

O Conhecimento na Competência da Teoria e da Prática em Enfermagem

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)



Atena
Editora

Ano 2019

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)

O Conhecimento na Competência da Teoria e da Prática em Enfermagem

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes e Karine de Lima

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

C749 O conhecimento na competência da teoria e da prática em enfermagem 1 [recurso eletrônico] / Organizadora Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-167-1

DOI 10.22533/at.ed.671191203

1. Enfermagem – Prática profissional. I. Sombra, Isabelle Cordeiro de Nojosa.

CDD 610.73

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra “*O Conhecimento na Competência da Teoria e da Prática em Enfermagem*” aborda uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 3 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 31 capítulos, o volume I aborda a Enfermagem no como atuante no cuidado à mulher, criança, adolescente, homem e idoso, trazendo abordagens específicas e voltadas para cada público de uma forma especial.

Esse olhar diferenciado promove o conhecimento, facilitando a atuação do profissional diante das especificidades inerentes a cada público. Sendo assim, a prestação dos serviços ocorre de forma mais eficaz, gerando resultados cada vez mais satisfatórios.

Colaborando com as mais diversas transformações no contexto da saúde, este volume I é dedicado ao público de mulheres, incluindo a vertente materno-infantil, quando aborda pesquisas relacionadas às morbidades no período gestacional, aleitamento materno, cuidados no puerpério, dentre outras. Além disso, as publicações também fornecem conhecimento para o cuidado à criança e ao adolescente, trazendo assuntos como cuidados de enfermagem em pediatria e ações para promoção da saúde do adolescente. Por fim, não menos relevante, os capítulos também tratam sobre a saúde do homem e do idoso, com temáticas como nutrição e qualidade de vida da pessoa idosa, assistência à saúde do homem na atenção primária e masculinidade.

Ademais, esperamos que este livro possa fornecer subsídios para uma atuação qualificada, humanizada e com um olhar especial no que diz respeito à saúde da mulher e da criança, bem como do binômio mãe-filho, além da saúde dos demais públicos como adolescentes, idosos e homem, buscando cada vez mais a excelência no cuidado em enfermagem, e disseminando práticas promotoras da saúde.

Isabelle C. de N. Sombra

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM PUÉRPERAS	
Fabiana Travassos Costa	
Joelmara Furtado Pereira dos Santos	
Clíce Pimentel Cunha de Sousa	
Danyelle Carneiro de Souza Cavalcante	
Karla Conceição Costa Oliveira	
Josinete Lins Melo Matos	
Ana Mônica Abreu dos Santos de Oliveira	
Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão	
Franco Celso da Silva Gomes	
Lierbeth Santos Pereira Penha	
Gerusinete Rodrigues Bastos dos Santos	
Francisca Bruna Arruda Aragão	
DOI 10.22533/at.ed.6711912031	
CAPÍTULO 2	11
A ENFERMAGEM AUXILIANDO NA TRANSIÇÃO DA MULHER COM SÍFILIS	
Valéria Silva de Mello	
Rosângela da Silva Santos	
DOI 10.22533/at.ed.6711912032	
CAPÍTULO 3	26
A IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL E POSSÍVEIS BENEFÍCIOS DA OFERTA DO LEITE MATERNO PARA A CRIANÇA	
José Cláudio da Silva Junior	
Roseane de Souza Lucena	
Sidrailson José da Silva	
Lenora Moraes Correia de Melo	
Maria Luciana da Silva	
Lucimar Maria da Silva	
Karen Espindola Silva	
Mônica Maria Santos do Vale	
Adriana Guimarães Negromonte Bezerra	
DOI 10.22533/at.ed.6711912033	
CAPÍTULO 4	31
A TEORIA AMBIENTALISTA DE FLORENCE NIGHTINGALE E O CUIDADO À CRIANÇA NO CÁRCERE	
Denise Santana Silva dos Santos	
Climene Laura de Camargo	
Darci de Oliveira Santa Rosa	
Maria Carolina Ortiz Whitaker	
DOI 10.22533/at.ed.6711912034	
CAPÍTULO 5	39
ATENDIMENTO DE PUERICULTURA COMO FORMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	
Andressa Peripolli Rodrigues	
Santo Ângelo - Rio Grande do Sul	
Greice Machado Pieszak	
Lucimara Sonaglio Rocha	
Margot Agathe Seiffert	

Mariéli Terezinha Krampe Machado
Neiva Claudete Brondani Machado
Rita Fernanda Monteiro Fernandes
Sandra Maria de Mello Cardoso

DOI 10.22533/at.ed.6711912035

CAPÍTULO 6 51

A ÓTICA DO ADOLESCENTE HOSPITALIZADO ACERCA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Nathália da Silva Pimentel Reis
Maria Fabiane Galdino dos Santos
Inez Silva de Almeida
Helena Ferraz Gomes
Ellen Marcia Peres
Dayana Carvalho Leite
Andreia Jorge da Costa

DOI 10.22533/at.ed.6711912036

CAPÍTULO 7 60

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO DESMAME PRECOCE

Letícia Natany França
Ana Paula Santos Silva
Letícia Rodrigues Barboza
Carolina Vasconcelos de Almeida Neves

DOI 10.22533/at.ed.6711912037

CAPÍTULO 8 66

AUTO PERCEPÇÃO E FUNCIONALIDADE SEXUAL ENTRE MULHERES EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO CONTRA O CÂNCER DE MAMA

Mary Dayane Wilminlane Da Silva
Erica Elice Lessa Ferreira
Luciana Dilane Santos Barbosa
Flávia Gymena Silva de Andrade
Maria José Lima Pereira da Silva
Maria Clara Acioli Lins Lima

DOI 10.22533/at.ed.6711912038

CAPÍTULO 9 68

AVALIAÇÃO DA COBERTURA VACINAL DE ROTAVÍRUS EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO

Marizeuda Araújo Gonçalves
Cleuma Sueli Santos Suto
Laura Emmanuela Lima Costa
Eliana do Sacramento de Almeida
Rita de Cassia Dias Nascimento
Jobe Lino Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.6711912039

CAPÍTULO 10 82

CONHECIMENTO DAS GESTANTES EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

Ana Carolina Cristovão Silva
Priscila Santos Alves Melo
Priscyla de Oliveira Nascimento Andrade
Tatiane Gomes Guedes
Francisca Márcia Pereira Linhares

Ester Marcele Ferreira de Melo
DOI 10.22533/at.ed.67119120310

CAPÍTULO 11 94

USO DE MEDICAMENTOS POR MÃES ADOLESCENTES DURANTE A AMAMENTAÇÃO

Edna Maria Camelo Chaves
Ana Paola de Araújo Lopes
Rebecca Camurça Torquato
Aliniana da Silva Santos
Lidiane do Nascimento Rodrigues
Ana Valeska Siebra e Silva

DOI 10.22533/at.ed.67119120311

CAPÍTULO 12 103

CONHECIMENTO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM QUANTO ÀS MANOBRAS DE REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR EM PEDIATRIA

Maria Laura da Silva
Patrícia Pereira Vasconcelos
Ana Paula Esmeraldo Lima
Maria Gorete Lucena de Vasconcelos
Suzana Lins da Silva
Gabriela Cunha Schechtman Sette

DOI 10.22533/at.ed.67119120312

CAPÍTULO 13 115

CONSTRUINDO INSTRUMENTO PARA VIABILIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO À PUÉRPERA NA ATENÇÃO BÁSICA

Carlice Maria Scherer
Luiz Fernando do Nascimento Martins
Camila Aparecida de Souza Duarte Lenhart

DOI 10.22533/at.ed.67119120313

CAPÍTULO 14 120

FATORES ASSOCIADOS À PEREGRINAÇÃO DE MULHERES NO ANTEPARTO: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

Rita De Cássia Cajueiro dos Santos
Noemy Nascimento Medeiros de Matos
Quessia Paz Rodrigues
Tatiane de Souza Mançú
Millani Souza de Almeida
Enilda Rosendo do Nascimento

DOI 10.22533/at.ed.67119120314

CAPÍTULO 15 132

MICROCEFALIA ASSOCIADA AO ZIKA VÍRUS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO ADOTADAS PELAS MÃES

Raissa Oliveira Coelho Nunes
Francisco de Sales Clementino

DOI 10.22533/at.ed.67119120315

CAPÍTULO 16 149

PARALISIA CEREBRAL: UMA ABORDAGEM SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA A CRIANÇA E A FAMÍLIA

Maxwell do Nascimento Silva

Fernando Rodrigo Correia Garcia
Josykleude Moraes Barroso
Manoel Fernandes da Costa Neto
Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão
Gessica Mayara Santos Costa

DOI 10.22533/at.ed.67119120316

CAPÍTULO 17 164

PERCEPÇÃO DA ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE À MULHER EM PROCESSO DE ABORTAMENTO PROVOCADO

Evellen Raysa Alves de Lima Bernardo
Kleytiane Benevides Araújo
Priscyla de Oliveira Nascimento Andrade
Priscila Santos Alves Melo
Francisca Márcia Pereira Linhares
Ester Marcele Ferreria de Melo

DOI 10.22533/at.ed.67119120317

CAPÍTULO 18 177

PERCEPÇÕES ACERCA DA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA: SUPOSIÇÕES X REALIDADE

Erica Elice Lessa Ferreira
Mary Dayane Wilminlane Da Silva
Luciana Dilane Santos Barbosa
Flávia Gymena Silva de Andrade
Maria José Lima Pereira da Silva
Bárbara Rafaela Alves da Silva

DOI 10.22533/at.ed.67119120318

CAPÍTULO 19 179

SAÚDE DO ADOLESCENTE: AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DESENVOLVIDAS POR ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Samyra Paula Lustoza Xavier
Rosane Shirley Saraiva de Lima
Fabrício Carneiro Costa
Ana Paula Agostinho Alencar
Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Antônia Alizandra Gomes dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.67119120319

CAPÍTULO 20 195

SOPRO SISTÓLICO EM RECÉM NASCIDO E TRATAMENTO CONTINUADO: REVISÃO LITERÁRIA

Débora Jandussi
Isamau Muanza Mossessi
Cassiana da Piedade Samento
Adriana Terezinha de Mattias Franco

DOI 10.22533/at.ed.67119120320

CAPÍTULO 21 198

O PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DO TRACOMA ENTRE ESCOLARES DA REDE MUNICIPAL DE UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DO MARANHÃO

Joseneide Teixeira Câmara
Tatyanne Maria Pereira de Oliveira;
Tharlíane Silva Chaves
Beatriz Mourão Pereira

Leônidas Reis Pinheiro Moura
Christianne Silva Barreto
Núbia e Silva Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.67119120321

CAPÍTULO 22 209

VIVENCIANDO A GESTAÇÃO EM JOVENS PORTADORAS DO VÍRUS DA SÍNDROME DA
IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA ADQUIRIDA

Renata Cristina Justo de Araújo
Zuleyce Maria Lessa Pacheco
Natália de Freitas Costa
Camila da Silva Marques Badaró
Camila Messias Ramos
Ana Claudia Sierra Martins

DOI 10.22533/at.ed.67119120322

CAPÍTULO 23 220

ASPECTOS NUTRICIONAIS DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Francisco Gilberto Fernandes Pereira
Ana Priscila Marques Lima
Karen Virginia Lopes Gomes
Natasha Marques Frota
Lívia Moreira Barros

DOI 10.22533/at.ed.67119120323

CAPÍTULO 24 231

INCIDÊNCIA E FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO
EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Mirian Alves da Silva
Suellen Duarte de Oliveira Matos
Iraktânia Vitorino Diniz
Adriana Lira Rufino de Lucena
Simone Helena dos Santos Oliveira
Maria Júlia Guimarães Soares Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.67119120324

CAPÍTULO 25 246

QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: CONTEXTO GERAL

Danilo Moreira Pereira
Flávia Rangel de Oliveira
Gislaine Teixeira da Silva
Andreia de Oliveira Pinheiro Ribeiro
Gisélia Maria Cabral de Oliveira
Douglas Jeremias Rebelo
Vânia Thais Silva Gomes
Sônia Maria Filipini
Sueli dos Santos Vitorino

DOI 10.22533/at.ed.67119120325

CAPÍTULO 26 255

OLHAR SOBRE OS TIPOS DE VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS, PERFIL DAS VÍTIMAS E DOS
AGRESSORES: REVISÃO INTEGRATIVA

Jonatas Gomes Neri
Gilson Aquino Cavalcante
Kaliene Souza Gonçalves

Lilian Machado de Lima
Clóvis Gabriel Moreira da Silva
Sueli Alves Castanha

DOI 10.22533/at.ed.67119120326

CAPÍTULO 27 268

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: LITERATURAS DA ENFERMAGEM BRASILEIRA

José Rocha Gouveia Neto
Aísha Sthéfany Silva de Menezes
Bruna Oliveira Gonzaga
Camila Ritchey Soares de Oliveira Farias
Danilo do Nascimento Arruda Câmara
Iago Vieira Gomes
Mônica Gusmão Lafrande Alves
Roberta Paolli de Paiva Oliveira
Xênia Sheila Barbosa Aguiar Queiroz
Jesana Sá Damasceno Moraes

DOI 10.22533/at.ed.67119120327

CAPÍTULO 28 277

MASCULINIDADES E AS REPERCUSSÕES GERADAS NO ACESSO DE HOMENS AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Anderson Reis de Sousa
Álvaro Pereira
Ailton Santos
Andrey Ferreira da Silva
Thiago da Silva Santana
Isabella Félix Meira Araújo
Josias Alves de Oliveira
Igor Carlos Cunha Mota
Márcio Soares de Almeida

DOI 10.22533/at.ed.67119120328

CAPÍTULO 29 296

NECESSIDADES HUMANAS DE CUIDADO A SAÚDE, EM HOMENS COM CÂNCER DE BOCA

Ana Angélica de Souza Freitas
Maria Jose Coelho

DOI 10.22533/at.ed.67119120329

CAPÍTULO 30 310

HOMENS NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS UROLÓGICAS: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDAR EM ENFERMAGEM

Rafael Carlos Macedo Souza
Anna Maria Oliveira Salimena
Heloisa Campos Paschoalin
Natália Beatriz Lima Pimentel

DOI 10.22533/at.ed.67119120330

SOBRE A ORGANIZADORA..... 321

CAPÍTULO 1

A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM PUÉRPERAS

Fabiana Travassos Costa

Universidade Ceuma, Curso de Pós-Graduação em Obstetrícia e Neonatal.

São Luís – MA.

Joelmara Furtado Pereira dos Santos

Mestrado Profissional em Saúde da Família - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

São Luís – MA.

Clice Pimentel Cunha de Sousa

Programa de Pós – Graduação em saúde do Adulto, Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

São Luís – MA.

Danyelle Carneiro de Souza Cavalcante

Mestrado Profissional em Saúde da Família - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

São Luís – MA.

Karla Conceição Costa Oliveira

Programa de Pós – Graduação em saúde do Adulto, Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

São Luís – MA.

Josinete Lins Melo Matos

Hospital Dr. Carlos Macieira.

São Luís – MA.

Ana Mônica Abreu dos Santos de Oliveira

Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS.

São Luís – MA.

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão

Faculdade Pitágoras, Departamento de Enfermagem.

São Luís - MA.

Franco Celso da Silva Gomes

Faculdade UNINASSAU, Departamento de Enfermagem.

São Luís – MA.

Lierbeth Santos Pereira Penha

Universidade Estadual do Maranhão (UEMA).

São Luís - MA.

Gerusinete Rodrigues Bastos dos Santos

Programa de Pós – Graduação em saúde do Adulto, Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

São Luís – MA.

Francisca Bruna Arruda Aragão

Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Curso de Enfermagem do Centro de Ciências Humanas, Naturais, Saúde e Tecnologia (CCHNST).

Pinheiro - MA.

RESUMO: A Depressão pós-parto é uma patologia que afeta uma parcela significativa das de mulheres após terem dado à luz um bebê. A depressão pós-parto é definida como um transtorno mental caracterizado por um conjunto de sintomas que iniciam geralmente nas primeiras semanas subsequentes ao parto,

podendo ocorrer com frequência principalmente após aborto ou morte fetal. Estima-se que cerca de 60% das novas mães passam por uma forte melancolia após o parto conhecida internacionalmente como *baby blues*. No Brasil cerca de 40% desenvolvem depressão sendo que 10% apresentem a sua forma mais severa. Este estudo trata-se de revisão literária narrativa nas bases de dados da biblioteca virtual, levando como critérios de seleção: textos completos. A busca foi realizada nas bases SciELO, Google Acadêmico e Pubmed. Foram selecionados 20 artigos, publicados entre 2009 e 2018. Considerada um problema de saúde pública pelas consequências, a depressão pós-parto pode causar a vida das mulheres, diagnóstico nem sempre é fácil, e para realizá-lo há necessidade que os profissionais se encontrem preparados para identificar precocemente os sinais e sintomas oportunizando o diagnóstico rápido, favorecendo as ações de prevenção e promoção da saúde das mulheres e famílias.

PALAVRAS - CHAVE: Saúde da Mulher. Obstetrícia. Puerpério. Depressão pós-parto.

ABSTRACT: Postpartum depression is a pathology that affects a significant portion of women after giving birth to a baby. Postpartum depression is defined as a mental disorder characterized by a set of symptoms that usually begin within the first few weeks after birth, and may occur most often after abortion or fetal death. It is estimated that about 60% of new mothers go through a severe postpartum melancholy known internationally as baby blues. In Brazil about 40% develop depression and 10% present their most severe form. This study is about narrative literary revision in the databases of the virtual library, taking as selection criteria: full texts. The search was carried out at the SciELO, Google Academic and Pubmed databases. A total of 20 articles were selected, published between 2009 and 2018. Considered a public health problem due to the consequences, postpartum depression can cause women's lives, diagnosis is not always easy, and to do this there is a need for professionals to meet prepared to identify early signs and symptoms by providing a rapid diagnosis, favoring actions to prevent and promote the health of women and families.

KEYWORDS: Pressure Ulcer. Nursing. Intensive Care Unit.

1 | INTRODUÇÃO

A gestação e o puerpério são períodos da vida da mulher que precisam ser vistos com especial atenção, pois envolvem inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na saúde mental dessas mulheres (CAMACHO et al., 2006). Período este, que ocorrem inúmeras alterações comportamentais da puérpera, apresentando labilidade emocional perante as mudanças físicas, hormonais e psicológicas que ocorrem no organismo. A insegurança e o medo de ser mãe acompanha a gestante até os momentos finais gestação (SILVA; JANIZE, 2009), geralmente autolimitando, ocorrendo problemas na adaptação da mãe ao nascimento do bebê.

O puerpério é um período marcado por estresse, adaptação e reorganização em que se observa o desenvolvimento das manifestações involutivas ou mesmo da recuperação da genitália materna, que é um período onde a mulher reorganiza o seu cotidiano e agrega o seu bebê a sua dinâmica de vida. É um período variável e o modo como a mulher vivencia essa fase é que mostra se a mulher pode ou não desencadear sintomas estressores capazes de gerar complicações à mãe e o bebê (RODRIGUES; SCHIAVO, 2011).

Segundo Tessari (2006), as condições existenciais e vivenciais nas quais se dá a gravidez pode influenciar na depressão pós-parto. Desta forma, entender os processos psicológicos da mulher nos períodos gestacional e pós-parto e conhecer os fatores de risco e de proteção da DPP é fundamental para a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento desta síndrome.

Para a psicanálise, o parto pode estar intimamente ligado ao sentimento de perda. De acordo com Silva e Botti, (2015, p. 96), a tristeza sentida pela mulher com a saída do filho de seu ventre no momento do parto, é projetada no bebê. Dessa forma, no momento em que a nova mãe reconforta seu filho e faz com que ele pare de chorar, ela readquire o próprio conforto.

Além do ritmo acelerado das mudanças fisiológicas na fase puerperal (elevações dos níveis de corticosteróide e queda abrupta dos níveis hormonais), surgem também as exigências culturais, sociais, familiares e pessoais em relação à puérpera, principalmente no que se refere ao desempenho das funções maternas (CABRAL; OLIVEIRA, 2013).

Sendo assim, a transição para a maternidade é marcada por alterações biológicas, psicológicas e sociais, pois mesmo vivenciando um período de fragilidade, cabe ainda à genitora a satisfação e o reconhecimento holístico das necessidades e demandas do bebê – o que exige reorganização social e adaptação a um novo papel, em que lhe é imposto um súbito aumento de responsabilidade e em que se torna referência de uma pessoa indefesa, sofre privação de sono e isolamento social, além de precisar se reestruturar quanto à sexualidade, imagem corporal e identidade feminina (CAVALCANTE, 2011).

Levando em considerações todas essas informações, torna-se de suma importância o diagnóstico precoce por profissional da área de saúde, especialmente a enfermagem, que pode desempenhar um papel fundamental orientado de forma humanizada para o autocuidado, prevenção e fazendo o encaminhamento correto para a busca do tratamento específico, pois quanto mais precoce for diagnosticado menores riscos à saúde da mãe e do recém-nascido.

Neste sentido, o enfermeiro precisa ter conhecimento há cerca da DPP, por ser um dos profissionais que constitui a atenção básica que é geralmente a porta de entrada para o acolhimento e direcionamento adequado desta paciente (Nogueira et al, 2013).

A literatura científica aponta que a Depressão pós-parto tem como fatores relativos e negativos os riscos sociodemográficos como escolaridade, condição socioeconômica, quantidade de filhos, tipo de parto, complicação durante a gestação, apoio familiar,

O presente estudo, objetivou conhecer a atuação da Enfermagem na Depressão Pós-Parto em Puérperas

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica de literatura, documental, seletiva, visando conhecer a atuação e a assistência da enfermagem para mulheres puérperas com quadro de depressão pós-parto.

Revisão bibliográfica de artigos científicos pesquisadas num período de janeiro a abril de 2018.

Foram utilizadas publicações científicas indexadas nas bases de dados SciELO, Google Acadêmico e PUBMED. O levantamento bibliográfico foi realizado no período de janeiro a abril de 2018.

O critério da análise dos artigos foram: textos completos disponíveis na íntegra, no idioma português entre, utilizando os descritores específicos do estudo. Foram utilizadas as palavras chaves “Saúde da Mulher”, “Obstetrícia”, “Puerpério” e “Depressão pós-parto”, “Escala de Rastreamento da DPP” e “Enfermagem e a DPP”, critério para execução optou-se por não utilizar língua estrangeira, pela dificuldade de encontrar textos completos.

Realizado através de seleção de estudo com leitura preliminar exploratória, foram identificados 20 artigos científicos, e feita à leitura minuciosa e seletiva, após a seleção dos estudos decidiu-se que seguira para análise e formação de tabelas artigos a partir de 2009 os demais seriam utilizados na introdução, foi feita o registro de todo o material pesquisado. E realizado na análise descritiva a fim de estabelecer a compreensão do tema.

Para a presente pesquisa não se fez necessário a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por se tratar de abordagem de pesquisa em ambiente de domínio público, respeitando assim, as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e sobretudo a pesquisadora responsabiliza-se em citar os autores no estudo, destinado as obras apenas para fins científico.

Os dados da pesquisa foram analisados e demonstrados por meio de tabelas feitos com o auxílio do programa Microsoft Word 2010.

A pesquisa foi constituída pelos dados obtidos através dos 09 artigos analisados no período de janeiro de 2018 a abril de 2018.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cruzamento resultou em 20 artigos, aos quais foram analisados e aplicados os critérios de inclusão e exclusão, resultando em 09 artigos, que foram utilizados para

compor a amostra, conforme explanado no quadro a seguir:

TÍTULO	AUTORES/ ANO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
Prevenindo a Depressão Puerperal na Estratégia de Saúde da Família: Ações do Enfermeiro no Pré-Natal	VALENÇA; GERMANO, 2010	Compreender as ações do Enfermeiro no Pré-natal da ESF na prevenção da DPP.	Estudo descritivo-exploratório qualitativo	Os relatos descrevem dificuldades quanto à atuação do enfermeiro no pré-natal para prevenir a DPP, não em relação à ESF em si, mas à forma como são conduzidas as consultas de pré-natal, dificultando uma abordagem integral da gestante.
As estratégias dos Enfermeiros para o cuidado em saúde mental no Programa Saúde da Família	AMARANTE et al.,2011	Descrever as estratégias utilizadas pelos “enfermeiros da família” no cuidado com pacientes em sofrimento psíquico.	Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa	Existe desconhecimento por parte dos enfermeiros sobre o termo sofrimento psíquico. Tem dificuldade de identificar a atenção à saúde dos portadores de sofrimento psíquico como parte da operacionalização das ações no cotidiano da Estratégia Saúde da Família.
Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática.	LOBATO, G., MORAES, C.L., REICHENHEIM, M.E., 2011	Realizar uma revisão sistemática dos estudos sobre a magnitude da depressão pós-parto (DPP) no Brasil.	Revisão sistemática	Embora novos estudos sejam necessários para melhor caracterizar as peculiaridades que envolvem a magnitude da DPP no Brasil, as evidências disponíveis justificam uma atenção prioritária para os agravos à saúde mental materna no âmbito da saúde pública no país.
Escalas de Rastreamento para DPP	SCHARDOSI e HELDT, 2011	Realizar uma revisão sistemática sobre as escalas de Rastreamento de DPP.	Revisão sistemática	As escalas são comumente utilizadas em pesquisas, mas podem ser uma ferramenta facilitadora para identificação de DPP na assistência às gestantes e às puérperas.
Depressão Puerperal, no âmbito da Saúde Pública	MENEZES <i>et al.</i> 2012	Analisa os procedimentos necessários para diminuir os índices nacionais de DPP.	Abordagem qualitativa	A capacitação de profissionais da saúde deve ser intensificada, pois as implicações na interação mãe/bebê são graves.

Assistência de Enfermagem na detecção da DPP	SOBREIRA e PESSÔA, 2012	Verificar as ações de Enfermagem desenvolvidas para prevenção da DPP nas unidades de Atenção Primária à Saúde de um município do Vale do Aço, Minas Gerais.	Pesquisa qualitativa	Os enfermeiros tinham conhecimento sobre os fatores desencadeantes da depressão pós-parto, bem como desenvolviam ações de prevenção e detecção precoce da patologia, porém de forma pouco sistematizada. Foi observado a necessidade de um trabalho multidisciplinar. Para a assistência qualificada desse público.
Atuação da enfermagem frente à depressão pós- parto nas consultas de puericultura	FÉLIX, T.A., et al 2013	Identificar como a enfermagem atua frente à DPP nas consultas de puericultura ao passo que sensibiliza profissionais para a detecção precoce.	Abordagem qualitativa	Os enfermeiros não tinham um conceito para a doença, mas eram capazes de identificar fatores relacionados à doença. Houve sensibilização o que, até então não acontecia, promovendo subdiagnóstico.
Depressão pós-parto: uma reflexão teórica	LANDIM, L. S.; VELOSO, L. S.; AZEVEDO, F. H. C. 2014	Analisar as principais evidências sobre a depressão pós-parto descritas nas publicações em saúde nos últimos 10 anos	Pesquisa descritiva de natureza integrativa de abordagem qualitativa	a depressão pós-parto configura-se como problema de saúde pública, que requer diagnóstico precoce, mas que para isso devem-se levar em consideração as diversas singularidades e particularidades que geram quaisquer transtornos ou perturbações que afetem o equilíbrio psíquico - social da gestante.
Depressão Pós parto: Conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas	TOLENTINO, E.C et al 2016	Discutir sobre os sinais e sintomas da depressão pós- parto em puérperas	Abordagem qualitativa	Os profissionais da área de saúde, no geral, possuem um papel importante na detecção dos sinais e sintomas da depressão pós-parto precocemente, com o intuito de impedir o sofrimento das mães e maiores consequências para o bebê.

Quadro 1 - Identificação da Amostra da Pesquisa. São Luís-MA, 2018

De acordo com os 09 artigos analisados, a DPP, por se constituir como uma doença emergente, que afeta diretamente a saúde da mulher e conseqüentemente sua relação com seus familiares e bebê, deve ser detectada precocemente, preferencialmente no pré-natal (TOLENTINO et al., 2016).

Segundo Valença e Germano (2010) os fatores que podem estar envolvidos na etiologia desse transtorno, comprovam uma possível conexão entre a acontecimento da DPP e o pouco apoio oferecido pelo parceiro ou por outras pessoas com quem a mãe nutre relacionamento, o não-planejamento da gestação, o nascimento prematuro e a morte do bebê, a dificuldade em amamentar e a dificuldades no parto.

O que fortalece as consultas pediátricas e as de puericultura como método excelente para o diagnóstico da depressão pós-parto, seguindo de acordo com a sequência do acompanhamento ao longo do primeiro ano de vida (LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011).

A detecção precoce da DPP poderia ser realizada através da prevenção primária e secundária de saúde, nas maternidades e acompanhamento sistemático das mães nos períodos do pré-natal, perinatal e pós-parto, tanto nos hospitais, como unidades básicas de saúde. Já existem escalas que descrevem o rastreamento da depressão pós-parto, a *Edinburgh Post Natal Depression Scale* (EPDS) e a *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS), ambas traduzidas para o português e validadas no Brasil (MENEZES et al., 2012)

As escalas de rastreamento são úteis na identificação de pacientes que estão em risco de desenvolver DPP, porém não se observa a utilização destas ferramentas na rotina assistencial, o que possibilitaria diagnóstico e tratamento precoces. Estão disponíveis escalas de rastreamento de diversos tamanhos e questões abordadas, possibilitando aos serviços de saúde opções que melhor se adaptem à assistência prestada (SCHANDOSIM; HELDT, 2011).

O uso de ferramentas alternativas é um fator muito importante para a assistência da enfermagem designada para os casos de depressão pós-parto. Além das ferramentas leves e mais comuns como anamnese, exame físico, foi possível encontrar também instrumentos conhecidos como Escala de Edimburgo. A EPDS é um instrumento usado apenas para esta finalidade, considerada de fácil aplicação e utilizada para detectar DPP na atenção primária (FELIX et. al., 2013).

Os enfermeiros articulam a necessidade de trabalhar de forma multidisciplinar, quando detectados os fatores de riscos nas gestantes e puérperas, ou seja, ao trabalhar-se em grupos com essas mulheres que apresentam predisposição para DPP, os profissionais de saúde estarão agindo de forma holística. Dessa forma elas terão a oportunidade de propor os temas que exibem dúvidas, além de expor sobre suas dificuldades da maternidade. Essas ações trazem pontos positivos, melhorando o equilíbrio psíquico e corporal durante essa fase da vida (SOBREIRA; PESSÔA, 2012).

Na atenção à saúde mental, os enfermeiros desempenham ações relevantes para a comunidade de maneira positiva, porém essas atividades necessitam ser mais valorizadas pelo profissional generalista, diminuindo assim a dependência de um especialista para lidar com o sofrimento psíquico (AMARANTE et al., 2011).

A DPP deve ser minimizada visto que, acarreta alterações e perturbações à puérpera, pode-se intervir nestes casos através da terapia medicamentosa ainda no período de amamentação (LANDIM et al., 2014).

Estes elementos reforçam que ações básicas da Estratégia da Saúde da Família, como acolhimento, criação de vínculo entre profissional-paciente, pré-natal de baixo risco de qualidade e atendimento integral e interdisciplinar, devem ser usados na prevenção e enfrentamento dos transtornos de humor, como a depressão, divergindo com a ideia retrograda, hospitalocêntrica e medicamentosa, de que doente mental deve estar internado.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais da saúde percebem esta lacuna, mas não recebem os incentivos para colocar em prática seus conhecimentos. Vários estudos abordam que a interação mãe/filho é fortemente afetada, trazendo consequências até mesmo na fase de adolescência. Portanto, torna-se cada vez mais visível a necessidade de mobilizar ações preventivas e educativas referentes a esta temática.

O transtorno mental apontado com maior frequência no período pós-natal é a depressão, fazendo-se necessário que os profissionais da saúde estejam sensibilizados e capacitados para realizarem ações eficazes quanto à promoção da saúde da mulher, família e da criança. Os profissionais de saúde devem se unir, não delegando estas ações somente aos psiquiatras e psicólogos, mas sim, procurar construir uma rede de referência que contribua com a ampliação das intervenções primária e secundária frente à doença.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, A.L.; LEPRE, A.S.; GOMES, J.L.D.; PEREIRA, A.V.; DUTRA, V.F.D.

As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Rev Texto contexto** – enferm.vol.20. no.1.Florianópolis.Jan./Mar.2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA - ABP. **OMS**: depressão será a doença mais comum do mundo em 2030 [Internet]. Teresina PI, 2014.

CABRAL, F.B.; OLIVEIRA, D.L.L.C. de. Vulnerabilidades de puérperas na visão de equipes de saúde da família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. **Rev Esc Enferm USP**. 2013; 44(2):368-75.

CAVALCANTE, R.C. **Transtornos psiquiátricos associados à gravidez e ao puerpério**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2011.

DIAS, M.M.G. **Intervenção em Enfermagem de saúde mental e Psiquiátrica num centro de dia do concelho de Oeiras**. Universidade Católica Portuguesa Instituto de Ciências da Saúde. 2011.

DUAILIBI, K.; DA SILVA, A.S.M. Depressão: critérios do DSM-5 e tratamento. **Rev. Bras. Clin. Terap**, v. 40, n. 1, p. 27-32, 2014.

FÉLIX, T.A., et al. Atuação da enfermagem frente à depressão pós-parto nas consultas de puericultura. **Enfermería Global**. n. 29.p. 420-435, 2013.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila

FONTES, F. S.; SILVA, I. A.; RIBEIRO, I. B.; LIMA, G. P. V.; GUIDA, N. F. B. **O cuidado de enfermagem e sua contribuição para prevenir a depressão pós- parto na adolescência**. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. 2010.

GONÇALVES, R.M.D.A. **Ações dos Enfermeiros em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família**. Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) (Biblioteca Frei Eugênio, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, MG, Brasil). 2009.

- GUEDES, C.R.; ALVARENGA, B.D.D.; ROTELLA, I.; VILELLA, D.V.A.L. Habilidades do Enfermeiro no Diagnóstico e Cuidado ao Portador de Depressão. **Revista Ciências em Saúde** v5, n 4, 2015. Minas Gerais, Brasil
- LANDIM, L. S. et al. Depressão pós-parto: uma reflexão teórica. **Revista Saúde em Foco**. Teresina, V.1, n°2, art 1. P. 41-59, Ago-Dez 2014.
- LOBATO, G., MORAES, C.L., REICHENHEIM, M.E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v. 11, n. 4, 2011.
- MENDES, A.M.O.C.; EUFRÁSIO, M.L.P. Análise compreensiva de uma intervenção na ansiedade e depressão em doentes hospitalizados com insuficiência cardíaca. **Revista de Enfermagem Referência**. 2013.
- MENEZES, F.L.; PELLEZ, N.L.K.; LIMA, S.S. de; SARTURI, F. Depressão Puerperal no âmbito da Saúde Pública. **Rev. Saúde**. v.38, n.1,p.2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- PEREIRA, I. F; FARIA, L. C; VIANNA, R. S. M; CORRÊA, P. D. S; et al. Atuação do Enfermeiro do Programa de saúde da Família frente ao indivíduo portador de transtorno mental. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v.6, n.2, p.175-187, jul./dez. 2013.
- RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim; SCHIAVO, Rafaela de Almeida. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2011, v. 33, n. 9, p. 252-257.
- SANTIAGO, A., HOLANDA, A.F. Fenomenologia da depressão: uma análise da produção acadêmica brasileira. **Rev Abordagem Gestált.** 2013;19(1):38-50.
- SCHANDOSIM, JM; HELDT, E. Escalas de rastreamento para Depressão pós Parto: uma revisão sistemática. **Rev Gaúcha enferm.** Porto Alegre (RS)2011mar;32(1):159-66.
- SEQUEIRA, C. **Editorial**: Consensos em Saúde Mental – Diagnósticos, Intervenções e Resultados. 2014.
- SILVA, Elda Terezinha da; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. Depressão puerperal: uma revisão de literatura. **Rev Enferm.** v. 7, n. 2, 2015.
- SILVA, M.C.F.; FUREGATO, A.R.F.; COSTA JUNIOR, M.L. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem** 2003 janeiro-fevereiro; 11(1):7-13.
- SOBREIRA, NAS; PESSÔA, R. Assistência de enfermagem na detecção da Depressão Pós-Parto. **Revista enfermagem Integrada- Ipatinga: Unileste - MG – v.5- n.1-Jul/Ago.2012.**
- SOUZA, A.J.F.; MATIAS, G.N.; GOMES, K.F.A.; PARENTE, A.C.M. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Rev Bras. Enfermagem** 2007 julho-agosto; 60(4):391-5.
- TOLENTINO, E.C et al. Depressão pós-parto: conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança –;**14(1):59-66; Abril 2016.

VALENÇA, CN; GERMANO, M. Prevenindo a Depressão Puerperal na estratégia da saúde da Família: Ações do Enfermeiro no Pré Natal. **Rev Rene** fortaleza (CE), v.11,n.2, p.129-139,Abr./Jun.2010.

WAIDMAN, M.A.P.; MARCON, S.S.; PANDINI, A.; BESSA, J.B.; PAIANO, M.

Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na atenção básica. **Acta Paul Enferm.** 2012;25(3):346-51.

A ENFERMAGEM AUXILIANDO NA TRANSIÇÃO DA MULHER COM SÍFILIS

Valéria Silva de Mello

Mestra em enfermagem. Enfermeira.
Servidora da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro.
Servidora da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Rosângela da Silva Santos

Doutora em Enfermagem.
Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro – RJ – Brasil

RESUMO: Introdução: A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, evitável, curável, porém as metas para o seu combate e erradicação não têm tido êxito. Na gestação a doença se torna mais preocupante pela possibilidade de transmissão vertical. Objetivo: discutir a atuação da enfermeira com mulheres que transmitiram Sífilis para os seus filhos, na perspectiva da Teoria da Transição de Afaf Meleis. Metodologia: Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, com o método narrativa de vida, realizado no setor de alojamento conjunto de um Hospital Maternidade Municipal no Rio de Janeiro, com 18 participantes. Critério de inclusão: mulheres que transmitiram sífilis a seus filhos. Conforme análise temática

segundo Daniel Bertaux, emergiram uma categoria: Transições vivenciadas por mulheres após diagnóstico da sífilis na gravidez e a subcategoria: A atuação da enfermeira no processo de transição da mulher com sífilis. Resultados: Evidenciou-se a eficácia do diagnóstico da sífilis no pré-natal e a dificuldade na prevenção da sífilis congênita. Discussão: Para algumas mulheres a sífilis permanece no anonimato e o seu diagnóstico desencadeia um processo de mudança com vários tipos de transição. A enfermeira tem a competência de conduzir a mulher na realização de uma transição saudável através do planejamento da assistência individualizada e contínua. A transição saudável consiste no percurso da mulher através das mudanças ocorridas na gravidez, na aquisição e transmissão da sífilis com respostas positivas para reestabelecer a estabilidade perdida ao início do evento crítico. Conclusão: Estratégias educativas que atinjam a mulher na educação sexual para além do período gravídico puerperal fazem-se necessárias.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis; Sífilis Congênita; Saúde da Mulher; Enfermagem; Cuidado de Transição.

