia (opção 3 da tabela 2), as doses de tiopental ou pentobarbital deverão ser dobradas.

Imediatamente após o final da administração do anestésico geral (tabela 2) e, **após comprovação da ausência de reflexo palpebral**, deve-se administrar imediatamente o bloqueador neuro muscular.

Tabela 3 – Dose e efeito esperado do bloqueador neuro muscular administrado por via intravenosa em eqüídeos. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SP, 2005.

Opções	Bloqueador neuro muscular	Dose	Efeito esperado
1	Cloridrato de Succinilcolina** dose	0,2 mg/kg	Fasciculação generalizada e parada respiratória
2	Bloqueador neuromuscular competitivo ou adespolarizante	**	Parada respiratória
3	Nenhum		

\*\*pode ser utilizado outro bloqueador neuro muscular na dose recomendada clinicamente para causar parada respiratória.

Observação: dois minutos após a administração do bloqueador neuro muscular (tabela 3) deve-se administrar o fármaco indutor de parada cardíaca.

Tabela 4 – Dose de cloreto de potássio administrado por via intravenosa, para indução de parada cardíaca em eqüídeos. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SP, 2005.

Dose	Efeito esperado
2 mEq/kg (0,8 ml/kg em solução de 19,1%)	Parada cardíaca confirmada com o uso de estetoscópio

Observações:

1) Esta etapa não é necessária caso tenha sido utilizada a opção quatro da tabela 2.

2) O controle de uso e armazenamento destes fármacos deverão seguir as legislações vigentes da Anvisa, portaria SVS 344/98, decreto federal 793/93.

Em casos excepcionais, onde não exista possibilidade de acesso físico ao animal ou acesso aos fármacos acima, poderá ser empregado tiro com pistola de ar comprimido na frente do animal, preservadas as condições de segurança<sup>6</sup>.

### Considerações complementares

- Quando, durante o atendimento de ocorrências, não houver indicação de eutanásia, os animais deverão passar por nova avaliação veterinária, definindo-se o seu destino: resgate pelo proprietário, mediante pagamento de multas e taxas, encaminhamento para programas de adoção ou outros, desde que previstos na legislação municipal vigente.
- A destinação de animais mortos deverá obedecer à legislação das esferas nacional, estadual e municipal quanto ao Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (GRSS) e Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde Animal (GRSSA).
- Ações em parceria com concessionárias de rodovias poderão ser estabelecidas como forma de otimizar recursos, agilizar as ações necessárias, de acordo com legislação específica, para estabelecer as atribuições de cada uma das partes e os investimentos necessários para seu desenvolvimento.

### Contenção de eqüídeos

#### Aproximação e contenção

Recomenda-se a aproximação pela frente e abordagem lenta pela lateral do animal, de forma que este possa ver o funcionário. Usar tom de voz baixo. O funcionário deve estar munido de uma corda ou cabresto de material flexível e macio, com comprimento compatível para contenção. Ele deve tocar o eqüídeo, inicialmente, na parte caudal do pescoço (próximo à região da cernelha/paleta), colocar a corda ao redor, segurando as duas partes e, posteriormente, colocar ou fazer com a corda um cabresto para conter a cabeça do animal. Manter-se sempre atento à movimentação do animal.

Em locais abertos, com pequeno número de animais, é recomendável oferecer algum tipo de alimento para aproximar-se ou atraí-lo a um local mais restrito. Se houver um grande número de animais, a oferta de alimento é desaconselhada porque poderá causar agitação no grupo e dificultar a contenção do animal desejado.

No caso de animais agitados, o emprego de cachimbo pode auxiliar a contenção para avaliação do estado geral do animal, de lesões e administração de fármacos<sup>7</sup>. O emprego deste equipamento de contenção não deve ultrapassar cinco minutos. Se o animal ainda continuar muito assustado, o uso de venda de tecido escuro, resistente e macio poderá auxiliar na contenção.

Também poderão ser utilizadas outras técnicas de contenção como a “mão de amigo”, “paletó”, “travão” ou o “método nacional de contenção”, quer de forma isolada ou associadas com outros métodos, para auxiliar esta manobra de manejo dos eqüídeos.

### Abordagem de animais jovens

Para esses animais, os cuidados devem ser redobrados. Eles são muito agitados e ágeis e a contenção deve ser realizada, quando possível, na presença da mãe do animal.