ABSTRACT: Introduction: The syphilis is a sexually transmissible disease, avoidable, curable, however the goals for its combat and

eradication have not been success. In the pregnancy, the disease becomes more worrying by the possibility of vertical transmission. Objective: to discuss the nurse's performance with women who transmitted Syphilis to their children, in the perspective of the Theory of Transition of Afaf Meleis. Methodology: Qualitative, descriptive and exploratory study, with the life-history method, carried out in the rooming-in sector of a Municipal Maternity Hospital in Rio de Janeiro, with 18 participants. Inclusion criteria: women who transmitted syphilis to their children. According to the thematic analysis of Daniel Bertaux, one category emerged: Transitions lived by women after the syphilis diagnosis in the pregnancy and the subcategory: The performance of the nurse in the transition process of the woman with syphilis. Results: It showed the effectiveness of the syphilis diagnosis in the prenatal and the difficulty in the congenital syphilis prevention. Discussion: For some women the syphilis remains in the anonymity and its diagnosis trigger a change process with several types of transition. The nurse has the competence to conduct the woman in the realization of a healthy transition through the planning of the individualized and continuous assistance. The healthy transition consists on the woman route through the changes occurred in the pregnancy, in the acquisition and transmission of the syphilis with positive responses to reestablish the lost stability to the start of the critical event. Conclusion: Educative strategies that reach the woman in the sexual education besides the pregnancy puerperal period are necessary.

KEYWORDS: Syphilis; Congenital Syphilis; Woman's Health; Nursing; Transition Care.

1 | INTRODUÇÃO

O Brasil tem historicamente a ocorrência de alto índice de diagnóstico de sífilis e aumento progressivo do número de casos de sífilis na gestação e consequente sífilis congênita. Nos últimos seis anos as taxas de detecção aumentaram cerca de três vezes no país. A região Sudeste apresenta a maior incidência do agravo e o Rio de Janeiro faz parte das unidades federativas que contribuem para este dado estatístico (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2015; BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2017).

A sífilis na gestação gera mundialmente, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 300 mil mortes fetais e neonatais por ano e expõe mais de 200 mil crianças ao risco de morte prematura. As Américas configuram a segunda maior prevalência de sífilis na gestação e o terceiro maior número de casos (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2017; NEWMAN et al., 2013).

Descoberta em meados do século XV no continente europeu, a sífilis permanece, ainda hoje, a desafiar a saúde pública diante do progressivo índice de acometimentos. É uma infecção sexualmente transmissível, pode ser prevenida e se tornou curável desde a descoberta da penicilina no século XX. Apesar dos protocolos de tratamento orientados pelo Ministério da Saúde e de todas as metas traçadas para o seu combate e erradicação ainda não se alcançou o êxito esperado (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2015; BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2017).

É causada por uma bactéria espiroqueta *treponema pallidum* que, ao penetrar no organismo humano, se dissemina por via hematogênica e atinge, praticamente, todos os órgãos. Progride em fases primária, secundária e terciária, com período de latência e evolução lenta, podendo levar a óbito quando não tratada (BRASIL, 2017).

A problemática mobiliza não só o Brasil, mas a comunidade internacional, que tem instituído, através da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), planos globais de eliminação à Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis (BRASIL, 2014).

O Comitê Regional para Validação da Eliminação da Transmissão Materno-Infantil de HIV e Sífilis, propõe certificação para os países que alcançarem: Captação de mais de 90% das gestantes antes da 12ª semana; Tratamento de 100% das gestantes com sífilis; Identificação de 80% dos parceiros; e Taxa de incidência de sífilis congênita \leq 0,5 caso/mil nascidos vivos (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2015).

Alguns fatores dificultam o diagnóstico da sífilis na gestação e o seu tratamento de forma adequada e completa: início tardio do pré-natal; falta de presença do parceiro no pré-natal; dificuldades nos exames de testagem da sífilis; demora no resultado de exames; dificuldade de acesso ao teste treponêmico confirmatório; falta de adesão das gestantes à realização dos exames e ao tratamento e a falta de referência para encaminhamento do parceiro (DOMINGUES et al., 2013).

A sífilis traz em si a marca do preconceito histórico, sendo considerada a doença do pecado, da pessoa errante, da prostituta. A educação em saúde é uma ferramenta importante, principalmente, no que tange à saúde da mulher. A falta de conhecimento sobre a sífilis coloca a mulher numa condição de vulnerabilidade a adquirir a doença e, quando esta ocorre na gestação, reflete no risco à transmissão vertical. A atuação da enfermeira nesta temática implica na revisão dos valores individuais de cada um, inclusive de si própria, a fim de desmistificar mitos e crendices que não possui embasamento científico. Para isso é importante dar voz às mulheres que geram filhos com sífilis congênita (COSTA et al., 2013).

Este capítulo objetiva: discutir a atuação da enfermeira com mulheres que transmitiram sífilis para os seus filhos, na perspectiva da Teoria de Transição de Afaf Meleis.

2 | METODOLOGIA

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, utilizando o método narrativa de vida, o qual surgiu nos Estados Unidos da América (EUA), como técnica, nos anos 30, e intitulado, à época, de história de vida. O termo tem origem na língua francesa e, ao ser traduzido, nos anos 70, para a língua inglesa, foi desmembrado em dois termos: *life history* - história real - e *life story* - história contada. Mais tarde, Daniel Bertaux introduziu, na França, a expressão narrativa de vida, simplificando e resolvendo a

diferenciação dos termos (BERTAUX, 2010).

O método Narrativa de Vida se destaca na escuta atenta do indivíduo, no intuito de coletar informações de experiências vivenciadas de determinado fato que seja de interesse científico. A análise das narrativas permite a identificação de informações recorrentes que evidencia a lógica de uma realidade sócio histórica. Desta forma, é possível evidenciar fatores importantes a serem considerados em uma pesquisa etnossociológica (BERTAUX, 2010).

O estudo foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP): da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) sob o nº de CAAE 52506215.9.0000.5282 segundo o parecer 1.465.124, de 24 de março de 2016; e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMS-RJ), sob o nº de CAAE 52506215.9.3001.5279 segundo os parecer 1.537.723, de 09 de maio de 2016. Neles, foram considerados todos os aspectos éticos de pesquisas com seres humanos conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

O cenário de estudo foi um hospital-maternidade municipal do Rio de Janeiro com puérperas que geraram filhos com sífilis congênita e permaneciam nos setores de alojamento conjunto do referido hospital, para tratamento da doença de seus recém-nascidos.

Foi estabelecida uma aproximação com as participantes onde se explicou o estudo, seus objetivos e realizado o convite para a participação. A entrevista se deu com agendamento prévio, em sala devidamente preparada garantindo a privacidade da participante. Utilizou-se uma única pergunta: Conte sobre a sua vida e o que tenha relação com a sífilis em você e no seu bebê. As participantes narraram livremente suas experiências vivenciadas sem a intervenção da pesquisadora.

A produção de dados encerrou-se quando o ponto de saturação foi atingido, ou seja, quando nenhum dado novo agregou valor ao conhecimento sociológico da pesquisa. Foram entrevistadas 18 participantes. As entrevistas foram gravadas, transcritas integralmente e armazenadas em arquivo impresso e digital. As participantes foram identificadas pelo código alfanumérico: Narrativa de Vida 1 (NV1), NV2, NV3 [...] até NV18.

Procedeu-se à análise temática em suas três fases: codificação, através da leitura flutuante e comparativa entre as narrativas, nas quais foram identificadas as unidades temáticas conforme as recorrências presentes nas narrativas; recodificação, a partir da leitura exaustiva das narrativas, com a formação de grupamentos das unidades temáticas e, por fim, a síntese, etapa da qual emergiu uma categoria: Transições vivenciadas por mulheres após diagnóstico da sífilis na gravidez com a sub categoria: A atuação da enfermeira no processo de transição da mulher com sífilis.

3 | TEORIA DE TRANSIÇÃO

A Teoria de Transição foi desenvolvida por Afaf Ibraim Meleis, enfermeira e socióloga, através de investigações interdisciplinares nos anos 60. Meleis evidenciou que determinadas intervenções facilitavam o processo de transição de algumas pessoas, levando a uma transição saudável (ALLIGOOD; TOMEY, 2011).

Considera-se transição:

a passagem de uma fase da vida, condição, ou status para outra [...] refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação entre pessoa e ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e está inserida num determinado contexto e situação. As características da transição incluem o processo, a percepção da alteração e os padrões de resposta (CHICK; MELEIS, 1986, p.239-240).

A Teoria de Transição apresenta relevante suporte para a reflexão do quanto são importantes o diagnóstico de enfermagem e o planejamento de uma intervenção que ajude o cliente no processo de transição com respostas saudáveis (MELEIS, 2015).

A Teoria de Transição distingue quatro tipos de transições: desenvolvimental, agregada a mudanças no ciclo vital como nascimento, adolescência, menopausa, envelhecimento e morte; saúde-doença, mudança de bem-estar para um estado de doença, inclui diagnóstico, recuperação, alta hospitalar; situacional, associada a acontecimentos que afetam a vida das pessoas e impliquem alterações de papéis; e organizacional, representa transição no ambiente precipitada por mudanças sociais, políticas e econômicas (ALLIGOOD; TOMEY, 2011; CHICK; MELEIS, 1986).

As características da transição incluem o processo, a percepção da alteração e o padrão de resposta. O processo é a passagem pela mudança e faz alcançar a maturidade. A percepção da alteração é de suma importância e deve acontecer o mais precoce possível para uma melhor e mais rápida resposta. O padrão de resposta torna a transição saudável ou não (CHICK; MELEIS, 1986).

Por volta do ano 2000, foi desenvolvido um modelo de teoria de médio alcance centrado nos processos transicionais que fazem parte do ciclo vital dos seres humanos. Assim, os fenômenos específicos da enfermagem, que emergem da prática, puderam ser descritos, compreendidos, interpretados e explicados (ALLIGOOD; TOMEY, 2011).

Os conceitos de insuficiência de papel e suplementação de papel são a base teórica que sustenta o diagnóstico de enfermagem na Teoria de Transição. No momento em que se desencadeia o processo de transição desenvolvimental, situacional e de saúde-doença, o indivíduo experimenta a insuficiência de papel. A intervenção de enfermagem tem sua base conceitual na suplementação de papel que vai auxiliar este cliente na definição de saúde através de processos e estratégias para se submeter à transição de maneira saudável (MELEIS, 2015).

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Buscou-se nas narrativas de vida o conteúdo sobre a experiência vivenciada pela mulher a partir do diagnóstico de sífilis na gravidez com o foco na teoria das transições.

4.1 Transições vivenciadas por mulheres após diagnóstico da sífilis na gravidez

A experiência vivenciada das participantes deste estudo está centrada no impacto de um duplo diagnóstico: gravidez e sífilis. Este evento crítico deu início a três tipos de transições simultâneas: desenvolvimental, caracterizada por um movimento de mudança física e emocional em função da gravidez; situacional, com a alteração de papel devido ao nascimento de um filho com sífilis congênita, o que afeta a vida da mulher; e saúde-doença, ocasionada pelo diagnóstico da sífilis.

Eu descobri na gravidez e eu fiquei apavorada, porque, assim, eu não tinha sintoma nenhum, e eu tava casada [...] até hoje ele fala que, se ele tinha, ele não sabia (NV2).

A falta de conhecimento da sífilis e de suas formas de transmissão pelas mulheres fez com que elas não tivessem a consciência da situação de vulnerabilidade em que se encontravam para adquirir a doença e do risco da transmissão vertical.

Eu não sabia que passava pra criança, eu não sabia que existia essa doença, eu não sabia que pegava pelo sexo, eu não sabia nada (NV7).

Além das duas transições (desenvolvimental e saúde-doença) vivenciadas pelas participantes deste estudo, outro evento crítico ocorreu na hora do parto, desencadeando mais uma transição: o diagnóstico da sífilis congênita de seu filho que acabara de nascer. A necessidade de hospitalização prolongada para a realização do tratamento da sífilis congênita exige destas mulheres uma mudança de rotina diária que elas não previram e o desencadear de outro tipo de transição, a situacional.

Isso de passar pro bebê, do bebê nascer com sífilis, eu nunca podia pensar. E de ter que fazer esses exames todos de ter que ficar sendo furado [...] (NV15).

Todos esses eventos causam uma desestabilização na rotina dessas mulheres e exigem um processo de adaptação de ideias, relações e atitudes para a aquisição de novas habilidades, estilo de vida e atividades que as levem a uma nova estabilização. É um período de incerteza, marcado por oscilação, mudança contínua e perturbação da realidade.

O diagnóstico da sífilis altera as estruturas das relações conjugais antes pensadas como estáveis. A traição é a temática emergente. Ocorre um movimento de

afastamento do parceiro com consequente separação, reaproximação, reconciliação, ou a busca por um novo relacionamento.

Acabou que eu me separei do pai da minha filha por causa da descoberta da sífilis, eu e ele não estamos mais junto, eu tô com outra pessoa (NV2).

Este estudo traz a evidência de que o diagnóstico da sífilis na gestação desencadeia um processo de mudanças progressivas na vida da mulher, gerando vários tipos de transições que acontecem simultaneamente.

Então, assim, é muito ruim, é muito ruim! Têm mil coisas acontecendo ao mesmo tempo e tudo isso tá envolvendo uma criança que não pediu pra vir ao mundo, e muito menos com uma doença (NV2).

Transições que são sequenciais ou simultâneas devem ter especial consideração quanto: à consciência; ao engajamento; à mudança e diferença; ao intervalo de tempo e pontos críticos do evento. O ponto de partida é importante, bem como os primeiros sinais de mudança e sua percepção. A seguir, um período de instabilidade instala-se, acompanhado por confusão e angústia, até se alcançar um novo começo e seguir por um processo de respostas que lhe dará uma nova estabilidade. Este processo não tem tempo definido e varia de acordo com cada pessoa e situação (MELEIS, 2012).

Eu tô passando um momento que eu não sei mais nem o que pensar, porque eu não tenho conhecimento dessa doença. Eu tô querendo fazer perguntas, porque eu sou mãe, eu quero saber, eu preciso saber. Porque eu não sabia nada da doença (NV11).

Todas essas mulheres precisam mudar o papel desempenhado anteriormente, assumindo as mudanças que a posição atual lhe exige, a de ter que acompanhar o tratamento específico de um filho concebido com uma doença por elas transmitida.

A mulher que gera um filho com sífilis vive um conflito interior: se por um lado, ela quer saber, conhecer e entender sobre a sífilis e a sífilis congênita; por outro lado, ela tende a esconder a doença da família e da sociedade por sentir-se culpada, envergonhada e discriminada.

O diagnóstico da sífilis congênita para a maioria das mulheres gera sentimentos negativos, ansiedade e baixa estima diante da dor de ver o filho doente e do receio de ser alvo do preconceito e abandono por parte dos amigos, da família e do parceiro. Estas situações conflitantes podem dificultar a adesão ao tratamento e consequentemente a transição saudável (COSTA et al., 2016).

Só eu sei o quanto eu choro, o quanto eu sofro, quando eu vejo ela chorar porque estão botando o negocinho na veia dela e tudo por coisa que poderia ter sido evitado até mesmo na gestação (NV2).

As circunstâncias influenciam a forma como a pessoa se movimenta através da transição e podem facilitar ou dificultar o progresso em direção a uma transição saudável. Condições de transição incluem fatores pessoais, comunitários e sociais, tais como significados culturais, crenças, atitudes, situação socioeconômica, preparação e conhecimento (MELEIS, 2012).

A sífilis tem uma história de estigmatização que influencia a experiência vivenciada de transição. Permanecer no hospital por tempo prolongado após o parto causa especulação e a curiosidade dos familiares e amigos e constringem a mulher. Ocorre um desgaste de energia através da dissimulação do processo que ela passa, negando a situação, e se escondendo atrás de desculpas para explicar a realidade, que ela não quer revelar.

Porque aquela rotina, a mulher vai pro hospital, ganha o bebê, dá três dias, no máximo quatro dias, vai pra casa. E eu não! E eu também não fiquei dando explicação. Dei uma desculpa qualquer e vou empurrando aí com a barriga (NV11).

Além disso, a mulher tem que abdicar de seu retorno ao lar no tempo que ela programava anteriormente e, com isso, enfrenta a solidão, o afastamento dos outros filhos e da família. O hospital é comparado a uma prisão em algumas narrativas.

Eu até já tô de alta [...] mas a bebê não, ela tem que ficar pra tomar as injeções e aí a gente se sente presa, porque eu podia já ter ido pra casa, fazer as minhas coisas, cuidar da minha casa, tá tudo largado pra lá e eu tô aqui (NV7).

A sífilis na gestação é um evento crítico que desencadeia um processo de mudanças na vida da mulher e exige adaptação e resposta à nova condição física, psicológica e social. A Teoria de Transição de Afaf Meleis através dos conceitos centrais de transição, de insuficiência de papel e de suplementação de papel que norteiam a teoria de médio alcance ajudam a clarificar o fenômeno transicional na experiência vivenciada das participantes deste estudo.

4.1.1 A atuação da enfermeira no processo de transição da mulher com sífilis

A intervenção de enfermagem tem sua base conceitual na suplementação de papel que vai auxiliar o indivíduo na definição de saúde através de processos e estratégias para se submeter à transição de maneira saudável. A Teoria de Transição tem sido fonte de reflexão para as enfermeiras porque geralmente o encontro com a clientela se dá num momento de mudança, de conflito, de encontro com um evento inesperado. O período de instabilidade instaurado é a oportunidade de intervenção da enfermeira através da realização de uma assistência não só prescritiva e intervencionista, mas com caráter holístico ajudando a pessoa no processo de transição (MELEIS, 2012).

Neste estudo, percebe-se como a enfermeira está presente em todos os

momentos da vida das participantes no que se refere ao diagnóstico e tratamento da sífilis e sífilis congênita. Ela tem a oportunidade de uma ação educativa em todas as instancias desde o pré-natal, no parto, pós-parto e durante o tratamento da sífilis congênita do recém-nascido.

A enfermeira perguntou se eu tava usando camisinha, mas ninguém falou que era pra usar, aí ela falou que eu tinha que usar, mesmo tratando (NV2).

Aí vem a enfermeira pega a criança pra fazer o antibiótico, mas não fala nada, o que a criança tem. Não fala nada. Só pega e dá a medicação na criança e pronto (NV3).

Quando eu fui tomar a benzetacil aí a enfermeira falou pra mim que tinha cura, eu não sabia que a sífilis tinha cura (NV13).

Quando eu fiz exame e deu positivo, a enfermeira pediu: traz seu parceiro que é pra ver se ele também tá ou não tá com sífilis (NV16).

A atuação da enfermeira representa ampla oportunidade no que diz respeito à prevenção da sífilis através de abordagens de orientação sexual, cuidados e melhoria na qualidade de vida. Sua competência de ensino-aprendizagem confere habilidades para orientação, esclarecimento e acompanhamento da clientela no processo de reflexão e discernimento quanto à sexualidade, à iniciação sexual, aos métodos contraceptivos e à prevenção de IST (AGUIAR, 2014).

Enfermeiras que atuam na estratégia de saúde da família afirmam, em estudo realizado no Ceará, acreditar que a prevenção e o controle da sífilis estão diretamente ligados à educação em saúde, nos espaços oferecidos pela comunidade como: salas de espera, grupos de conversa com gestantes, adolescentes, grupos realizados nas escolas. Essas ações têm o objetivo de informar à população quanto ao risco de exposição à sífilis (RODRIGUES et al., 2016).

O alto índice de sífilis e sífilis congênita evidencia a falha no sistema educacional de saúde, deficiência de informações e orientações pertinentes à sexualidade e ao conhecimento da doença e suas formas de transmissão no intuito de ajudar a população na adoção de métodos de prevenção à doença (RODRIGUES et al., 2016). Pode-se pensar que, se fosse desenvolvido um programa de educação sexual nas escolas, entre os jovens, talvez os resultados quanto ao desconhecimento da sífilis não fossem tão expressivos.

As narrativas mostraram a fragilidade na atuação da equipe dos profissionais de saúde no tratamento das mulheres com sífilis como a falta de orientação e a falta de continuidade do atendimento. Ressalta-se a falta de vínculo entre as participantes e os profissionais de saúde:

Aí eu não era acompanhada por uma enfermeira, eram várias (NV1).

[...] é tudo muito rápido, vem pega, faz exame disso, faz exame daquilo e a gente fica sem saber de verdade o que é que tem, o que essa doença faz no bebê (NV15).

Eles me atenderam normal, mas não me explicaram o risco, o que é a doença, só deixaram bem claro que eu tinha que me tratar com aquela injeção de benzetacil

(NV17).

Para que a relação terapêutica seja saudável e eficaz é preciso estabelecer vínculo. A empatia deve ser desenvolvida pelo profissional de saúde, no exercício de compreender a realidade do outro, encontrando a melhor estratégia de ajudá-lo a quebrar o medo de esclarecer as suas dúvidas. O vínculo se constrói numa relação de confiança, de credibilidade, onde o outro se sinta valorizado, compreendido e estimulado no desejo de realizar as orientações dadas e retornar para o seguimento do tratamento (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

A enfermeira ocupa grande espaço no acompanhamento pré-natal. É importante o exercício contínuo da escuta verbal e não verbal da gestante, estabelecendo vínculo, relação de confiança, na intenção de arrecadar o máximo de informações necessárias que possibilitem a estratégia adequada ao seguimento de cada gestante (RODRIGUES et al., 2016).

As práticas da enfermeira na atenção necessitam imergir num processo voltado a necessidade do usuário. A clínica ampliada deve ser o modelo de organização de serviço e de intervenção profissional para responder às questões que advém da vida em sociedade (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016).

Evidenciou-se, neste estudo, que a gravidez foi momento decisivo para a descoberta da sífilis através dos exames no pré-natal, o que mostra a eficácia das testagens sorológicas de rastreamento da sífilis nessa etapa. Por outro lado, faz refletir quanto à precariedade da prevenção e controle da sífilis fora do período gravídico-puerperal.

E depois, eu só fui descobrir depois que eu engravidei dele. Se eu não engravidasse dele, eu não ia ficar sabendo (NV9).

O diagnóstico de sífilis na gravidez é consequência do cumprimento das recomendações do Ministério da Saúde de que o programa de assistência ao pré-natal deve incluir o diagnóstico e tratamento de situações indesejáveis à gestação, ao parto e ao recém-nascido, evitando o aumento dos índices de morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2011).

[...] tinha uma enfermeira, muito boazinha, era um amor de pessoa. Ela que passa o exame. É HIV, sífilis [...] ela media a gente, pesava, fazia tudo. Era assim, fazia tudo primeiro com ela. Depois dela é que a gente ia pro médico (NV4).

O impacto emocional e psicológico da descoberta da sífilis no pré-natal é relevante, pois este duplo diagnóstico: gravidez e sífilis pode levar a mulher a iniciativas equivocadas de assistência, tais como a procura por pessoas despreparadas para a prática abortiva e/ou a automedicação (BRASIL, 2011).

A Teoria de Transição orienta que a enfermeira deve identificar as possibilidades

de eventos críticos que podem desencadear a transição e antecipar o impacto do evento através do planejamento de ações educativas (MELEIS, 2015).

A enfermeira do pré-natal, na perspectiva da Teoria de Transição, deve realizar um diagnóstico de enfermagem individualizado, com a finalidade de identificar a antecipação dos fenômenos da transição. A gestante deve ser informada quanto ao tratamento da sífilis de forma completa e adequada, com as devidas orientações sobre o remédio, a realização de exames, consultas, uso de preservativos, tratamento do parceiro. É importante a previsão da ocorrência da transmissão vertical, inclusive com as consequências sociais que o tratamento da sífilis congênita acarretará.

Lá é assim, a gente primeiro passa por uma enfermeira, ela pede os exames e, depois, na outra consulta, é que a gente vai no médico. Daí, quando eu fui com os exames, o médico faltou e remarçaram (NV12).

A enfermeira deve avaliar o nível de entendimento das propriedades de transição pela cliente. Essa profissional desempenha importante papel na ajuda do reconhecimento do processo de transição, que é a consciência da gestante no engajamento do processo. A consciência faz a correspondência entre o que a pessoa entende sobre o processo e as respostas e percepções que ela dá, constituindo o padrão de resposta a transição. O engajamento está ligado ao grau de envolvimento no processo de transição (MELEIS, 2015).

E aí tipo assim eu tô sempre fazendo o tratamento, mas não tá adiantando. Essa já é a terceira gravidez, aí é sempre assim, sempre dá à sífilis e tem que tratar (NV12).

O diagnóstico da sífilis congênita no pós-parto causa uma surpresa nas participantes que revelam como elas não assimilaram o processo que levaria à transmissão vertical da sífilis. Uma gestação com diagnóstico de sífilis desencadeia um processo de transição no qual a mulher deve entender que a transmissão vertical é consequência de um caminho de resposta inadequada e/ou incompleta ao tratamento da doença. Isso requer mudanças de concepções e comportamentos em sua história de vida que são vivências de transições.

Aí quando eu cheguei aqui a médica falou que ainda tinha um pouco, que ainda tava acusando no meu exame a sífilis e depois a pediatra falou pra mim que nele [no bebê] também tinha, tava 1 por 8 e que ele ia ter que fazer antibiótico, foi horrível isso (NV17).

Apenas uma das participantes deste estudo não realizou o pré-natal e todas geraram filhos com sífilis congênita ao nascer. Este fato é constatado em outros estudos, em que, apesar da maioria das mulheres realizarem o pré-natal, ocorre alto percentual de intercorrências ao nascer, dos índices de mortalidade e de prevalência de diversas morbidades neonatais. Podemos refletir que apesar da mulher ter acesso

ao pré-natal a qualidade do mesmo se torna questionável (BASSO; NEVES; SILVEIRA, 2012).

Ocorre a falta de conhecimento satisfatório dos profissionais de saúde sobre as medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde para a prevenção e controle da sífilis, conclui um estudo realizado em Unidades de Saúde da Família em Fortaleza. Elevada percentagem de profissionais de saúde não consegue identificar a correta recomendação dos testes treponêmicos e não treponêmicos para o rastreamento da sífilis. Muitos desconhecem o tratamento de gestantes conforme o estágio da sífilis, ou seja, demonstram barreiras relacionadas ao conhecimento e familiaridade com os protocolos assistenciais em relação à sífilis (SILVA et al., 2013).

A falta de recursos operacionais e financeiros para o tratamento devido é ressaltado nestas narrativas:

Aí na clínica da família [...] não tinha benzetacil pra fazer o tratamento, lá não tinha nada, não sabiam de nada, é péssimo pra fazer pré-natal lá. Não tem profissional, não tem remédio [...] (NV1).

Os meus exames vinham tudo em branco, não veio a titulação, e ninguém tinha visto isso (NV2).

As enfermeiras têm ocupado amplo espaço de gerência nas unidades básicas de saúde ao longo do país. Desta forma é grande a sua oportunidade e responsabilidade de promover a reflexão dentro da equipe multidisciplinar e a reformulação de uma prática comprometida com a promoção à saúde e não simplesmente cumprir ações isoladas (VAL; NICHATA, 2014)..

Um estudo realizado na rede básica de saúde do Rio de Janeiro deflagra a deficiência de ações educativas no atendimento à mulher que ocorrem, geralmente, de forma superficial, pontual e normativa. Esta deficiência ocorre devido a fatores ligados à organização dos serviços e à prática dos profissionais, ressaltando a carência de recursos orçamentários e insuficiência de recursos humanos que inviabilizam as práticas educativas (MARQUES; TYRRELL; OLIVEIRA, 2013).

Além do conhecimento científico, a sensibilidade da enfermeira diante da situação da mulher com sífilis e, principalmente, da mulher que gerou um filho com sífilis é primordial para a ajuda no processo de transição. Saber acolher, saber ouvir, esclarecer as dúvidas, repetir as orientações quantas vezes for preciso, ter o tempo e o momento necessário para cada mulher, pois cada uma é diferente, é única.

A enfermeira representa papel fundamental no processo de transição da mulher com sífilis, intervindo junto à família e a comunidade através de detectar fatores de risco, promover educação em saúde, contribuir para o diagnóstico precoce, conquistar a adesão da mulher e do seu parceiro ao tratamento prevenindo a transmissão vertical.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo atendeu ao objetivo proposto e evidenciou que a mulher, ao receber o diagnóstico da sífilis na gravidez, passa por três transições distintas: desenvolvimental, situacional e saúde-doença. Uma gestação com sífilis faz com que a mulher exerça a capacidade de adaptação a mudanças no seu modo de pensar e no seu modo de se relacionar como o parceiro, com os familiares e com a sociedade. Já a sífilis congênita desestrutura a mulher, exigindo dela uma superação maior. A mulher experimenta sentimentos de solidão, culpa e tende a esconder das pessoas o diagnóstico do bebê por vergonha de se revelar com sífilis e de tê-la transmitido para o seu filho.

A proposta da Teoria de Transição é que a enfermeira atue como suplementação de papel na condução da mulher no processo de transição. É possível para a enfermeira agir como agente facilitadora de uma transição saudável desde a gravidez até o desfecho do tratamento da sífilis congênita. A enfermeira deve estar apta a informar o tratamento da sífilis em sua totalidade, para que a mulher entenda a possibilidade de reinfecção pelo treponema caso não se previna e a consequente transmissão da sífilis para o seu concepto no caso da gravidez.

Para que essas ações alcancem plenamente os objetivos a que se propõem, é pertinente aumentar a capacitação e atualização da enfermeira na interpretação dos resultados dos exames de maneira correta, fornecer o diagnóstico de sífilis de maneira humanizada, levando em consideração a história de cada mulher.

As evidências deste estudo contribuem para a reflexão quanto às condutas de rastreamento da sífilis e prevenção da sífilis congênita. Ele é ponto de partida para a ampliação de pesquisas relativas à temática no intuito de encontrar estratégias para solucionar um problema que há muito é de interesse da saúde pública.

O desconhecimento das mulheres em relação à sífilis é impactante, pois se trata de uma doença milenar, descoberta no século XV. A sífilis há muito tempo, tornou-se um desafio para a comunidade científica e sua erradicação é de interesse internacional, porém se torna difícil erradicar uma doença que é desconhecida pela população em geral em sua gravidade e, principalmente, na sua forma de transmissão.

O combate à sífilis exige, com urgência, um trabalho árduo de educação sexual em saúde nas escolas, associações, templos religiosos, mídia e outros. A informação é ferramenta necessária para mudar este contexto no qual os casos de sífilis e de sífilis congênita se elevam estatisticamente a cada instante.

Diante disso, a erradicação da sífilis está vinculada à divulgação da doença e ao processo de educação em saúde para além do período gravídico-puerperal. A enfermeira tem, neste contexto, papel fundamental pela sua ampla oportunidade de atuação na saúde da mulher antes do parto, no pré-natal, no parto e no pós-parto.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, C. A. P. R. A importância da enfermagem na orientação sexual de adolescentes no ambiente escolar. **FACIDER: Revista Científica**, Mato Grosso, n.5, fev. 2014. Disponível em: <<http://seicesucol.edu.br/revista/index.php/facider/article/view/57>>. Acesso em: 13 out 2018

ALLIGOOD, M. R.; TOMEY A. M. **Modelos y teorías en enfermería**. 7. ed. España: Elsevier. 2011.797 p.

BASSO, C.G; NEVES E. T; SILVEIRA, A. The association between attending prenatal care and neonatal morbidity. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.2, p 269-276, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/en_a03v21n2.pdf Acesso em: 25 set 2018

BARBIANI, R; NORA, C.R. D; SCHAEFER, R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.24, e2721, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100609&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 18 out 2018

BERTAUX, D. **Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos**. Tradução de Zuleide Alves Cardoso Cavalcante, Denise Maria Gurgel Lavallée. Natal: EDUFRN; São Paulo: Paulus. 2010.p.167

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: **sífilis 2015**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids/ Hepatites Virais. ano IV, n.1, 2015.32p.

Disponível em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58033/_p_boletim_sifilis_2015_final_p_df_p__15727.pdf

Acesso em: 12 out 2018

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: **sífilis 2017**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids/ Hepatites Virais. V.48, n.36, 2017.44p.

Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2017/65020/boletim_sifilis_11_2017.pdf?file=1&type=node&id=65020&force=1

Acesso em: 12 out 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transmissão Vertical do HIV e Sífilis: Estratégias para redução e eliminação**. Brasília, DF: Editora MS, 2014.20p. 20p. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56610/folder_transmissao_vertical_hiv_sifilis_web_pd_60085.pdf

Acesso em: 28 set 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**.

Brasília, DF: Editora MS, 2011. 79p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf Acesso em: 6 jun 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Editora MS, 2012. 318p.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf Acesso em: 8 out. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, DF: Editora MS, 2013. 300p.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf Acesso em: 17 out. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília, DF: Editora MS, 2017. 252p. Disponível em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58572/pcdt_transmissao_vertical_miolo_10_08_pdf_5557e.pdf

Acesso em: 8 jul 2018

CHICK, N.; MELEIS, A. I. – **Transitions: A nursing concern**. In Nursing research methodology. Pennsylvania: Aspen publication, cap. 18, p. 237-257, 1986. Disponível em:

<<http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>>. Acesso em: 14 maio 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução 466/12**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2015.

COSTA, C. C. L. et al. Congenital syphilis in Ceará: epidemiological analysis of one decade. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n.1, p.147-156, fev. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a19v47n1.pdf> Acesso em: 14 julho 2018.

COSTA, J.S. et al. The knowledge of pregnant women with diagnosis in syphilis about of the disease. **Rev Interd.**, Teresina, v.9; n.2 p.79-89, 2016. Disponível em:http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/881/pdf_314 Acesso em: 11 set 2018

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1341-1351, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500019&lng=en DOI 10.1590/S1413-81232013000500019.

Acesso em: 14 set. 2018.

MARQUES, S. C.; TYRRELL, M. A. R.; OLIVEIRA, D. C. As práticas educativas na prevenção do hiv/aids das usuárias da rede básica de saúde do Rio de Janeiro/BRASIL. **Rev Min Enferm.**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.538-546, 2013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/671/v17n3a05.pdf> Acesso em: 7 out. 2018

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing**: development e progress. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams Wilkins, 2012. 690p.

MELEIS, A.I. **Transitions Theory**: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company LLC, 2015. 664p.

NEWMAN, L. et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. **PLoS Med.** v.10, e1001396, 2013. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/mdl-23468598>

Acesso em: 5 set. 2018

RODRIGUES, A. R. M. et al. Atuação de enfermeiros no acompanhamento da sífilis na atenção primária. **Rev. enferm. UFPE**, Recife, v.10, n.4, p.1247-1255, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11110/12581> Acesso em: 7 jun 2018

SILVA, D.M.A et al. Knowledge of healthcare professionals regarding the vertical transmission of syphilis in Fortaleza -CE, Brazil. **Texto contexto** v.23, n.2, p.278-285, 2013.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200278&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000510013>

Acesso em: 7 out 2018

VAL, L. F.; NICHIIATA, L. Y. I. A integralidade e a vulnerabilidade programática às DST/HIV/AIDS na Atenção Básica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.48, p.149-155, 2014.

Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-149.pdf

Acesso em: 3 out 2018

A IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL E POSSÍVEIS BENEFÍCIOS DA OFERTA DO LEITE MATERNO PARA A CRIANÇA

José Cláudio da Silva Junior

Bacharelado em Enfermagem - Centro
Universitário do Vale do Ipojuca – UNIFAVIP/
Wyden – Caruaru – PE

Roseane de Souza Lucena

Bacharelada em Enfermagem - Centro
Universitário do Vale do Ipojuca – UNIFAVIP/
Wyden – Caruaru – PE

Sidrailson José da Silva

Bacharelado em Enfermagem - Centro
Universitário do Vale do Ipojuca – UNIFAVIP/
Wyden – Caruaru – PE

Lenora Morais Correia de Melo

Pós- Graduada em Urgência e Emergência
e Unidade de Terapia Intensiva - CEFAPP –
Caruaru – PE

Maria Luciana da Silva

Pós - Graduada em Saúde da Família pela
Universidade Federal de Pelotas/RS, Pós-
Graduada em Obstetricia pela CEFAPP/PE e
Pós-Graduada em Saúde Pública, Saúde Mental
e Dependência Química pela ESUDA-PE

Lucimar Maria da Silva

Pós-Graduada em Unidade de Terapia Intensiva –
CBPEX – Caruaru – PE

Karen Espindola Silva

Nutricionista Clínica e esportiva pelo Centro
Universitário do Vale do Ipojuca – UNIFAVIP/
Wyden – Caruaru – PE

Mônica Maria Santos do Vale

Especialista em Auditoria em Saúde e Residência
em Saúde da família e da Comunidade pela
Escola de Saúde Pública do Ceará

Adriana Guimarães Negromonte Bezerra

Nutricionista, Mestre em Saúde Humana e
Meio Ambiente pela Universidade Federal de
Pernambuco.

RESUMO: A alimentação saudável para a gestante e a prática do aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis primeiros meses de vida da criança, trata-se de um método que garante a melhoria da qualidade de vida para ambos. O presente estudo objetivou identificar os possíveis benefícios proporcionados para gestante e criança, a partir de uma alimentação saudável. O presente estudo trata-se de uma revisão sistemática da literatura, realizada com base em artigos selecionados no banco de dados: SciELO e LILACS, utilizando os descritores: Gestação, alimentação e segurança alimentar, identificados no DeCS. Foram utilizados como métodos de inclusão: artigos encontrados no banco de dados acima mencionados, no idioma português, texto completo e relatos de casos publicados no intervalo de tempo entre 2015 e 2017, e como métodos de exclusão artigos que não se encaixaram nas regras anteriormente citadas. Foram identificados 274 artigos, porém somente 04 foram utilizados por se adequarem aos métodos de inclusão. Portanto, a maioria das mães ainda não apresentam os devidos conhecimentos acerca dos benefícios do AME

para seus filhos. Evidenciando assim, a necessidade de haja educação em saúde quanto à prática da alimentação saudável durante o período gestacional e AME para crianças até o sexto mês de vida. Compreende-se que apesar do aumento da prática da alimentação saudável tanto para gestantes quanto para nutrizes, nos últimos anos no Brasil, as taxas de aleitamento materno continuam abaixo das recomendações nacionais e internacionais.

PALAVRAS-CHAVE: Gestação. Alimentação. Segurança alimentar.

ABSTRACT: Healthy eating for pregnant women and the practice of exclusive breastfeeding (EBF) up to the first six months of the child's life is a method that guarantees the improvement of the quality of life for both. The present study aimed to identify the possible benefits provided to pregnant women and children, based on a healthy diet. The present study is a systematic review of the literature, based on articles selected in the database: SciELO and LILACS, using the descriptors: Gestation, food and food safety, identified in DeCS. The following were used as inclusion methods: articles found in the database mentioned above, in the Portuguese language, full text and case reports published in the time interval between 2015 and 2017, and as methods of exclusion articles that did not fit the previously mentioned rules. 274 articles were identified, but only 04 were used because they fit the inclusion methods. Therefore, most mothers still do not have the proper knowledge about the benefits of AME for their children. Thus, the need for health education regarding the practice of healthy eating during the gestational period and AME for children up to the sixth month of life. It is understood that despite the increase in the practice of healthy food for both pregnant and nursing mothers, in recent years in Brazil, breastfeeding rates continue to fall below national and international recommendations.

KEYWORDS: Gestation. Food. Food safety.

INTRODUÇÃO

A gestação é o período em que modificações fisiológicas acontecem no organismo da mulher, e exige uma maior demanda nutricional do ciclo de vida, uma vez que envolve um processo de rápida divisão celular e desenvolvimento de novos tecidos e órgãos, que geram necessidade aumentada de nutrientes essenciais. A insegurança alimentar e nutricional é uma questão multidimensional, que envolve questões de acesso a alimentos de qualidade, práticas alimentares saudáveis, medidas sustentáveis de produção, cidadania e direitos humanos (OLIVEIRA *et al*, 2017).