### Cuidados de manejo durante a eutanásia

É necessário que um funcionário permaneça sempre contendo a cabeça do animal, mantendo o cabo do cabresto curto, durante a administração da medicação anestésica. Quando o animal estiver em pé, o funcionário deverá amparar a cabeça durante a queda, de forma a auxiliar o decúbito do animal e minimizar o impacto no solo.

### Transporte e remoção de animais vivos

O animal somente poderá ser recolhido e transportado quando apresentar condições de locomoção normal, e desde que esse procedimento não cause sofrimento e/ou dor. No caso de éguas com potros, o manejo para o transporte deverá ser feito cuidadosamente, para que o embarque ocorra em segurança e o potro acompanhe a mãe.

### Eutanásia em cães e gatos

Para eutanásia de cães e gatos é indicado exclusivamente o uso de anestésicos gerais, administrados por via intravenosa. **Nenhum outro método é aceitável.** Dentre os fármacos injetáveis, apenas são aceitos os barbitúricos ou propofol, que causam inconsciência, precedendo qualquer experiência emocional ou física desagradável.

O uso de anestesia dissociativa, com cloridrato de cetamina e cloridrato de xilazina, só é indicado para contenção química, uma vez que não causam anestesia geral, sendo, portanto, necessário o uso de fármacos complementares para anestesia geral como os barbitúricos ou propofol.



## Protocolos para eutanásia de cães e gatos adultos

Na tabela 5 encontram-se os protocolos referentes à tranquilização/sedação de cães e gatos adultos e nas tabelas 6, 7, 8 e 9 os protocolos referentes aos anestésicos gerais.

Tabela 5 – Doses e efeito esperado de fármacos injetáveis para a tranquilização/sedação de cães adultos, administrados por via intramuscular. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP, 2005.

Opções	Tranquilização/sedação	Dose	Efeito esperado
1	Nenhuma (*)	-	-
2	Cloridrato de cetamina	10 mg/kg	Anestesia dissociativa e relaxamento muscular
	+ Cloridrato xilazina	1-2 mg/kg	
3	Cloridrato de cetamina	10 mg / kg	Anestesia dissociativa e relaxamento muscular
	+ Diazepam	0,5-1 mg/kg	

(\*) Como grande parcela dos animais é socializada, considerando-se a capacitação dos veterinários e demais funcionários sobre comportamento animal e manejo etológico e considerando, ainda, que o funcionário que maneja o animal durante a sua internação/manutenção já conhece o seu comportamento, não há necessidade de tranquilização/sedação prévia na maioria dos casos. Esses animais poderão receber diretamente a injeção intravenosa de anestésico geral.

### Observações:

1) No caso da opção 1 da tabela 5, na qual os animais não recebem a tranquilização/sedação, deve-se administrar o anestésico geral de acordo com as tabelas 7 e 8.

2) No caso das opções de 2 e 3 da tabela 5, nas quais os animais recebem a tranquilização/sedação, deve-se aguardar de 10 a 15 minutos para administrar uma das opções de anestésico geral, conforme consta nas tabelas 9 e 10.

Tabela 6 – Doses e efeito esperado de fármacos injetáveis para a tranquilização/sedação de gatos adultos, administrados por via intramuscular. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP, 2005.

Opções	Tranquilização/sedação	Dose	Efeito esperado
1	Nenhuma (*)	-	-
2	Maleato acepromazina	0,5-1 mg/kg	Sedação leve
3	Cloridrato de xilazina	1-2 mg/kg	Sedação moderada
4	Cloridrato de cetamina	10 mg/kg	Anestesia dissociativa e relaxamento muscular
	+ Cloridrato xilazina	0,5-2 mg/kg	
5	Cloridrato de cetamina	10 mg/kg	Anestesia dissociativa e relaxamento muscular
	+ Diazepam	0,5-1 mg/kg	

(\*) Como grande parcela dos animais é socializada, considerando-se a capacitação dos veterinários e demais funcionários sobre comportamento animal e manejo etológico e considerando, ainda, que o funcionário que maneja o animal durante a sua internação/manutenção já conhece o seu comportamento, não há necessidade de tranquilização/sedação prévia na maioria dos casos. Esses animais poderão receber diretamente a injeção intravenosa de anestésico geral.