Os dois primeiros anos de vida têm fundamental importância no crescimento e desenvolvimento da criança, pois o aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida é a melhor fonte de nutrientes que a mãe pode ofertar ao bebê, sendo recomendado que o aleitamento materno se estenda até os dois anos de idade, fazendo a complementação alimentar a partir dos seis meses (MORAIS *et al*, 2017).

Dessa forma, Saldan *et al* (2017), afirma que muitos são os benefícios da amamentação tanto para o recém nascido (RN) quanto para a mãe. O aleitamento materno exclusivo reduz a mortalidade infantil, infecções respiratórias, diminuem risco de alergias, diabetes, colesterol alto, hipertensão, leva a melhor nutrição e reduz as chances de obesidade, além disso o ato de mamar contribui para o desenvolvimento da cavidade bucal do recém-nascido. Recomenda-se que o aleitamento materno exclusivo se estenda até o sexto mês de vida do RN, no entanto observamos que muitas mulheres suspendem o AME e incluem na dieta leite de vaca que é altamente proteico e não indicado para crianças menores de um ano.

O inadequado aporte energético da gestante pode levar a uma competição entre a mãe e o feto, limitando a disponibilidade dos nutrientes necessários ao adequado crescimento fetal, acarretando em restrição de crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer, maior frequência de parto prematuro e cirúrgico, nascimento de concepto com menor índice de apgar, além de maior risco materno de pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, anemia, hipovitaminose A, entre outros (OLIVEIRA *et al*, 2017).

Nesse sentido o presente estudo objetivou identificar os possíveis benefícios da alimentação saudável durante o período gestacional e possíveis vantagens da oferta do leite materno para a criança.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura científica que buscou avaliar estudos disponíveis em publicações nacionais. A pesquisa foi realizada em abril de 2018, por meio de consultas eletrônicas dos bancos de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Tendo os respectivos descritores em português, conforme os descritores em ciências da saúde (DeCS): gestação, alimentação e segurança alimentar.

A análise buscou avaliar a importância da alimentação saudável durante o período gestacional, através de conhecimentos bibliográficos existentes, para que posteriormente fosse efetuada à interpretação, de modo que se obtenha uma melhor compreensão da temática abordada. Foram utilizados como critérios de inclusão, artigos encontrados na banca de dados acima mencionada, no idioma português, com disponibilidade de textos completos e relatos de casos, sendo estes publicados no intervalo de tempo entre 2015 e 2017.

Foram utilizados métodos para a exclusão, artigos que não se encontrava no tempo determinado, artigos em língua estrangeira, teses, dissertações, capítulos de livros, reportagens. Deste modo, 04 artigos foram utilizados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados 274 estudos com resumos disponíveis com base nos

descritores utilizados, sendo eles encontrados no banco de dados SciELO e LILACS, utilizando os três descritores: gestação, alimentação e segurança alimentar. Os 274 resumos foram analisados observando título, tema, período de publicação, idioma e disponibilidade de texto dos quais 270 foram excluídos. Deste modo, 04 artigos foram selecionados e contemplados nesse estudo, do período de 2015 a 2017, apresentando texto completo disponível online.

Depois da leitura completa e interpretação dos 04 artigos foi elaborada a seguinte tabela, representando os resultados obtidos e conclusões de cada artigo, sendo apresentado na tabela 1.

AUTOR	ANO	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Morais <i>et al</i>	2017	Analisar a relação entre hábitos e atitudes de mães com os tipos de leite oferecidos para seus filhos nos dois primeiros anos de vida.	Verificou-se que entre os profissionais de saúde, os pediatras foram os que mais recomendaram a forma infantil. Também foi possível observar que apesar do grande incentivo existente quanto a prática do aleitamento materno, as taxas no Brasil, ainda continuam abaixo das recomendações.
Oliveira <i>et al</i>	2017	Avaliar a insegurança alimentar bem como seus fatores associados em gestantes atendidas pela rede pública de saúde de um município de uma capital do nordeste brasileiro.	Foram estudadas 363 gestantes selecionadas intencionalmente em unidades básicas de saúde (UBS), de Maceió com idade mínima e máxima de 14 e 44 anos. Cerca de 60% apresentava renda familiar mensal com menos de um salário mínimo, com 8,3% delas na linha da pobreza, a maioria (72,2%) era do lar, e mais de 90% delas tinha mais de 4 anos de estudos.
Saldan <i>et al</i>	2017	Verificar o tipo de leite consumido por crianças menores de um ano de idade e identificar variáveis associadas ao consumo de leite não materno(LNM) - fórmula infantil ou leite de vaca (LV).	Das gestantes analisadas, 42,7% apresentaram prevalência de insegurança alimentar. Entre essas 8,0% apresentaram insegurança grave, essa elevada taxa de prevalência esteve na maioria dos casos associado a fatores como hiperglicemia materna e níveis pressóricos elevados.
Oliveira <i>et al</i>	2015	Descrever o processo de formulação de um conjunto de indicadores para monitoramento da alimentação complementar entre crianças brasileiras menores de dois anos e de um instrumento para coleta de dados que permita a construção de tais indicadores.	Notou-se que os termos que deveriam ser comumente tratados entre mães, como por exemplo: sólido, semissólido e pastoso, não são de fácil compreensão entre as mesmas. O que acaba comprometendo a efetivação da alimentação complementar após o sexto mês de vida da criança.

Tabela 1: Representação dos artigos encontrados nas bases de dados entre 2015 e 2018.

Segundo MORAIS *et al* (2017), apesar da prática do aleitamento materno ter aumentado nos últimos anos no Brasil, as taxas de aleitamento natural continuam abaixo das recomendações nacionais e internacional. Portanto, deve-se investir em

um maior número de medidas educacionais e de incentivo ao aleitamento natural, com o intuito de reverter esse cenário desfavorável para o lactente brasileiro.

Para OLIVEIRA *et al* (2015), existe a necessidade de que gestantes e puérperas compreendam da melhor forma possível as características da alimentação complementar, que deve ser implementada no segundo semestre de vida da criança, visto que a mesma não oportuniza a introdução de qualquer alimento com maior consistência como por exemplo, biscoitos e demais guloseimas, mas sim aqueles que são considerados ideais pela Organização Mundial de Saúde.

Estudos sobre o assunto mostram que o aleitamento natural em longo prazo tem inúmeros benefícios e associa-se a diminuição de futuros problemas de saúde como diabetes tipo 2, hipertensão arterial, sobrepeso, aumento do colesterol, além da melhoriano desenvolvimento intelectual (MORAIS *et al*, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que existe uma elevada prevalência quando se refere a insegurança alimentar durante o período gestacional, isto fica evidenciado na maioria dos casos pela presença de alterações fisiológicas das gestantes, tais como hiperglicemia e valores pressóricos elevados. Quanto à alimentação ofertada durante os primeiros anos de vida da criança, foi possível observar que grande parte das mães brasileiras, por iniciativa própria, passam a ofertar leite de vaca integral para seus filhos. Deste modo, nota-se a necessidade de que haja uma maior abrangência de medidas educacionais e de incentivo ao aleitamento materno, para que seja possível a reversão desse quadro desvantajoso.

REFERÊNCIAS

MORAIS, M.B. *et al*. **Hábitos e atitudes de mães de lactentes em relação ao aleitamento natural e artificial em 11 cidades brasileiras.** Revista Paulista de Pediatria. São Paulo, v. 35, n. 01, 2017.

OLIVEIRA, J.M. *et al*. **Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 31, n. 02, 2015.

OLIVEIRA, M.A.C. *et al*. **Insegurança alimentar em gestantes da rede pública de saúde de uma capital do nordeste brasileiro.** Ciência & saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 22, n.02, 2017.

SALDAN, P.C. *et al*. **Consumo de leites em menores de um ano de idade e variáveis associadas ao consumo de leite não materno.** Revista Paulista de Pediatria. São Paulo, v. 35, n. 04, 2017.

A TEORIA AMBIENTALISTA DE FLORENCE NIGHTINGALE E O CUIDADO À CRIANÇA NO CÁRCERE

Denise Santana Silva dos Santos

Universidade do Estado da Bahia (UNEB),
Salvador – Bahia

Climene Laura de Camargo

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador-
Bahia

Darci de Oliveira Santa Rosa

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador-
Bahia

Maria Carolina Ortiz Whitaker

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador-
Bahia

RESUMO: **OBJETIVO:** refletir sobre as contribuições da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale para as práticas de cuidado à criança no cárcere. **MÉTODO:** Estudo teórico-reflexivo realizado nos meses de outubro a dezembro de 2017. Análise da teoria com base no conceito do ambiente e as influências externas tais como ventilação, iluminação, calor, limpeza, ruídos, odores e alimentação. Bem como a análise dos quatro conceitos principais da teoria: homem, saúde, ambiente e enfermagem. **RESULTADOS:** A teoria ambientalista apresenta princípios que podem nortear a prática do cuidado à criança no cárcere, pois o ambiente tem influência no processo de saúde-doença e interfere diretamente no crescimento e desenvolvimento

infantil. **CONCLUSÃO:** Entende-se que essa reflexão pode contribuir para a reorganização das ações da enfermeira que atua no cuidado à criança no cárcere.

PALAVRAS-CHAVE: Teoria de Enfermagem; Cuidado; Criança; Prisões; Enfermagem.

ABSTRACT: **OBJECTIVE:** to reflect on the contributions of Florence Nightingale's Environmental Theory to child care practice in prison. **METHOD:** Theoretical-reflective study carried out from October to December 2017. Analysis of the theory based on the concept of the environment and external influences such as ventilation, lighting, heat, cleaning, noise, odors and food. As well as the analysis of the four main concepts of the theory: man, health, environment and nursing. **RESULTS:** The environmental theory presents principles that can guide the practice of child care in prison, because the environment has influence in the health-disease process and directly interferes in the child's growth and development. **CONCLUSION:** It is understood that this reflection can contribute to the reorganization of the actions of the nurse who acts in the care of the child in the jail.

KEYWORDS: Nursing Theory; Caution; Kid; Prisons; Nursing.

INTRODUÇÃO

As teorias de enfermagem compõem pilares para a cientificidade da profissão. Elas embasam o processo de cuidado da enfermeira e reúnem proposições para pensar e refletir sobre a assistência (McEWEN, WILLS, 2009; MEDEIROS, ENDERS, LIRA, 2015). Nessa perspectiva, dentre as teorias que embasam a prática da Enfermagem pode-se destacar a Teoria Ambientalista de Florence Nightingale.

Florence Nightingale começou a atuar como enfermeira no período inicial da industrialização na Inglaterra e nos campos de guerra da Criméia com suas péssimas condições de saneamento ambiental e o descaso em que se encontravam os pacientes nos hospitais, resultava em altas taxas de mortalidade, exigindo atenção imediata e constante (GEORGE, 2001).

A Teoria Ambientalista desenvolvida por Florence na segunda metade do século XIX apresenta como foco principal o ambiente. Nightingale deu maior ênfase ao ambiente físico do que aos ambientes psicológico e social. Descrevendo que os elementos externos ao paciente afetam a saúde e o processo de cura (GEORGE, 2001).

Na sua teoria Florence Nightingale descreve o provimento de fatores externos para a manutenção de um ambiente favorável no sentido de promover o processo de cura, tais como: iluminação, ventilação, limpeza, calor, ruídos, odores e alimentação (NIGHTINGALE, 1989).

Avisão de Florence objetivava priorizar o ambiente estimulador no desenvolvimento da saúde para o paciente. Um dos preceitos que sustentam a Teoria Ambientalista é que o ambiente interfere na recuperação do doente (HADDAD, SANTOS, 2011).

Para Nightingale o ambiente é visto como todas as influências externas que interferem na vida e no desenvolvimento de um organismo, sendo capaz de prevenir, suprimir ou contribuir para a doença ou a morte (GEORGE, 2001).

Nesse sentido, refletir sobre o cuidado à criança no cárcere à luz da Teoria Ambientalista traz a tona o ambiente dos presídios femininos, que não oferecem condições adequadas para acolher a mulher no ciclo gravídico puerperal e seu bebê até os seis meses de vida. Pois, o ambiente carcerário pode interferir no crescimento e desenvolvimento infantil.

A partir dessas considerações, o presente artigo, vinculado ao projeto de Doutorado do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Bahia, tem como objetivo refletir a Teoria Ambientalista de Florence no contexto do cuidado à criança no cárcere.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo que propõe uma discussão acerca do cuidado à criança no cárcere e sua relação com a Teoria Ambientalista de Florence

Nightingale, na prática da Enfermagem no sistema prisional.

O ensaio teórico tem como princípios norteadores a exposição lógica e reflexiva, além da argumentação minuciosa, com elevado grau de interpretação e julgamento (SEVERINO, 2014).

Este estudo teórico e reflexivo foi realizado nos meses de outubro a dezembro de 2017. Foi realizada análise da teoria com base no conceito do ambiente e as influências dos elementos externos tais ventilação, iluminação, calor, limpeza, ruídos, odores e alimentação e suas repercussões na vida da criança que vivencia o cárcere. Bem como a análise dos quatro conceitos principais da teoria: homem, saúde, ambiente e enfermagem.

O AMBIENTE DO CÁRCERE E A TEORIA AMBIENTALISTA

A estrutura arquitetônica do cárcere é descrita por Foucault (2014) como uma estratégia do Estado Moderno para exercer meios coercitivos e punitivos adotados pelo poder público na repressão da delinquência. Mantendo assim, o preso em um local confinado que pudesse ser vigiado e punido, para isso o autor cita o modelo Panóptico descrito por Bentham que é a figura de uma torre no centro e as celas dispostas ao redor, como instrumento do poder disciplinar das instituições totalitárias.

É nesse ambiente de cárcere, que muitas crianças iniciam a sua infância devido à condição de privação de liberdade de suas mães. Segundo a legislação nacional e internacional relacionadas à mulher no cárcere, esta pode permanecer com seu filho durante a amamentação e após o 6º mês a criança é separada e levada de sua mãe (BRASIL, 2009; UNITED NATIONS, 2010).

Segundo Florence um ambiente negativo poderá causar estresse físico, daí afetando o estado emocional do paciente e interferindo no seu processo de saúde – doença (GEORGE, 2001).

Diversos estudos no cenário brasileiro e internacionais apontam que os presídios femininos são caracterizados pela superlotação, celas úmidas, sujas, local com má circulação, pouca iluminação e propício para propagação das doenças infectocontagiosas (AZAMBUJA, 2013; MATÃO et al, 2016; GOSHIN, BYRNE, HENNINGER, 2012).

Nightingale apresenta como significado da teoria ambientalista o fato da causa da doença e ou da reabilitação do doente estar intimamente relacionado ao ambiente que o paciente está inserido que na maioria das vezes é insalubre (NIGHTINGALE, 1989).

Portanto, quando a mulher está custodiada, o Estado passa a ser o responsável legal pela criança que permanece com a mãe no presídio. E é dever do Estado prover as necessidades de saúde específicas da criança no cárcere (AMARAL, BISPO, 2016).

Partindo desse princípio, a Teoria Ambientalista descreve que os fatores essenciais que assegurem as condições sanitárias para prevenção da propagação

das doenças (NIGHTINGALE, 1989).

No que se refere às questões de saúde das mulheres presas e seus filhos, tem-se o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário - PNSSP (BRASIL, 2005) que visa incluir os presidiários no Sistema Único de Saúde, para cumprir com as premissas estabelecidas nas Regras Mínimas para Tratamento dos Presos, bem como da Lei de Execuções Penais (BRASIL, 1984).

A teoria ambientalista ressalta as condições sanitárias do ambiente e suas repercussões no processo de adoecimento da pessoa. Destacando-se que Florence trabalhou no cuidado ao soldado ferido durante a Guerra da Criméia. O ambiente do “barracão” foi modificado, iluminado, arejado, os soldados separados e após as implementações realizadas por Nightingale foi reduzido a mortalidade entre os soldados (NIGHTINGALE, 1989).

A equipe de saúde que atua no sistema prisional tem fundamental importância no cuidado à criança que nasce no cárcere, dentre estes se destaca a enfermagem que é o elo fundamental no processo de trabalho no sistema prisional. Portanto, a atenção a criança no cárcere é uma área nova de atuação da enfermagem brasileira.

ELEMENTOS EXTERNOS NO CÁRCERE: À LUZ DA TERIA AMBIENTALISTA

Florence descreve na sua Teoria Ambientalista os elementos externos. Estes compõem as principais áreas do controle do ambiente tais como: ventilação, iluminação, calor, limpeza, ruídos, odores e alimentação. Estes elementos são essenciais para a manutenção do cuidado (GEORGE, 2001).

Nos escritos de Florence, a ventilação, especialmente aquela acrescida de ar fresco, sem corrente de ar, é de fundamental importância para manutenção da saúde. No livro *Notas da Enfermagem*, a autora descreve que a enfermeira deve atentar não só para um ambiente ventilado, mas também de onde vem essa ventilação e se vem de fontes livres de qualquer poluição (NIGHTINGALE, 1989).

Com relação à ventilação no presídio um estudo realizado por Amaral; Bispo (2016) revela que a superlotação das celas e o espaço apertado dificultam a ventilação no presídio feminino, o que favorece a disseminação das doenças do trato respiratório entre os bebês nessa instituição.

No que diz respeito à iluminação, a Teoria Ambientalista enfatiza o uso da luz solar, em sua maior parte, porém pode ser utilizado também iluminação artificial. A enfermeira deve precaver o paciente contra a perda do calor vital, que é essencial para a recuperação do mesmo. As friagens devem ser evitadas (GEORGE, 2001).

Com relação ao presídio feminino é descrito em alguns estudos que existe presença de celas úmidas e quentes. Este cenário propicia o aparecimento das dermatites amoniacais nas crianças (MATÃO et al, 2016; AMARAL, BISPO, 2016).

Outro fator importante descrito na Teoria Ambientalista é a importância da limpeza, como fator para prevenção de doenças (NIGHTINGALE, 1989). No cuidado à

criança a limpeza do espaço e das suas roupas e seus utensílios são indispensáveis para manutenção da sua saúde.

O ruído ou barulho repentino e intermitente causa excitação, especialmente durante a fase do sono. Nesse sentido, como imaginar que um recém-nascido e lactente consiga estabelecer sua rotina de sono no contexto do presídio. O sono é fundamental para o crescimento e desenvolvimento infantil. Estes processos são resultados da interação de um conjunto de fatores intrínsecos e extrínsecos a criança, trazendo repercussões para sua vida, tais como agitação, hiperatividade, labilidade emocional e dificuldades de concentração (AZAMBUJA, 2013).

De acordo com a Teoria Ambientalista em relação aos odores deve ser evitado o ar proveniente de esgotos e todos os utensílios devem estar livres de odor (GEORGE, 2001).

Estudos sobre a maternidade no cárcere denunciam a inapropriação das celas para o cuidado das crianças, estas podem apresentar uma variedade de emoções que incluem medo, ansiedade, raiva, tristeza e solidão e precisam ser avaliadas e tratadas a fim de evitar o agravamento dos sintomas (MATÃO et al, 2016).

Florence também descreve que a Alimentação é fundamental para o restabelecimento da saúde. No livro de Notas da Enfermagem é descrito o papel da enfermeira na alimentação dos pacientes (NIGHTINGALE, 1989).

No contexto do recém-nascido no cárcere a legislação brasileira dispõe sobre o Aleitamento Materno no cárcere (BRASIL, 2009). Porém, a enfermeira deve atentar para as situações que necessite do uso dos leites artificiais e alimentação complementar, das crianças com alergia a lactose, sindrômicas e com intolerâncias alimentares no cárcere.

Uma das principais ações da Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) com relação à alimentação é melhorar as ações de vigilância sanitária na alimentação e nas condições de higiene dentro das unidades prisionais que favoreçam a salubridade do local (BRASIL, 2014).

Ressalta-se, portanto a inadequação do espaço prisional para suprir as demandas alimentícias do recém-nascido e lactente e isto pode ocasionar tensão entre as mães e os agentes penitenciários.

As precárias estruturas das prisões com relação às necessidades específicas das crianças, que vai desde a ausência de banheiros adequados para a higiene da criança até a carência e escassez de recursos tais como fralda, roupa, pomada para prevenção da dermatite, falta do local adequado para estender as roupas da criança agravam as desigualdades e torna piores as repercussões do encarceramento para essas crianças.

O CUIDADO À CRIANÇA E OS QUATRO CONCEITOS PRINCIPAIS DA TEORIA

As teorias de enfermagem descrevem quatro conceitos fundamentais que nortearam as ações baseados neste constructo teórico. São eles homem/ indivíduo; saúde/doença; ambiente/ sociedade e a Enfermagem (GEORGE, 2001). Descreveremos cada conceito a seguir.

O homem/indivíduo: é descrito como aquele cujas defesas naturais são influenciadas por um ambiente saudável ou não (HADDAD, SANTOS, 2011).

Refletindo o cuidado a criança no cárcere à luz da Teoria Ambientalista. O indivíduo é a criança de 0 aos 6 meses que encontra-se em situação de privação de liberdade devido ao encarceramento materno.

Com o nascimento, novos dramas se fazem presente na vida de mulheres encarceradas e um questionamento é evidenciado quais as condições do presídio para receber um bebê. Cujas necessidades são peculiares nessa fase da vida e o ambiente saudável ou não tem forte influência sobre esse indivíduo (AZAMBUJA, 2013).

Um estudo sobre nascer nas prisões brasileiras revelou que entre os anos 2012 e 2014 existiam mais de 200 crianças que viviam com suas mães em condições precárias do presídio, com diversas restrições que incluíam falta de insumo até risco e exposição a agravos (LEAL et al, 2016).

A saúde/ doença é compreendida como um processo reparador. O conceito de saúde é provavelmente o mais escasso descrito nesta teoria como a falta de doença, uma visão vigente na época de Florence (GEORGE, 2001).

Atualmente, compreende-se que saúde não é meramente a ausência de doença e sim determinada e influenciada por fatores determinantes e condicionantes do processo saúde/doença.

O ambiente/ sociedade é entendido como condições externas capazes de prevenir doenças, suprimi-las ou contribuir para elas (GEORGE, 2001).

Com relação à inadequação do ambiente prisional para atender as necessidades do binômio no cárcere o trabalho de Matão et al (2016) descrevem as precárias condições físicas do encarceramento feminino, uma inconformidade estrutural para a permanência digna das crianças juntas com sua mãe no cárcere. Não existe um espaço exclusivo para lazer e recreação, nem a existência de uma brinquedoteca nos presídios femininos.

A Teoria Ambientalista descreve que a Enfermagem modifica os aspectos não saudáveis do ambiente, a fim de colocar o paciente na melhor condição para a ação da natureza, o que seria obtido basicamente pela ação sobre o ambiente. Florence centralizada a Assistência na figura da enfermagem e conferia a ela duas perspectivas: preventiva e curativa (NIGHTINGALE, 1989).

Ressalta-se que na Teoria Ambientalista, Florence não utilizava o termo “Processo de Enfermagem”, mas valorizava práticas tais como a observação, a experiência e o registro de dados fundamentais para o desenvolvimento de uma metodologia de

trabalho que acentue a possibilidade de resolução. Pois, de acordo com a teoria Ambientalista é a interação do ambiente saudável com a prática da enfermagem que nos oferece uma teoria básica para exercer a prática profissional (GEORGE, 2001).

No contexto brasileiro, a enfermeira compõe a equipe de saúde do presídio conforme a PNAISP e atua diretamente no processo de cuidado da criança no cárcere (BRASIL, 2005). Portanto, a enfermeira poderá planejar as ações de saúde norteadas pelos princípios da Teoria Ambientalista de Florence.

Um estudo no berçário da penitenciária em Nova York evidenciou a importância das enfermeiras que trabalhavam no berçário da prisão, pois estas forneciam a maioria dos cuidados a essa criança e sua mãe através de ações de educação e saúde e favoreciam o estabelecimento do vínculo entre mãe-bebê (GOSHIN, BYRNE, HENNINGER, 2013).

Portanto, a condição do ambiente que o binômio é alocado nos faz refletir sobre os impactos no desenvolvimento da criança, as condições do encarceramento materno e sua influência no seu filho que já chegam ao mundo com tantas privações.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu refletir sobre o cuidado à criança no cárcere à luz da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale, por meio de uma leitura atenta do referencial teórico utilizado.

Ao analisar a Teoria Ambientalista no âmbito do cárcere, o foco recaiu sobre a maneira como o ambiente da prisão interferiu no processo saúde-doença da criança. Portanto, o olhar da enfermeira é decisivo para a promoção da saúde dessa população em situação de vulnerabilidade.

Compreende-se, portanto que essa teoria é tão apropriada hoje para o contexto de prisão quanto foi apropriada para o contexto inicial de guerra, reforçando assim o papel da enfermagem enquanto promotora do cuidar da criança mesmo no ambiente do cárcere.

Novos estudos na mesma perspectiva deste são imprescindíveis, pois fornecerão subsídios para o desenvolvimento teórico da prática de enfermagem. Por fim, entende-se que essa reflexão pode contribuir para a reorganização das ações da enfermeira que atua no cuidado à criança no cárcere.

REFERÊNCIAS

AMARAL, M.F; BISPO, T.C.F. Mães e filhos atrás das grades. **Rev. Enferm Contemporânea**. V.5, n.1, p. 51-58, 2016.

AZAMBUJA, M.R.F. Os bebês de mães que cumprem pena privativa de liberdade. **Revista Gênero & Direitos**. v.1, n.1, p. 46-66, 2013

BRASIL. Lei 7.210 de 11 de Julho de 1984. Institui a **Lei de Execução Penal**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm>. Acesso em: 18 out. 2017. Acesso em 2 nov 2017.

BRASIL. **Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. **Lei nº 11.942 de maio de 2009**. Assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência. Diário oficial da república federativa do Brasil. Brasília, DF; 2009.

BRASIL. Portaria Interministerial nº1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a **Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)** no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2014.

LEAL, M.C. et al. Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 21, n.7, p. 2061 - 2070. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2061.pdf> . Acesso em 14 dez 2017.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 42 ed. Petrópolis: Vozes; 2014.

GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.

GOSHIN, L.S; BYRNE, M.W; HENNINGER, A.M. Recidivism after release from a prison nursery program. **Public Health Nurs**.; v. 31, n.2, p. 109-17, 2013.

GOSHIN LS, BYRNE MW, HENNINGER AM. Predictors of post-release research retention and subsequent reenrollment for women recruited while incarcerated. **Res Nurs Health**, v.35, n.1, p. 94-104, Feb, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3251707/>. Acesso: 8 dez 2017.

HADDAD, V.C.N., SANTOS, T.C.F. A Teoria Ambientalista de Florence Nightingale e a Escola de Enfermagem Anna Nery (196-1968). **Rev Esc Anna Nery** (impr); out-dez, v. 15, n.4, p. 755- 761, 2011.

MATÃO, M.E.L. et al. Maternidade atrás das grades: particularidades do binômio mãe-filho. **Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min** [Internet]. v.6, n. 2, p. 2235-2246, 2016. Disponível em: <http://D:/Dados/SESAU/Meus%20documentos/Downloads/984-5688-1-PB.pdf>. Acesso em 10 de dez de 2017.

MCEWEN, M., WILLS, E.M. Bases Teóricas para enfermagem. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
MEDEIROS, A.B.A., ENDERS, B.C., LIRA, A.L.B.C. Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: uma análise crítica. **Ver Esc Anna Nery**. v.19, n.3, p. 518-524, 2015.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**: o que é e o que não é. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez; 1989.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do trabalho científico**. 24ª ed. São Paulo: Cortez; 2014.

UNITED NATIONS. United Nations rules for the treatment of women prisoners and non-custodial measures for women offenders (**The Bangkok Rules**), 2010. Disponível em: <http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/BangkokRules.pdf>. Acesso em 08 de Nov 2017.

ATENDIMENTO DE PUERICULTURA COMO FORMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Andressa Peripolli Rodrigues

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

Elizabet Marta Krebs

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

Greice Machado Pieszak

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai
e das Missões

Santiago – Rio Grande do Sul

Lucimara Sonaglio Rocha

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

Margot Agathe Seiffert

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

Mariéli Terezinha Krampe Machado

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

Neiva Claudete Brondani Machado

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

Rita Fernanda Monteiro Fernandes

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

Sandra Maria de Mello Cardoso

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

RESUMO: A consulta de puericultura busca identificar precocemente e reduzir a incidência de enfermidades, permitindo a criança e ao adolescente alcançar todo o seu potencial de crescimento e desenvolvimento. Com isso, objetivou-se investigar a contribuição do atendimento de puericultura na promoção da saúde de crianças e adolescentes. Para tal, foi realizado um estudo qualitativo, exploratório, por meio de uma revisão bibliográfica, na base de dados Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS). A análise apontou para duas categorias: Caracterização das crianças e adolescentes atendidos na puericultura e morbidades mais frequentes, e Condutas estabelecidas pela enfermagem na puericultura para promoção da saúde. Conclui-se que o atendimento de puericultura está mais voltado às crianças até o seu segundo ano de vida e os adolescentes encontram-se “fora” do sistema de saúde, o que indica a necessidade de uma puericultura com foco na promoção da saúde, ampliando o atendimento para além dos dois anos de idade.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Enfermagem Pediátrica; Saúde da criança; Saúde do adolescente.

ABSTRACT: The child care consultation seeks to identify early and reduce the incidence of diseases, allowing the child and adolescent to reach their full potential for growth and development. The purpose of this study was to investigate the contribution of childcare services to the health promotion of children and adolescents. For that, a qualitative, exploratory study was carried out, through a bibliographic review, in the Latin American Literature in Health Sciences database (LILACS). The analysis pointed to two categories: Characterization of children and adolescents attended in childcare and more frequent morbidities, and Conduct established by nursing in childcare for health promotion. It is concluded that childcare is more focused on children until their second year of life and adolescents are “out” of the health system, which indicates the need for a childcare center focused on health promotion, expanding care beyond two years of age.

KEYWORDS: Nursing; Pediatric nursing; Child health; Adolescent health.

1 | INTRODUÇÃO

O presente estudo aborda o atendimento de puericultura para crianças e adolescentes como forma de promoção da saúde, uma vez que a promoção à saúde é um dos principais modelos teórico-conceituais que subsidiam as políticas de saúde em todo o mundo (JACKSON et al., 2011). Nesse contexto, a puericultura é inserida, pois permite ao enfermeiro atuar não apenas com a criança e adolescente, mas também junto à família (FELICIANO, 2011).

O desenvolvimento da criança depende da interação com o meio social em que vive, sendo mediado pelas relações com a rede social de proteção, como a influência das pessoas, da família, e dos profissionais da saúde e de educação (BRASIL, 2012). Com relação à saúde, os profissionais de enfermagem desenvolvem o seu cuidado à criança e ao adolescente por meio da consulta de enfermagem.

A realização da referida consulta também é chamada de puericultura e permite ao enfermeiro atuar junto à família e com o principal cuidador, realizando orientações acerca dos cuidados, das imunizações, da prevenção de acidentes e das questões referentes à saúde e bem-estar da criança (FELICIANO, 2011). Com a realização da consulta de puericultura busca-se identificar precocemente e reduzir a incidência de enfermidades, permitindo a criança e ao adolescente alcançar todo o seu potencial de crescimento e desenvolvimento.

Com isso, é preconizada a realização de sete consultas durante o primeiro ano de vida, sendo que a primeira consulta deverá ocorrer ainda na primeira semana de vida do recém-nascido, identificando doenças e/ou sinais de alerta (BRASIL, 2012). A

puericultura é considerada mais do que um cuidado, pois se trata de um investimento dos pais que procuram por este atendimento para a saúde da criança e do adolescente, uma vez que permite a detecção de doenças precocemente, a prevenção destas e impede repercussões negativas (FELICIANO, 2011).

Justifica-se a realização desse estudo, pois as práticas assistenciais na atenção primária permitem o acompanhamento da criança e do adolescente por meio das consultas de puericultura, pelo atendimento na sala de imunizações e a realização de diagnóstico situacional de crianças e suas famílias. Nesse sentido, o cuidado de enfermagem torna-se importante e ganha relevância com a realização dessas consultas e de ações de educação em saúde.

A consulta de puericultura se constitui como ferramenta para a realização de educação em saúde com vistas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, pois oportuniza a criação do vínculo com o principal cuidador da criança, que se faz presente neste atendimento. Sendo assim, é necessário o fortalecimento da promoção à saúde por meio de orientações que atendam as singularidades das crianças e adolescentes.

No entanto, esse atendimento nem sempre ocorre nos serviços de atenção primária, deixando descoberta uma população que necessita de um acompanhamento próximo. Assim, é necessário destacar como essa atividade, que pode ser realizada pelo profissional enfermeiro, contribui para a promoção da saúde das crianças e adolescentes beneficiadas com essa prática.

Assim, tem-se como problema de pesquisa: O atendimento em puericultura para crianças e adolescentes contribui para a promoção da saúde? E objetivo: Investigar a contribuição do atendimento de puericultura na promoção da saúde de crianças e adolescentes.

2 | METODOLOGIA

Nesse contexto, foi realizado um estudo de abordagem qualitativa, com caráter exploratório. Essa abordagem permite aprofundar o espaço das relações, dos processos e dos fenômenos, uma vez que estas não podem ser reduzidas à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010).

Para o desenvolvimento do estudo foi realizada uma revisão bibliográfica. O levantamento bibliográfico foi realizado na base de dados Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), em que foram utilizadas as combinações “cuidado da criança” or “assistencia integral a saude” or “cuidados de enfermagem” or “puericultura” and “saude da crianca” or “saude do adolescente”. Todos os descritores foram previamente testados no Descritores em Ciências da Saúde (DeCs), com exceção da terminologia “puericultura” que será utilizada como palavra-chave.

Os critérios utilizados para a seleção dos estudos foram: artigos de pesquisa,

disponíveis online, na íntegra, de acesso gratuito, no idioma português. Já os critérios de exclusão aplicados foram: publicações com resumo indisponível na base de dados ou incompleto e artigos duplicados. Não foi delimitado recorte temporal para a busca, para que se possa identificar as evidências disponíveis.

Os artigos foram categorizados em uma ficha de extração de dados contendo as variáveis: referência do artigo, país do estudo, ano de publicação, objetivos do estudo, tipo de estudo e abordagem, área do conhecimento, resultados e conclusões. Quanto às questões éticas, foram respeitadas as ideias, as definições e os conceitos empregados pelos autores dos estudos analisados e os mesmos serão apresentados e citados de forma fiel e incontestável.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao ser realizada a busca, foram identificadas 168 publicações e, a partir dos critérios de inclusão e exclusão, foram analisados 13 artigos científicos. Destes, houve predomínio das publicações no ano de 2012, com quatro produções, seguida de 2013 (três publicações) e 2005 (duas publicações). Os anos de 2016, 2014, 2011 e 2009 apresentaram apenas uma publicação. A análise apontou para duas categorias que serão descritas a seguir.

Caracterização das crianças e adolescentes atendidos na puericultura e morbidades mais frequentes

A partir da análise dos estudos, foi possível identificar que a problemática do excesso de peso em adolescentes está presente em parte deles, sendo a morbidade mais comum nos serviços de puericultura. Além disso, observou-se que a obesidade carrega consigo diversas complicações por apresentar um potencial de causar outras doenças, inclusive na vida adulta (VIEIRA et al., 2014).

Nesse contexto, estudo apontou que as profissionais enfermeiras que realizam a puericultura identificaram os hábitos alimentares como a principal causa da obesidade, relacionando o excesso de peso com os hábitos alimentares dos adolescentes. Porém, o mesmo estudo aponta que direcionar a causa da obesidade apenas ao hábito alimentar pode trazer para os profissionais a ideia que não existam possibilidades de agir diante desse problema de saúde pública (VIEIRA et al., 2014).

Com relação a caracterização de crianças atendidas no serviço de puericultura, estudo aponta que participam desse atendimento crianças menores de 24 meses, predominantemente do sexo feminino (n=140; 53,8%) e quase 40% delas não tinham registro de consultas de enfermagem ou de outro profissional de nível superior. De acordo com o número de consultas, observou-se que a maioria (n=139; 53,5%) obteve menos de cinco consultas de enfermagem e apenas 13 (5%) obtiveram mais de cinco consultas (CORGOZINHO; RIBEIRO, 2013).

Nesse atendimento de puericultura, a avaliação nutricional foi negligenciada, chegando a 94,1% de ausência nos prontuários, e que em muitos prontuários havia o peso e a altura, mas não a classificação nutricional da criança. Também, durante o atendimento, foi realizada a avaliação do desenvolvimento da criança, principalmente, na primeira consulta do primeiro ano de vida; obtendo-se índices elevados de ausência dessa avaliação na primeira consulta do segundo ano de vida (94,8%). Diante disso, o estudo indicou que a maioria das crianças não obteve o atendimento necessário e qualificado, principalmente, no segundo ano de vida (CORGOZINHO; RIBEIRO, 2013).

Ainda na caracterização, estudo indicou que a idade das crianças acompanhadas na puericultura variou de 12 a 30 meses, com predominância do sexo feminino (50,2%), corroborando com o estudo anterior. Em relação ao atendimento de puericultura, 77 (42,5%) crianças receberam esse atendimento no primeiro mês de vida, sendo que apenas 18 crianças (23,4%) foram assistidas pelo enfermeiro (BARBOZA; BARRETO; MARCON, 2012).

Contudo, houve uma inversão da situação nos meses subsequentes, pois o enfermeiro passou a realizar um maior número de consultas de puericultura, além de uma redução no número de atendimentos de puericultura após os seis meses de vida da criança. Observou-se também um número reduzido de anotações nos prontuários em relação à nutrição da criança durante os seis primeiros meses de vida e a avaliação nutricional durante o primeiro ano de vida ocorreu em apenas 115 (63,5%) prontuários (BARBOZA; BARRETO; MARCON, 2012).

O estudo indicou ainda que em relação as medidas antropométricas, 100% dos prontuários havia registros de peso e estatura no primeiro atendimento, porém ocorreu uma queda nos registros dos perímetros cefálicos, torácicos e circunferência abdominal. A avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor foi registrada em 87 prontuários (48%), com maior prevalência no primeiro mês de vida (n=42; 23,2%) (BARBOZA; BARRETO; MARCON, 2012).

As informações referentes às intercorrências na saúde durante o primeiro ano de vida evidenciaram maior proporção para as Infecções das Vias Aéreas Superiores, com 71 registros em prontuários (39,2%), sendo que quatro destas (5,6%) desenvolveram pneumonia. Apesar do elevado número de intercorrências à saúde registradas, apenas oito prontuários (4,4%) continham anotações sobre hospitalização, sendo o motivo da internação registrado somente em um prontuário (0,5%), o que evidencia o descaso dos profissionais ao realizarem seus registros (BARBOZA; BARRETO; MARCON, 2012).

Outro estudo aponta que durante as consultas de puericultura, o registro da idade e a investigação quanto à alimentação da criança foram as intervenções mais frequentes. Entretanto, o desenvolvimento da criança acabou não sendo o foco da consulta de puericultura (OLIVEIRA et al., 2013).

Diante disso, destaca-se que a consulta de puericultura realizada pela equipe de enfermagem logo nos primeiros dias de vida apresenta fundamental importância, pois

possibilita ao enfermeiro a realização de ações que abordam a prevenção e promoção da saúde e a detecção precoce de problemas de saúde. Além disso, torna-se um momento em que o profissional está mais próximo da mãe e da família, viabilizando uma comunicação terapêutica e singular (SOUZA et al., 2013).

Estudo aponta que o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança por meio da consulta de puericultura, acontece mensalmente para os lactentes menores de um ano na Estratégia de Saúde da Família em questão. Esse fato indica que o número de consultas realizadas está acima do que é determinado pelo Ministério da Saúde, sete consultas no primeiro ano de vida (MONTEIRO et al., 2011).

Além disso, destaca-se a necessidade da implantação da consulta de puericultura em locais que não a realizam, pois a consulta favorece o cuidado ao filho, superando incertezas e proporcionando saúde de qualidade, por meio da promoção da saúde e prevenção de doenças (VASCONCELOS et al., 2012).

Ao ser retomada a questão do número de consultas de puericultura realizadas, estudo indicou que, das 35 crianças analisadas, 20 (57,1%) estavam com o esquema completo, pois realizaram sete ou mais consultas. O fato da totalidade não ter cumprido o esquema completo de consultas pode revelar uma visão reducionista do indivíduo de que o serviço de saúde deve ser utilizado apenas para fins de tratamento, não sendo priorizadas as medidas preventivas, como é o caso da puericultura (LEITE; BERCINI, 2003).

No que se refere à avaliação nutricional, o estudo apontou que a maioria das crianças (n=29; 82,9%) apresentou adequado crescimento ponderal e apenas uma das crianças estava em situação de baixo peso. Em relação a morbidade, 14 crianças (40%) não apresentaram nenhum problema de saúde durante o primeiro ano de vida e as que apresentaram foi ocasionada por infecção de vias aéreas superiores (LEITE; BERCINI, 2003).

Corroborando à isso, estudo identificou que os problemas de saúde mais comuns na puericultura estão relacionados às afecções das vias respiratórias, principalmente, das vias aéreas superiores, tais como resfriado, otite e gripe, ocasionando a procura mais frequente aos serviços de saúde (CASTILHO; BERCINI, 2005). O que difere da população adolescente, em que a maioria que procura a unidade de saúde estão em busca do pré-natal, sendo pouco observada a procura delas antes da primeira gestação, ou seja, para que se realize a promoção da saúde (BRASIL et al., 2016).

De acordo com os atendimentos realizados ao público adolescente, estudo apontou que os profissionais referem não possuir dificuldades no atendimento ao adolescente, porém 10 dos 44 profissionais informaram ter alguma dificuldade, dentre as quais se destacam: informações prestadas que são veladas, dificuldade do adolescente em entender o que é dito, estar em fase difícil e conflitante, e estar em um momento delicado da vida. Além destas, os profissionais apontaram que possuem dificuldades em estabelecer vínculo e interação com o adolescente, falta de experiência com a faixa etária, falta de intimidade e identificação com o adolescente, diferenças de

linguagem, postura e vivências, e dificuldade em dar a atenção necessária devido ao volume excessivo de atendimentos realizados (CROSSETTI, 2009).

Ainda, o estudo apontou que os profissionais consideraram necessário o atendimento em turno exclusivo para adolescentes, assim conseguiriam estabelecer um olhar mais atento à esse público (CROSSETTI, 2009).

Condutas estabelecidas pela enfermagem na puericultura para promoção da saúde

A análise dos estudos apontou que se faz necessário promover uma assistência preventiva ou um acompanhamento periódico do adolescente, uma vez que na atenção primária à saúde isso não ocorre, devido ao desinteresse da população nessa faixa etária em buscar os serviços de saúde. Estudo indicou que as profissionais enfermeiras entendem serem responsáveis pelo cuidado do adolescente na ótica da integralidade, porém não conseguem incluí-lo no seu atendimento diário (VIEIRA et al., 2014).

As mesmas profissionais apontaram que as barreiras identificadas contemplam a vida própria do adolescente, que não permite a presença na unidade, a falta de atração à instituição e a deficiência na formação do enfermeiro no que diz respeito às ações com adolescente em excesso de peso. Os autores observaram que apesar das enfermeiras possuírem um conhecimento favorável a respeito do excesso de peso em adolescentes, elas não visualizavam a responsabilidade de prevenir e/ou tratar essa condição de saúde (VIEIRA et al., 2014).

Entretanto, os autores afirmam que foi possível perceber que as enfermeiras entendiam como um problema a questão da obesidade e que deveria ser acompanhado pelos profissionais de saúde. Assim, foi possível identificar uma compreensão favorável da enfermagem a respeito do assunto, mesmo assim, ainda referem que as diversas atividades e deveres em que os adolescentes hoje estão envolvidos dificultam o acesso dos profissionais de saúde (VIEIRA et al., 2014).

Uma conduta indispensável durante a realização da puericultura é a anotação adequada dos dados obtidos durante a consulta, já que os registros se tornam o meio de comunicação mais eficaz no processo de cuidado entre os profissionais. Esses registros devem ser realizados de forma apropriada e clara, recomendando-se que a mensuração do peso e da estatura seja realizada periodicamente e registrada no gráfico de crescimento da criança, com posterior avaliação nutricional e do crescimento (CORGOZINHO; RIBEIRO, 2013).

No entanto, autores afirmam que as principais anotações referentes ao crescimento e desenvolvimento das crianças não são claramente expressas no registro de enfermagem, fator preocupante já que a avaliação nutricional está diretamente ligada à prevenção da obesidade. Além disso, os autores apontam que houve o uso repetido e frequente do termo orientações gerais, o que torna o registro inespecífico e que não contribui para a compreensão dos cuidados de enfermagem por toda a equipe

de saúde (CORGOZINHO; RIBEIRO, 2013).

Outro estudo apontou que em relação ao acompanhamento nas consultas de puericultura realizou-se, principalmente, o registro das informações coletadas no prontuário da criança, atividade evidenciada por meio da evolução de enfermagem. Esse fato indica que algumas consultas apresentaram fragilidades, sendo a principal delas a falta de completude, pois nenhum dos itens foi implementado na totalidade das consultas, inexistindo avaliação completa da criança em muitos dos casos (OLIVEIRA et al., 2013).

Entretanto, estudo realizado no estado do Paraná indica que em relação ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, todas as enfermeiras o realizam em conformidade com o protocolo municipal e ministerial. Ainda, informam que logo após o primeiro atendimento, ainda no primeiro mês de vida, a segunda consulta já é agendada antes mesmo da criança ir embora (SOUZA et al., 2013).

Em relação à agenda dos atendimentos, as enfermeiras deste estudo realizam as consultas de crianças de sua área de abrangência mediante agendamento prévio e mantendo um dia específico na semana. Essa organização foi identificada como facilitadora na realização dos atendimentos, por proporcionar disponibilidade de horário do profissional e diminuir o tempo de espera das mães (SOUZA et al., 2013).

Apesar dessa rotina, as enfermeiras não deixam de atender mães e crianças que chegam por demanda espontânea ou encaminhada de outras áreas de abrangência. Elas ressaltam ainda que os atendimentos podem ser realizados em outros locais, fora da unidade de saúde, pois o atendimento realizado em estabelecimentos comunitários mais próximos das famílias pode se tornar uma prática criativa utilizada pelas equipes para facilitar o acesso do usuário aos serviços (SOUZA et al., 2013).

Os autores apontaram ainda que existe outra estratégia de vigilância que é a busca ativa das crianças faltosas pelo agente comunitário de saúde, por meio de visitas domiciliares e entrega de comunicados enviados pela enfermeira. Diante disso, percebe-se uma proposta de estruturar o trabalho a partir de uma equipe multiprofissional, voltado para o acolhimento, formação de vínculo, escuta e diálogo, o incentivo para a corresponsabilidade e a autonomia do usuário, como sujeito ativo na promoção de sua saúde (SOUZA et al., 2013).

Somado a isso, estudo verificou que a consulta de puericultura foi considerada pelos enfermeiros como muito importante na atenção à saúde da criança, oportunizando a realização de uma avaliação infantil. Os autores revelaram que a concepção dos enfermeiros sobre o acompanhamento de puericultura é uma questão ampla e que não deve se restringir a pesagem e a verificação de medidas antropométricas, mas associado à isso, a orientação acerca de questões relacionadas à saúde da criança (VIEIRA et al., 2012).

Também, uma grande dificuldade desse acompanhamento de puericultura é o número elevado de prontuários com registros incompletos e até ausentes em relação a diversos fatores relacionados à saúde da criança. Autores identificaram que em

muitos casos não havia registro de informações substanciais para a continuidade da assistência por outros profissionais da equipe de saúde como, por exemplo, intercorrências na gestação, presença de doença sexualmente transmissível na mãe e de anomalias congênitas na criança (BARBOZA; BARRETO; MARCON, 2012).

Estudo que realizou observação participante constatou que o atendimento de puericultura é individualizado, pautado em queixas, no qual a criança e seu cuidador são meros receptores das informações, estando sob uma condição passiva, respondendo apenas aos questionamentos sobre as condições de saúde da criança. Diante disso, foi evidenciada pelos profissionais a falta de resolubilidade deste modelo de atenção, uma vez que muitas crianças retornam ao serviço de saúde com os mesmos problemas apresentados anteriormente, o que demonstra que os cuidadores não conseguiam compreender e/ou cuidar eficazmente da criança de acordo com as condutas estabelecidas (MONTEIRO et al., 2011).

Para solucionar esse problema, buscou-se desenvolver um acompanhamento coletivo da criança, tornando o seu cuidador um co-participante. Durante esse acompanhamento coletivo as discussões emergiram a partir das questões apontadas pelos cuidadores, e realizado o exame físico e a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor e dos reflexos primitivos. Essas experiências partilhadas de modo grupal permitem aos sujeitos envolvidos identificar a efetividade e a adesão às condutas e aos encaminhamentos propostos (MONTEIRO et al., 2011).

Ao final, todos os dados eram registrados pelos profissionais, pois se constitui um instrumento que permite acompanhar e analisar o processo saúde-doença da criança. Diante disso, foi possível compreender que o fazer coletivo é uma aprendizagem prática inovadora, válida, mas que enfrenta a dificuldade de romper com a prática individual comumente realizada, pois os autores afirmam que ao longo do processo avaliativo, foi notória a existência de um forte enraizamento do modo de pensar e fazer das enfermeiras ao modelo assistencial médico hegemônico (MONTEIRO et al., 2011).

Destaca-se ainda que para a realização do acompanhamento de puericultura se faz necessário o acolhimento, como uma etapa fundamental do cuidado. No entanto, em estudo, esta foi evidenciada como atividade individual não institucionalizada e não direcionada aos adolescentes (COSTA; QUERIOZ; ZEITOUNE, 2012).

Além disso, os profissionais retrataram a resolutividade como ferramenta para a integralidade, enfocando a referência e contra referência como situação real da prática. Assim, a integralidade é um dos princípios que contribuiu consideravelmente para a reforma do sistema de saúde e que envolve uma visão ampliada do cuidado. Portanto, é importante a articulação dos conceitos de integralidade adotados nesse estudo como acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção (COSTA; QUERIOZ; ZEITOUNE, 2012), pois somente assim, os adolescentes serão alcançados.

Nesse sentido, o cuidado deve ser uma atitude relacionada ao sentimento de um ser humano para com o outro, em respeito à dimensão existencial do ser e valorizando a expressão da experiência de vida de ambos no momento do cuidar. Para tanto, o

cuidado deve perpassar o âmbito biológico, envolvendo-se na tríade biopsicossocial, na qual deve ser instigada pelos puericultores, aliando o saber científico ao saber popular, construindo assim um cuidado plausível e eficaz no processo do crescimento e desenvolvimento (VASCONCELOS et al., 2012).

Também, o acompanhamento do desenvolvimento é um dos procedimentos da ação básica que envolve toda a atenção à criança, já que ela apresenta uma sequência previsível e regular de desenvolvimento, porém em constante transformação. Assim, possibilita esse acompanhamento e a identificação dos grupos de maior risco para a realização das intervenções apropriadas, permitindo a prevenção e a detecção precoce de possíveis déficits no desenvolvimento infantil (LEITE; BERCINI, 2003).

Associado a isso, ressalta-se a preocupação de que quando se pensa em medidas preventivas de saúde, como é o caso do acompanhamento de saúde da criança, por existir uma cultura de procura ao serviço de saúde somente nos casos de doença, podem ocorrer diversas dificuldades, pois a puericultura apresenta um forte conteúdo de promoção da saúde. Fato que o presente estudo indica, a partir dos discursos analisados, ao identificar a necessidade de ações de promoção de saúde infantil importantes para o crescimento e desenvolvimento da criança (CASTILHO; BERCINI, 2005).

Com isso, pode-se afirmar que a consulta de enfermagem em puericultura promove o vínculo do enfermeiro com a mãe, a criança e a família por meio da empatia que surge entre eles. O vínculo com usuárias do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação dos profissionais enfermeiros durante a prestação do serviço (BRASIL et al., 2016).

Outro ponto importante acerca do vínculo do enfermeiro com o adolescente é a continuidade dele após o término da puericultura, assim muitos adolescentes não deixam de ir ao encontro do enfermeiro. Um diálogo sincero permite o aumento da confiança do adolescente com o enfermeiro que presta seu cuidado, fortalecendo o vínculo pela valorização desse sujeito como pessoa (BRASIL et al., 2016).

Autores percebem que os enfermeiros destacam suas responsabilidades e a importância do estabelecimento desse vínculo com os adolescentes, pois os cuidados do enfermeiro não se encerram ao final da puericultura. Além disso, a visita domiciliar também é considerada como um elemento importante para a formação do vínculo, pois permite a aproximação do enfermeiro com o adolescente, sua família e sua comunidade (BRASIL et al., 2016).

No que se refere ao acompanhamento do adolescente, ressalta-se a importância do protagonismo juvenil como iniciativa, expressão de liberdade e compromisso, para que o adolescente assuma a responsabilidade pelos seus atos. Esse protagonismo deve ser estimulado pelos profissionais da saúde, a fim de obterem a autonomia na sua saúde (BRASIL et al., 2016).

4 | CONCLUSÕES

O presente estudo buscou investigar a contribuição do atendimento de puericultura na promoção da saúde de crianças e adolescentes, para tal foi possível verificar que esse atendimento está mais voltado às crianças até o seu segundo ano de vida e que os adolescentes, na maioria dos casos, encontram-se “fora” do sistema de saúde. Também foi possível verificar que as morbidades mais frequentes foram a infecção das vias superiores nas crianças e nos adolescentes a obesidade.

Destaca-se no estudo que as principais orientações realizadas pelo profissional enfermeiro no acompanhamento de puericultura se referiram a alimentação infantil, no entanto, alguns estudos apontaram sua ineficácia, já que os índices de excesso de peso vêm crescendo cada vez. Ainda, os estudos indicaram a importância e a necessidade da realização da puericultura, porém parte deles enfatizou o seu foco para a promoção da saúde e não apenas um contato clínico específico.

Como limitações do estudo, aponta-se a necessidade de novas buscas que utilizem outras bases de dados, ampliando para estudos internacionais. Assim, seria possível uma visão mais ampla e global a respeito da temática.

REFERÊNCIAS

BARBOZA, C.L.; BARRETO, M.S.; MARCON, S.S. Registros de puericultura na atenção básica: estudo descritivo. **Online Braz J Nurs.**, v.11, n.2, p.359-375, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**. 2 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, E.G.M. et al. Estabelecimento de vínculo com a mãe adolescente: vislumbrando o cuidado à criança. **J Res: Fundam Care Online**, v.8, n.3, p.4601-4608, 2016.

CASTILHO, S.G.; BERCINI, L.O. Acompanhamento de saúde da criança: concepções das famílias do município de Cambira, Paraná. **Ciênc Cuid Saúde**, v.4, n.2, p.129-138, 2005.

CORGOZINHO, J.N.C.; RIBEIRO, G.C. Registros de enfermagem e o enfoque na prevenção da obesidade infantil. **Rev Enferm Cent O Min.**, v.3, n.3, p.863-872, 2013.

COSTA, R.F.; QUERIOZ, M.V.O.; ZEITOUNE, R.C.G. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Rev Esc Anna Nery**, v.16, n.3, p.466-472, 2012.

CROSSETTI, M.A. Avaliação da atenção integral à saúde do adolescente por profissionais de uma Unidade Básica de Saúde no Rio de Janeiro. **Rev APS**, v.12, n.4, p.430-435, 2009.

FELICIANO, A.M. **Puericultura: estudos dos fatores que levam a baixa adesão ao programa pelos moradores da área central da cidade de Corumbá/MS** [monografia]. Especialização em atenção básica em saúde da família. Corumbá: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2011. 23p.

JACKSON, R.A. et al. Improving diet and exercise in pregnancy with Video Doctor counseling: a randomized trial. **Patient Education and Counseling**, v.83, n.2, p.203-209, 2011.

LEITE, G.B.; BERCINI, L.O. Caracterização das crianças atendidas na puericultura do Programa

Saúde da Família do município de Campo Mourão, Paraná, em 2003. **Ciênc Cuid Saúde**, v.4, n.3, p.224-230, 2005.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29 ed. Rio de Janeiro (RJ): Vozes, 2010.

MONTEIRO, A.I. et al. A enfermagem e o fazer coletivo: acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança. **Rev Rene**, v.12, n.1, p.73-80, 2011.

OLIVEIRA, F.F.S. et al. Consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**, v.14, n.4, p.694-703, 2013.

SOUZA, R.S. et al. Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da Saúde da Família. **Rev Min Enferm.**, v.17, n.2, p.331-339, 2013.

VASCONCELOS, V.M. et al. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Anna Nery**, v.16, n.2, p.326-331, 2012.

VIEIRA, C.E.N.K. et al. Atuação dos enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde direcionada aos adolescentes com excesso de peso nas escolas. **Rev Min Enferm.**, v.18, n.3, p.630-636, 2014.

VIEIRA, V.C.L. et al. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare Enferm.**, v.17, n.1, p.119-125, 2012.

A ÓTICA DO ADOLESCENTE HOSPITALIZADO ACERCA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Nathália da Silva Pimentel Reis

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

Maria Fabiane Galdino dos Santos

Instituto Fernandes Figueira.

Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

Inez Silva de Almeida

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Hospital Universitário Pedro Ernesto – Núcleo de
Estudos da Saúde do Adolescente.

Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

Helena Ferraz Gomes

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem da UERJ,
Departamento Médico-cirúrgico.

Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

Ellen Marcia Peres

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem da UERJ,
Departamento Médico-cirúrgico.

Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

Dayana Carvalho Leite

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Hospital Universitário Pedro Ernesto – Núcleo de
Estudos da Saúde do Adolescente.

Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

Andreia Jorge da Costa

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Hospital Universitário Pedro Ernesto – Núcleo de
Estudos da Saúde do Adolescente.

Rio de Janeiro - Rio de Janeiro

RESUMO: Objetivo: Identificar a ótica dos adolescentes hospitalizados sobre a equipe de enfermagem. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, qualitativa, realizada com adolescentes hospitalizados em uma unidade de internação especializada em saúde do adolescente, no Rio de Janeiro. Os dados foram coletados nos meses de março e abril de 2016, através de entrevista semiestruturada, e analisados segundo Bardin. **Resultados:** Foram entrevistados 13 adolescentes, em sua maioria do sexo feminino, na faixa etária de 12 a 18 anos e suas falas originaram uma categoria intitulada a enfermagem na ótica do adolescente hospitalizado. Os adolescentes referiram haver uma convivência satisfatória com os profissionais de enfermagem, demonstrando uma assistência pautada no estabelecimento de vínculo. **Conclusão:** Pode-se concluir que o cuidado ao adolescente vai além da competência técnica, elencando elementos como interação e comunicação eficiente, além do estabelecimento do vínculo de confiança, e da capacitação e conhecimento acerca desta clientela.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescente; Cuidados de enfermagem; Hospitalização

ABSTRACT: Objective: To identify the perspective of hospitalized adolescents about nursing care. **Method:** This is a descriptive,

qualitative research carried out with adolescents hospitalized at a specialized hospitalization unit in adolescent health in Rio de Janeiro. The data were collected in the months of March and April of 2016, through a semi-structured interview, and analyzed according to Bardin. **Results:** A total of 13 adolescents, mostly female, aged 12 to 18 years were interviewed, and their lines originated a category entitled nursing in the perspective of the hospitalized adolescent. The adolescents reported having a satisfactory coexistence with the nursing professionals, demonstrating an assistance based on the establishment of bond. **Conclusion:** It can be concluded that adolescent care goes beyond technical competence, listing elements such as interaction and efficient communication, as well as establishing a bond of trust, and training and knowledge about this clientele.

KEYWORDS: Adolescent; Nursing care; Hospitalization

INTRODUÇÃO

A palavra adolescência origina-se do verbo latino “adolescere”, que significa a idade que cresce. Cronologicamente, encontra-se, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), compreendida entre 12 e 18 anos. Entretanto, a adolescência não se mede pela idade cronológica ou pelo peso e estatura individual, mas, sim, pelas interrogações que angustiam o adolescente, pelos seus desejos e temores, e pela busca e encontro da identidade própria, individualizada. (BRASIL, 1990; ARMOND; BOEMER, 2004)

O aparecimento de doenças nesta fase da vida gera uma série de sentimentos confusos e dolorosos que se agravam com a hospitalização, trazendo consigo o medo do desconhecido. Com a internação, o paciente tem sua rotina rompida, seus hábitos anteriores terão de se transformar frente à nova realidade, passando, assim, a se ver obrigado a separar-se de seu ambiente familiar e de seus interesses momentâneos. Sua condição de dependência é reforçada, e pode ser sentida pelo paciente como agressão, pois sua rotina é substituída pela rotina hospitalar. Em estudo sobre o processo de hospitalização identificaram que cada adolescente percebe a doença singularmente, e que o hospital é visto como um local triste, invasivo, limitador da liberdade, além de não oportunizar a participação do adolescente no tratamento. (SANTOS; SEBASTIANI, 2003; HONICKY; SILVA, 2009)

Ao refletir o cotidiano da hospitalização para o ser adolescente, ressalta-se que o adolescente, durante a hospitalização sofre uma regressão em seu desenvolvimento cognitivo e afetivo, e quando se interna, manifesta sua fragilidade emocional através de reações de negação, fantasias e da necessidade da presença materna ou pessoa significativa – o acompanhante. Este processo de hospitalização concorre para a perda da individualidade e da liberdade de ir e vir, determinando que o adolescente hospitalizado se submeta a uma nova realidade que inclui procedimentos dolorosos, perda do poder de escolha e decisão sobre si mesmo e seu corpo. Assim, o enfermeiro

e os demais membros da equipe de enfermagem necessitam compreender a realidade do adolescente, a fim de oferecer-lhe um cuidado que propicie o ser e estar no mundo, de modo, a transformar suas limitações em possibilidades de vir-a-ser saudável. (ALMEIDA; RODRIGUES; SIMÕES, 2005; COSTA et. al., 2010)

Apesar das recomendações dos adolescentes serem vistos como um grupo importante, que necessita de cuidados em unidades especializadas, ainda são poucas as unidades de internação específicas, pois a maioria das instituições hospitalares não possui infraestrutura física para receber o adolescente, e estes acabam sendo hospitalizados em enfermarias pediátricas ou de adultos, acarretando dificuldades maiores de aceitação, pois não se sentem adaptados a este cenário. Fato este reforçado quando evidencia-se que no Brasil estas unidades destinadas à atenção integral à saúde dos adolescentes, datam de 1974, no entanto, não se conhecem ao certo o número exato, apenas é possível afirmar que são poucas. (AQUINO, 2009)

A valorização do julgamento do paciente sobre a qualidade do cuidado e os resultados dos tratamentos de saúde tem sido uma preocupação dos pesquisadores. Com isso, entende-se que a equipe de enfermagem ocupa um papel essencial na assistência, prestando cuidados específicos que vão desde a admissão até a alta hospitalar. Portanto, compreende-se a necessidade de estudar a forma com que o adolescente vê a equipe de enfermagem que lhe presta cuidado, para que dessa forma a mesma programe suas decisões sobre quais aspectos da assistência devem ser melhorados.

O presente estudo trata-se do recorte de uma pesquisa desenvolvida em uma unidade de internação especializada em saúde do adolescente, em que buscou-se elucidar a ótica dos adolescentes hospitalizados em relação a equipe de enfermagem. O estudo pauta-se na especificidade da clientela adolescente e nas suas percepções ao ser cuidado, tendo como questão de pesquisa: Qual a ótica do adolescente hospitalizado em relação a equipe de enfermagem em uma unidade de internação especializada? Objetivou-se identificar a ótica dos adolescentes hospitalizados sobre a equipe de enfermagem. De modo a fornecer subsídios para uma assistência de enfermagem adequada a essa clientela.

MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em uma unidade de internação especializada em saúde do adolescente que pertence a um Hospital localizado na cidade do Rio de Janeiro. A unidade em questão é responsável pela atenção integral à saúde de adolescentes na faixa etária entre 12 e 18 anos de idade, sendo considerado centro de referência para internação hospitalar de adolescentes com quadros clínicos e cirúrgicos que necessitam de investigação diagnóstica e tratamento de maior complexidade, com exceção de adolescentes em trabalho de parto ou em surto psicótico.

Os participantes do estudo foram 13 adolescentes hospitalizados, selecionados pelos seguintes critérios de inclusão: adolescentes na faixa etária de 12 a 18 anos, hospitalizados por mais de cinco dias de internação - tempo suficiente para estabelecimento de uma relação interpessoal entre quem cuida e quem é cuidado; não possuísem déficit cognitivo, ou seja, que tivessem a capacidade de entender e responder as questões. Excluíram-se aqueles adolescentes que possuísem déficit cognitivo, com hospitalização em um período inferior a cinco dias, que não conseguissem responder às questões da pesquisa e não desejarem participar.

A coleta de dados foi realizada mediante a entrevista semiestruturada gravadas em dispositivo interno de telefone celular, no período de março a abril de 2016. A entrevista foi composta por dados de identificação (sexo e idade) e pelo seguinte questionamento: Como você (adolescente) vê o cuidado de enfermagem durante sua hospitalização?

Para atender aos critérios éticos, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, segundo a Resolução nº 466/2012, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado sob o número de parecer 1.360.422. Ressalta-se que foram assinados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Assentimento, pelo adolescente e seu responsável legal. (BRASIL, 2012)

Os dados obtidos foram analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin e permitiram agrupar as unidades de significação em categorias empíricas. O recorte deste estudo evidenciou a categoria intitulada: a enfermagem na ótica do adolescente hospitalizado.

RESULTADOS

Caracterização dos adolescentes participantes da pesquisa

Dos 13 adolescentes, quatro (31%) eram do sexo masculino e nove (69%) do feminino, com idades entre 12 e 18 anos. Quanto aos dias de hospitalização, houve variação de cinco a 30 dias. Vários foram os diagnósticos cujas complicações levaram à internação, tais como: lúpus eritematoso sistêmico, síndrome nefrótica e anemia falciforme, dentre outros.

A enfermagem na ótica do adolescente hospitalizado.

Dentre os relatos pode-se observar que os adolescentes declararam que a convivência com os profissionais de enfermagem é satisfatória, demonstrando uma assistência pautada no estabelecimento de vínculo entre profissionais e pacientes:

Ah eu gosto dos enfermeiros (...) me tratam sempre super bem, sempre tentam fazer tudo na medida do possível para me ajudar, procurando sempre ajudar a melhorar a autoestima de todos (A1)

Bom, bastante bom, gosto pra caraca (...) Porque o pessoal é amigo, eles te entendem, eles conversam com você... isso é legal (A3)

Ótimo, adoro... não quero ir embora daqui não. (...) a enfermagem me trata com carinho (...) as pessoas são boas (A4)

Muito bom (...) Porque qualquer coisa que você precisar vão te ajudar. (...) Todo mundo acolhe, aí você se sente acolhido junto e faz um monte de amigo, você se sente melhor, ah é bom! Aí eu penso assim: quando eu ficar doente eu quero vim pra cá, porque eu gostei demais daqui... e até minha mãe falou: "Oh quando ela vier fazer cirurgia eu quero até que ela tenha 17 anos, não 18, pra ela ficar internada lá (A5)

Muito bom (...) Porque vocês tratam os pacientes com carinho... eu gosto das enfermeiras aqui (A10)

Eu acho ótimo (...) Porque eles são muito atenciosos com a gente, cuidam bem, se a gente precisar de alguma coisa eles fazem. (A13)

Ainda relataram experiências desacolhedoras em outras unidades de saúde nas quais foram atendidos, havendo comparação entre diferentes serviços de saúde nos quais foi assistido. Ressalta-se que nenhuma das unidades citadas nas falas é especializada em saúde do adolescente.

A (enfermaria) horrível...aqui é bom (...) Me tratam com carinho. (A4)

(...) vocês me tratam direito, eu trato vocês também com carinho, pode ver lá que eu vou brincar com vocês e é melhor aqui porque em outros hospitais é... na unidade de saúde W e na clínica X (...) (A7)

(...) Aqui é melhor que outros lugares porque vocês tem mais carinho com a gente (...) e também posso me relacionar com outras pessoas (...) não ficam só falando que eu tô doente - (A7)

(..) A gente fica porque a gente precisa né? Mas eu gosto do trabalho de vocês, eu fico em Y, geralmente internada, e lá é muito descaso. Eles vem uma vez no dia só te ver, deixa de lado... aqui é toda hora, todo momento vocês estão vindo, conversando, eu gosto daqui. – (A8)

DISCUSSÃO

O adolescente ao ser cuidado por profissionais de saúde espera que estes o compreendam e estabeleçam uma comunicação efetiva, transmitindo-lhes confiança, demonstrando respeito, paciência, além de cuidar de forma descontraída. Os resultados apontam que para os adolescentes o cuidado não se restringe à competência técnica do profissional, mas também na habilidade deste em se relacionar com eles.

Cuidar significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato, e este surge quando a existência de alguém tem importância para outrem. Então, um dedica-se ao outro, dispondo-se a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida. (BOFF, 2003)

Um aspecto inerente a prática da enfermagem é a valorização do ato de cuidar, quando aborda-se especificamente o cuidado aos adolescentes, deve-se buscar respeitar a sua integralidade e suas características.

Sabe-se que uma doença rompe o equilíbrio vital, invade, irrompe a vida de uma pessoa de forma incontrollável e, muitas vezes, violenta, revelando algo inesperado que abre espaços na vida psíquica para sentimentos angustiantes. Nesse contexto, a hospitalização pode trazer alterações profundas na vida do paciente e de sua família, por ser uma vivência especialmente significativa, estranha e impactante. (NIGRO, 2004)

No cuidado ao adolescente, o enfermeiro deve respeitar os princípios fundamentais como ética, privacidade, confiabilidade e sigilo, reconhecendo-o como sujeito capaz de tomar decisões de maneira responsável.

Estudo realizado em Portugal, numa enfermagem de internação de adolescente, reforça que na prestação de cuidados ao adolescente a equipe deve manter uma conduta de parceria com o adolescente, explicando os procedimentos, pedindo o seu consentimento e recordando-se de que cada adolescente é um ser único, e que os cuidados devem ser singulares. (ABREU; AZEVEDO, 2012)

No entanto, pode-se destacar que dentre as dificuldades para atuar junto aos adolescentes está à falta de capacitação profissional. Considera-se que nem todas as pessoas têm habilidade de trabalhar com adolescentes, que incluem criatividade, capacidade comunicativa, e estratégias para cativar esta clientela. (HIGARASHI et al., 2011)

Destaca-se a importância da capacitação da equipe de enfermagem, sendo fundamental o conhecimento profundo das transformações ocorridas nesta população, e as possíveis consequências ao desenvolvimento frente as alterações decorrentes do adoecimento e do processo de hospitalização. Contudo, no contexto da atenção à saúde do adolescente, há que se transcender a concepção técnica e assistencialista, e alargar os horizontes de atuação, evocando habilidades educativas e relacionais baseadas em um corpo de conhecimentos específicos sobre o processo de desenvolvimento global do ser humano. (HIGARASHI et al., 2011)

Ao cuidar do adolescente hospitalizado, o profissional precisa ir além da competência profissional e compreender a importância de estar presente, dedicar-se e envolver-se no seu cuidado. Para isso, o enfermeiro tem a responsabilidade de garantir e estabelecer um processo de comunicação favorável à interação e compartilhar expectativas, valores e sentimentos entre ele e os clientes. ((ALMEIDA; RODRIGUES; SIMÕES, 2005)

Os adolescentes valorizam quem demonstra interesse, mas sem impor seus valores, respeitando-os no que pensam ou dizem, pois estes necessitam verbalizar seus sentimentos e preocupações. Ressalta-se que a comunicação deve ser assertiva, a fim de estabelecer uma relação terapêutica eficiente junto aos adolescentes. E todas as expressões e sentimentos verbalizados frente a doença devem ser incentivados e aceitos pelo enfermeiro. (HOCKENBERRY; WILSON, 2014; LINO, 2013)

À medida que o enfermeiro interage com o paciente é estabelecido um canal de comunicação, auxiliando no atendimento das necessidades, desejos e decisões

do paciente, facilitando e promovendo eficazmente a cooperação do paciente em relação às observações prescritas. O diálogo entre o profissional e o adolescente é extremamente benéfico para a situação de saúde de indivíduo, e também favorece a prática profissional do enfermeiro, pois permite que o profissional reavalie o cuidado prestado. (BRASIL, 2010)

Para cuidar de adolescentes é imprescindível ao profissional ter afinidade com o tipo de clientela em questão e conhecer sua história de vida, precisa-se que seja estabelecido um vínculo de confiança entre profissional e adolescente através de um comportamento empático com atitudes, como olhar diretamente nos olhos, inclinação do tórax para frente, menear positivamente a cabeça enquanto o escuta, além de usar palavras adequadas, para isso é preciso estar apto a compreender as reações do adolescente com sensibilidade e afetividade, proporcionando-lhe apoio e atenção. (ALMEIDA; RODRIGUES; SIMÕES, 2007)

O enfermeiro deve garantir ao cliente, uma assistência livre de danos, sejam estes físicos ou morais, devendo atuar como ponte facilitadora, sendo capaz de perceber as necessidades do cliente. Reconhecer valores e esclarecer dúvidas estabelecendo uma relação de confiança entre ambos os lados. O cliente/paciente deve sentir-se valorizado e confiante, capaz de manifestar suas próprias críticas e sugestões com clareza e sem medos, transmitindo sua real opinião em relação ao serviço oferecido. (ORIÁ; MORAES; VICTOR, 2004)

CONCLUSÃO

Conclui-se que os adolescentes hospitalizados percebem os profissionais de enfermagem para além da eficiência e eficácia técnica. Dentre os relatos os adolescentes apontaram a boa convivência com a equipe, e a importância do vínculo entre profissional e paciente, baseado no acolhimento, na atenção, no zelo, e na solicitude.

Outro ponto destacado pelos adolescentes foram as experiências negativas externas a unidade, não especializadas no atendimento a esta clientela.

Desta forma, os profissionais que assistem os adolescentes precisam trabalhar de forma coesa e manter uma boa interação e comunicação eficiente, além de estabelecerem um vínculo de confiança entre adolescentes e profissionais de saúde.

Portanto, o cuidado ao adolescente não se restringe a competência técnica, elencando elementos como interação, comunicação, confiança, além da capacitação e conhecimento acerca desta clientela.

REFERÊNCIAS

ABREU, M.; AZEVEDO, A.I.M. O adolescente hospitalizado numa Unidade de Adolescentes: como facilitar a transição?. **Adolesc Saude**, v. 9, n. 3, p.21-8, jul/set. 2012. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=327. Acesso em: 16 ago 2016.

ALMEIDA, I.S.; RODRIGUES, B.M.R.D., SIMÕES, S.M.F. Desvelando o cotidiano do adolescente hospitalizado. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 2, p.147-51, mar/abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a03.pdf>. Acesso em 07 jan 2016.

_____; _____. Hospitalização do adolescente. **Rev Soc Bras Enferm Ped**, v. 7, n. 1, p. 33-9, jul. 2007. Disponível em: http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol7-n1/v.7_n.1-art4.refl-hospitalizacao-do-adolescente.pdf. Acesso em 30 ago 2016.

ARMOND, L.C.; BOEMER, M.R. Convivendo com a hospitalização do filho adolescente. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.12, n.6, p. 924-32, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n6/v12n6a12.pdf>. Acesso em 04 jan 2016

AQUINO, J.H.W. Unidades de internação hospitalar específicas para adolescentes: vale a pena. **Adolesc Saude**, v.6, n.2, 2009. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/default.asp?ed=4>. Acesso em 06 jan 2016.

BOFF, L. **Saber cuidar ética do humano: compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2003.

BRASIL. **Lei n. 8.069**, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União: 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>.

_____. _____. **Humaniza SUS** - Cartilhas da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/saude_adolescentes_jovens.pdf.

COSTA, C.C.P. et al. A hospitalização do adolescente: vivências do acompanhante familiar à luz da hermenêutica heideggeriana. **Rev pesq cuid fundam**, v.2 (Ed. Supl.), p. 545-49, out/dez. 2010. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/994>. Acesso em 10 jan 2016.

HIGARASHI, I.H. et al. Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 375-80, jul/set. 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a06.pdf>. Acesso em 16 ago 2016.

HOCKENBERRY, M.; WILSON, D. **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Lda; 2014

HONICKY, M.; SILVA, R.R. O adolescente e o processo de hospitalização: percepção, privação e elaboração. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v.7, n.1, p.44-67, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092009000100004. Acesso em 10 jan 2016

LINO, I.M.B.S. **O Adolescente e a Vivência da Hospitalização**. 2013. Dissertação. Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico da Guarda, Guarda (PT), 2013.

NIGRO, M. Hospitalização: o impacto na criança, no adolescente e no psicólogo hospitalar. **Psico-USF**, v. 9, n. 2, p. 225-26, jul/dez. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712004000200015. Acesso em 07 jan 2016.

ORÍÁ M.O.B.; MORAES L.M.P; VICTOR J.F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para

o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Rev Eletrônica de Enferm**, v.6, n.2, p.292-97, 2004. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/R4_comunica.pdf. Acesso em 30 ago 2016.

SANTOS, C.T.; SEBASTIANI, R.W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: V. A. Angerami-Camon (Org.). **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2003. p. 147-176.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO DESMAME PRECOCE

Letícia Natany França

Graduanda em Enfermagem, Centro Universitário do Vale do Ipojuca, UNIFAVIP/WYDEN. Caruaru – Pernambuco

Ana Paula Santos Silva

Graduanda em Enfermagem, Centro Universitário do Vale do Ipojuca, UNIFAVIP/WYDEN. Caruaru – Pernambuco

Letícia Rodrigues Barboza

Graduanda em Enfermagem, Centro Universitário do Vale do Ipojuca, UNIFAVIP/WYDEN. Caruaru - Pernambuco

Carolina Vasconcelos de Almeida Neves

Coordenadora Acadêmica de Enfermagem, Centro Universitário do Vale do Ipojuca, UNIFAVIP/WYDEN. Caruaru – Pernambuco

RESUMO: A atuação do enfermeiro frente ao desmame precoce é dirigida para mães, que por diversos motivos interrompem o aleitamento exclusivo, este é de fundamental importância para a saúde do binômio por promover inúmeros benefícios, contudo alguns fatores sócio-culturais contribuem para um aumento no número de mães que por diversos motivos interrompem este processo. O presente trabalho teve como objetivo as ações do enfermeiro no manejo clínico da amamentação, visando os benefícios do aleitamento materno e evitando assim o desmame precoce. Trata-se

de uma revisão integrativa na qual a seleção dos artigos foi realizada através das seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, e BVS. Foram levados em considerações os seguintes preceitos de inclusão: idioma português, disponibilidade de texto completo, durante o período de 2012 até 2016. Foram excluídos os relatos de casos, teses, dissertações, capítulos de livros, reportagens. O Ministério da Saúde recomenda a amamentação até os dois anos de idade ou mais, e que nos primeiros seis meses, o bebê receba somente leite materno, sem necessidade de sucos, chás e água. É um processo que envolve interação profunda entre binômio, com repercussões no estado nutricional da criança, em habilidade de defesa contra infecções, e em sua fisiologia e no desenvolvimento cognitivo e emocional. Em vista dos argumentos apresentados, amamentar não é um processo simples, envolve questões sociais, biológicas, psicológicas e culturais. Cabe aos enfermeiros orientar as mães, sobre o manejo clínico da amamentação que deve ser iniciado ainda no pré-natal.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento Materno. Enfermagem. Recém-nascido. Desmame.