### Observação:

1) No caso da opção 1 da tabela 6, na qual os animais não recebem a tranquilização/sedação, deve-se administrar o anestésico geral de acordo com as tabelas 7 e 8.

2) No caso das opções de 2 a 5 da tabela 6, nas quais os animais recebem a tranquilização/sedação, deve-se aguardar de 10 a 15 minutos para administrar uma das opções de anestésico geral, conforme consta nas tabelas 9 e 10.

3) A anestesia dissociativa só deve ser utilizada como tranquilização/sedação.

Tabela 7 – Doses de anestésicos gerais por via intravenosa, para a eutanásia de cães e gatos adultos, sem a administração prévia de tranquilizantes ou sedativos e sem a complementação de cloreto de potássio posterior à perda do reflexo corneal. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SP, 2005.

Opções	Anestésico geral (*)	Dose
1	Tiopental sódico	50-75 mg/kg
2	Pentobarbital	60-90 mg/kg
3	Propofol	20-30 mg/kg

(\*) Efeito esperado: como há uma grande variação do estado geral dos animais, ajustar a dose no intervalo indicado até se observar anestesia geral com perda de reflexo corneal, parada respiratória e parada cardíaca monitorada com o uso de estetoscópio.

Tabela 8 – Doses de anestésicos gerais por via intravenosa, para a eutanásia de cães adultos, sem a administração prévia de tranquilizantes ou sedativos e com a complementação de cloreto de potássio posterior à perda do reflexo corneal. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SP, 2005.

Opções	Anestésico geral (*)	Dose
1	Tiopental sódico	25-50 mg/Kg IV
2	Pentobarbital	30-60 mg/Kg IV
3	Propofol	10-20 mg/kg

(\*) Efeito esperado: como há uma grande variação do estado geral dos animais, ajustar a dose no intervalo indicado até se observar anestesia geral com perda de reflexo corneal e parada respiratória. Na seqüência, administrar 0,8 ml/kg (2 mmol/kg) de cloreto de potássio a 19,1%, confirmando a ocorrência da parada cardíaca (tabela 11).

Tabela 9 – Doses de anestésicos gerais por via intravenosa, para a eutanásia de cães e gatos adultos, com a aplicação prévia de tranquilizantes/sedativos e sem a complementação de cloreto de potássio posterior à perda do reflexo corneal. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SP, 2005.

Opções	Anestésico geral (*)	Dose
1	Tiopental sódico	25-37,5 mg/kg
2	Pentobarbital	30 a 45 mg/kg
3	Propofol	10 a 15 mg/kg

(\*) Efeito esperado: como há uma grande variação do estado geral dos animais, ajustar a dose no intervalo indicado até se observar anestesia geral com perda de reflexo corneal, parada respiratória e parada cardíaca monitorada com o uso de estetoscópio.

Tabela 10 – Doses de anestésicos gerais por via intravenosa, para a eutanásia de cães e gatos adultos, com a aplicação prévia de tranquilizantes/sedativos e com a complementação de cloreto de potássio posterior à perda do reflexo corneal. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SP, 2005.

Opções	Anestésico geral (*)	Dose
1	Tiopental sódico	12,5 a 25 mg/kg
2	Pentobarbital	15 a 30 mg/Kg
3	Propofol	5-10 mg/kg

(\*) Efeito esperado: como há uma grande variação do estado geral dos animais, ajustar a dose no intervalo indicado até se observar anestesia geral com perda de reflexo corneal e parada respiratória. Na seqüência administrar 0,8 ml/kg (2 mmol/kg) de cloreto de potássio a 19,1%, confirmando a ocorrência da parada cardíaca (tabela 11).

Observação: somente após a observação de ausência de reflexo corneal, poderá ser administrado fármaco para que ocorra parada cardíaca mais rapidamente, conforme dose referida na tabela 11.

TABELA 11 – Dose de cloreto de potássio administrado por via intravenosa, para indução de parada cardíaca em cães e gatos, para os protocolos utilizados nas tabelas 7 e 9. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SP, 2005.

Fármaco	Dose
Cloreto de potássio (19,1%)	1 ml/kg ou 2,56 mEq/kg

Observações:

1) Todo o procedimento deve ser realizado por médico veterinário, até a comprovação do óbito.