ABSTRACT: Nurses' performance in the face of early weaning is directed at mothers, who for various reasons interrupt exclusive

breastfeeding, this is of fundamental importance for the health of the binomial because it promotes innumerable benefits, but some socio-cultural factors contribute to an increase in the number of mothers who for various reasons interrupt this process. The objective of this study was the actions of nurses in the clinical management of breastfeeding, aiming at the benefits of breastfeeding and avoiding early weaning. It is an integrative review in which the selection of articles was carried out through the following databases: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, and BVS. The following precepts of inclusion were taken into consideration: Portuguese language, full text availability, during the period of 2012 to 2016. Case reports, theses, dissertations, book chapters, reports were excluded. The Ministry of Health recommends breastfeeding up to two years of age or more, and that in the first six months, the baby receives only breast milk, without the need for juices, teas and water. It is a process that involves deep interaction between binomial, with repercussions on the nutritional status of the child, defense ability against infections, and their physiology and cognitive and emotional development. In view of the arguments presented, breastfeeding is not a simple process, it involves social, biological, psychological and cultural issues. It is up to the nurses to guide the mothers about the clinical management of breastfeeding, which should be started even in prenatal care

KEYWORDS: Breastfeeding. Nursing. Newborn. Weaning.

1 | INTRODUÇÃO

O desmame precoce é a interrupção do aleitamento materno exclusivo, antes do lactante haver completado seis meses de vida, independentemente da decisão ser materna ou não, e de motivo de tal interrupção. O Ministério da Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo em crianças durante os seis meses de idade, e complementado, até os dois anos. Nesse sentido, há uma garantia de pleno crescimento e desenvolvimento saudável do lactante, pelos valores nutricionais e de proteção do leite materno que, além de promover os laços afetivos entre mãe e filho, contribui para a recuperação da mulher- mãe no pós-parto.

Esse cenário de benefícios faz com que o aleitamento materno ocupe lugar de destaque entre as ações básicas de saúde, sendo recomendado pela Organização Mundial de Saúde tanto na diminuição da mortalidade das crianças, como também na melhoria de sua qualidade de vida. Mas para isso, o aleitamento materno é preconizado como exclusivo, ou seja, sem uso de chás, água, sucos ou outros alimentos até os seis meses de vida. O desmame precoce, principalmente em populações de baixa condição sócio econômica, aumenta a morbimortalidade das crianças e compromete o crescimento e desenvolvimento destas.

Esta dificuldade se revela num problema de saúde pública, pois é crescente o número de mães que optam por outros tipos de alimentos, por razões muitas vezes enraizadas nos aspectos culturais da população, que acredita que os alimentos

lácteos não maternos podem trazer maiores benefícios para o filho. Tal crença seria de certo, equivocada, uma vez que durante a infância, ocorrem a interação entre funções imunológicas e os fatores ambientais, infecciosos e nutricionais, sendo que o aleitamento materno tem um papel complementar fundamental na maturação imunológica, por meio de propriedades anti-infecciosas, anti-inflamatórias e imunomoduladoras.

Pode-se dizer que o aleitamento materno complementa ainda a imunidade secretora de lactentes contra patógenos gastrointestinais e respiratórios, além de estimular a maturação imunológica das superfícies mucosas, propiciando benefícios a longo prazo. Nos últimos anos, o Brasil tem promovido ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, tendo em vista aumentar os índices de aleitamento exclusivo e complementar no país e inibir o desmame precoce. Esses fatos são resultantes de políticas públicas, tais como o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), criado em 1981, o qual tem sido de suma importância para a prática da amamentação.

Em relação à atuação do enfermeiro no contexto da Política Nacional de Aleitamento Materno, ele deve estar preparado para prevenir, reconhecer e resolver as dificuldades na interação da nutriz e filho, especialmente no que se refere à amamentação, como os obstáculos identificados para que a sua prática seja bem-sucedida. Portanto, é preciso ter um olhar atento para que essas necessidades da nutriz, durante o aleitamento no período de internação hospitalar, seja, precocemente identificadas e resolvidas, evitando o desmame precoce ou início da alimentação complementar quando ainda se faz importante o aleitamento exclusivo.

Nesse contexto, o estudo tem como objetivo discorrer as ações do enfermeiro no manejo clínico da amamentação, visando os benefícios do aleitamento materno e evitando assim o desmame precoce.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa na qual a seleção dos artigos foi realizada através das seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Biblioteca Virtual de Saúde. Foram levados em considerações os seguintes preceitos de inclusão: idioma português, disponibilidade de texto completo, durante o período de 2012 até 2016. Foram excluídos os relatos de casos, teses, dissertações, capítulos de livros, reportagens.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O desmame precoce ainda é algo muito comum e preocupante nos dias atuais, além das questões salientadas acima, a literatura traz como razões para o desmame

precoce: a falta de experiência, a utilização de mamadeiras e chupetas, insucesso familiar na prática da amamentação, técnica incorreta de sucção do recém-nascido, baixa escolaridade, gravidez indesejada, e doenças da mama. Além dessas, a crença em vários mitos populares que são arraigados e preservados até hoje, como: o leite é fraco, as mamas são pequenas, o leite de peito não engorda. Diante disso, fica claro que atitudes necessitam ser tomadas frente a essas situações e que o enfermeiro pode atuar de forma efetiva para esclarecimento de dúvidas e para promoção do aleitamento materno de maneira correta e durante o tempo recomendado.

O Ministério da Saúde recomenda a amamentação até os dois anos de idade ou mais, e que nos primeiros seis meses, o bebê receba somente leite materno, sem necessidade de sucos, chás, água e outros alimentos. Quanto mais tempo o bebê mamar no peito, melhor para ele e para a mãe. Depois dos seis meses, a amamentação deve ser complementada com outros alimentos saudáveis e de hábitos da família. Amamentar é muito mais do que nutrir a criança, colostro é aquele líquido mais espesso e amarelado que surge antes do parto e que continua sendo produzido até por volta de sete dias após o nascimento, e transforma-se gradualmente no leite materno maduro. O amadurecimento costuma estar completo cerca de quinze dias após o nascimento.



Figura 1. Diferenças entre o leite do início da mamada e do final da mamada.

A amamentação é um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional. Os benefícios da amamentação são inúmeros, leite materno é um alimento completo. Ele é de mais fácil digestão do que qualquer outro leite, é rico em anticorpos, protegendo a criança de muitas doenças como diarreia, infecções respiratórias, alergias, diminui o risco de hipertensão, colesterol alto, diabetes

e obesidade. Sugar o peito é um excelente exercício para o desenvolvimento da face da criança, ajuda a ter dentes bonitos, a desenvolver a fala e a ter uma boa respiração. Crianças amamentadas no peito são mais inteligentes, há evidências de que o aleitamento materno contribui para o desenvolvimento cognitivo. Para que esse aleitamento ocorra de forma correta é indispensável a pega correta.

A pega correta

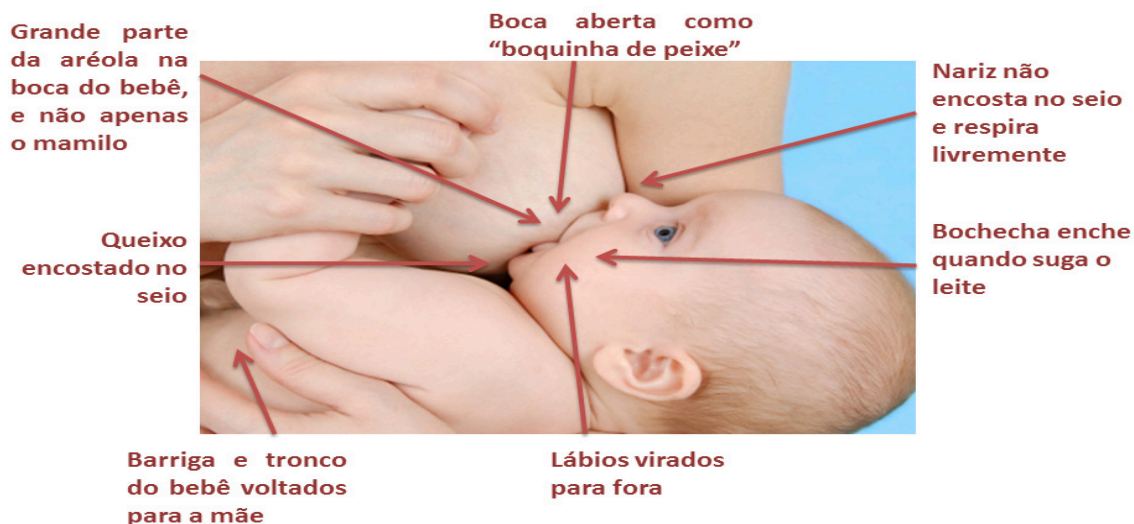


Figura 2. Demonstração da pega correta.

O aleitamento tem grandes benefícios para a mãe, como, reduz o peso mais rapidamente após o parto, ajuda o útero a recuperar seu tamanho normal, diminuindo o risco de hemorragia e de anemia após o parto, reduz o risco de diabetes, reduz o risco de desenvolvimento de câncer de mama e de ovário, e é considerado um método natural para evitar uma nova gravidez nos primeiros seis meses, desde que esteja em amamentação exclusiva e em livre demanda, e ainda esteja em amenorria absoluta. O aleitamento materno depende de fatores que podem influir positivamente ou negativamente no seu sucesso. Os problemas mamários estão dentre os principais fatores que levam a ocorrência do desmame precoce.

Os problemas mais comuns são, o tipo de mamilo, fissuras mamilares, mastite, ingurgitamento mamário tem influência nessa prática, embora não as impeçam de serem tratadas corretamente. O afastamento do binômio mãe-filho devido o retorno da mulher ao trabalho é fator de risco para a ocorrência do desmame precoce, onde os profissionais de saúde necessitam de empenho ao realizarem um planejamento de estratégias que visam proteger a continuidade do aleitamento até os seis meses de vida das crianças.

4 | CONCLUSÕES

Amamentar não é um processo simples, envolve questões sociais, biológicas, psicológicas e culturais. Cabe aos enfermeiros orientar as mães, visando garantir a melhor alimentação para o recém-nascido. Sendo assim, o manejo clínico da amamentação deve ser iniciado ainda no pré-natal, período em que a mulher já vai compreendendo a fisiologia da lactação, os benefícios para si e para o bebê durante a amamentação. Nesse contexto, é de fundamental importância que a mulher se sinta adequadamente assistida nas suas dúvidas e dificuldades, para que as mesmas possam assumir com mais segurança o papel de mãe e provedora do aleitamento para seu filho. Para tanto cabe aos enfermeiros a responsabilidade para sensibilizar as gestantes das vantagens dessa prática, para que se desenvolva a tomada de consciência dos benefícios trazidos pelo ato de amamentar.

REFERÊNCIAS

AMARAL L. J. X. SALES S. S. CARVALHO D. P. S. R. P. Cruz, G. K. P. AZEVEDO I. C. FERREIRA, J. M. A. **Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrizes.** Cárcere, Revista Gaúcha de Enfermagem, 2015.

LEAL, C. C. G. MACHADO, M. O. F. OLIVEIRA, L. C. Q. MONTEIRO, J. C. S. LEITE, A. M. SPONHOLZ, F. A. G. **Práticas de enfermeiras na promoção do aleitamento materno de adolescentes brasileiras.** Ribeirão Preto, Ciência e enfermagem, 2016.

OLIVEIRA, C. S. IOCCA, F. A. CARRIJO, M. L. R. GARCIA, R. A. T. M. **Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce.** Cárcere, Revista Gaúcha de Enfermagem, 2015.

VASQUEZ, J. DUMITH, S. C. SUSIN, L. R. O. **Aleitamento materno: estudo comparativo sobre o conhecimento e o manejo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Modelo Tradicional.** Recife, Revista Brasileira de Saúde Materno infantil, 2015.

AUTO PERCEPÇÃO E FUNCIONALIDADE SEXUAL ENTRE MULHERES EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO CONTRA O CÂNCER DE MAMA

Mary Dayane Wilminlane Da Silva

Faculdade do Vale do Ipojuca (UNIFAVIPIWyden)
Caruaru-PE

Erica Elice Lessa Ferreira

Faculdade do Vale do Ipojuca (UNIFAVIPIWyden)
Caruaru-PE

Luciana Dilane Santos Barbosa

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
Recife-PE

Flávia Gymena Silva de Andrade

Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA)
Caruaru-PE

Maria José Lima Pereira da Silva

Faculdade do Vale do Ipojuca (UNIFAVIPIWyden)
Caruaru-PE

Maria Clara Acioli Lins Lima

Fundação de Ensino Superior de Olinda (FUNESO)
Olinda-PE

Introdução: Câncer é o nome dado a um grupo de doenças que causam alterações no organismo, incapacitando-o de controlar o crescimento e multiplicação celular. O câncer de mama é o tipo que mais acomete as mulheres no mundo. Sua incidência é crescente, com estimativa de 59.700 novos casos para 2018 (INCA, 2018). Qualidade de

vida (QV) é um termo presente na oncologia, pois os tratamentos antineoplásicos geram efeitos adversos, interferindo na vida das mulheres. A Organização Mundial da Saúde define QV como um conceito amplo que sofre alterações a depender da saúde física, estado psicológico, nível de independência e relações sociais de cada pessoa (COELHO, 2015). Esse estudo objetiva analisar auto percepção e funcionalidade sexual das mulheres em tratamento quimioterápico, devido a agressividade do tratamento e o estigma apresentado pela sociedade. **Metodologia:** Estudo do tipo relato de experiência, vivenciado pela autora durante a pesquisa para o trabalho de conclusão de curso, realizado no Centro de Oncologia de Caruaru, referência em tratamento oncológico na região, que dá cobertura desde o diagnóstico até a reabilitação. A população foi composta por 72 mulheres que no período da coleta de dados estavam em tratamento quimioterápico contra o câncer de mama. A coleta foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, cujo protocolo foi 80580017.1.0000. 5666. Coletou-se os dados através de um questionário individual e anônimo, elaborado pela pesquisadora baseado no *Quality of Life Questionnaire*, aplicado as mulheres que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram tabulados

no Programa Microsoft Excel 2010, e analisados por meio de estatística descritiva.

Resultados e Discussão: Ao realizar a análise dos dados, percebeu-se que estes obtiveram resultados diferentes dos obtidos em estudos semelhantes. No quesito auto percepção 56 mulheres não apresentaram dificuldades para olhar-se nua em frente ao espelho, a alopecia não é motivo para autoestima prejudicada para 28 mulheres e 55 delas não sentem-se menos feminina com os tratamentos realizados. De acordo com o estudo realizado por Prates et al (2014), que avaliou a imagem corporal das mulheres de vários países, percebeu-se que as mulheres que são submetidas a mastectomia apresentam altos níveis de insatisfação com o corpo, variando de acordo com a idade, provocando uma baixa na autoestima, imagem corporal e no comprometimento da feminilidade, pois a mulher tem a mama como o ponto chave de poder e sedução. Em relação a sexualidade, constatou-se que 45 mulheres não se sentem menos atraente devido as mudanças físicas provocadas pelo tratamento. Das 72 mulheres entrevistadas, 47 não são mais ativa sexualmente, porém a idade das mulheres do estudo tem influência no resultado, tendo em vista que 39 delas tem acima de 50 anos. Ao serem questionadas sobre o desejo sexual os resultados do estudo são compatíveis, já que 38 mulheres afirmaram que não tem mais desejo. Os resultados obtidos no estudo são justificados por estudos que falam sobre a sexualidade das mulheres portadoras de câncer de mama, pois essas pacientes podem apresentar dificuldade na sexualidade em qualquer etapa da doença. O tratamento quimioterápico é um dos principais fatores para o desenvolvimento da disfunção sexual, pois provoca alterações estruturais e hormonais no aparelho genital feminino (VERENHITACH et al., 2014).

Conclusão: A visão que a autora possuía acerca da situação das mulheres que fazem tratamento antineoplásico é bem diferente da realidade. Pois as mulheres não se encontram tão frágeis e com a auto estima prejudicada como esperado, enfrentando as dificuldades sempre com esperança de dias melhores, e a alopecia ou a retirada da mama, não são motivos para perder a feminilidade ou atração física. Apesar das mudanças em alguns domínios, sua qualidade de vida não é negativa.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de mama. Auto percepção. Função sexual.

REFERÊNCIAS

COELHO, R. C. F. P. **Qualidade de Vida de Mulheres com Câncer de Mama em Tratamento Quimioterápico Adjuvante e Neoadjuvante**. 2015. 123p. Dissertação (mestrado)- Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Tipos de câncer: câncer de mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama>. Acesso em: 10 de abr. 2018.

PRATES, A. C. L. et al.; **Indicadores de insatisfação relacionados à imagem corporal em pacientes submetidas a mastectomia**. Revista Brasileira de Mastologia. Rio de Janeiro v. 24 n.1 p. 23-28, set. 2014.

VERENHITACH, B. D. et al.; **Câncer de mama e seus efeitos sobre a sexualidade: uma revisão sistemática sobre abordagem e tratamento**. Revista FEMINA. Rio de Janeiro v. 42 n. 1 p. 3-10, fev. 2014.

AVALIAÇÃO DA COBERTURA VACINAL DE ROTAVÍRUS EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO

Marizeuda Araújo Gonçalves

Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação-Campus VII, Senhor do Bonfim – Bahia

Cleuma Sueli Santos Suto

Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação-Campus VII, Senhor do Bonfim – Bahia

Laura Emmanuela Lima Costa

Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Filosofia-Campus IV, Jacobina – Bahia

Eliana do Sacramento de Almeida

Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação-Campus VII, Senhor do Bonfim – Bahia

Rita de Cassia Dias Nascimento

Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação-Campus VII, Senhor do Bonfim – Bahia

Jobe Lino Ferreira

Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação-Campus VII, Senhor do Bonfim – Bahia

RESUMO: Com os objetivos de avaliar a cobertura vacinal de rotavírus de acordo com o calendário proposto pelo Programa Nacional de Imunizações, em crianças menores de um ano em um município baiano; Mensurar a cobertura vacinal de Rotavírus; Comparar os resultados do Inquérito de cobertura vacinal com os dados

administrativos, provenientes do Sistema de Informação e, Identificar possíveis falhas nas ações cotidianas executadas nas salas de vacina, foi realizada uma pesquisa descritiva que utilizou-se roteiros distintos de entrevista semiestruturada, para equipe de saúde e para os responsáveis legais das crianças e, adotou-se os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para o cálculo de indicadores de cobertura vacinal referentes ao anos de 2011 a 2013. Como resultados, obteve-se que a cobertura vacinal só foi alcançada no ano de 2012; os dados do inquérito obtidos através do estudo diferem dos dados registrados no sistema de informação; identificou-se como principal falha da equipe de saúde a falta de capacitação sobre vacinas e o desconhecimento, tanto a equipe quanto dos responsáveis, de especificidades importantes sobre a indicação e aprazamento da vacina rotavírus. Concluiu-se que a ausência de ações educativas envolvendo a comunidade e a equipe multiprofissional da unidade de saúde contribuem para a manutenção de baixas coberturas vacinal no município.

PALAVRAS-CHAVE: Cobertura vacinal, infecções por rotavírus, imunização.

ABSTRACT: With the objectives of evaluating rotavirus vaccine coverage according to the schedule proposed by the National Immunization Program, in children under one year of age in a

municipality in Bahia; Measure Rotavirus vaccine coverage; To compare the results of the Vaccination coverage survey with the administrative data from the Information System and to identify the possible flaws in the daily actions carried out in the vaccine rooms, a descriptive research was carried out using different semi-structured interviews for staff health and for the legal responsible of the children, and the criteria established by the Ministry of Health for the calculation of indicators of vaccination coverage for the years 2011 to 2013 were adopted. As a result, it was obtained that vaccination coverage was only reached in the year 2012; the survey data obtained from the study differ from the data recorded in the information system; it was identified as the main failure of the health team the lack of training on vaccines and the lack of knowledge, both the team and those responsible, of important specificities regarding the indication and schedule of the rotavirus vaccine. It was concluded that the absence of educational actions involving the community and the multiprofessional team of the health unit contribute to the maintenance of low vaccination coverage in the municipality.

KEYWORDS: Immunization coverage, rotavirus infections, immunization.

1 | INTRODUÇÃO

O rotavírus é um microrganismo que causa diarreia grave, sendo considerado, em relação à gastroenterite, um dos agentes de maior gravidade da doença. As crianças podem se infectar logo nos primeiros anos de vida, mas é na faixa etária de até os dois anos de idade que se registram os casos mais graves (SÃO PAULO, 2006; KFOURI et al., 2017).

A rotavirose é uma síndrome que se caracteriza pelo aumento do número de evacuações, com fezes aquosas ou de pouca consistência, geralmente acompanhada de vômito, febre e dor abdominal, com duração de dois a 14 dias. Sendo, assim, autolimitada e podendo apresentar-se desde às formas leves até as graves (BRASIL, 2005; KFOURI et al., 2017).

Doenças diarreicas agudas causadas por rotavírus são as principais causas de morbidade e mortalidade por diarreia em crianças, em todo o mundo, principalmente, nos países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Estimativas apontam que 111.000.000 episódios de diarreia em menores de cinco anos, registrados por ano, são atribuídos ao rotavírus. Para atendimento destes casos são produzidas cerca de 25 milhões de consultas ambulatoriais, dois milhões de hospitalizações e chega-se a 352.000 ou 592.000 óbitos anuais. Vale ressaltar, que mais de 80% dos óbitos por rotavírus são registrados nos países mais pobres do mundo (BRASIL, 2005).

Os rotavírus, por serem eliminados em alta quantidade nas fezes de crianças infectadas, são transmitidos pela via fecal-oral, por água ou alimentos, por contato pessoa à pessoa, objetos contaminados e, provavelmente, também por secreções respiratórias, ou seja, mecanismo de transmissão que permitem uma alta capacidade de alastramento da doença. Outro fator que contribui para sua alta transmissibilidade

é que o vírus pode se manter viável por horas nas mãos e, por dias em superfícies sólidas (ESPARZA-AGUILAR et al., 2009; LINHARES, 2000).

Diante do exposto, e frente as taxas de incidência de gastroenterites causadas por rotavírus em países desenvolvidos e/ou em desenvolvimento, pesquisas sustentam a hipótese de que uma vacina seja muito mais eficaz no controle da doença, do que melhorias na higiene e no saneamento (LINHARES, 2000; ARAÚJO et al., 2007). No Brasil, a vacina oral de rotavírus humano (VORH) foi introduzida no ano de 2006 passando a integrar o calendário de vacinação da criança e sendo administrada exclusivamente para o grupo de crianças na faixa etária de menores de seis meses (BRASIL, 2014).

O Programa Nacional de Imunização (PNI), criado pelo governo em 1973, tem como meta vacinar todos os brasileiros em todas as fases da sua vida (BRASIL, 2003). O impacto desse programa é visibilizado através do indicador de saúde denominado de cobertura vacinal, sendo mensurado através do cálculo do percentual de crianças imunizadas, segundo o tipo de vacina, em determinada localidade e no ano (FRANCA, 2009).

Rotineiramente, os dados de cobertura vacinal (CV) são obtidos a partir dos dados de produção dos serviços, de cada uma das unidades de vacinação, e utiliza-se as estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou então o número de recém-nascidos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) para determinar a população alvo. A informação sobre a CV é consolidada nas esferas municipal, estadual e federal e inserida em um aplicativo do Sistema de Informação de Avaliação do Programa Nacional de Imunizações (SI-API) desenvolvido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

Desse modo, devido a magnitude da morbimortalidade por diarreias causadas pelo rotavírus em crianças menores de um ano de idade, faixa etária onde a mortalidade infantil mais predomina, este estudo possui relevância social, fornecendo conhecimento para profissionais de saúde sobre a importância quanto a realização do esquema adequado da vacina contra o rotavírus, a fim de propiciar melhorias nos serviços de imunização, enfatizando o alcance da cobertura vacinal é indicador de saúde que visa contribuir para o gerenciamento de enfermagem no setor de imunização.

Os objetivos deste estudo foram avaliar a cobertura vacinal de rotavírus de acordo com o calendário proposto pelo Programa Nacional de Imunizações, em crianças menores de um ano em um município baiano; Mensurar a cobertura vacinal de Rotavírus; Comparar os resultados do Inquérito de cobertura vacinal com os dados administrativos, provenientes do Sistema de Informação e, Identificar possíveis falhas nas ações cotidianas executadas nas salas de vacina.

2 | MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa que foi desenvolvida a partir de uma pesquisa de campo e mediante procedimentos estatísticos, que consiste basicamente na realização de inquéritos ou levantamentos de campo, que se procede à solicitação de informações a um grupo significativo de pessoas acerca do problema estudado para, em seguida, mediante análise quantitativa, obter-se as conclusões correspondentes aos dados coletados (GIL, 2002).

O levantamento de dados primários foi realizado através de roteiros distintos de entrevista semiestruturada, com os responsáveis legal pelas crianças menores de 5 anos em cada domicílio, totalizando 69 crianças; e, com profissionais da equipe de saúde (um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e dez agentes comunitários de saúde).

As entrevistas com os responsáveis legal pelas crianças foram realizadas nos domicílios. Inicialmente, cada ACS, responsável por uma micro área, indicou, aleatoriamente, oito residências onde haviam crianças nesta faixa etária. Durante o período da coleta, três residências se encontravam fechadas e em cinco outras o informante estava ausente, assim, só foi possível obter a participação de 72 crianças, ou seja, 90% do número estimado no projeto de pesquisa. Salienta-se, porém, que do conjunto das 72 crianças selecionadas e encontradas para participaram do estudo, três foram excluídas referente ao ano de 2013, por apresentarem inconsistências entre a data de nascimento e as datas de vacinação, resultando em uma amostra final com a participação de 69 crianças (86,2%).

Para definição da unidade de saúde realizou-se sorteio aleatório entre todas as unidades de saúde do município, sendo o centro de saúde, localizado no bairro do Mutirão, selecionado para o estudo. Essa unidade está situada na área urbana no município de Campo Formoso-Bahia-Brasil, conta com cobertura da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), num total de 12 ACS.

Os dados vacinais levantados a partir do cartão de vacina das crianças participantes e no SI-PNI corresponderam às vacinas aplicadas nos anos de 2011, 2012 e 2013. A avaliação da caderneta de vacinação para a vacina rotavírus humano, também foi um procedimento de coleta de dados e, ocorreu imediatamente após a realização da entrevista nos domicílios dos representantes legais.

Ainda como procedimento de coleta de dados, para os relacionados às doses de vacinas administradas foi consultado o SI-API, acessado através do sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) referente às doses aplicadas no período de 2011 a 2013.

O percentual de CV foi calculado considerando no numerador o quantitativo de doses aplicadas, correspondente ao total da última dose do esquema vacinal da VORH e, no denominador, o número de nascimentos registrados no SINASC, para menores

de um ano, disponíveis no sítio eletrônico do DataSUS, multiplicando-se por cem, para obtenção do percentual. Foram calculados as CV de rotina em menores de um ano de idade para VORH em cada um dos anos estudados.

O cálculo das coberturas vacinais do esquema da VORH, no grupo populacional analisado seguiu rigorosamente as normas do Ministério da Saúde e sua interpretação considera que as coberturas devem ser maior ou igual a 90%, para obtenção do status de cobertura vacinal adequada.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia (CEP/UNEB), parecer 480.759, com base nas normas estabelecidas pela Resolução 466/12, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população de estudo para a análise da cobertura vacinal foi formada por crianças que estavam com idade menor de um ano em 2011 ou 2012 ou 2013. Os dados foram coletados no período de janeiro a março de 2014.

Com relação ao ano de nascimento das 69 crianças participantes 26 tinham menos de um ano em 2011, 20 em 2012 e 26 em 2013. Com relação ao sexo, 53% das crianças consistiu-se em sendo do sexo feminino e 61% foram consideradas brancas (cor auto referida) pelo informante.

Dentre os informantes responsáveis pelas crianças 86% eram as próprias mães das crianças incluídas no estudo, e se encontravam na faixa etária de 15-45 anos, sendo a maior concentração entre 20-25 anos (44%). Quanto ao número de filhos vivos, encontra-se entre 1-2 (82%). As crianças que compuseram o estudo convivem com a mãe e o pai no mesmo domicílio (80,5%), residem no mesmo domicílio há mais de cinco anos (45%). E, 66,6% das mães dessas não possuem atividade remunerada fora do domicílio. 12% desta população residia em outros municípios antes de se estabelecer em Campo Formoso.

Todas as famílias entrevistada se encontravam com a caderneta de vacina da criança e a disponibilizaram no momento da entrevista. Ao detectar que nove cadernetas se encontravam incompletas fez-se o questionamento acerca dos motivos alegados, e obteve-se como resposta: esquecimento (7), falta de orientação profissional (1), doença na criança (1). No entanto, 94% dos informantes afirmaram ter recebido orientação profissional quanto ao aprazamento da vacina. Nenhum informante, entre os 94% que referiram ter recebido informação, o receberam da enfermeira, sendo os ACS e os técnicos de enfermagem os responsáveis pela informação sobre aprazamento do retorno para vacina. Outro fato que chamou atenção foi que 97,2% dos informantes não souberam responder para que serve a vacina contra o rotavírus.

Outra fonte de dados utilizada na pesquisa foi a entrevista com membros da equipe de profissionais da unidade de saúde composta por ACS, técnicos de enfermagem

e enfermeira. Entre os ACS 60% afirmaram nunca participaram de capacitação em vacinas e 30% o fizeram há mais de 5 anos. A enfermeira e um dos técnicos não possuíam capacitação.

Foi verificado, também, tanto entre os ACS como na sala de vacina a existência de 100% de cartão sombra, ou seja, todas as crianças cadastradas na unidade de saúde possuem a segunda via do cartão de vacina. Todos os profissionais entrevistados responderam positivamente que realizavam atividade educativa em sua rotina na unidade, porém não conseguem realizar atividades específicas para imunização e, 70% dos ACS não souberam informar para que serve a vacina do rotavírus.

Todos os 13 profissionais entrevistados referiram que a Secretaria de Saúde do município abastece a unidade com número de doses suficientes da VORH. Quanto ao horário de funcionamento da sala de vacina, 61% informaram que a mesma funciona das 08 às 14 horas.

Os dados acerca da cobertura vacinal foram coletados diretamente nas cadernetas de vacina, durante a realização da entrevista no domicílio, e calculados em consonância com os parâmetros do Ministério da Saúde. Os resultados referem-se ao esquema básico completo com doses válidas (critérios de início e de intervalos entre as doses de acordo com o PNI) e duas doses aplicadas da VORH, conforme tabela 1.

Ano Cobertura vacinal	2011 %	2012 %	2013 %
Inquérito vacinal	81	100	76
Cobertura API	54	57	64

Tabela 1 - Cobertura Vacinal de Rotavírus em menores de um ano de idade da Unidade de Saúde do Mutirão, coletada em inquérito domiciliar e no SI-PNI - Campo Formoso-Ba, 2011-2013

Fonte: Sistema de Informação de Avaliação do Programa Nacional de Imunização (SI-API - DATASUS) e dados da autora.

Observa-se na tabela 1 uma variação, inicialmente positiva, pois no ano de 2012 chega-se a 100% de cobertura vacinal, porém, no ano seguinte a cobertura chega a um patamar inferior ao do ano de 2011, caracterizando uma queda significativa na cobertura. Entretanto, utilizando-se o parâmetro de coberturas do API para as VORH registradas no SI-PNI apresenta-se ao longo dos anos estudados um movimento crescente. Outro dado relevante é que os valores se encontram muito abaixo do preconizado pelo PNI, para este imunobiológico, que devem ser maior ou igual 90%.

Vários estudos de avaliação da cobertura vacinal e dos fatores relacionados a não-vacinação realizados em amostras representativas da população infantil foram desenvolvidos no mundo e no Brasil no sentido de elucidar esta questão. Dentre os

fatores de risco para a não vacinação relacionado com o usuário das unidades básicas de saúde destacam-se: residência em área rural, extremos de idade materna, maior número de filhos, baixa escolaridade materna, residência há menos de 1 ano na área, falta de conhecimento acerca das doenças preveníveis por imunização e presença de doença na criança (SILVA et al., 1999).

Ainda nessa perspectiva, outros estudos corroboram que fatores sociais interferem na cobertura, destacando-se coberturas insatisfatórias em grupos populacionais mais pobres, mães de baixa escolaridade e faixa etária menor além da dificuldade de acesso ao sistema de saúde (SILVA et al., 2018). Em estudo internacional realizado na República Democrática Popular do Lao, em 2018, aponta que diante da relação custo x benefício, as benesses da vacinação contra o rotavírus só serão adquiridos reduzindo as disparidades aos acessos ao tratamento e saúde ambiental (RHEINGANS et al., 2018).

Em Bangladesh, pesquisa internacional mostra que circunstâncias multifatoriais contribuíram neste país para a incompletude vacinal, dentre essas destacam-se também a idade e escolaridade materna, estado laborativo e socioeconômico, conscientização da rede assistencial e desigualdade geográfica (SHEIKH et al., 2018). E, em estudo realizado no município de Bauru-São Paulo constatou que dentre as razões alegadas para o atraso vacinal, estão: esquecimento, doença da criança, horário de funcionamento da unidade básica de saúde e distância da moradia em relação a essa (GATTI; OLIVEIRA, 2005). Confirmando os achados nessa pesquisa, os motivos alegados para a não vacinação foram o esquecimento e as doenças apresentadas pelas crianças.

Diante dos achados científicos, observa-se a ocorrência da falta de vacinação perpassa diversos fatores advindos desde uma questão macro no âmbito social, econômico, geográfico, qualidade de uma rede assistencial até pontos bastantes singulares decorrentes das dificuldades diárias, do desconhecimento acerca da importância da prevenção e eventuais falsas contra-indicações bem como a negligência na efetivação da vacinação dos seus entes.

A enfermagem ao exercer papel fundamental em todas as ações de execuções do PNI, assume enquanto responsabilidades: orientar e prestar assistência à clientela com segurança, responsabilidade e respeito; prover periodicamente as necessidades de material e imunobiológico; manter as condições ideais para a manutenção dos imunobiológico; manter os equipamentos em boas condições de funcionamento; acompanhar as doses de vacinas administradas de acordo com a meta, buscar faltosos, avaliação e acompanhamento sistemático das coberturas vacinais e buscar periodicamente atualização técnico científica (CARNEIRO et al., 2012).

Os resultados do estudo apontam a falta de capacitação da equipe multiprofissional, do que diz respeito à imunização, entre os ACS (60%) e enfermeira, além de evidenciar a falta de conhecimento dos mesmos sobre a indicação da VORH. Esse dado torna-se relevante vez que os ACS exercem a maior parte de seu trabalho na comunidade, são

responsáveis pelo maior quantitativo de visitas domiciliares e atividades de educação em saúde, além de representarem o elo de ligação entre comunidade e unidade de saúde.

Frente ao exposto, a atuação da equipe no campo da disseminação de informações em saúde apresenta limitações. O ACS, como um dos integrantes da equipe de saúde, está envolvido com a atividade de vacinação e realiza desde a checagem da caderneta até o encaminhamento da criança para iniciar ou completar o esquema vacinal, conforme cada calendário (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, o ACS necessita de capacitação adequada para a realização de esclarecimento à comunidade sobre a relevância das vacinas, principalmente no primeiro ano de vida da criança. Embora os responsáveis pelas crianças tenham afirmado receber dos ACS orientações sobre o aprazamento da VORH, 97% referem não saber para que serve este tipo de vacina ou qual doença é prevenível pela VORH. Sabe-se que o conhecimento e compreensão das mães ou responsáveis podem influenciar significativamente de forma positiva ou negativa à sua postura frente aos cuidados com a saúde (SOUZA; VIGO; PALMEIRA, 2012).

A VORH necessita de duas doses, com faixa etária e intervalo de tempo entre doses limitado. Para que seu esquema seja considerado completo as duas doses devem ter sido administrado dentro do intervalo estabelecido, só assim, a meta operacional básica em menores de um ano pode ser alcançada. Porém, para que a criança seja vacinada, esta depende da decisão dos pais/responsáveis em levá-la à unidade de saúde, podendo as equipes de saúde influenciar nesta decisão através da difusão de que a vacinação está relacionada a uma melhor qualidade da saúde de seus filhos (GATTI; OLIVEIRA, 2005).

Foi evidenciado neste estudo que as mães se apresentam como principal cuidadora das crianças, dentre os informantes da pesquisa 86% eram mulheres, destas, mais da metade (66%) não possuem atividade remunerada fora de casa. Nota-se com clareza, que as mulheres são as principais responsáveis pela vacinação dos filhos, pois permanece a maior parte do tempo realizando atividades em casa, e assim têm um contato mais direto com seus filhos, sendo as mentoras dos seus principais cuidados, inclusive o de levá-los para a vacinação (SOUZA; VIGO; PALMEIRA, 2012).

A equipe de enfermagem é responsável pelas ações de imunização em unidade básicas de saúde e o enfermeiro é o responsável técnico do serviço em 100% das salas de vacina, respondendo inclusive pelos aspectos administrativos (BRASIL, 2014). Uma das responsabilidades do enfermeiro, descrita no Código de Ética dos profissionais de Enfermagem é estimular, promover e criar condições para o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural dos profissionais de enfermagem sob sua orientação e supervisão (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007). Portanto o enfermeiro é responsável tanto pela supervisão ao trabalho desenvolvido na sala de vacinação quanto pelo processo de educação continuada da equipe, além da educação e orientação das pessoas que procuram o serviço (PIVA; ALMEIDA;

GONCALVES, 2016).

Nos resultados desse estudo, foi observado deficiência na atuação do enfermeiro neste contexto, vez a falta de capacitação e/ou atualização em imunização entre a maioria dos profissionais de saúde que compõe a equipe, inclusive do mesmo. Assim, como possível consequência da falta de orientação para os responsáveis pela criança, no que diz respeito a indicação da vacinação e ações educativas desenvolvidas na unidade de saúde, evidenciam-se inadequações importantes e descumprimento das normas estabelecidas pelo PNI.

Dentro dessa abordagem é relevante, enfatizar que a promoção de saúde é defendida como processo de capacitação da comunidade, tanto para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde quanto para inclui-la em uma maior participação no controle desse processo (BRASIL, 1986).

Nessa perspectiva, é imprescindível que o enfermeiro deva estar ciente da importância de sua participação ativa na equipe multiprofissional, onde cada um tem o seu papel e a sua importância, se apropriando do saber que lhe compete, de planejar, organizar, supervisionar, executar e avaliar as atividades relacionadas à vacinação, sendo que o objetivo maior é o ser humano, a criança que necessita e tem direito a todas as vacinas do PNI, para o controle das doenças imunopreveníveis (PIVA; ALMEIDA; GONÇALVES, 2016; SANTOS et al., 2006).

As coberturas vacinais apresentadas na tabela 1 se referem aos dados coletados diretamente das cadernetas de vacinação ou do registro de cartão espelho dos ACS. No momento da coleta de dados o município contava com nove equipes do Programa de Saúde da Família, 11 equipes de Agentes Comunitários, 10 salas de vacina em funcionamento e uma Rede de Frio.

A cobertura vacinal é um importante indicador de saúde das populações e da qualidade da atenção dispensada pelos serviços básicos de saúde. O estudo desse indicador, além de apontar aspectos da saúde infantil e da atuação dos serviços, subsidia o processo de planejamento, especialmente a reestruturação das ações em imunização (BRASIL, 2014).

Após análise dos dados de cobertura vacinal do município em estudo, coletados através do SI-API DATASUS nos anos de 2011 a 2013 e das metas estimadas para a cobertura vacinal da VORH, observa-se que além de não terem sido alcançadas encontram-se muito abaixo do preconizado (64%). Fato corroborado com os estudos realizados em municípios brasileiros onde a CV da vacina oral do rotavírus em 2011 foi de 87% (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013). A pesquisa realizada em uma Unidade de Saúde da Família de Maceió-Alagoas, para avaliar a cobertura vacinal real do esquema básico para o primeiro ano de vida verificou que cobertura vacinal para a vacina VORH foi de 77% (CARNEIRO et al., 2012).

Vale ressaltar, que por meio da cobertura vacinal estima-se o nível de proteção da população contra doenças evitáveis pela imunização, mediante o cumprimento de esquemas de vacinação (BRASIL, 2014). Dados fornecidos pelo Ministério da Saúde,

através da base de dados DataSUS, evidenciam que a não vacinação está diretamente relacionada à mortalidade infantil em menores de um ano de idade.

No Brasil, no ano de 2001, a cobertura vacinal infantil foi equivalente a 79,8%, enquanto que a mortalidade infantil era de aproximadamente 61.000 casos em todo o país. Já em 2010, a cobertura vacinal infantil aumentou para 84,3% e a mortalidade infantil diminuiu para 25.000 casos (SOUZA; VIGO; PALMEIRA, 2012).

Importante destacar que a meta básica é vacinar 100% das crianças que nascem, o mais precocemente possível, porém o percentual de cobertura entre 90% e 95% é o mínimo que vai permitir o controle, a erradicação ou a eliminação de doenças imunopreveníveis, constituindo-se, assim, como indicador e não como meta. O indicador de cobertura vacinal para a vacina oral de rotavírus humano ficou estabelecido em 90% (BRASIL, 2014).

No trabalho de vacinação as principais metas são definidas em termos de percentuais de cobertura. A definição desses percentuais toma como base o grau de eficácia da vacina e às características epidemiológicas de cada doença. São índices que precisam ser alcançados e mantidos de forma homogênea dentro de cada território: os bairros dentro do município, os municípios dentro do estado e os estados dentro do país (BARBIERI; COUTO; AITH, 2017).

Embora em 2012, no bairro investigado, a cobertura vacinal no inquérito tenha sido 100%, o mesmo não aconteceu nos anos de 2011 (81%) e 2013 (76%). Uma das causas da não vacinação ligada aos serviços de saúde são as oportunidades vacinais perdidas. Estas ocorrem quando a criança não é vacinada na presença de doença leve ou quando a criança comparece à consulta na unidade de saúde na época de receber a vacina e não é vacinada (SILVA et al., 1999).

Existem orientações precisas quanto à faixa etária de aplicação das doses vacinais que devem ser rigorosamente respeitadas. O esquema vacinal adotado pelo PNI, em relação à VORH, o limite máximo definido no calendário de vacinação para aplicação da primeira dose era de três meses e sete dias, e para segunda dose, de cinco meses e quinze dias de vida, restringindo-se a vacinação àquelas crianças que chegassem tardiamente ao serviço (KFOURI et al., 2017; DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013). Esta orientação foi estabelecida no momento de introdução da VOHR no ano de 2006, pelo PNI, e permaneceu vigente até o segundo semestre de 2012.

Em 2013, o PNI, a partir de discussões técnicas respaldadas em estudos relacionados ao tema, optou, consonante com o Comitê Técnico Assessor em Imunizações, em estender a idade para a vacinação de rotavírus, com 1ª dose aos dois meses de idade (podendo ser administrada a partir de um mês e 15 dias a três meses e 15 dias), a 2ª dose aos quatro meses de idade (podendo ser administrada até sete meses e 29 dias de vida), mantendo o intervalo mínimo de quatro semanas entre a 1ª e a 2ª dose, a expectativa é de que as coberturas vacinais atinjam níveis mais elevados com o alargamento do período de vacinação (BRASIL, 2012). No entanto, chama atenção nesse estudo, que no ano de 2013, após a extensão do período vacinal,

obteve-se o menor índice de cobertura vacinal (76%) entre os anos analisados.

Vale ressaltar que o horário de funcionamento da sala de vacina no município pode ter influência na oferta do serviço. Os profissionais e ACS relataram que o horário de expediente da unidade é das oito às 14 horas. Fatores estruturais relacionados aos serviços de saúde tais como horário do funcionamento da unidade de saúde, filas, tempo de espera, falta de brinquedos e distrações para as crianças durante a espera também dificultam o cumprimento das metas vacinais. Visto que a CV é um indicador de efetividade do programa local de imunização, alerta-se às equipes dos serviços de saúde que fatores como: horário e qualidade do atendimento nas salas de vacina podem interferir no acesso.

A cobertura vacinal, demonstrada no inquérito vacinal deste estudo, destoa dos dados administrativos registrados no SI-PNI e revelou-se importante metodologia de verificação de dados. Entretanto, salientamos como limitação do estudo o fato de termos utilizado dados de cobertura do município fornecido pelo SI-API, ou seja, o sistema de informação operava sem a desagregação dos dados por sala de vacina, assim não houve possibilidade de comparação direta entre os dados do inquérito realizado pela pesquisadora e os registros da unidade de saúde do Mutirão.

CONCLUSÃO

Ao considerar a relevância dos problemas de saúde causados pelo rotavírus em crianças e, sendo esse um agravo imunoprevenível, o uso de vacinas contribui para a prevenção e minimização de sua gravidade. Apesar de sua disponibilidade e das campanhas educativas, observa-se ainda uma diversidade de fatores que inviabilizam e impedem o cumprimento desta ação protetiva. Assim, torna-se imprescindível a necessidade de ampliar a adesão da população ao esquema adequado de vacina em menores de um ano

O estudo aponta uma situação preocupante pois, apenas no ano de 2012 a cobertura vacinal foi alcançada, em acordo aos critérios estabelecidos pelo Ministério da saúde. Identificou-se, também, como principal falha a pouca ou ausente capacitação em vacinas de membros da equipe de saúde, o que contribui para que, tanto a equipe quanto os responsáveis, desconheçam especificidades importantes sobre a indicação e aprazamento da VORH.

Diante do exposto e, na expectativa de reverter o quadro apresentado da cobertura vacinal no município estudado e também observado em estudos nacionais e internacionais, se faz necessário o aprimoramento da unidade de saúde em relação a procedimentos técnicos e administrativos, dos quais se destacam a capacitação da equipe, atualização sobre vacina, com participação do enfermeiro, por ser o responsável pela supervisão da sala de vacina; horário ampliado de funcionamento da sala de vacina; garantia de agendamento e busca de faltosos aos serviços utilizando-se os cartões espelho das crianças.

Portanto, é necessário que a enfermeira assuma o seu papel de coordenadora da equipe, busque periodicamente atualização técnico científica para assumir a sala de vacina, capacite sua equipe, principalmente os ACS que são o elo entre a comunidade e UBS, estabeleça uma maior interação entre os responsáveis pela criança e profissionais de saúde, e assim corrigir possíveis falhas no esquema vacinal. Diante disso, a disseminação do conhecimento sobre a vacinação entre os responsáveis da criança, difusão que a vacinação está relacionada a uma melhor qualidade da saúde de seus filhos, assim como corrigir algumas distorções das crenças da população contribuirão para atingir maior cobertura vacinal e alcançar a meta entre os menores de um ano de idade.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E. C. et al. Segurança, imunogenicidade e eficácia protetora de duas doses da vacina RIX4414 contendo rotavírus atenuado de origem humana. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 83, n. 3, p. 217-224, maio/jun. 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n3/v83n3a06.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2018.

BARBIERI, C. L. A.; COUTO, M. T.; AITH, F. M. A. A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. e00173315, mar. 2017. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n2/1678-4464-csp-33-02-e00173315.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

BRASIL. **Carta de Otawa**. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Nota técnica nº 193/2012**, de 19 de novembro de 2012. Alteração da idade para administração da vacina tríplice viral e da vacina oral de rotavírus humano. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em:< http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/nota_tecnica_ms_vacina_triplice_viral.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Informe técnico: doença diarreica por rotavírus**: vigilância epidemiológica e prevenção pela vacina oral de rotavírus humano. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:< https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/informe_rotavirus2_1254747927.pdf>. Acesso em: 21 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunizações: 30 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf>. Acesso em: 28 set. 2018.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de procedimentos para vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2018.

CARNEIRO, S. et al. Cobertura vacinal real do esquema básico para o primeiro ano de vida numa Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 23, p. 100-107, abr./jun. 2012. Disponível em:< <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/249>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 311/2007**. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2007. Disponível em:< http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 29 set. 2018.

DOMINGUES, C. M. A. S.; TEIXEIRA, A. M. S. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 9-27, mar. 2013. Disponível em:< <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a02.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2018.

ESPARZA-AGUILAR, M. et al. Mortalidad por enfermedad diarreica en menores, antes y después de la introducción de la vacuna contra el rotavirus. **Salud Pública Mexico**, Cuernavaca, v. 51, n. 4, p. 285-290, jul./ago. 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v51n4/v51n4a04.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

FRANCA, I. S. X. et al. Cobertura vacinal e mortalidade infantil em Campina Grande, PB, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 258-271, mar./abr. 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a14v62n2.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2018.

GATTI, M. A. N.; OLIVEIRA, L. R. Crianças faltosas à vacinação, condições de vida da família e concepção sobre vacina: um inquérito domiciliar. **Salusvita**, Bauru, v. 24, n. 3, p. 427-436, 2005. Disponível em:< https://secure.usc.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v24_n3_2005_art_07.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

KFOURI, R. A. et al. Vacina rotavírus: segurança e alergia alimentar - Posicionamento das Sociedades Brasileiras de Alergia e Imunologia (ASBAI), Imunizações (SBIm) e Pediatria (SBP). **Arquivos de Asma Alergia e Imunologia**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 49-54, 2017. Disponível em:< http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/05/aaai_vol_1_n_1_a6-003.pdf>. Acesso em: 18 set. 2018.

LINHARES, A. C. Epidemiologia das infecções por rotavírus no Brasil e os desafios para o seu controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 629-646, jul./set. 2000. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n3/2949.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2018.

PIVA, S. G. N.; ALMEIDA, E. S.; GONCALVES, M. A. O cuidado de enfermagem a criança na sala de vacinação: o papel da enfermeira. IN: SILVA, R. S.; BITTENCOURT, I. S.; PAIXÃO, G. P. N. (Org.). **Enfermagem avançada: um guia para a prática**. Salvador: Sanar, 2016.

RHEINGANS, R. et al. Effects of geographic and economic heterogeneity on rotavirus diarrhea burden and vaccination impact and cost-effectiveness in the Lao People's Democratic Republic. *Vaccine*, Guildford, v. S0264-410X, n. 18, p. 30173-30177, 2018. Disponível em:< [10.1016/j.vaccine.2018.02.009](https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.02.009)>. Acesso em: 05 set. 2018.

SANTOS, S. L. V. et al. O papel das instituições de ensino superior na prevenção das doenças imunopreveníveis. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 91-98, 2006. Disponível em:< <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/938/1141de>>. Acesso em: 21 set. 2018.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Divisão de Imunização e Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Coordenadoria de Controle de Doenças. Vacina contra o rotavírus. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 355-358. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28545.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2018.

SHEIKH, N. et al. Coverage, Timelines, and Determinants of Incomplete Immunization in Bangladesh. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, Basel, v. 3, n. 3, p. E72. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30274468>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

SILVA, A. A. M. et al. Cobertura vacinal e fatores de risco associados à não-vacinação em localidade urbana do Nordeste brasileiro, 1994. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 147-156, abr. 1999. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n2/0055.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

SILVA, F. S. et al. Incompletude vacinal infantil de vacinas novas e antigas e fatores associados: coorte de nascimento BRISA, São Luís, Maranhão, Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. e00041717, mar. 2018. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00041717.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2018.

SOUZA, C. J.; VIGO, Z. L.; PALMEIRA, C. S. Compreensão dos pais acerca da importância da vacinação infantil. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 1, n. 1, p. 44-58, dez. 2012. Disponível em:< <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/39>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

CONHECIMENTO DAS GESTANTES EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

Ana Carolina Cristovão Silva

Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE.

Priscila Santos Alves Melo

Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE.

Priscyla de Oliveira Nascimento Andrade

Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE.

Tatiane Gomes Guedes

Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE.

Francisca Márcia Pereira Linhares

Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE.

Ester Marcele Ferreira de Melo

Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE.

RESUMO: As gestantes, incluindo as que se encontram em situação de cárcere, precisam conhecer as técnicas adequadas de aleitamento materno, para que ele ocorra de forma satisfatória. Este estudo descritivo, exploratório, transversal, quantitativo objetivou avaliar o conhecimento das gestantes em privação de liberdade sobre o aleitamento materno. A amostra foi constituída de 20 gestantes que se encontravam em regime fechado ou semi-aberto. A técnica da coleta foi a entrevista, conduzida por um instrumento semiestruturado, validado e respeitando os preceitos da Resolução 196/96. Os dados foram armazenados e processados utilizando o software estatístico IBM SPSS versão 20.0, apresentando os seguintes resultados: 100% acreditam que o leite materno

possui nutrientes em quantidade e qualidade para o desenvolvimento e crescimento da criança, e aumenta o vínculo mãe-filho; 95% que reduz a morbidade; 65% acreditam ser um cuidado adequado colocar o bebê na posição lateral no berço; 100% que a mãe deve estar calma e relaxada para amamentar seu filho; 95% que não se deve lavar com esponja e sabão; 95% considerou um cuidado adequado, a boca do bebê estar virada para fora, estilo "boca de peixe"; 75% responderam que caso haja lesão no mamilo, deve ser colocado o próprio leite; 70% acreditam que a criança deve ser amamentada sempre que quiser. Assim, o conhecimento das gestantes em privação de liberdade sobre o aleitamento materno se mostrou adequado, entretanto, é importante que boas práticas para amamentação sejam estimuladas, para que esse processo ocorra de forma satisfatória.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno; gestantes; privação de liberdade; conhecimento.

ABSTRACT: Pregnant women, including those in prison, need to know the proper techniques of breastfeeding, in order for it to occur in a satisfactory way. This descriptive, exploratory, transversal, quantitative study aimed to evaluate the knowledge of pregnant women in deprivation of liberty on breastfeeding. The sample consisted of 20 pregnant women who were in a closed

or semi-open regime. The technique of the collection was the interview, conducted by a semistructured instrument, validated and respecting the precepts of Resolution 196/96. The data were stored and processed using the statistical software SPSS version 20.0, with the following results: 100% believe that breast milk has nutrients in quantity and quality for the development and growth of the child, and increases the mother-child bond; 95% that reduces morbidity; 65% believe it is a proper care to place the baby in the lateral position in the crib; 100% that the mother should be calm and relaxed to breastfeed her child; 95% that one should not wash with sponge and soap; 95% considered proper care, the baby's mouth being turned out, 'fish mouth' style; 75% answered that if there is a nipple lesion, the milk itself should be placed; 70% believe that the child should be breastfed whenever he wants. Thus, the knowledge of pregnant women in deprivation of liberty about breastfeeding was adequate, however, it is important that good breastfeeding practices are encouraged so that this process can occur in a satisfactory way.

KEYWORDS: Breastfeeding; pregnant women; deprivation of liberty; knowledge.

1 | INTRODUÇÃO

A população carcerária na sua maioria é composta por homens, entretanto vem se destacando o número crescente de mulheres dentro deste cenário, principalmente nos últimos anos. Entretanto, à medida que cresce a população total prisional, o número de mulheres nessa situação também aumenta. No ano de 2005 elas representavam 4,35% dessa população, já em 2012 passaram para 6,17%. Em sete anos (2005 a 2012), a população prisional masculina cresceu 70%, enquanto que a feminina cresceu 146% (BRASIL, 2015).

O sistema carcerário foi idealizado por homens e para os homens e necessita de adequação para atender as necessidades das mulheres, levando em consideração as particularidades do universo feminino, tendo esta população uma chance maior de desenvolver depressão, dependência de álcool e outras drogas durante o período da prisão. A gravidez, a maternidade, a amamentação e a permanência da reeducanda com seus e filhos nascidos dentro do cárcere são algumas destas particularidades e é uma realidade a ser discutida (BRASIL, 2009).

A Lei N° 11.942/2009 determina que nas penitenciárias femininas devam possuir um local específico para gestante e parturiente, berçário (espaço destinado à permanência de lactentes com suas mães, de modo a favorecer o aleitamento materno) e creche para crianças maiores de seis meses e menores de sete anos que estejam desamparadas (BRASIL, 2009).

Com o aumento da população carcerária feminina tem sido notório o crescente número de gestantes dentro dos presídios. Sabe-se que na gravidez ocorre uma série de modificações na mulher, tanto físicas como psíquicas, que começam na primeira semana de gestação e continuam durante todo o período gestacional. Embora sejam

fisiológicas, essas modificações são comuns e causam desconforto, principalmente para as mulheres que estão passando pela primeira experiência enfrentando muitas novidades em relação ao seu corpo. A gravidez é um momento de reflexão sobre seu papel como mulher e mãe que está por vir, sendo esta mudança impactante na sua vida, por isso é necessário viver essa maternidade da forma mais sublime possível, principalmente dentro da realidade prisional (PICCININI et al., 2008).

Assim, o incentivo ao aleitamento materno se constitui numa importante estratégia de promoção da saúde não só da criança como de toda a família, comunidade e sociedade, sendo de baixo impacto biológico e de baixo custo financeiro (MIOMAZ et al., 2013).

Observa-se então que a atuação do enfermeiro é fundamental no esclarecimento e na orientação destas puérperas durante o processo de aleitamento, fornecendo todo apoio necessário para uma amamentação eficaz, esclarecendo dúvidas e orientando o manejo adequado da técnica de amamentação, importância para a puérpera e bebê do aleitamento materno exclusivo até no mínimo seis meses de idade (BRASIL, 2009).

O aleitamento é a forma mais natural de estabelecimento e fortalecimento do vínculo do binômio mãe-filho, bem como afeto e proteção, além de ser uma importante arma para a redução da morbimortalidade infantil (MOIMAZ et al., 2013), por isso a importância da sua promoção também dentro do cenário da privação de liberdade que essas gestantes estão inseridas.

Desta maneira, faz-se necessário avaliar o conhecimento das gestantes em privação de liberdade sobre o aleitamento materno. Evidenciar o conhecimento em aleitamento proporcionará o estabelecimento de uma assistência de enfermagem direcionada para as necessidades específicas deste grupo.

2 | METODOLOGIA

Estudo descritivo, exploratório, transversal com abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva tem por finalidade observar, descrever e documentar os aspectos de uma determinada situação. Sendo exploratória permite investigar a natureza complexa de um fenômeno e fatores a ele relacionados (POLIT; HUNGLER, 2011).

Foi desenvolvido na Colônia Penal Feminina do Recife (CPFR) no período de agosto de 2014 a agosto de 2015. Esta unidade abriga mulheres presas em processo de triagem, como também aquelas condenadas, que cumprem pena em regime fechado e semiaberto. A CPFR possui capacidade para 204 detentas, porém, encontra-se com cerca de 870 mulheres encarceradas distribuídas em 35 celas, sendo uma destinada às gestantes, uma destinada à triagem e três ao berçário (SANTOS, 2009).

Os participantes do estudo foram gestantes reclusas e que estavam dentro dos critérios de elegibilidade. Os critérios de elegibilidade que compõe o projeto foram fundamentados da seguinte forma: critérios de inclusão: mulheres gestantes, presas

em regime fechado ou semiaberto. Foram excluídas aquelas mulheres que não tiveram autorização da direção do presídio a sair da cela e que representassem riscos para os pesquisadores. A amostra foi do tipo censitária, optamos por este tipo de seleção de participantes devido ao número reduzido de gestantes. Participou do estudo um total de 20 gestantes.

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada. Inicialmente, foram coletados dados de identificação, relacionados ao perfil sociodemográfico, contexto da reclusão e experiências com AM. A entrevista foi dirigida por questões fechadas e abertas. A coleta aconteceu no consultório de atendimento utilizado pelos profissionais de saúde e cedido pela direção do presídio. As pesquisadoras estavam munidas no local das entrevistas apenas portando documento oficial com foto, caneta e o instrumento de coleta de dados. Após o preenchimento foi realizada a análise de acordo com os objetivos do estudo. As informações obtidas nas entrevistas foram categorizadas, digitadas, armazenadas em banco de dados, processadas e analisadas pelo programa IBM SPSS versão 20.0.

O projeto mestre foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob o nº 15834613.8.0000.5208. A instituição concedeu a autorização para a realização do estudo por meio de uma Carta de Anuência. Os sujeitos do estudo foram informados, dos objetivos da pesquisa, ressaltando que eles poderiam a qualquer momento, desistir da participação sem que isto resultasse em qualquer tipo de ônus e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Tabela 1, observa-se que das 20 mulheres entrevistadas, 60% tinham mais de 21 anos de idade, 55% moravam com o companheiro, 80% tinham de 1 a 3 filhos, 40% eram católicas, 60% eram da cor parda, 50% tinham o ensino fundamental incompleto, 25% trabalhavam como garçone, 40% possuíam renda de até um salário mínimo, 70% tiveram como motivo da detenção o tráfico de drogas, 75% eram naturais de cidades da Região Metropolitana do Recife e 80% residiam em cidades que se localizam na Região Metropolitana do Recife. Estas características são semelhantes às apresentadas por outras detentas nos demais estados brasileiros (GALVÃO; DAVIM, 2013).

Variáveis	N	%
Idade materna (anos)		
18 a 21	08	40
≥21	12	60
Estado civil		
Solteira	05	25

Casada	02	10
Mora com companheiro	11	55
Desquitada	01	5
Viúva	01	5
Número de filhos (incluindo o atual)		
1 a 3	16	80
4 a 6	02	10
Mais de 7	02	10
Religião		
Católica	08	40
Protestante	05	25
Sem religião	07	35
Cor		
Branca	03	15
Parda	12	60
Negra	04	20
Indígena	01	5
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	03	15
Ensino fundamental incompleto	10	50
Ensino médio completo	03	15
Ensino médio incompleto	02	15
Analfabeta	01	5
Profissão		
Garçonete	05	25
Diarista	02	10
Profissional do sexo	02	10
Desempregada	02	10
Operadora de caixa	03	15
Do lar	03	15
Atendente de telemarketing	01	5
Auxiliar de serviços gerais	01	5
Recicladora	01	5
Renda familiar		
Até um salário mínimo	08	40
Um a dois salários mínimos	05	25
Três a cinco salários mínimos	06	30
Seis a dez salários mínimos	01	5
Motivo(s) da detenção		
Tráfico	14	70
Furto	01	5
Assalto	01	5
Não se aplica	04	20
Naturalidade		
RMR(Região Metropolitana do Recife)	15	75
Interior	04	20
Fora do estado	01	5
Cidade onde reside		
RMR(Região Metropolitana do Recife)	16	80

Interior	03	15
Fora do estado	01	5

Tabela 1. Características sociodemográficas das mulheres participantes do estudo. Recife PE, 2014.

A baixa escolaridade é uma realidade na vida dessas mulheres, sendo esse predomínio nas mulheres reclusas é um reflexo da condição de desigualdade social que essas mulheres estão inseridas, onde muitas foram mães muito cedo e foram obrigadas a desenvolver outros papéis que não o de uma adolescente, e sim de mãe. Além disso, muitas não possuem apoio da família para que estas cuidem dos seus filhos enquanto ela vai estudar, onde por muitas das vezes os laços familiares nem existem (CARVALHO et al., 2006).

É importante perceber como o tráfico é o motivo de detenção predominante (70% das reclusas), onde muitas vezes ele é praticado para complementar a renda familiar ou até mesmo essa renda é a única da família, pois nessas mulheres há um alto índice de desemprego (PÍCOLI et al., 2014). O tráfico também é a causa mais comum de encarceramento das mulheres no Espírito Santo, sendo responsável por 44,6% das detenções (MIRANDA et al., 2004), dado semelhante encontrado também nas detentas da Penitenciária Feminina de Ribeirão Preto, onde 63,3% foram reclusas por este motivo (SCHERER et al., 2011).

Em um estudo sobre o perfil do sistema prisional dos encarcerados do Rio de Janeiro, no que diz respeito ao gênero feminino, ficou comprovado que o grande percentual de mulheres encarceradas pelo tráfico pode também ser decorrente do fato delas ocuparem um papel de subserviência dentro da estrutura do tráfico de drogas, dando menos chances de negociar com a polícia, para obter sua liberdade mediante pagamento (CARVALHO et al., 2006).

Na Tabela 2 observa-se que 55% das gestantes acham que a mãe e a criança são beneficiadas com a amamentação, 100% referem que o aleitamento materno possui todos os nutrientes adequados para um perfeito desenvolvimento e crescimento da criança, prevenção de doenças alérgicas e aumento do vínculo mãe e filho, 80% acreditam que amamentar reduz a incidência de câncer de ovário, útero e mama, retorno ao peso anterior à gravidez e economia de tempo, trabalho e dinheiro, 90% responderam que a amamentação traz como benefício ao pai uma melhora no seu relacionamento familiar, 95% responderam que além dessa melhora, há uma economia de dinheiro e satisfação pessoal e 100% das gestantes que o ato de amamentar causa uma diminuição da morbidade infantil, enquanto que 95% acreditam ter uma redução na mortalidade infantil.

Variáveis	Sim	%	Não	%
Beneficiados pela amamentação				
Só a criança	4	20	16	80
Mãe e a criança	11	55	9	45
Toda a família	5	25	15	75
Vantagens do aleitamento materno para a criança				
Contém nutrientes, em quantidade e qualidade para o desenvolvimento e crescimento	20	100	0	0
Diminui a probabilidade de doenças e de alergias	20	100	0	0
Aumenta o vínculo mãe e filho	20	100	0	0
Vantagens da amamentação para a mulher				
Diminui o risco de câncer de útero, ovário e mama	16	80	3	15
Ajuda na involução uterina	12	60	7	35
Ajuda ao retorno do peso anterior da gravidez	16	80	4	20
Aumenta do vínculo mãe e filho	20	100	0	0
Tem efeito anticoncepcional	6	30	14	70
Vantagens do aleitamento materno para a família				
Melhora o relacionamento familiar	19	95	1	5
Proporciona economia de dinheiro	16	80	4	20
Aumenta a satisfação pessoal	18	90	2	10
Favorece a saúde da companheira e do filho	19	95	1	5
Vantagens do aleitamento materno para o pai				
Melhora o relacionamento familiar	18	90	2	10
Proporciona economia de dinheiro	19	95	1	5
Aumenta a satisfação pessoal	19	95	1	5
Favorece a saúde da companheira e do filho	16	80	4	20
Vantagens do aleitamento materno para o meio ambiente/comunidade/sociedade/população				
Reduz gastos com a saúde	17	85	3	15
Diminui a morbidade infantil	20	100	0	0
Diminui a mortalidade infantil	19	95	1	5
Diminui o câncer de mama	17	85	2	10
Diminui o câncer de ovário	15	75	4	20
Diminui o do câncer do útero	15	75	4	20
Melhora a qualidade de vida (benefícios psicológicos)	19	95	1	5
Não polui o meio ambiente	16	80	4	20

Tabela 2: Conhecimento sobre aleitamento materno. Recife PE, 2014.

As gestantes participantes dessa pesquisa demonstram conhecer os benefícios que o aleitamento materno traz tanto para a criança, como para a mulher, o pai, a família e meio ambiente. Sendo a família uma parte importante no processo de amamentar, uma vez que muitas vezes o cuidado com o recém-nascido é designado às avós, sogras, irmãs e cunhadas, assim é indispensável que ela esteja integrada e auxilie da melhor forma nos cuidados prestados e na amamentação (VOLPATO et al., 2009).

O aleitamento se constitui no alimento ideal para o bebê, sendo importante para que ele tenha um bom desenvolvimento em vários aspectos, como físicos, imunológicos, de nutrição e cognitivos, além de reduzir a mortalidade infantil sob todas as suas

formas. No que diz respeito à mulher, sua importância se dá no auxílio à involução uterina, retorno ao peso anterior à gestação, e redução do risco de desenvolvimento de câncer de mama, útero e ovário (SANTANA et al., 2013).

O conhecimento sobre os benefícios do aleitamento materno desta pesquisa converge com os relatados pelas gestantes participantes de um estudo nas Unidades de Saúde da Família localizadas na cidade de Santo Antônio de Jesus, do Estado da Bahia. Quando questionadas sobre este benefício, 68% acreditam reduzir a incidência de câncer de mama, 36% que auxilia na perda de peso, resultados que são semelhantes aos encontrados com as gestantes em cárcere. Ainda no mesmo estudo, 72% das mulheres moravam com seus companheiros, resultado bastante significativo uma vez que a figura masculina se constitui num suporte emocional à essa mulher, onde ela se sente mais segura emocionalmente para amamentar (SANTANA et al., 2013). Esta característica também é semelhante à encontrada na presente pesquisa, onde 55% afirmam morar com o companheiro.

O aleitamento materno também se consiste como uma estratégia de economia familiar, uma vez que diminui a obtenção de leites artificiais e o gasto com internações hospitalares, já que reduz a morbidade infantil, sendo assim não só uma vantagem econômica não só família, mas para o sistema de saúde (FREITAS et al., 2008). Sobre essa vantagem, das gestantes pesquisadas, 80% responderam que o aleitamento materno se constitui numa estratégia de redução de gastos familiares, estando de acordo com o que é visto na literatura.

De acordo com a Tabela 3, 100% das gestantes responderam que as mãos devem ser lavadas antes da amamentação e que a mãe deve estar calma e relaxada, 95% acreditam que o peito deve ser lavado apenas com água e que a mãe deve estar em uma posição confortável, 30% que a mãe só deve amamentar se estiver sem dor, 100% que a cabeça e o corpo do bebê devem estar alinhados e que seu corpo deve estar voltado para o corpo da mãe.

Ainda, 90% quando questionadas sobre o que a mulher deve observar na hora da amamentação responderam que o queixo do bebê deve encostar na mama da mãe, 95% que o lábio do bebê deve estar virado para fora (tipo boca de peixe), 55% utilizariam o dedo para interromper a mamada, caso fosse necessário. Os cuidados referidos pelas gestantes em situação prisional participantes dessa pesquisa não diferem de outros estudos realizados com gestantes fora desta realidade.

Variáveis	Sim	%	Não	%	Não sabe	%
Cuidados antes da amamentação						
Lavar as mãos	20	100	0	0		
Bebê deve estar acordado e calmo	17	85	3	15		
Mãe deve estar calma e relaxada	20	100	0	0		
Lavar o peito com água	19	95	1	5		
Lavar o peito com esponja, água e sabão	5	25	15	75		
Só amamentar se estiver sem dor	6	30	14	70		

Ficar em posição confortável	19	95	1	5		
Cabeça e corpo da mãe devem estar alinhados	20	100	0	0		
O corpo do bebê deve junto e voltado para a mãe	20	100	0	0		
Cuidados durante a amamentação						
O queixo do bebê encostado na mama	18	90	2	10		
Boca do bebê deve estar bem aberta	19	95	1	5		
Lábio do bebê virado para fora ("boca de peixe")	19	95	1	5		
Visualizar a aréola na parte superior	13	60	6	35	1	5
Ficar sem dor nos mamilos	12	60	8	40		
O bebê deve sugar, parar, e voltar a sugar	20	100	0	0		
Escutar o bebê deglutindo	18	90	2	10		
Mãe e bebê devem estar tranquilos	20	100	0	0		
Bebê deve estar satisfeito após a mamada	20	100	0	0		
Mamilo deve estar arredondado e alongado ao fim da mamada	17	85	3	15		
Se precisar interromper a mamada, você coloca o dedo no canto da boca do bebê, para que ele solte o mamilo	11	55	9	45		

Tabela 3: Conhecimento das gestantes em privação de liberdade sobre o manejo antes, durante e após amamentar. Recife PE, 2014.

Na Tabela 4, verifica-se que 100% das gestantes participantes do estudo acreditam que colocar o bebê na posição correta para eructação (vertical) é um cuidado que se deve ter após a amamentação, 65% que se deve colocar o bebê na posição no berço (lateral), 75% responderam que caso haja lesão no mamilo, deve ser colocado o próprio leite. No tocante à frequência da mamada, 70% acreditam que a criança deve ser amamentada sempre que quiser, 25% de 3 em 3 horas e 5% não sabem. Quanto ao tempo da mamada, 95% responderam que deve ser o tempo que o bebê quiser. Quando questionadas sobre o que fazer caso apresentem mama endurecidas, quentes, avermelhadas e doloridas, 25% responderam que fariam uma massagem nas mamas, 20% fariam massagem, compressa quente e ordenha.

Variáveis	Sim	%	Não	%	Não sabe	%
Cuidados após amamentar						
Colocar o bebê na vertical para eructação	20	100	0	0		
Colocar o bebê na posição correta no berço (lateral)	13	65	7	35		
Lavar as mãos	19	95	1	5		
Lavar o peito	18	90	2	10		
Limpar a boca do bebê com fralda úmida após um tempo	20	100	0	0		
Caso haja lesão no mamilo, passar o próprio leite nela	15	75	5	25		
Caso haja lesão no mamilo, aplicar pomada ou creme	5	25	15	75		
Frequência que a criança deve ser alimentada						
Sempre que quiser	14	70	6	30		
3 em 3 horas	5	25	15	75		
2 em 2 horas	0	0	0	0		
Não sabe	1	5	0	0		

Tempo de duração de cada mamada

O tempo que o bebê quiser	19	95	1	5
15 min.	1	5	0	0
30 min.	0	0	0	0
Não sabe	0	0	0	0

Caso apresente mamas endurecidas, quentes e avermelhadas, o que fazer (mamas ingurgitadas)

Massagem	5	25	15	75
Compressa fria	0	0	0	0
Compressa quente	1	5	95	15
Ordenha	1	5	95	15
Toma remédio para dor	0	0	0	0
Mais de uma opção (massagem, compressa quente e ordenha)	4	20	16	60

Tabela 4: Conhecimento sobre técnicas de aleitamento maternos das gestantes participantes do estudo. Recife PE, 2014.

Não é papel da mãe estabelecer um tempo determinado para a amamentação, e sim a criança, de acordo com sua própria necessidade. É importante que a livre demanda seja estimulada, uma vez que ela é inerente ao comportamento do neonato, que mama sem padrões pré-estabelecidos de horário ou frequência (FREITAS et al., 2008). Desse modo, esse cuidado foi relatado como adequado por 70% das gestantes participantes desse estudo e está de acordo com o que é preconizado pela literatura.

Mesmo as gestantes da Colônia Penal Feminina do Recife demonstrando conhecer de forma satisfatória algumas técnicas, é importante que sempre haja o reforço por meio de ações educativas que visem promover boas práticas de aleitamento materno. Por isso, faz-se necessário a adoção de medidas preventivas a essa situação, tendo então o enfermeiro um papel crucial, pois cabe a ele instruir sobre o manejo adequado diante dessas situações, onde a educação em saúde é uma premissa desta profissão.

Além de todos esses cuidados supracitados pelas gestantes, o ato de amamentar vai muito além do simples manejo da técnica. Amamentar é um ato de amor, carinho e cuidado para com seu filho. Fortalece os vínculos, transformando mulher em mãe, onde esse vínculo não é obtido com mamadeiras e bicos artificiais, mas sim com o contato pele a pele do bebê com sua mãe, devendo ser sempre promovido em qualquer cenário que a gestante esteja inserida.

4 | CONCLUSÃO

O estudo mostrou que as gestantes participantes demonstraram um conhecimento adequado sobre o aleitamento materno bem como o manejo de suas técnicas. Os resultados obtidos foram semelhantes aos obtidos com gestantes pesquisadas de outros estados bem como com de outro cenário que não fosse o cárcere. A realidade

que estas mulheres estão inseridas pode, para muitos, parecer um ambiente hostil para a promoção de saúde, entretanto não podemos esquecer que essas mulheres fazem parte da sociedade, e não se pode deixar que a saúde dessas gestantes e seus bebês padeçam em decorrência dos crimes que elas cometeram. Mesmo com todos os resultados positivos acerca dos cuidados necessários para uma amamentação adequada, é importante que haja o reforço dessas boas práticas, através da educação em saúde, que deve ser promovida pelos profissionais dessa área nesse ambiente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei Nº 11.942, de 28 de maio de 2009. Dá nova redação aos arts. 14, 83 e 89 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. **Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência**, Brasília, DF, 28 mai. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11942.htm>. Acesso em: 10 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica - nº 23. **Saúde da Criança: Nutrição Infantil: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2015.

BRASIL. Secretaria-Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional da Juventude. **Mapa do Encarceramento. Os jovens do Brasil**. Brasília, DF, 2015. Disponível em <http://www.pnud.org.br/arquivos/encarceramento_WEB.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2015.

CARVALHO, M. L.; VALENTE, J. G.; ASSIS, S. G.; VASCONCELOS, A. G. G. **Perfil dos internos do sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.11, n. 2, p. 461-471, 2006.

FREITAS, G. L.; JOVENTINO, E. S.; AQUINO, P. S.; PINHEIRO, A. K. B.; XIMENES, L. B. **Avaliação do conhecimento das gestantes acerca da amamentação**. Reme - Revista Mineira de Enfermagem, Minas Gerais, v. 12, n. 4, p. 461-468, 2008.

GALVÃO, M. C. B.; DAVIM, R. M. B. **Ausência de assistência à gestante em situação de cárcere privado**. Cogitare Enferm, Rio Grande do Norte, v.18, p. 452-459, 2013.

MIRANDA, A. E.; MERÇON-DE-VAGAS, P. R.; VIANA, M. C. **Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil**. Rev Saúde Pública, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 255-260, 2004.

MOIMAZ, S. A. S.; SALIBA, O.; BORGES, H. C.; ROCHA, N. B.; SALIBA, N. A. **Desmame precoce: falta de conhecimento ou de acompanhamento?**. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v.13, p. 53-59, 2013.

PICCININI, C. A.; GOMES, A. G.; NARDI, T.; LOPES, R. S. **Gestação e constituição da maternidade**. Psicologia em estudo, Maringá, v.13, n. 1, p. 63-72, 2008.

PÍCOLI, R. P.; SANTOS, J. P. S.; ARAZAWA, C. Y.; MEDEIROS, I. C. P.; LEITE, M. F.; FURTADO, N.; FREITAS, P. H. G. V.; REIS, E. **Gestação e puerpério no cárcere: Estudo descritivo da atenção à saúde**. Revista Baiana de Saúde Publica, Bahia, v. 28, n. 1, p. 67-82, 2014.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P.; **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.