2) Os fármacos empregados devem ser adquiridos e armazenados de acordo com a Portaria 344/1998, da Anvisa, para medicamentos de uso restrito e controlado.

### Protocolos para situações especiais

Apenas em casos excepcionais, como, por exemplo, neonatos ou processos mórbidos que impeçam o acesso venoso, deverão ser utilizadas outras vias de administração, como a intraperitoneal (IP) ou a via intra-cardíaca (IC), sendo inaceitável a via intracardíaca sem o animal estar anestesiado.

Tabela 12 – Protocolos de eutanásia, no caso de impossibilidade de canulação venosa em cães e gatos, segundo a condição do animal, tranquilização/sedação, anestésico geral e cloreto de potássio. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SP, 2005.

Condição do animal	Tranquilização/Sedação	Via	Anestésico geral(*) (via intraperitoneal)	Cloreto de potássio** (19,1%)
Neonatos	Nenhuma	-	Tiopental 75 mg/kg ou Pentobarbital 90 mg/kg	-
Outros (processos mórbidos que impeçam o acesso venoso)	Cloridrato de xilazina (2 mg/kg) + cetamina (15 mg/kg)	IM	Tiopental 37 mg/kg ou Pentobarbital 45 mg/kg	1 ml/kg ou 2,56 mEq/kg (**)

(\*) Após a administração intraperitoneal, manter o animal em uma caixa pequena, em local tranquilo e escuro, durante cinco minutos. Após este período, confirmar a ausência de reflexo corneal e batimentos cardíacos, com uso de estetoscópio para constatar o óbito. Caso este não seja confirmado, a dose do anestésico geral deverá ser reaplicada, até a perda do reflexo corneal e óbito.

(\*\*) O Cloreto de potássio só deverá ser aplicado pela via intracardíaca após a perda do reflexo corneal.

Observação: caso não se obtenha a perda do reflexo corneal, após a aplicação e reaplicação do anestésico geral por via intraperitoneal, poderá ser utilizada a via intracardíaca para nova administração do tiopental ou do pentobarbital, como último recurso.

### Recomendações de calibre de agulhas

Tabela 13 – Agulhas recomendadas de acordo com a espécie e via de administração.

Espécie		IV	IM	IP	IC
Canina	neonato	-	20 x 5,5	20 x 5,5	30 x 7
	Adulto	30 x 7	30 x 7	30 x 7	30 x 7 ou 40 x 8
Felina	neonato	-	13 x 4,5	13 x 4,5	20 x 5,5
	Adulto	20 x 5,5	25 x 7	20 x 5,5	30 x 7

IV - intravenosa

IM - intramuscular

IP - intraperitoneal

IC - intracardíaca

Observação: deverá ser obedecida a legislação de âmbito nacional, estadual e municipal quanto ao Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (GRSS) e Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde Animal (GRSSA).

### Comunicação Social do CCZ

- Estratégias para comunicação social com foco na mudança da imagem da instituição.

Com o progressivo controle da raiva canina e de outras zoonoses, esforços foram iniciados para a adoção de novas políticas públicas para controle da população animal. Exemplos disso foram as recomendações do Comitê de Especialistas em Raiva, reunidos pela OMS, em 1992, que contemplam, além da vacinação contra a raiva, o controle ambiental, o fomento para educação em saúde e o controle populacional, por meio da esterilização, além dos demais procedimentos recomendados nos documentos anteriores, que não se excluem, mas se complementam. Paralelamente, setores da sociedade ampliaram suas pressões para que os serviços de controle de zoonoses aprimorassem seus métodos de trabalho e passassem a considerar o bem-estar animal no desenvolvimento das atividades, sem deixar de atentar para a prevenção de doenças.

Partindo da premissa que a prestação do serviço de controle da população animal deve seguir normalizações que contemplem o bem-estar e a saúde animal e a saúde do trabalhador, as instituições ainda não adequadas a esses conceitos devem passar por um processo de reformulação. Isso inclui investimentos na estrutura física (adequações à legislação vigente), contratação e capacitação de recursos humanos.

Atendidos os principais requisitos, a instituição poderá iniciar um movimento por um novo paradigma que valorize a educação para posse responsável, controle de reprodução, adoção da eutanásia ética e sensibilização da população em relação à sua responsabilidade quanto ao abandono e entrega de animais saudáveis nos CCZ.

De acordo com essa nova postura, é imprescindível que a instituição seja transparente e esteja aberta para interagir com a população e com a sociedade civil organizada. Essa interação vai desde a busca de soluções pontuais (campanhas e atividades focadas), até a adoção de uma política de comunicação social, que inclui o estabelecimento de uma interface com a mídia para a divulgação de questões de interesse da saúde pública e de ações positivas da instituição. As parcerias com organizações não-governamentais (ONG) reconhecidas conferem credibilidade e facilitam a implantação das decisões.

Essa transparência e as novas propostas educativas agregadas ao serviço contribuem para que a instituição deixe de ser lembrada como promotora da morte e passe a ser lembrada como promotora da vida e da saúde.

Como propostas para a imagem positiva dos CCZ, recomenda-se:

- parcerias com a sociedade civil organizada, universidades, iniciativa privada, entre outras;
- comunicação sistemática com a população;
- comunicação específica para públicos distintos;
- criação de uma identidade visual (logomarca que transmita a proposta da instituição, cores-padrão, uniformes etc.);
- capacitação dos funcionários em Oficiais/Agentes de Controle Animal, visando a mudança de postura, de linguagem e de atitudes (pode-se propor criação de cargo ou função específica, plano de carreira);
- manejo etológico\*, desde o recolhimento criterioso até o destino final do animal;
- implantação de atividades permanentes que sensibilizem a sociedade para sua responsabilidade na relação ser humano-animal-ambiente e para os métodos de participação, como, por exemplo, em programas de adoção consciente, esterilização, registro e identificação, vacinação e educação.

\* *Manejo etológico*: entendido como a melhor forma de manipular um animal considerando-se a anatomia, comportamento e necessidades.

Esse documento foi elaborado a partir das discussões dos Grupos de Trabalho do *workshop* "Eutanásia: a ética e a saúde no limite da vida e da morte" realizado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, no período de 16 a 20 de maio de 2005.

## Bibliografia

1. WHO. World Health Organization, Technical Report Series 913, Geneva, Switzerland 2005.
2. Pullen K. Apresentação oral: "Por que a eutanásia humanitária é importante?" *Workshop Eutanásia: "A ética e a saúde no limite da vida e da*

*morte"*. Secretaria de Estado da Saúde, 16 a 20 de maio de 2005, Vargem Grande Paulista, São Paulo, Brasil.

3. Bowlby J. Apego e Perda – A Natureza do Vínculo. Psicologia e Psicanálise. Editora Martins Fontes. São Paulo, 2002, 493 p.

4. Bepa. Programa de controle de populações de cães e gatos do Estado de São Paulo – Módulo III – Recolhimento de animais. **Boletim Epidemiológico Paulista** número 20, agosto 2005. Disponível em [http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa20\\_rg3.htm](http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa20_rg3.htm).

5. Bepa. Programa de Controle de Populações de Cães e Gatos do Estado de São Paulo – Módulo IV – Guarda de animais em unidade municipal. **Boletim Epidemiológico Paulista** número 21, setembro 2005. Disponível em [http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa21\\_rg4.htm](http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa21_rg4.htm).

6. Resolução CFMVº 714 de 20 de junho de 2002.

7. Anderson RS e Edney AT. *Practical animal handling*, 1991 p. 103 - Pergamon Press.

## Colaboração

Fabiano Laitano da Silva, médico do trabalho

Rogério Luis Domingues de Oliveira, psicólogo

## Participantes do Workshop Eutanásia: "A ética e a saúde no limite da vida e da morte"

### Grupo 1: Protocolos de eutanásia de cães e gatos na saúde pública:

Antônio Carlos C. Figueiredo - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

João Telhado - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

José Ricardo Cavalcanti Batista - CVA Jaboatão dos Guararapes/PE

Kate Pullen - *Humane Society of the United States*

Michelle Macedo Soares - Prefeitura de Diadema

Mônica Maria Almeida - Instituto Técnico de Educação e Controle Animal

Rita de Cassia Garcia - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Stelio Pacca Luna - Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia da UNESP Botucatu

### Grupo 2: Protocolos para eutanásia de eqüídeos na saúde pública

Ekaterina Rivera - Conselho Federal de Medicina Veterinária

Maria de Lourdes B. Reichmann - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Rogério Chacur Abou-Jamra - Instituto Técnico de Educação e Controle Animal