SANTANA, J. M.; BRITO, S. M.; SANTOS, D. B. **Amamentação: Conhecimento e prática de**

gestantes. O mundo da saúde. São Paulo, v. 37, n. 3, p. 259-267, 2013.

SANTOS, C. C. A. T. **Um olhar sobre a Colônia Penal Feminina do Recife: Dinâmica e compreensão do perfil da mulher no cárcere.** Monografia. Recife, 2009.

SCHERER, Z. A. P.; SCHERER, E. A.; NASCIMENTO, A. D.; RAGOZO, F. D. **Perfil sociodemográfico e história penal da população encarcerada de uma penitenciária feminina do interior do Estado de São Paulo.** SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, Ribeirão Preto-SP, v.7, n. 2, p. 55-62, 2011.

VOLPATO, S. E.; BRAUN, A.; PEROGIM, R. M.; FERREIRA, D. C.; BEDUSCHI, C. S.; SOUZA, K. M. **Avaliação do conhecimento da mãe em relação ao aleitamento materno durante o pré-natal em gestantes atendidas no Ambulatório Materno Infantil em Tubarão, SC.** Arquivos Catarinenses de Medicina, Santa Catarina, v.38, n.1, p. 49-55, 2009.

USO DE MEDICAMENTOS POR MÃES ADOLESCENTES DURANTE A AMAMENTAÇÃO

Edna Maria Camelo Chaves

Universidade Estadual do Ceará-UECE,
Fortaleza, Ceará.

Ana Paola de Araújo Lopes

Universidade Estadual do Ceará-UECE,
Fortaleza, Ceará.

Rebecca Camurça Torquato

Universidade Estadual do Ceará-UECE,
Fortaleza, Ceará.

Aliniana da Silva Santos

Universidade Estadual do Ceará-UECE,
Fortaleza, Ceará.

Lidiane do Nascimento Rodrigues

Universidade Estadual do Ceará-UECE,
Fortaleza, Ceará.

Ana Valeska Siebra e Silva

Universidade Estadual do Ceará-UECE,
Fortaleza, Ceará.

RESUMO: O aleitamento materno se caracteriza como a prática de alimentar o recém-nascido com o leite humano. Porém, há situações em que é inevitável o uso de medicamentos pelas nutrizes durante o período de amamentação. O objetivo do estudo foi identificar os medicamentos utilizados por nutrizes. A pesquisa foi quantitativa, realizada com 40 nutrizes adolescentes que se encontravam no banco de leite humano e unidade neonatal. As nutrizes participantes tinham idade entre 15 a

19 anos, sendo que 34(85%) responderam que usaram medicamento durante a amamentação. Dentre os medicamentos mais utilizados temos o sulfato ferroso com 38,2% , dipirona com 35,2%, paracetamol com 22,5%. O estudo permite concluir que os medicamentos utilizados durante amamentação apresentam compatibilidade com amamentação.

PALAVRAS-CHAVE: Uso de Medicamentos; Adolescente; Aleitamento Materno; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT: Breastfeeding is characterized as the practice of feeding the newborn to human milk. However, there are situations in which the use of drugs by the nursing mothers during the breastfeeding period is unavoidable. The objective of the study was to identify the medications used by nursing mothers. The research was quantitative, performed with 40 adolescent mothers who were in the human milk bank and neonatal unit. Among the most commonly used drugs are ferrous sulphate (38.2%), dipyrrone (35.2%), paracetamol (50%), and acetaminophen 22.5%. The study concludes that the medications used during breastfeeding are compatible with breastfeeding.

KEYWORDS: Drug Utilization; Adolescent; Breast Feeding; Nursing Care.

1 | INTRODUÇÃO

O aleitamento materno oferece inúmeros benefícios para o binômio mãe/bebê. É considerado o alimento ideal para o recém-nascido, pois é composto de todos os nutrientes necessários para um crescimento e desenvolvimento saudável e por possuir a capacidade de se adequar de acordo com as necessidades da criança, tornando o processo da amamentação uma estratégia fundamental para uma plena saúde das crianças (BRASIL, 2009). Outros benefícios citados são: melhora do desempenho cognitivo, da imunidade, do desenvolvimento neurológico, redução da incidência de Síndrome da Morte Súbita Infantil, doenças alérgicas/de hipersensibilidade e desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 1 (insulino dependente) e tipo 2 (não insulino dependente) (ABRAHAMS; LABBOK, 2011; KIMURA *et al.*, 2006).

A amamentação também pode desempenhar um papel importante para a mulher, diminuindo a depressão pós-parto, sangramento, redução do peso, redução do risco de osteoporose e da incidência de câncer de mama e de ovário (JORDAN *et al.*, 2010; MARANHÃO *et al.*, 2015).

Na adolescência, ocorrem muitas mudanças, que podem ocasionar transtornos psicossociais, doenças sexualmente transmissíveis e problemas relacionados à gravidez, ao parto e ao puerpério (QUIROGA; VITALLE, 2013).

Esse período de vida compreendido entre os 10 e 19 anos de idade (WHO, 1995), tem sido considerado fator de risco para o sucesso do aleitamento materno, pois nessa fase da vida, as adolescentes se deparam com muitas dificuldades (LEAL *et al.*, 2010).

Resultados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal, realizado no ano de 2009, mostram que as mães adolescentes apresentam os menores índices (35,8%), quando comparado com mulheres na faixa etária de 20-35 anos (44%) (BRASIL, 2009a).

Apesar das vantagens do leite materno, devem-se considerar as situações de risco/benefício da terapia medicamentosa na mulher que amamenta. É importante que os profissionais de saúde tenham conhecimento sobre os efeitos teratogênicos de uma minoria de drogas usadas durante a gestação, porém, é importante enfatizar que, enquanto a placenta permite a passagem de drogas para o feto, o epitélio alveolar mamário funciona como uma barreira quase impermeável (BRASIL, 2010).

No período de amamentação, é comum o adoecimento da mãe, levando-a ao uso de medicamentos para alívio de sinais e sintomas decorrentes das patologias (CHAVES; LAMOUNIER; CESAR, 2007), causando preocupação comum entre as mulheres e lactantes que estão fazendo uso de medicamentos (JORDAN *et al.*, 2010).

Embora a maioria dos medicamentos utilizados pelas nutrizes seja compatível com a amamentação, requerem cautela ao serem prescritos, devido aos riscos de efeitos adversos nos lactentes e/ou na lactação. A indicação criteriosa do tratamento materno e a seleção cuidadosa dos medicamentos geralmente permitem que a amamentação continue sem interrupção e com segurança (BRASIL, 2010).

Quando se trata de nutrizes adolescentes, é preciso considerar os seus limites e inseguranças, sendo fundamental que o profissional da saúde identifique quais as principais doenças que acometem esse público durante a amamentação, no intuito de apoiá-las e orientá-las em relação aos medicamentos que podem ou não serem utilizados.

Assim, o objetivo do estudo foi identificar quais os medicamentos utilizados pelas mães adolescentes em aleitamento materno.

2 | METODOLOGIA

A pesquisa utilizou uma abordagem quantitativa com estudo de campo, visto que, foram quantificadas as adolescentes nutrizes que utilizaram algum medicamento durante a amamentação.

A coleta foi realizada em um hospital do Sistema Único de Saúde de referência em alta complexidade, em Fortaleza-Ceará, referência para o atendimento de gestantes de alto risco.

A amostra foi constituída por 40 mães adolescentes, que se encontravam no banco de leite humano ou na UTI Neonatal do referido hospital. Amostragem foi por conveniência. Os dados foram coletados de agosto a novembro de 2016.

Foram incluídas as nutrizes adolescentes que se encontravam no Banco de Leite e na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do hospital independente do número de gestações anteriores. Foram excluídas as nutrizes com filhos com idade superior a 24 meses.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um formulário com perguntas abertas e fechadas para a coleta das informações. As variáveis do estudo foram idade materna, escolaridade, local da orientação para o aleitamento materno, estado civil, motivo para o uso da medicação e medicamento utilizado durante o período de amamentação.

Os dados foram tratados pela estatística descritiva apresentados em tabelas, sendo fundamentados conforme literatura pertinente ao tema.

A pesquisa atendeu a todos os preceitos éticos envolvendo Seres Humanos com número de protocolo 1.485.625. As participantes foram esclarecidas por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido e termo de assentimento.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

O aleitamento materno e o uso de medicamentos têm despertado interesse dos profissionais de saúde, pois o uso indiscriminado pode trazer repercussões para mãe e para o lactente. O uso de medicamentos durante amamentação requer cuidados

e deve ser acompanhada pelos profissionais da equipe multiprofissional. A tabela 1 descreve as características sociodemográficas das nutrizes adolescentes.

As participantes do estudo foram adolescentes apresentando idade entre 15 a 19 anos, sendo 26(65,0%) na faixa etária de 17-19 anos. Destaca-se que 12(30,0%) apresentavam ensino fundamental incompleto. Quanto ao estado civil, 20 (50,0%) mães eram solteiras. A maioria das mães teve o parto prematuro 23(57,5). Na instituição do estudo as mães receberam informações sobre o aleitamento materno após o parto. Ressalta-se que quatro mães adolescentes estavam com dois filhos.

Características sociodemográficas	N	%
Idade (anos)		
Menor de 16	14	35,0
17 – 19	26	65,0
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	11	27,5
Ensino fundamental completo	10	25,0
Ensino médio incompleto	12	30,0
Ensino médio completo	7	17,5
Estado civil		
Solteira	20	50,0
União consensual	15	37,5
Casada	5	12,5
Duração da gestação (semanas)		
< do que 37	23	57,5
≥ do que 38	17	42,5
Local da orientação sobre AM		
Banco de leite	37	92,5
Unidade neonatal	3	7,5
Número de filhos		
Um	36	90,0
Dois	4	10,0

Tabela 1. Descrição das características das nutrizes adolescentes de uma unidade hospitalar. Fortaleza-Ceará. 2016.

Nota: dados da pesquisa

A idade é um fator de risco para o aleitamento materno em adolescentes. Nessa faixa etária, os profissionais de saúde devem elaborar estratégias a serem desenvolvidos, a fim de ampará-las e torná-las protagonistas na transição para o papel maternal, contribuindo positivamente para o processo de amamentação (CAMAROTTI *et al.*, 2011).

Outro aspecto importante é escolaridade, sabe-se que, a baixa escolaridade pode dificultar o aleitamento materno para os recém-nascidos, pois as mães podem não dar o real valor a esse alimento, que tem uma contribuição calórica e energética que influencia no crescimento e desenvolvimento da criança e, assim, não entenderão a necessidade do aleitamento materno exclusivo para a criança até os seis meses de

vida (MARGOTTI; EPIFANIO, 2014).

O estado civil é outro fator importante para o aleitamento materno. Estudos apontam que as mulheres casadas podem contar com o parceiro e tornam-se mais confiantes (HERNANDES *et al.*, 2018, DODT *et al.*, 2013).

As atividades de educação em saúde são necessárias nas unidades assistenciais para o empoderamento das adolescentes nutrizes. As evidências nos estudos apontam para o enfoque individual das necessidades específicas identificadas a partir do conhecimento e do seu ambiente social (LEAL *et al.*, 2016). O estímulo ao uso de métodos contraceptivos poderia melhorar os índices de gravidez na adolescência além influenciar positivamente no nível educacional desses jovens (ARRUDA *et al.*, 2018).

O uso de medicamentos por nutrizes adolescentes, muitas vezes tem seu início ainda na maternidade para tratar complicações clínicas no pós-parto, como dor, processos infecciosos ou inflamatórios. Sabe-se das influências negativas de alguns medicamentos durante amamentação (HALE, ROWE, 2017; CHAVES, LAMOUNIER, CÉSAR, 2011).

Na tabela 2, descrevem-se as variáveis clínicas das nutrizes adolescentes, que se encontram participantes do estudo. Quanto ao fato de ter usado medicamento durante a amamentação, 85% das mães responderam sim 15% da amostra responderam não. Dentre os medicamentos mais utilizados temos o sulfato ferroso com 38,2%, dipirona com 35,2%, paracetamol 22,5%, seguido de cefalexina 11,7% e o butilbrometo de escopolamina 38,8%.

Variáveis clínicas	N	%
Problemas de saúde *		
Cefaléia	34	85,0
Anemia	13	32,5
Estado gripal	5	12,5
Hipertermia	10	25,0
Infecção	4	10,0
Dor abdominal	3	7,5
Náuseas	2	5,0
Orientações para uso do medicamento		
Sim	16	40,0
Não	24	60,0
Uso de medicamentos na amamentação		
Sim	34	85,0
Não	6	15,0
Interrompeu amamentação		
Sim	4	10,0
Não	36	90,0
Medicamentos utilizados *		
Sulfato ferroso	13	32,5
Dipirona	12	30,0
Paracetamol	9	22,5

Cefalexina	4	10,0
Butilbrometo de escopolamina	3	7,5
Ibuprofeno	2	5,0

Tabela 2. Descrição das variáveis clínicas das nutrizes. Fortaleza-Ceará.

Nota: dados da pesquisa. Obteve-se mais de uma resposta.

Os problemas clínicos mais citados pelas mães foram a cefaléia 34(85,0) e anemia 13(32,5%). Quanto ao fato de ter usado medicamento durante a amamentação, 34(85%) das mães responderam sim e 6(15%) da amostra responderam não. Dentre os medicamentos mais utilizados temos o sulfato ferroso com 32,5% das mães, dipirona com 30,0%, paracetamol foi consumido por nove mães, seguido de cefalexina e butilbrometo de escopolamina.

Apesar difusão das informações sobre o uso de fármacos durante a amamentação, ainda não se conhecem os efeitos de muitos medicamentos utilizados por nutrizes na criança. Isso ocorre devido à introdução de novos medicamentos no mercado e também pela falta de dados sobre a segurança desses medicamentos durante a amamentação. (BRASIL, 2014).

Das nutrizes participantes do estudo, 85,0% fizeram uso de algum medicamento durante a lactação. É importante ressaltar que o enfermeiro na unidade básica realiza muitas atividades de promoção a saúde, e uma das ações importantes a ser desenvolvidas é a orientação as nutrizes que estão fazendo uso de alguma medicação, principalmente devido ao risco de reações adversa que podem atingir as crianças através do leite materno (MOTA *et al.*, 2013).

Por isso, é necessário que os profissionais da saúde tenham conhecimentos adequados para poder orientar essas mães de acordo com a situação de cada uma e avaliando o risco e o benefício da utilização de cada fármaco tanto para a saúde da mulher quanto para a saúde da criança. Nesse contexto, destaca-se o enfermeiro como membro da equipe da saúde, atuando em vários programas nas unidades. Faz-se necessário a atualização desses profissionais deve ser permanente, para oferecer uma assistência com qualidade.

Nesse estudo, observou-se que 34,0% das participantes afirmaram ter recebido algum tipo de orientação dos profissionais da saúde sobre o uso de medicamentos durante a lactação. Esse índice mostra que a estratégia de orientação e outras atividades devem ser planejadas e implementadas nos serviços de saúde.

Das nutrizes do estudo, quatro suspenderam a amamentação por achar que o medicamento utilizado poderia trazer algum problema para o recém-nascido. As orientações sobre o uso de medicamentos durante a amamentação são importantes, pois existe uma relação entre o uso de fármacos e o desmame, demonstrando a necessidade de uma permanente atualização dos profissionais para que possa haver uma orientação segura e eficaz sobre o uso de medicações durante a amamentação

(CHAVES; LAMOUNIER, CÉSAR, 2007, 2011).

Durante o aleitamento materno a mãe pode precisar fazer uso de algum tipo de medicamento para os mais diversos tipos de sinais e sintomas. É comum recomendar a interrupção da amamentação devido o uso de fármacos, porém na maioria das vezes o medicamento é compatível com o aleitamento e essas orientações são feitas devido ao pequeno número de medicamentos que são contra-indicados para mulheres em lactação. No momento atual, sabe-se que poucos medicamentos têm algum efeito colateral na criança durante a amamentação, pois o tecido mamário funciona como uma barreira que impede a passagem do fármaco. Somente quando o tratamento medicamentoso da mulher quer fármacos incompatíveis com o aleitamento materno é que deve ser suspenso a amamentação (BRASIL, 2014).

O pós-parto é um período de transformação e adaptação que a mulher passa e pode ser necessário o uso de algum medicamento. Esse uso de fármacos é comum devido a necessidade de combate a infecções, o tratamento de doenças crônicas que necessitam de medicamentos contínuos e, em muitos casos, devido a depressão pós-parto que atinge muitas mulheres nesse período tão delicado que é o puerpério. (FRAGOSO; SILVA E MOTA, 2014).

Os medicamentos prescritos devem ser compatíveis com o período de lactação. Devem-se considerar alguns pontos importantes quando a nutriz faz tratamento medicamentoso, visto que a preparação química provocar alterações fisiológicas na nutriz que faz o seu uso, e na criança que se alimenta dessa mulher, ou seja, o tratamento que as mulheres que amamentam se submetem devem ser eficazes para o seu adoecimento, ao mesmo tempo, não causarem efeitos adversos no lactente (BERLIN; VAN DEN ANKER, 2013).

Em relação ao uso de analgésicos durante a amamentação, o uso do paracetamol pode ser indicado pelos profissionais de saúde, pois a quantidade excretada desse fármaco através do leite materno é muito pequena. Já a dipirona pode causar algumas complicações na criança e por isso é recomendado o uso de outros tipos de analgésicos (CARVALHO E TAVARES, 2014).

Dentre os anti-inflamatórios não esteroidais, o mais utilizado pelas nutrizes foi o ibuprofeno. Estudos mostram o melhor nível de segurança durante a amamentação, pois a dose que a criança recebe é menor que 0,001% que a dose que a mulher faz uso, podendo ser utilizado nas doses habituais. O uso de anticoncepcionais durante a lactação querer atenção. Os anticoncepcionais que contêm estrogênio em sua fórmula podem causar uma diminuição da produção de leite materno, principalmente se utilizados após o parto (CARVALHO E TAVARES, 2014).

Um aspecto importante foi que a maioria dos medicamentos consumidos pelas nutrizes adolescentes era de uso compatível com a amamentação. Esse achado assemelha-se a outros estudos realizados (CHAVES *et al.*, 2017; MOTA *et al.*, 2013).

O uso de medicamentos durante a lactação merece atenção por parte dos profissionais de saúde nas unidades básicas de saúde e hospitalares, pois se sabe

que ao lactente pode apresentar efeitos colaterais, decorrentes da passagem do medicamento através do leite materno. Manter a lactação nesse contexto merece atenção especial, pois o leite materno é o alimento ideal para qualquer recém-nascido e lactente nos seis primeiros meses de vida.

4 | CONCLUSÃO

O estudo permite concluir que o uso de medicamentos durante o período da amamentação é frequente entre as mães adolescentes, no entanto os medicamentos utilizados apresentam compatibilidade com amamentação. Apesar de algumas mães evitarem ingerir qualquer medicamento, mesmo sentido algum problema de saúde, ainda é significativa a quantidade daquelas que se submetem a terapia medicamentosa tendo como principal fator estimulante, o alívio dos sinais e sintomas recorrentes no período pós-parto como a dor.

Esse estudo contribui com a prática clínica dos profissionais de saúde, em particular o enfermeiro, que precisa fazer orientações quanto ao uso de fármacos durante a amamentação, estando sempre baseado na relação risco/benefício, ou seja, até que ponto esse medicamento está servindo para a saúde da mãe e não está causando nenhuma alteração biológica ou fisiológica na saúde do bebê.

REFERÊNCIAS

ABRAHAMS, S.W.; LABBOK, M.H. Amamentação e otite média: uma revisão de evidências recentes. **Curr. Allergy Asthma Rep.** v. 11, n.1, p. 508-512, 2011.

ARRUDA, G. T. de; WESCHENFELDER, A. J.; BRAZ, M. M.; PIVETTA, H. M. F. Perfil das nutrizes adolescentes e características relacionadas ao aleitamento materno em uma cidade do sul do Brasil. **Arquivo Ciência Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n. 1, p. 23-26, jan./ abr. 2018.

BERLIN, C. M.; VAN DEN ANKER, J. N. Safety during breastfeeding: Drugs, foods, environmental chemicals, and maternal infections. **Seminars in Fetal and Neonatal Medicine**, v. 18, n. 1, p. 13–18, 2013.

BERTINO, E. et al. Drugs and breastfeeding: instructions for use. **Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, v. 25, n. S4, p. 70–72, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009. 112p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed. –

Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias / Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.** – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2014.

CHAVES, A. F. L., DIAS, A.H.M., DIAS, I.K.A. et al. Consumo de medicamentos durante a amamentação e avaliação do risco ao lactente. *Revista RENE*, v. 18, n. 3, p.390-5, 2017.

CARVALHO, R. M.; TAVARES, L. A. M. **Amamentação: bases científicas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014, p. 254-274.

CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J. A.; CESAR, C.C. Medicamentos e amamentação: atualização e revisão aplicadas à clínica materno-infantil. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 25, n. 3, p. 276–288, 2007.

CHAVES RG, LAMOUNIER JA, CÉSAR CC. Association between duration of breastfeeding and drug therapy. *Asian Pacific Journal of Tropical Disease*, n.1, v. 3, p. 216-221, 2011.

DODT RCM, Ferreira AMV, Nascimento LA, Macêdo AC, Joventino ES, Ximenes LB. Influência de estratégia de educação em saúde mediada por álbum seriado sobre a autoeficácia materna para amamentar. *Texto Contexto Enfermagem*, n.22, v.3, p. 610-8. 2013.

FRAGOSO, V. M. S.; SILVA, E. D.; MOTA, J. M. Lactantes em tratamento medicamentoso da rede pública de saúde. *Revista Brasileira de Promoção Saúde*, Fortaleza, v. 27, n. 2, p. 283-290, Abr./Jun., 2014.

HERNANDES, T.A., FUGINAM, I. A.N., RAIMUNDO, E.C., CARDOSO, C.P., HIGA, E.F.R., LAZARINI, C.A. Characteristics of medication use during lactation. *Journal of Human Growth and Development* 2018; 28(2):113-119. 2018.

JORDAN, S.J.; SISKIND, V.; GREEN, A.C.; WHITEMAN, D.C.; WEBB, P.M. Breastfeeding and risk of epithelial ovarian cancer. *Cancer Causes Control*. v. 21, n.1, p. 109–116, 2010.

KIMURA, S.; MORIMOTO, K.; OKAMOTO, H.; UEDA, H.; KOBAYASHI, D. et al. Development of a human mammary epithelial cell culture model for evaluation of drug transfer into milk. *Archives of Pharmacal Research*, v.29, n.1, p.424–429, 2006.

HALE, T.W., ROWE, H.E. **Medications & Mothers' Milk.** Springer Publishing Company: New York [online], 2017. Disponível em: <http://www.medsmilk.com>.

LEAL, C.C.G., MACHADO, M.O.F., OLIVEIRA, L.C.Q., MONTEIRO, J.C.S., LEITE, A.M., GOMES-SPONHOLZ, F.A. Prática de enfermeiras na promoção do aleitamento materno de adolescentes brasileiras. *Ciencia y Enfermeria*, XXII, n.3, p. 97-106, 2016.

MARANHÃO, R. A. et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. *Caderno Saúde Coletiva*, v. 23, n. 2, p. 132-39, 2015.

MOTA, L. S.; CHAVES, E. M. C.; BARBOSA, R. C. M.; AMARAL, J. F.; FARIAS, L. F.; ALEMIDA, P. C. Uso de medicamentos durante a lactação por usuárias de uma unidade básica de saúde. *Revista RENE.*, v. 14, n. 1, p. 139-147, 2013.

QUIROGA, F. L.; VITALLE, M. S. S. O adolescente e suas representações sociais: apontamentos sobre a importância do contexto histórico. *Physis*, v. 23, n. 3, p. 863-878, 2013.

CONHECIMENTO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM QUANTO ÀS MANOBRAS DE REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR EM PEDIATRIA

Maria Laura da Silva

Universidade Federal de Pernambuco
Recife – PE

Patrícia Pereira Vasconcelos

Universidade Federal de Pernambuco
Recife - PE

Ana Paula Esmeraldo Lima

Universidade Federal de Pernambuco
Recife - PE

Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Universidade Federal de Pernambuco
Recife - PE

Suzana Lins da Silva

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando
Figueira
Recife - PE

Gabriela Cunha Schechtman Sette

Universidade Federal de Pernambuco
Recife - PE

RESUMO: A equipe de enfermagem deve dispor de conhecimentos científicos e estar preparada tecnicamente para agir frente à criança vítima de Parada Cardiorrespiratória (PCR) bem como prestar uma assistência adequada durante essa intercorrência. **Objetivo:** Investigar o conhecimento teórico-prático dos técnicos de enfermagem sobre a reanimação cardiopulmonar em pediatria. **Método:** Estudo

transversal, descritivo, quantitativo, com 108 técnicos de enfermagem que desenvolvem as atribuições nas enfermarias pediátricas do Instituto de Medicina Integral Prof Fernando Figueira, entre junho e setembro de 2016. Para a coleta foi estruturado um instrumento utilizando as Diretrizes da *American Heart Association* 2015. Os dados foram digitados em dupla entrada e processados utilizando o programa EPI-INFO 3.5.2. Foi realizada análise descritiva das variáveis, e para a análise bivariada, foi considerada como variável dependente Treinamento de Reanimação Cardiopulmonar, e como nível de significância $p < 0,05$. **Resultados:** Dos técnicos, 87% assumem uma atitude ativa na parada cardiorrespiratória, 82,4% têm conhecimento das principais causas, embora não sabem identificar os principais sinais do evento. 69,4% não conhecem a sequência da reanimação cardiopulmonar e 54,7% não sabem sobre o manejo da criança com tubo endotraqueal em parada. E 78,6% dos 84 profissionais que receberam treinamento souberam definir adequadamente parada cardiorrespiratória, com significância estatística (valor de p igual a 0,03). **Conclusão:** Os técnicos de enfermagem possuem pouco conhecimento teórico-prático relacionado à PCR e à RCP, porém a maioria recebeu treinamento e sabe a gravidade da situação clínica para a criança.

PALAVRAS-CHAVE: Reanimação cardiopulmonar. Parada cardiorrespiratória. Pediatria. Enfermagem.

ABSTRACT: The nursing staff must have scientific knowledge and be ready technically to act in front of the child victim of cardiopulmonary arrest (PCR) as well as provide adequate assistance during this period. **Objective:** Investigate the theoretical-practical knowledge of the technical team of nursing on cardiopulmonary resuscitation (CPR) in Pediatrics. **Method:** Cross-sectional study, descriptive, quantitative, with 108 nursing technicians of the General Hospital of Paediatrics Institute of Integral Medicine Professor Fernando Figueira, between June and September 2016. The data were typed in double entry and processed using the EPI-INFO program. Descriptive analysis was performed of the variables, and bivariate analysis. **Results:** Of the technicians, 87% are active attitude in PCR, 82.4% don't know how to identify the main signs of cardiopulmonary arrest (PCR), 82.4% have knowledge of the main causes of PCR, 69.4% don't know the sequence of CPR and 54.7% don't know about the management of the child with endotracheal tube on parade. **Conclusion:** Nursing technicians possess theoretical-practical knowledge related to PCR and RCP, but should be alert for updates of conduct and protocols to be taken in emergency situations.

KEYWORDS: Cardiopulmonary resuscitation. Cardiopulmonary arrest. Pediatrics. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é caracterizada pela interrupção súbita da atividade cardíaca, cessação das funções respiratórias e, conseqüentemente, rápida deterioração de órgãos (BERTOLO et al, 2014 e CITOLINO FILHO et al, 2015) que pode ser revertida por meio da Reanimação Cardiopulmonar (RCP) (MORAES et al, 2017). Nesta situação emergencial, o tempo representa um fator decisivo para evolução clínica do paciente, já que o retardamento no atendimento pode causar comprometimento cerebral irreversível (MACHADO; REZENDE, 2013). Esta condição representa um problema de saúde pública mundial tanto por sua gravidade como pelo início súbito e pela capacidade de conferir risco à vida (GONZALEZ, 2013).

O profissional de saúde é o responsável por prestar uma assistência qualificada utilizando tanto as habilidades técnicas (SANTOS, 2015) para reconhecer a situação, reverter o quadro (NEVES et al, 2017) e estabilizar o paciente (LIMA; ARAGÃO; MAGRO, 2016), como também, proporcionando o apoio familiar após o evento (PEREIRA; ESPÍNDULA, 2013). No atendimento de uma criança em PCR, a atuação da enfermagem exige conhecimentos técnicos-científicos, aprimoramento de habilidades, assim como o desenvolvimento de competências como a capacidade de atuar em equipe e de apresentar segurança, autonomia, racionalidade e controle emocional.

A equipe de enfermagem assiste a criança por meio do reconhecimento da

sintomatologia, seguido da chamada “corrente de sobrevivência” (MACHADO; REZENDE, 2013), necessitando de tomada rápida e segura de decisões com o intuito de evitar sequelas ou até mesmo a morte (GIURIATTI et al, 2014).

Alguns fatores podem contribuir para que a assistência não seja efetiva, como o não seguimento de protocolos (ABRANTES, 2015), a falta de conhecimento das diretrizes de RCP, além da inexperiência e insuficiente capacitação profissional (SALAZAR; GASPAR; SANTOS, 2017).

O treinamento em serviço sobre RCP é voltado para a aquisição do conhecimento teórico e prático dos profissionais frente à parada cardíaca (RIBEIRO; BARRETO; ESPÍNDULA, 2013). No entanto, mesmo os profissionais que recebem treinamento (MACHADO; REZENDE, 2013) podem apresentar declínio do conhecimento quando não há aplicabilidade regular da educação permanente no ambiente hospitalar.

Os técnicos de enfermagem geralmente são os primeiros a identificar uma PCR e constituem a maioria dos profissionais da equipe de saúde (PEREIRA et al, 2015), devendo estar aptos a reconhecer esse evento e de como proceder adequadamente nessa situação.

Portanto, o presente estudo tem como questão de pesquisa “Quais os conhecimentos que os técnicos de enfermagem apresentam sobre RCP em pediatria?”, objetivando investigar o conhecimento teórico-prático dos técnicos de enfermagem sobre a RCP em pediatria.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo transversal, descritivo-exploratório, utilizando a abordagem quantitativa. O estudo foi realizado nas enfermarias pediátricas clínica e cirúrgica do Hospital Geral de Pediatria (HGP) do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP.

A instituição referida foi fundada em 1960, é uma entidade filantrópica, voltado para o atendimento da população do Sistema Público de Saúde (SUS), prestando assistência integral à saúde do ser humano (da criança, do adolescente, do adulto e do idoso).

A população foi composta por todos os 125 técnicos de enfermagem que atuam nas enfermarias referidas. Utilizou-se como critério de inclusão a atuação na assistência por um período mínimo de 30 dias; e, foram excluídos os profissionais que estavam de férias, licença médica ou maternidade ou suspensão das atividades. Do total, foram excluídos 15 e 2 foram considerados como perdas, perfazendo uma amostra final de 108 técnicos de enfermagem.

O instrumento de pesquisa foi construído pelos pesquisadores e fundamentado nas Diretrizes da *American Heart Association* (AHA) 2015. Este foi composto por variáveis sócio-demográficas, de atuação profissional, de conduta dos técnicos de

enfermagem na identificação e manejo da PCR e RCP, e sobre o conhecimento teórico-prático dos mesmos.

A coleta de dados foi realizada no período de junho a setembro de 2016, tendo sido realizado teste piloto com 17 técnicos de enfermagem mediante aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE pelos participantes após esclarecimento do objetivo e do procedimento do estudo, bem como dos seus riscos e benefícios.

Os dados foram digitados em dupla entrada no banco criado no programa EPI-INFO versão 3.5.2, permitindo a realização da validação, da correção dos eventuais erros de digitação e da análise das variáveis. A associação entre a variável dependente (Treinamento de Reanimação Cardiopulmonar – TRCP) e as variáveis independentes (referentes ao conhecimento teórico-prático) foi realizada através do teste Qui-Quadrado de Pearson. Utilizou-se o teste Exato de Fisher quando os valores esperados eram menores que cinco, considerando-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

A coleta dos dados ocorreu após a aprovação concomitante dos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e do IMIP, sob o CAAE 52739116.8.3001.5201, atendendo à Resolução 466/2012.

3 | RESULTADOS

As características sócio-demográficas e de atuação profissional dos técnicos de enfermagem estão apresentadas na Tabela 1. A maioria dos participantes era casada, católica, estudou até o ensino médio, possuía renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, residia em casa própria, não possuía outro vínculo empregatício. Quanto à variável TRCP pediátrica, 77,8% realizaram treinamento proporcionado pelo hospital.

Fator Avaliado	N	%
Estado civil		
Solteiro	43	39,8
Casado	51	47,2
União Estável	14	13,0
Religião		
Católica	52	48,1
Evangélica	48	44,4
Espírita	3	2,8
Outras	5	4,7
Escolaridade		
Ensino Médio	72	66,7
Ens. Superior Incompleto	23	21,3
Ens. Superior Completo	13	12,0
Renda familiar		

1 Salário Mínimo	20	18,5
1 a 2 Salários Mínimos	54	50,0
2 a 3 Salários Mínimos	25	23,2
>3 Salários Mínimos	9	8,3
Tipo de Residência		
Própria	80	74,1
Alugada	24	22,2
Outros	4	3,7
Outro Vínculo		
Sim	32	29,6
Não	76	70,4
TRCP²		
Sim	84	77,8
Não	22	20,3
Ignorado	2	1,9

Tabela 1 Perfil sócio-demográfico e atuação profissional dos técnicos de enfermagem do Hospital Geral de Pediatria do IMIP, Recife-PE, 2016.

1. Hospital Geral de Pediatria: 2º (Clínica Cirúrgica), 3º e 4º (Pediatria Clínica);
2. Treinamento de Reanimação Cardiopulmonar.

A Tabela 2 apresenta os dados referentes à conduta dos técnicos de enfermagem na identificação e manejo da PCR e RCP. Verifica-se que 87% atuavam de forma ativa mediante o reconhecimento da PCR e aproximadamente 79% realizam o procedimento adequado no fornecimento de ventilação de suporte ao paciente com instabilidade hemodinâmica.

A maioria dos técnicos assumiu a correta preparação do paciente no leito (75,9%) e de forma ativa a administração de medicações (93,5%). A pulsação sem resposta após 10 segundos foi verificada na segunda checagem por outro profissional em 62% dos casos.

Fator Avaliado	N	%
Atuação na PCR		
Ativa	94	87,0
Passiva	13	12,1
Ignorado	1	0,9
Sabe identificar PCR		
Sim	19	17,6
Não	89	82,4
Criança com IH¹		
Ventila com RMSA ²	85	78,7
Verifica os SSVV	10	9,3
Realiza compressão	12	11,1
Ignorado	1	0,9
Pulsação SR³ após 10s		
Verifica novamente	3	2,8

Pede a outro profissional	67	62,0
Realiza Protocolo	38	35,2
Posiciona corretamente paciente no leito		
Sim	82	75,9
Não	26	24,1
Respiração anormal e pulso detectável		
Realiza VR ⁴	57	52,8
Realiza compressão	24	22,2
Verifica os SSVV	26	24,1
Ignorado	1	0,9
Pulso < 60ppm		
Realiza CAB ⁵	54	50,0
Ventila em ar ambiente	52	48,1
Ignorado	2	1,9
Administrar medicamento		
Passivo	7	6,5
Ativo	101	93,5

Tabela 2 Conduta dos técnicos de enfermagem na identificação e manejo da PCR e RCP Pediátrica, Recife-PE, 2016.

1. Instabilidade Hemodinâmica; 2. Reanimador Manual de Silicone Autoclavável; 3. Sem Resposta; 4. Ventilação de Resgate; 5. Compressão, Aberturas das vias aéreas e Ventilação.

Em relação aos conhecimentos teórico-práticos dos técnicos de enfermagem (Tabela 3), observa-se que a maioria (82,4%) dos profissionais soube definir PCR, e como as principais causas em pediatria a infecção respiratória e o choque (82,4%), 75,9% reconheceram a profundidade e frequência das compressões, 69,4% realizaram a abertura de vias aéreas e 75,9% sabiam a relação compressão/ventilação para dois socorristas. Por outro lado, 69,4% não souberam realizar a sequência correta da RCP e 54,7% referiram não saber a conduta adequada na reanimação do paciente com tubo endotraqueal.

Fator Avaliado	N	%
Definição de PCR		
Sim	89	82,4
Não	17	15,7
Ignorado	2	1,9
Principal causa de PCR		
Infarto	12	11,1
Sufocamento	6	5,6
Ins. respiratória e choque	89	82,4
Ignorado	1	0,9
Relação compressão/Ventilação (2 Socorristas)		
Sim	82	75,9

Não	26	24,1
Sequência na RCP		
ABC ¹	75	69,4
CAB ²	33	30,6
Abertura correta das VA ³		
Sim	75	69,4
Não	33	30,6
Profundidade e frequência das compressões		
Sim	82	75,9
Não	25	23,2
Ignorado	1	0,9
Reanimação pediátrica com tubo endotraqueal		
Sim	48	44,4
Não	59	54,7
Ignorado	1	0,9

Tabela 3 Conhecimento teórico-prático dos técnicos de enfermagem sobre PCR, Recife-PE, 2016.

1. Abertura de vias aéreas, ventilação e compressão; 2. Compressão, abertura de vias aéreas e ventilação, 3. Vias aéreas

Em relação à associação estatística entre o conhecimento teórico-prático e a realização de TRCP, constata-se que 78,6% dos profissionais que receberam treinamento, souberam definir adequadamente a PCR ($p=0,03$).

VARIÁVEIS	TRCP ¹ Não n= 24 (%)	TRCP Sim n= 84 (%)	P
Definição de PCR			
Não	1 (4,2)	18 (21,4)	0.03*
Sim	23 (95,8)	66 (78,6)	
Principal causa de PCR			
Não	4 (16,6)	15 (17,9)	0,58*
Sim	20 (83,4)	69 (82,1)	
Relação compressão/ Ventilação (2 Socorristas)			
Não	3 (12,5)	23 (27,4)	0.21*
Sim	21 (87,5)	61 (72,6)	
Sequência na RCP			
Não	17 (70,9)	58 (69,0)	0.93
Sim	7 (29,1)	26 (31,0)	
Aberturas correta das VA²			
Não	6 (25)	27 (32,1)	0.67
Sim	18 (75)	57 (67,9)	
Profundidade e frequência das compressões			
Não	7 (29,1)	19 (22,6)	0.69
Sim	17 (70,9)	65 (77,4)	

Conduta se Pulso < 60ppm			
Não	15 (62,5)	45 (53,6)	0.58
Sim	9 (37,5)	39 (46,4)	

Tabela 4 Análise bivariada da associação entre variáveis relacionadas ao conhecimento teórico-prático dos técnicos de enfermagem do Hospital Geral de Pediatria do IMIP e a realização de Treinamento de RCP. Recife- PE, 2016.

*Teste exato de Fisher

1. Treinamento de Reanimação Cardiopulmonar; 2. Vias Aéreas

4 | DISCUSSÃO

Os técnicos de enfermagem que participaram da pesquisa possuíam ensino médio, sendo este o nível de escolaridade mínimo exigido para atuarem na assistência. Poucos possuíam ensino superior concluído ou em andamento, dado semelhante ao perfil nacional, em que os trabalhadores de nível médio possuem escolaridade acima da exigida para desempenhar suas funções, correspondendo a 11,7% de profissionais com ensino superior completo e 23,8% com ensino superior incompleto (FIOCRUZ, 2015).