Stélio Pacca Loureiro Luna - Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia da UNESP Botucatu

Vania de Fátima Plaza Nunes - Prefeitura de Jundiaí

### **Grupo 3: Bem-estar do trabalhador**

Adriana Maria Lopes Vieira - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Elizabeth Aparecida da Silva - Prefeitura de São Paulo

Lucia Matias Gaudie Ley - Prefeitura de Guarulhos

Paola Russo - Prefeitura de Franca

Paulo Nery Figueroa - Prefeitura de Guarulhos

Rogério Luis Domingues de Oliveira - Grupo Operativo de Resgate da Integridade Psíquica - Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da USP

Solange Germano - Prefeitura de São Paulo

Suely Cândida Maciel - Prefeitura de São Paulo

### **Grupo 4: Protocolos para eutanásia visando o bem-estar no manejo de cada espécie (desde o recolhimento do animal até o final da eutanásia)**

Andréa Maria Andrade - Prefeitura de Araçatuba

Carlos H. Ozahata - Prefeitura de Jundiaí

Francisco Uchoa - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Mariângela F. Almeida e Souza - *World Society for the Protection of Animals*

Nestor Calderón - *Universidad de La Salle/Colômbia*

Nina Rosa Jacob - Instituto Nina Rosa

Sonia Cerri - Prefeitura de São Paulo

Silvana Rodrigues Alves - Prefeitura de Araçatuba

### **Grupo 5: Comunicação Social: trabalhando a imagem do serviço que executa a eutanásia junto à população**

Sylia Rehder – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Marco Ciampi - Arca Brasil

Carlos Alberto Vicentin - Prefeitura de Mogi das Cruzes

### **Agradecimentos especiais**

Prof. Dr. Flavio Prada, Prof. Dra. Irvênia Luiza de Santis Prada (Profa. Emérita da Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia /USP), Prof. Dr. Stélio Pacca Loureiro Luna, Profa. Dra. Denise Fantoni (Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia /USP), Profa. Dra. Silvia Cortopassi (Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia /USP), Dra. Hannelore Fuchs (Associação Brasileira de Zooterapia), Christina Gabella (*Humane Society of the United States*), Kate Pullen (*Humane Society of the United States*), Daniela Augusta G. Rossi (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador/SES), Andréia de C. Gabin (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador/SES), Rogério Luis D. de Oliveira (Grupo Operativo de Resgate da Integridade Psíquica - Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da USP), Andréa Maria Andrade (Centro de Controle de Zoonoses de Araçatuba), Cristina Magnabosco (Centro de Controle de Zoonoses de Guarulhos), Sonia Cerri (Centro de Controle de Zoonoses de São Paulo), Mariângela F. Almeida e Souza (*World Society for the Protection of Animals*), Prof. Dr. João Telhado (Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro), Dr. Nestor Calderón Maldonado (*Universidad de Sale, Colômbia*), Adriana Maria Lopes Vieira (Coordenadoria de Controle de Doenças/SES), Lucia Matias Gaudie Ley (Centro de Controle de Zoonoses de Guarulhos), Rita de Cassia Garcia (Coordenadoria de Controle de Doenças/SES), Rosane Lopes (Organização Panamericana da Saúde).

### **Apoio**

Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de São Paulo

Conselho Regional de Medicina Veterinária do Rio de Janeiro

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp)

Instituto Nina Rosa (INR)

Instituto Técnico de Educação e Controle Animal (ITEC)

*Humane Society of United States* (HSUS)

*World Society for the Protection of Animals* (WSPA)

## Instruções aos Autores

O **Boletim Epidemiológico Paulista (Bepa)** publicação mensal da Coordenadoria de Controle de Doenças, órgão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CCD/SES-SP) veicula artigos relacionados aos agravos à saúde pública ocorridos nas diversas áreas de controle, assistência e diagnóstico laboratorial do Sistema Único de Saúde de São Paulo (SUS-SP). Além de disseminar informações entre os profissionais de saúde de maneira rápida e precisa, o Bepa tem como objetivo incentivar a produção de trabalhos que subsidiem as ações de prevenção e controle de doenças na rede pública, apoiando, ainda, a atuação dos profissionais do sistema de saúde privado, promovendo a atualização e o aprimoramento de ambos.

Os documentos que podem ser publicados neste boletim estão divididos nas seguintes categorias:

1. **Artigos originais** – destinados à divulgação de resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. Devem ter de 2.000 a 4.000 palavras, excluindo tabelas, figuras e referências.

2. **Revisão** – Avaliação crítica sistematizada da literatura sobre assunto relevante à saúde pública. Devem ser descritos os procedimentos adotados, esclarecendo a delimitação e limites do tema. Extensão máxima: 5.000 palavras.

3. **Comunicações breves** – São artigos curtos destinados à divulgação de resultados de pesquisa. No máximo 1.500 palavras, uma tabela/figura e cinco referências.

4. **Informe epidemiológico** – Textos que têm por objetivo apresentar ocorrências relevantes para a saúde coletiva, bem como divulgar dados dos sistemas de informação sobre doenças e agravos. Máximo de 3.000 palavras.

5. **Informe técnico** – Trabalhos que têm por objetivo definir procedimentos, condutas e normas técnicas das ações e atividades desenvolvidas no âmbito da saúde coletiva. No máximo 5.000 palavras.

A estrutura dos textos produzidos para a publicação deverá adequar-se ao estilo Vancouver, cujas linhas gerais seguem abaixo.

• **Página de identificação** – Título do artigo, conciso e completo, em Português e Inglês; nome completo de todos os autores; indicação da instituição à qual cada autor está afiliado; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; se subvencionado, indicar nome da agência de fomento que concedeu o auxílio e respectivo nome do processo; se foi extraído de dissertação ou tese, indicar título, ano e instituição em que foi apresentada.

• **Resumo** – Todos os textos, à exceção dos

**informes técnicos**, deverão ter resumo em Português e em Inglês (*Abstract*), dimensionado entre 150 palavras (**comunicações breves**) e no máximo 250 palavras (**artigos originais, revisões, atualizações e informes epidemiológicos**). Para os artigos originais, o resumo deve destacar os propósitos do estudo, procedimentos básicos adotados (seleção de sujeitos de estudo ou animais de laboratório, métodos analíticos e observacionais), principais descobertas e conclusões. Devem ser enfatizados novos e importantes aspectos do estudo ou das observações. Uma vez que os resumos são a principal parte indexada do artigo em muitos bancos de dados eletrônicos, e a única parte que alguns leitores lêem, os autores precisam lembrar que eles devem refletir, cuidadosamente, o conteúdo do artigo. Para os demais textos, o resumo deve ser narrativo, mas com as mesmas informações.

- **Descritores (unitermos ou palavras-chave)** – Seguindo-se ao resumo, devem ser indicados no mínimo três e no máximo dez descritores do conteúdo, que têm por objetivo facilitar indexações cruzadas dos textos e podem ser publicados juntamente com o resumo. Em Português, os descritores deverão ser extraídos do vocabulário “Descritores em Ciências em Saúde” (DeCS), da Bireme. Em Inglês, do “Medical Subject Headings” (Mesh). Caso não sejam encontrados descritores adequados à temática abordada, termos ou expressões de uso corrente poderão ser empregados.
- **Introdução** – Contextualiza o estudo, a natureza dos problemas tratados e sua significância. A introdução deve ser curta, definir o problema estudado, sintetizar sua importância e destacar as lacunas do conhecimento abordadas.
- **Metodologia (Métodos)** – A metodologia deve incluir apenas informação disponível no momento em que foi escrito o plano ou protocolo do estudo; toda a informação obtida durante a condução do estudo pertence à seção de resultados. Deve conter descrição, clara e sucinta, acompanhada da respectiva citação bibliográfica, dos procedimentos adotados, a população estudada (universo e amostra), instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação e método estatístico.
- **Resultados** – Devem ser apresentados em seqüência lógica no texto, tabelas e figuras, colocando as descobertas principais ou mais importantes primeiro. Os resultados encontrados devem ser descritos sem incluir interpretações e/ou comparações. Sempre que possível, devem ser apresentados em tabelas e figuras auto-explicativas e com análise estatística, evitando-se sua repetição no texto.

- **Discussão** – Deve enfatizar os novos e importantes aspectos do estudo e as conclusões que dele derivam, sem repetir material colocado nas seções de introdução e resultados. Deve começar com a apreciação das limitações do estudo, seguida da comparação com a literatura e da interpretação dos autores, apresentando, quando for o caso, novas hipóteses.
- **Conclusão** – Traz as conclusões relevantes, considerando os objetivos do trabalho e formas de continuidade. Se tais aspectos já estiverem incluídos na discussão, a conclusão não deve ser escrita.
- **Referências bibliográficas** – A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores.
- **Citações bibliográficas no texto, tabelas e figuras:** deverão ser colocadas em ordem numérica, em algarismo arábico, sobrescrito, após a citação, constando da lista de referências bibliográficas. Exemplo:  
“Os fatores de risco para a infecção cardiovascular estão relacionados à imunocompetência do hospedeiro<sup>1</sup>.”
- **Referências bibliográficas:** devem ser numeradas consecutivamente, obedecendo à ordem em que aparecem pela primeira vez no texto, de acordo com o estilo Vancouver. A ordem de citação no texto obedecerá esta numeração. Até seis autores, citam-se todos os nomes; acima disso, apenas os seis primeiros, seguidos da expressão em Latim “*et al*”. É recomendável não ultrapassar o número de 30 referências bibliográficas por texto.

**A) Artigos de periódicos** – As abreviaturas dos títulos dos periódicos citados devem estar de acordo com o *Index Medicus*, e marcadas em negrito.

Exemplo:

1. Ponce de Leon P; Valverde J e Zdero M. Preliminary studies on antigenic mimicry of *Ascaris Lumbricoides*. **Rev Lat-amer Microbiol** 1992; 34:33-38.

2. Cunha MCN, Zorzatto JR, Castro LLC. Avaliação do uso de Medicamentos na rede pública municipal de Campo Grande, MS. **Rev Bras Cien Farmacêuticas** 2002; 38:217-27.

**B) Livros** A citação de livros deve seguir o exemplo abaixo:

3. Medronho RA. Geoprocessamento e saúde: uma nova abordagem do espaço no processo saúde-doença. Primeira edição. Rio de Janeiro: Fiocruz/CICT/NECT.

**C) Capítulos de livro** – Já ao referenciar capítulos de livros, os autores deverão adotar o modelo a seguir:

4. Arnau JM, Laporte JR. Promoção do uso racional de medicamentos e preparação de guias farmacológicos. *In*: Laporte JR, Tognoni G, Rozenfeld

S. Epidemiologia do medicamento: princípios gerais. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1989.

**D) Dissertações e teses:**

5. Moreira MMS. Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. p. 100.

**E) Trabalhos de congressos, simpósios, encontros, seminários e outros:**

6. Barboza *et al*. Descentralização das políticas públicas em DST/Aids no Estado de São Paulo. *In*: III Encontro do Programa de Pós-Graduação em Infecções e Saúde Pública; 2004 ago; São Paulo: Rev IAL. P. 34 [resumo 32-SC].

**F) Periódicos e artigos eletrônicos:**

7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais 2000. [Boletim on-line]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> [2004 mar 5]

**G) Publicações e documentos de organizações governamentais:**

8. Brasil. Decreto 793, de 5 de abril de 1993. Altera os Decretos 74.170, de 10 de junho de 1974, e 79.094, de 5 de janeiro de 1977, que regulamentam, respectivamente, as Leis 5991, de 17 de janeiro de 1973, e 6360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 6 abr 1993. Seção 1. p. 4397.

9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Como investigar el uso de medicamentos em los servicios de salud. Indicadores seleccionados del uso de medicamentos. Ginebra; 1993. (DAP. 93.1).

Casos não contemplados nesta instrução devem ser citados conforme indicação do Committee of Medical Journals Editors (*Grupo Vancouver*) (<http://www.cmje.org>).

**Tabelas** – Devem ser apresentadas em folhas separadas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto. A cada uma deve ser atribuído um título breve, **NÃO SE UTILIZANDO TRAÇOS INTERNOS HORIZONTAIS OU VERTICAIS**. Notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título.

**Quadros** – São identificados como tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

**Figuras** – Fotografias, desenhos, gráficos etc., citados como figuras, devem ser numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram mencionados no texto, por número e título abreviado no trabalho. As legendas devem ser apresentadas em folha à parte; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução. Não são permitidas figuras que representem os mesmos dados.