Na atuação dos técnicos de enfermagem em uma PCR, participantes afirmaram assumir um desempenho ativo durante o evento, entretanto a maioria não consegue verificar o pulso em 10 segundos, preferem acionar outro profissional para checar a pulsação antes de iniciar o protocolo de RCP, situação em que deveriam adotar uma resposta imediata e em um curto período de tempo. Estudo realizado na unidade de emergência pediátrica, em São Paulo, verificou que os profissionais de saúde também não determinam com exatidão a presença ou ausência de pulsação em criança ou recém-nascido (BERTOLO et al, 2014).

A constatação da instabilidade e o início do atendimento em uma PCR são primordiais para identificação do quadro em crianças, é cabível checar pulsação em menos de 10 segundos, acionar um serviço e iniciar precocemente a RCP (AHA, 2015). A PCR é uma situação de emergência em que a vítima deve ser assistida de maneira rápida e em um curto espaço de tempo pelo profissional, desse modo o atendimento não pode ser protelado, pois a presteza e a rapidez de iniciativa são fatores decisivos para vida (MACHADO; REZENDE, 2013).

A maioria dos técnicos de enfermagem não sabe identificar clinicamente a PCR; indicando como os principais sinais, a pele pálida, fria e a sonolência. Conforme as diretrizes da AHA, se não há resposta, não há respiração ou a presença de respiração anormal, deve-se presumir que a vítima encontra-se em PCR (AHA, 2015).

Em um estudo realizado em uma Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal em Cajazeiras na Paraíba, foi verificado que a equipe de enfermagem sabia identificar os sinais e sintomas da PCR (ABRANTES, 2015), refutando o que foi encontrado

no presente estudo, mostrando diferenças de conhecimento da classe em relação à localidade geográfica brasileira.

Observou-se que a insuficiência respiratória e o choque são as principais causas de parada na criança; e saber reconhecer precocemente essas situações de emergência como a insuficiência respiratória ou circulatória pode prevenir a PCR (BERTOLO et al, 2014 e GIURIATTI et al, 2014).

As condutas assumidas durante o preparo do paciente no leito, na administração de medicações, na criança em instabilidade hemodinâmica, e na assistência ventilatória em caso de risco de PCR foram respondidas positivamente no estudo em questão. Isto corrobora o disposto nas diretrizes da AHA, que o paciente deve estar bem posicionado no leito, receber o aporte ventilatório adequado e ser medicado com responsabilidade pelo profissional que lhe confere assistência (AHA, 2015).

Em se tratando do conhecimento teórico-prático sobre a definição da PCR em crianças, as principais causas, a profundidade e a frequência da RCP, as respostas foram adequadas. Entretanto, a maioria não tinha conhecimento sobre a nova atualização da sequência das manobras de reanimação (compressão, abertura das vias aéreas e ventilação), e não sabiam como atuar na situação da criança em parada, utilizando o tubo endotraqueal. Em estudo realizado com socorristas do SAMU foi verificado que eles conheciam as novas diretrizes da AHA e a sequência correta de RCP, porém a maioria errou a técnica de identificação da PCR e os percentuais de acertos e erros em relação a frequência e a profundidade estavam muito próximos (SALAZAR; GASPAR; SANTOS, 2017).

As atualizações relacionadas à reanimação são elaboradas e revisadas a cada cinco anos pela AHA, trazendo modificações de grande relevância para a melhoria da RCP e o aumento da sobrevivência do paciente em PCR. Em 2010, por exemplo, foi lançada uma nova versão do protocolo de atendimento para profissionais da saúde e leigos, tendo como objetivo melhorar e unificar o atendimento aos pacientes que necessitassem de um atendimento cardiovascular de emergência (RIBEIRO; BARRETO; ESPÍNDULA, 2013). Essa versão teve como foco a reorganização dos três passos da RCP, que passaram do formato ABC para CAB. Sendo A, abertura de vias aéreas; B, ventilação e C, compressão (AHA, 2010).

A versão mais atualizada é a Diretriz da AHA publicada em 2015, que aborda os tópicos trazidos na revisão de evidência da *International Liaison Committee on Resuscitation* ILCOR 2015 e não constituiu uma revisão completa da Diretriz da AHA 2010. Como nas versões anteriores, a Diretriz da AHA mais atual traz o Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV) tanto para adultos como também crianças e neonatos. Muitas das principais questões e procedimentos do SBV e SAV em pediatria são as mesmas do adulto, porém com pequenas particularidades, como a relação da compressão/ventilação, a profundidade da compressão e o posicionamento das mãos (AHA, 2015).

Desse modo, as atualizações sobre as novas diretrizes são fundamentais para

uma assistência adequada e alcançar os menores índices de mortalidades relacionadas à PCR, já que o desconhecimento e o não seguimento de protocolos afeta a qualidade do atendimento (GIURIATTI et al, 2014).

O estudo evidenciou associação estatisticamente significativa entre ter o TRCP e saber definir PCR. Esse resultado se deu, provavelmente, por se tratar de um Hospital Escola e definições sobre a temática serem regularmente dialogadas entre estudantes, residentes, professores e profissionais da área quando realizam os estudos de casos, as discussões e os debates nas enfermarias.

Alguns técnicos de enfermagem também souberam identificar as principais causas de PCR, a relação compressão/ ventilação, a abertura correta das vias aéreas, a profundidade e a frequência das compressões em crianças, mesmo sem obterem TRCP. Apesar dos elevados percentuais de acertos para os que não receberam treinamentos, é evidente que os técnicos de enfermagem devem permanecer em constante aprendizagem, receber capacitação continuamente como forma de melhorar a assistência (MARCONDES et al, 2015). Nesta perspectiva, Santos (2015) e Pereira (2015) afirmam que devem haver práticas de capacitações permanentes para atuarem diante de uma situação de PCR.

Tanto os profissionais que realizaram quanto os que não realizaram treinamento, não souberam a conduta a ser tomada mediante reconhecimento de uma criança com pulso menor ou igual a 60 pulsações por minuto, além de não saberem a sequência correta da RCP. Estudo realizado em Minas Gerais mostrou que 50% dos profissionais responderam incorretamente quanto à sequência de atendimento em PCR (ALVES; BARBOSA; FARIA, 2013), verificando que os profissionais ainda continuam desatualizados.

5 | CONCLUSÃO

Os resultados evidenciaram que os técnicos de enfermagem possuem pouco conhecimentos teórico-práticos relacionados à PCR e RCP. Essa fragilidade exige atualização, seguimento de protocolos e adequação de condutas a serem adotados em situações emergenciais. Nessa perspectiva, o serviço de saúde também representa um componente importante em incentivar e possibilitar a capacitação teórica e prática de toda a equipe, trabalhando na qualificação, na aquisição e no domínio de habilidades e na melhoria da assistência.

Uma das limitações foi o tipo de estudo, que apreendeu somente o disposto no instrumento utilizado na pesquisa em um único momento, e não foi possível a avaliação da atuação e das condutas práticas dos técnicos de enfermagem. Desta forma, faz-se necessário a realização de novos estudos que abordem a temática estudada.

REFERÊNCIAS

- ABRASTES, A. W. B. et al. Conhecimentos, atitudes e práticas da enfermagem sobre a parada cardiorrespiratória em unidade de cuidados intermediários de neonatologia: estudo qualitativo no nordeste do Brasil. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 1, p. 97- 101, 2015.
- AHA. AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE**. 2010.
- _____. **Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2015 para RCP e ACE**. 2015.
- ALVES, C. A.; BARBOSA, C. N. S.; FARIA, H. T. G. Parada cardiorrespiratória e enfermagem: o conhecimento acerca do suporte básico de vida. **Cogitare Enfermagem**, v.18, n.2, p. 296-301, 2013.
- BERTOLO, V. F. et al. Conhecimento sobre ressuscitação cardiopulmonar dos profissionais da saúde da emergência pediátrica. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n.4, p.546-50, 2014.
- CITOLINO FILHO, C. M. et al. Fatores que comprometem a qualidade da ressuscitação cardiopulmonar em unidades de internação: percepção do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.49, n.6, p. 908-914, 2015.
- FIOCRUZ. Pesquisa inédita traça o perfil da enfermagem no Brasil. 2015. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem-no-brasil>. Acesso em: 05 de novembro de 2016.
- GIURIATTI, Z. M. P. et al. Norma técnica para intervenção de enfermagem em parada cardiorrespiratória pediátrica. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR**, v.6, n.2, p.11-17, 2014.
- GONZALEZ, M. M. et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 101, n. 2, Supl. 3, p. 1-221, 2013.
- LIMA, A. S.; ARAGÃO, J. M. N.; MAGRO, M. C. S. Ritmos cardíacos e desfecho de parada cardiopulmonar em unidade de emergência. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v.10, n. 5, p.1579-85, 2016.
- MACHADO, E. C. M.; REZENDE, M. S. Sentimentos expressos pelos profissionais de enfermagem frente a uma parada cárdio-respiratória. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 4, n. 2, p. 131-41, 2013.
- MARCONDES, F. L. et al. Capacitação profissional de enfermagem na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista Pró-UniverSUS**, v.6, n.3, p. 09-15, 2015.
- MORAES, C. L. et al. Conhecimento de acadêmicos de enfermagem sobre a reanimação. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.7, n.e1779, p.1-9, 2017.
- NEVES, T. S. et al. Atualizações no atendimento a vitima pediátrica em parada cardiorrespiratória. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v.7, n. 1, p. 1-4, 2013.
- PEREIRA, N. L.; ESPÍNDULA, B. M. Conduta de Enfermagem frente ao paciente em Parada Cardiorrespiratória-PCR. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, v.4, n.4, p. 1-15, 2013.
- PEREIRA, R. S. M., PINHEIRO, M. B. G. N. et al. Parada cardiorrespiratória e reanimação cardiopulmonar: conhecimento de enfermeiros de um hospital público no Alto Sertão Paraibano. **INTESA – Informativo Técnico do Semiárido (Pombal-PB)**, v.9, n 2, p 01-10, 2015.

RIBEIRO, M. A.; BARRETO, S. L., ESPÍNDULA, B. M. Atuação do enfermeiro frente à parada cardiorrespiratória segundo novas diretrizes da American Heart Association 2010. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, v. 4, n. 4, p. 1-9, 2013.

SALAZAR ERS, GASPAR ESL, SANTOS MS. Diretrizes da American Heart Association para ressuscitação cardiopulmonar: conhecimento de socorristas. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.31, n.3 (e20449), p. 1-9, 2017.

SANTOS, E.B. Dimensões do cuidado e práticas sociais na parada e reanimação cardiopulmonar em criança: atuação dos enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um Hospital Público de Vitória da Conquista/BA. **Protestantismo em Revista**, v. 37, Ed. Esp. Extra, p. 145-51, 2015.

CONSTRUINDO INSTRUMENTO PARA VIABILIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO À PUÉRPERA NA ATENÇÃO BÁSICA

Carlice Maria Scherer

Faculdade Sociedade Educacional Três de Maio
Três de Maio - Rio Grande do Sul

Luiz Fernando do Nascimento Martins

Fundação Municipal de Saúde
Santa Rosa – Rio Grande do Sul

Camila Aparecida de Souza Duarte Lenhartt

Faculdade Sociedade Educacional Três de Maio
Três de Maio – Rio Grande do Sul

RESUMO: Este capítulo trata-se de um relato de experiência sobre elaboração de um instrumento para a efetivação do processo de enfermagem no atendimento à puérpera na atenção básica, no município de Santa Rosa, no Rio Grande do Sul, objetivando a construção de um instrumento para auxiliar o Enfermeiro na sistematização do cuidado à puérpera, viabilizando a implementação do processo de enfermagem na atenção básica de saúde. A experiência permitiu desenvolver uma assistência pautada no conhecimento científico com a utilização da *North American Nursing Diagnoses Association* (NANDA) e *Nursing Interventions classification* (NIC), o que proporciona mais segurança à puérpera e ao profissional enfermeiro.

PALAVRAS-CHAVE: Puerpério; Cuidado; Atenção Básica.

ABSTRACT: This chapter is an experience report about the elaboration of an instrument for the implementation of the nursing process in the care of the puerperium in basic care in the city of Santa Rosa, Rio Grande do Sul, aiming at the construction of an instrument to assist the nurse in the systematization of the care to the puerpera, enabling the implementation of the nursing process in basic health care. The experience enabled the development of scientific knowledge based on the use of the North American Nursing Diagnoses Association (NANDA) and Nursing Interventions Classification (NIC), which provides more safety to puerperal and nursing professionals.

KEYWORDS: Postpartum Period; Care; Primary Health.

1 | INTRODUÇÃO

Assim como o parto, o puerpério merece uma atenção especial, pois é um momento importante não apenas para mulher, mas para toda a família, por isso a adaptação nesse novo cenário que se apresenta com a chegada de uma criança necessita de um cuidado diferenciado da equipe de saúde.

Na atenção básica de saúde, no município de Santa Rosa, no Estado do Rio Grande do

Sul, a consulta de enfermagem no puerpério acontece em dois momentos, no décimo e no trigésimo dia após o parto. A partir delas o Enfermeiro pode avaliar as condições de saúde física e psíquica da puérpera, pois é nessa fase que a mulher passa por ajustamento das alterações biológicas, psicológicas e sociais (MAZZO; BRITO, 2016).

No registro das atividades durante a consulta de enfermagem à puérpera, o enfermeiro constrói o seu próprio roteiro, uma vez que fica sobre sua responsabilidade criar critérios a serem observados no atendimento da consulta puerperal (MAZZO; BRITO, 2016). Também durante a consulta de enfermagem é necessário elaborar um plano de cuidados que contemple as necessidades específicas e individuais de cada puérpera.

Frente a essa preocupação em se ter um planejamento das ações de enfermagem buscou-se a aplicação do processo de enfermagem para sistematizar a assistência à puérpera, considerando que a sistematização da assistência de enfermagem é uma metodologia científica que vem sendo implementada na prática, pois confere segurança ao paciente, qualidade da assistência e autonomia ao profissional (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

O processo de enfermagem se operacionaliza em etapas que se inter-relacionam, as quais compreendem a Primeira etapa: A investigação, que envolve a coleta das informações para determinar o estado de saúde do indivíduo, esta é feita através da história de enfermagem e do exame físico; Segunda etapa: Diagnóstico de enfermagem. A partir das informações coletadas na primeira etapa o enfermeiro identifica os problemas reais e potenciais de acordo com a ordem de prioridade; Terceira etapa: O Planejamento dos resultados esperados, que consiste em um plano de ações para se alcançar um resultado em relação ao problema identificado no diagnóstico de enfermagem; Quarta etapa: A implementação de enfermagem, esta é relacionada com as intervenções necessárias para o alcance dos resultados esperados; Quinta etapa: Avaliação da Assistência de Enfermagem, na qual o profissional enfermeiro avalia a eficácia das intervenções analisando se os resultados planejados foram alcançados (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

O presente estudo objetivou a construção de um instrumento para auxiliar o Enfermeiro na sistematização do cuidado à puérpera, viabilizando a implementação do processo de enfermagem na atenção básica de saúde. Assim, considerando a integralidade do cuidado na atenção primária, optou-se pela teoria das Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1979) para fundamentar o processo de enfermagem à puérpera na atenção primária.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre a elaboração de um instrumento para a efetivação do processo de enfermagem no atendimento à puérpera na atenção

básica, no município de Santa Rosa, no Rio Grande do Sul. O mesmo desenvolveu-se nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2016, durante a realização de um Curso de Extensão sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, ministrado na Sociedade Educacional Três de Maio.

O trabalho realizou-se em duas fases: na primeira, elaborou-se o instrumento para a coleta das informações, ou seja, o histórico de Enfermagem e o exame físico da puérpera.; a segunda, foi a elaboração dos diagnósticos de enfermagem através da taxonomia *North American Nursing Diagnosis Association International* versão 2015-2017 (NANDA, 2015), a escolha das intervenções de enfermagem através do sistema de classificação *Nursing Interventions classification* (NIC) (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN; WAGNER, 2016) e, por fim, a revisão final do instrumento. Devido à complexidade da execução prática do processo de enfermagem, optou-se por não colocar a terceira etapa, que compreende o planejamento do resultado esperado, visto que esse envolve especificidades do quadro clínico da puérpera. A quinta etapa que consiste na avaliação da assistência de enfermagem prestada à puérpera será realizada quando a mesma retornar para novo atendimento ou, se necessário, em visita domiciliar.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a implementação do processo de enfermagem no atendimento à puérpera na atenção básica, primeiramente elaborou-se o formulário de entrevista com os seguintes dados: identificação, histórico atual, exame físico com foco para o peso, pressão arterial, pulso, temperatura, coloração da mucosa, condição das mamas, involução uterina, palpação abdominal, exame especular, episiorrafia ou cicatriz cirúrgica, membros inferiores. Para elencar os principais diagnósticos utilizou-se a experiência dos profissionais que atuam na área de saúde da mulher bem como as discussões com o professores e colegas do Curso de Extensão de Sistematização da Assistência de Enfermagem, sendo elencados os seguintes diagnósticos de enfermagem relacionados a puérpera: falta de adesão relacionada à motivação insuficiente; disposição para controle da saúde relacionado a desejo de melhorar o controle de fatores de risco; amamentação ineficaz relacionada à anomalia da mama e ansiedade materna; amamentação interrompida relacionada à doença da mãe e da criança hospitalizada; disposição para amamentação melhorada, relacionada a mãe expressar o desejo de melhorar a capacidade de oferecer o leite materno às necessidades nutricionais da criança; leite materno insuficiente relacionado, rejeição da mama evidenciada, por recusa a sugar; eliminação prejudicada relacionada, a infecção no trato urinário associada com disúria; constipação relacionada a hábitos de evacuações irregulares; padrão do sono prejudicado relacionado pelo sono não restaurador, pelas responsabilidades dos cuidados, práticas de paternidade/maternidade; levantar-se prejudicado relacionado

a procedimentos cirúrgicos; déficit no autocuidado com a higiene íntima relacionado a dor; conhecimento deficiente relacionado a informações errôneas apresentadas por outros; baixa autoestima situacional relacionada a alteração na imagem corporal; disposição para autopercepção melhorada relacionado, ao desejo de melhorar o desempenho de papéis; disposição para a paternidade ou maternidade melhorada relacionada ao pai/mãe expressarem o desejo de melhorar o apoio emocional aos filhos; paternidade ou maternidade prejudicada relacionada a habilidades impróprias para o cuidado; risco de vínculo prejudicado relacionado à separação entre pai/mãe e a prematuridade; desempenho de papel ineficaz relacionado à idade jovem; conflitos de decisão relacionados a sistema de apoio insuficiente; sofrimento relacionado ao aumento da dependência do outro evidenciado por, ansiedade, choro, fadiga, insônia e medo; risco de infecção relacionado a procedimento invasivo; recuperação cirúrgica retardada relacionada pela dor; risco de sangramento relacionado a complicação no pós-parto; risco de contaminação relacionado a práticas de higiene pessoal inadequada; conforto prejudicado relacionado a privacidade insuficiente; dor aguda relacionada a agente lesivo físico e isolamento social relacionado a alteração da aparência física.

Cada diagnóstico encontrado foi devidamente agrupado com as possíveis intervenções. Nesta etapa foram identificadas cinquenta intervenções de enfermagem mais comuns no atendimento à puérpera. Fez-se a opção em colocar todas as intervenções de enfermagem na forma de múltipla escolha para facilitar ao enfermeiro o registro das intervenções, uma vez que a grande dificuldade encontrada foi a complexidade e o tempo exigido para o registro de todas as etapas no processo de enfermagem, somando ainda as demais atividades do enfermeiro na unidade básica de saúde. Pensando nessa problemática já está se viabilizando a informatização desse instrumento para auxiliar os registros e desta forma assegurar uma consulta de enfermagem voltada para as necessidades da puérpera. Para tanto, a Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa dispõe em todas unidades básicas de saúde uma rede informatizada e um departamento de informática para suporte, o que facilitará a informatização do processo.

4 | CONCLUSÃO

O estudo possibilitou a construção de um instrumento que permitirá ao enfermeiro durante a consulta de enfermagem na atenção básica trabalhar com o processo de enfermagem e, desta forma, desenvolver uma assistência pautada no conhecimento científico com a utilização da NANDA e do NIC, o que dará mais segurança à puérpera e ao profissional enfermeiro. O processo de enfermagem desenvolvido neste estudo também permite que todos os enfermeiros das demais unidades de saúde do município de Santa Rosa possam utilizar esse instrumento. Por isso, fazer uso de uma linguagem padronizada facilita o processo de comunicação na enfermagem.

REFERÊNCIAS

BULECHEK, Glória M.; BUTCHER, Howard K.; DOCHTERMAN, Joanne M.; WAGNER, Cheryl M. **NIC: Classificação das intervenções de enfermagem**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

HORTA, Wanda Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

MAZZO, Maria Helena Soares de Nóbrega; BRITO, Rosineide Santana. **Instrumento para a consulta de enfermagem à puérpera na atenção básica**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 69, n. 2, p. 316-325, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rebn/v69n2/0034-7167-rebn-69-02-0316.pdf>>. Acesso em: 20 mar 2018.

North American Nursing Diagnoses Association (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem: definição e classificação 2015-2017**. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

TANNURE, Maire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

FATORES ASSOCIADOS À PEREGRINAÇÃO DE MULHERES NO ANTEPARTO: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

Rita De Cássia Cajueiro dos Santos

Centro Universitário Ruy Barbosa - UniRuy
Salvador – Bahia

Noemy Nascimento Medeiros de Matos

Centro Universitário Ruy Barbosa - UniRuy
Salvador – Bahia

Quessia Paz Rodrigues

Centro Universitário Ruy Barbosa - UniRuy
Salvador – Bahia

Tatiane de Souza Mançú

Universidade Federal da Bahia
Salvador – Bahia

Millani Souza de Almeida

Universidade Federal da Bahia
Salvador – Bahia

Enilda Rosendo do Nascimento

Universidade Federal da Bahia
Salvador – Bahia

RESUMO: A peregrinação no anteparto ocorre quando a mulher busca por serviços de saúde em mais de um estabelecimento, na hora do parto. Alguns fatores sociodemográficos e de utilização de serviços de saúde, bem como fatores externos contribuem para que ocorra esse fenômeno. O objetivo deste trabalho é identificar a prevalência de peregrinação do anteparto e verificar fatores associados a peregrinação. Trata-se de um estudo transversal de base

populacional, realizado com dados secundários através da Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2013. A amostra foi constituída por 1871 mulheres. Os dados foram processados através do SPSS e STATA, Foram realizadas análises descritivas, bivariada e multivariada. Os resultados mostraram que, 206 (11%) mulheres peregrinaram no anteparto. Houve associação entre a peregrinação com idade, raça/cor, escolaridade, viver com o companheiro(a), parto realizado no SUS e parto realizado no local indicado no pré-natal. As maiores chances para peregrinar ocorreram com mulheres com idade entre 18-35 anos, negras, menor escolaridade, não ter companheiro(a), parto ocorrido no SUS e ter o parto no local indicado no pré-natal. Percebeu-se que os fatores sociodemográficos e de utilização dos serviços de saúde interferem direto e negativamente na peregrinação no anteparto mesmo a assistência ao parto sendo remodelada, e com tantos programas em atuação, ainda assim é significativo o número de mulheres que peregrinam na hora do parto, e vários motivos contribuem para isso, dentre eles, a falta de vaga para internação, a falta de um transporte adequado e a não indicação pelo pré-natal.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Fatores sociodemográficos; Acesso ao serviço de saúde; Maternidades; Trabalho de parto.

ABSTRACT: The pilgrimage in antepartum occurs when the woman search for health services in more than one establishment, at the time of delivery. Some socio-demographic factors and use of health services, as well as external factors contribute to this phenomenon. The aim of this study is to identify the prevalence of pilgrimage of antepartum and check factors associated with the pilgrimage. It is a population-based cross-sectional study, conducted with secondary data through the National Health Research in the year 2013. The sample consisted of 1871 women. The data were processed using the SPSS and STATA, descriptive analyses were performed, bivariate and multivariate. The results showed that in the year 2013, 206 (11%) women peregrinaram in antepartum. There was no association between the pilgrimage with age, race/color, education, living with the partner, labor held in SUS and labor performed at the location indicated in the prenatal care. The higher chances for pilgrimage took place with women aged 18-35 years old, black, less schooling, having no partner, childbirth occurred in SUS and have delivery at the location indicated in the prenatal care. It was noticed that the demographic factors and the use of health services interfere negatively in the pilgrimage and direct in antepartum same childbirth assistance being remodeled, and with so many programs in acting, is still a significant number of women who make pilgrimage at the time of childbirth, and several reasons contribute to this, including the lack of vacancy for hospitalization the lack of a proper transport and no indication for prenatal care.

KEYWORDS: Demographic Factors; Access to health services; Maternity wards; Labor.

1 | INTRODUÇÃO

Peregrinar segundo o Aurélio (2010), é o ato de andar por longas distâncias. A peregrinação no anteparto é definida como a busca por serviços de saúde em mais de um estabelecimento, para a gestante na hora do parto (MENEZES *et al.*, 2006).

A prevalência estimada para esse fenômeno no Brasil é de 16%, (BRASIL, 2012), portanto, devido a este problema bem como outros, a assistência ao parto no Brasil vem sendo reestruturada, com isso algumas políticas e programas foram criados nos últimos anos com o intuito de ampliar e melhorar o acesso aos serviços de saúde bem como a qualidade da assistência a saúde da mulher.

Em 2000, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Humanização ao Parto e Nascimento (PHPN), em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e também elaborou o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. E, por fim, a criação em 2011 da Rede Cegonha que atualmente ainda se encontra em vigor. Todas essas medidas se interligam quando o objetivo é prestar uma melhor qualidade de assistência e reduzir a mortalidade materna, além de garantir acolhimento e segurança a essa paciente.

Após a regulamentação da Rede Cegonha espera-se que contribua para a melhoria do serviço, com ampliação e adequação das maternidades, em benefício

da garantia de vinculação e do acesso das mulheres as maternidades através do pré-natal (RODRIGUES, 2014).

O pré-natal assegura que essa gestante tenha o devido acompanhamento durante os nove meses de gestação, evitando assim possíveis complicações durante a gravidez e garantindo assistência na hora do parto através de referência para a maternidade vinculada a Unidade Básica de Saúde (UBS).

A Lei 11.634, de 27 de dezembro de 2007, dispõe que toda gestante usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) tem o direito de conhecer antecipadamente a maternidade em que realizará seu parto, bem como a maternidade de referência em casos de intercorrências. Dessa forma, é garantida a gestante uma vinculação entre a assistência pré-natal e parto, evitando assim a peregrinação no anteparto (BRASIL, 2016).

Uma realidade da assistência obstétrica nos serviços de saúde tem sido observada, como a falta de vaga e acolhimento, o desrespeito, a recusa e a baixa qualidade no atendimento, o que se configura como violência institucional no cuidado a mulher, ficando bem expresso com o processo de peregrinação. (AGUIAR, 2011; VIELLAS, 2014). O MS define violência institucional como aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à saúde, até a má qualidade dos serviços (BRASIL, 2003).

Apesar da peregrinação no anteparto ser considerada um problema de saúde pública por aumentar a chance de mortalidade materna e neonatal (HOTIMSKY *et al.*, 2002), poucas publicações abordam essa temática. Diante disso, é de extrema importância conhecer a magnitude em que essa população feminina tem peregrinado e suas características, bem como os fatores associados a este fenômeno.

Diante do exposto, levantamos a seguinte questão norteadora: Qual a prevalência e fatores associados a peregrinação de mulheres no período do anteparto?

Portanto, os objetivos deste estudo são: identificar a prevalência da peregrinação no anteparto e verificar fatores associados a peregrinação.

2 | METODOLOGIA

Desenho de estudo e amostra

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, baseado em dados secundários fornecidos pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2013. A amostra deste estudo foi constituída por 1871 mulheres que tiveram o último parto entre 01 de janeiro de 2012 a 27 de julho de 2013, com idade de 18 a 49 anos.

Descrição das variáveis

O desfecho deste estudo foi a peregrinação da mulher no anteparto, sendo esta informação obtida pelo questionário da PNS, através da seguinte questão: foi realizado o parto no primeiro estabelecimento que procurou? As variáveis de exposição foram as características sociodemográficas (idade, raça/cor, escolaridade, renda, vive com companheiro(a), tipo de parto); e, características de utilização de serviços de saúde (realização de pré-natal, parto realizado pelo SUS, parto realizado no local indicado no pré-natal). Estas foram categorizadas das seguintes formas: idade: 18-35 anos e ≥ 35 anos; raça/cor: brancas e negras; escolaridade: sem instrução, ensino fundamental, ensino médio e ensino superior; renda pessoal: 1 salário mínimo, 1 a 2 salários mínimos, e >2 salários mínimos; vive com companheiro(a): sim e não; tipo de parto: vaginal e cesário; realizou o pré-natal: sim e não; parto realizado pelo SUS: sim e não; parto realizado no local indicado no pré-natal: sim, não e não houve indicação.

Análise estatística

Foi utilizada a versão 22 do software estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) e STATA versão 12 para construção do banco de dados e processamento dos dados. Vale ressaltar que estes dados encontram-se disponíveis no site do IBGE e com acesso livre.

Foram construídas tabelas para apresentação dos resultados e procedeu-se a análise descritiva através das frequências absolutas e relativas. Procedeu-se também a análise bivariada tabular associando a variável de desfecho com as demais variáveis, utilizando o teste estatístico Qui-Quadrado de Pearson, obtendo o *odds ratio* (OR) bruto dessas associações com Intervalo de Confiança (IC) 95%. Em seguida realizamos a análise multivariada mediante o modelo logístico robusto com todas as variáveis do estudo e selecionamos o modelo final mediante a estatística de AIC – critério de informação de AKAIKE, ou seja, pela bondade do ajuste.

Para o presente estudo não foi necessária aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pois o projeto de Pesquisa Nacional de Saúde teve sua aprovação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, obedecendo à Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 466/12, garantindo aos participantes sua voluntariedade, anonimato e viabilidade de abdicação em qualquer período do desenvolvimento do estudo, por intermédio da assinatura ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 | RESULTADOS

No ano de 2013, os resultados apontaram que, 206 (11%) mulheres peregrinaram no anteparto. Em relação às características sociodemográficas, em sua maioria são

negras (76,6 %), vivem com companheiro (a) (68,9%), com faixa etária entre 18-35 anos (92,7%), possuem ensino fundamental (51,9%) e com renda entre 1 a 2 salários mínimos (47,5%). Quanto às características de utilização de serviços de saúde, 95,6% realizaram pré-natal, 85,4% tiveram seu parto realizado pelo SUS, 52,4% o parto foi vaginal, e 39,8% não tiveram indicação do local do parto durante o pré-natal (Tabela 1).

Idade, raça/cor, escolaridade, viver com companheiro, parto realizado pelo SUS e parto realizado no local indicado no pré-natal, estiveram significativamente associadas com a peregrinação no anteparto (Tabela 1).

Em relação à idade, os resultados indicaram que as mulheres com 18 a 35 anos apresentaram 90% mais chances de peregrinar, quando comparadas aquelas com idade superior a 35 anos. Para raça/cor, as mulheres brancas obtiveram 42% menor chance em relação às negras. Possuir ensino superior apresentou 60% menor chance de peregrinar em relação às mulheres sem instrução. Contudo, essas variáveis sociodemográficas, na análise multivariada, não mantiveram a significância estatística. A única característica sociodemográfica que tanto na análise bivariada quanto na multivariada permaneceu estatisticamente significativa foi viver com companheiro (a), com 43% e 41% menor chance, respectivamente (Tabela 2).

Quanto às características de utilização de serviços de saúde ter parto realizado pelo SUS e não ter recebido indicação do local do parto no pré-natal apontaram maiores chances de peregrinar, permanecendo com significância estatística na análise multivariada (Tabela 2).

VARIÁVEIS	PEREGRINAÇÃO NO ANTEPARTO		
	n	%	p - valor
Idade			
18 – 35 anos	191	92,7	0,024
> 35 anos	15	7,3	
Raça/cor			
Negra	154	76,6	0,003
Branca	47	23,4	
Escolaridade			
Sem instrução	16	7,8	0,008
Ensino fundamental	107	51,9	
Ensino médio	65	31,6	
Ensino superior	18	8,7	
Renda pessoal			
1 salário mínimo	17	27,9	0,336
1 a 2 salários mínimos	29	47,5	
>2 salários mínimos	15	24,6	
Vive com o companheiro (a)			

Sim	142	68,9	<0,001
Não	64	31,1	
Fez pré-natal			
Sim	197	95,6	0,095
Não	9	4,4	
Parto realizado pelo SUS			
Sim	176	85,4	<0,001
Não	30	14,6	
Tipo de parto			
Vaginal	108	52,4	0,1
Cesário	98	47,6	
Parto realizado no local indicado no pré-natal			
Sim	55	26,7	
Não	69	33,5	
Não houve indicação	82	39,8	<0,001

Tabela 1 - Distribuição proporcional das características sociodemográficas e utilização dos serviços de saúde das mulheres que peregrinaram no anteparto, Brasil, 2013.

Fonte: PNS 2013

Variáveis	N	Prev%	Análise bivariada		Análise multivariada	
			OR	IC95%	OR	IC95%
Idade						
18 – 35 anos	191	92,7	1.90	[1.08 - 3.36]	1.61	[0.89 - 2.91]
>35 anos	15	7,3	1.0		1.0	
Raça/cor						
Negra	154	76,6	1.0		1.0	
Branca	47	23,4	0.58	[0.40 - 0.84]	0.77	[0.52- 1.14]
Nível de instrução						
Sem instrução	16	7,8	1.0		1.0	
Ensino fundamental	107	51,9	1.0	[0.55 - 1.81]	1.01	[0.54 - 1.88]
Ensino médio	65	31,6	0.85	[0.46 - 1.58]	0.79	[0.42 - 1.49]
Ensino superior	18	8,7	0.40	[0.19 – 0.85]	0.68	[0.30 - 1.51]
Renda pessoal						
< 1 sm	17	27,9	1.0			
1-2 sm	29	47,5	0.70	[0.37 - 1.32]		
>2 sm	15	24,6	0.58	[0.28 - 1.21]		
Vive com o (a) companheiro (a)						
Sim	142	68,9	0.57	[0.41- 0.81]	0.59	[0.40 - 0.85]

Não	64	31,1	1.0		1.0		
Fez pré-natal							
Sim	197	95,6	0.51	[0.22 – 1.13]			
Não	9	4,4	1.0				
Parto realizado pelo SUS							
Sim	176	85,4	2.30	[1.50 – 3.54]	1.63	[1.02 - 2.59]	
Não	30	14,6	1.0		1.0		
Tipo de parto							
Vaginal	108	52,4	1.30	[0.95 – 1.79]			
Cesário	98	47,6	1.0				
Parto realizado no local indicado no pré-natal							
Sim	55	26,7	1.0		1.0		
Não	69	33,5	7.42	[4.53 – 12.17]	7.06	[4.24 - 11.76]	
Não houve indicação	82	39,8	4.25	[2.80 – 6.45]	4.10	[2.67 - 6.30]	

Tabela 2 - Análise bivariada e multivariada com as características sociodemográficas e de utilização dos serviços de saúde para peregrinação no anteparto, Brasil 2013.

Fonte: PNS 2013

4 | DISCUSSÃO

Em 2013 o número de gestantes que peregrinaram no parto de acordo com a PNS foi bastante significativo. Visto que essa peregrinação pode levar a morte materna e neonatal, passa a ser um valor muito preocupante.

Essa realidade também foi observada em 2006, pois 10,4% das mulheres não conseguiram internação na primeira maternidade (BRASIL, 2009). Através da Pesquisa Nascer no Brasil identificou-se que 16% procuraram mais de um serviço para a admissão para o parto (BRASIL, 2012).

Essa realidade sofre variação a depender do município em que essa gestante reside. Como por exemplo, no Rio de Janeiro, mais de 33% das gestantes buscaram por assistência em mais de um estabelecimento. Enquanto que em São Luís do Maranhão, Alagoas e São Paulo essa frequência foi de 40,6%, 48% e 76% respectivamente (GOLDMAN; BARROS, 2003; MENEZES *et al.*, 2006; SOUZA *et al.*, 2009; CUNHA *et al.*, 2010;).

O número de gestantes que peregrinaram com idade entre 18 e 35 anos foi elevado e essas mulheres apresentaram 90% mais chances em relação às demais.

Pode-se cogitar que muitas delas são primigestas e algumas não são orientadas sobre o falso trabalho de parto ou sinais clínicos do parto, com isso antecipam à ida a maternidade, conseqüentemente não conseguem internação na primeira maternidade que procuram. Portanto, se faz necessário uma maior atenção dos profissionais de saúde no pré-natal quanto às orientações referentes aos sinais do trabalho de parto e quando devem procurar a maternidade. Entretanto, a baixa peregrinação de gestantes na faixa etária acima dos 35 anos pode ter relação com o risco gestacional, pois nessa idade há maior vulnerabilidade para complicações maternas, além do fato que essas mulheres realizam um número maior de consultas pré-natais, e dessa forma, conseguem uma maior vinculação com o serviço, garantindo assim, menor chance de peregrinar. Estudos reforçam o fato dessas mulheres com maior risco apresentarem menor chance de peregrinar (MENEZES, 2006; CUNHA, 2010 FERREIRA, 2015; SILVA; ALMEIDA 2015).

Neste estudo foi encontrada associação entre viver com o companheiro(a) e a peregrinação, tendo esta condição como fator que favorece, o que também foi evidenciado pelo estudo de Menezes *et al*, (2006), onde as solteiras apresentaram 30% maior chance de peregrinar em relação as que viviam em união estável (IC 95%: 1,1 – 1,4).

As mulheres negras e com baixa escolaridade, são as que mais peregrinam, pois ainda sofrem com a desigualdade social e o racismo, devido nosso país ainda existir barreiras e resistências para o atendimento a essas pessoas. Essas mulheres possuem menos informações e qualificações, automaticamente ocupam postos de trabalhos desvalorizados dentro da sociedade, fazendo com que elas se mantenham nos níveis de maior exclusão social, o que também contribui para que elas não tenham acesso aos bens de consumo, bem como, o acesso a qualquer tipo de serviço, inclusive os serviços de saúde. Além disso, a discriminação que essas mulheres sofrem no atendimento fazendo com que elas não mantenham o vínculo com essa unidade ou com o profissional, e assim não realizem os cuidados necessários que precisa.

Massignam *et al.*, (2015) considera a discriminação uma injustiça social e que deve ser encarada como uma preocupação para a saúde coletiva, já que interfere na oferta, qualidade e acesso ao serviço de saúde, sugerindo investimentos em ações no âmbito institucional, que incentive a criação de canais de comunicação entre usuários e gestores (por exemplo: ouvidoria; linhas telefônicas gratuitas com serviços de orientação e informação; sensibilização de Conselhos Locais e Municipais de Saúde), assim como discussão e sensibilização com os profissionais da saúde sobre as diversas formas de discriminação e seu enfrentamento.

Os resultados encontrados referentes às características sociodemográficas se assemelham com outros estudos no que diz respeito especialmente a raça/cor, nível de escolaridade, renda e vive com o companheiro. De acordo com Cunha *et al.*, (2014), as mulheres que peregrinaram em números mais expressivos em São Luís do Maranhão, tinham como características serem pardas/negras, com ensino

fundamental incompleto e com união estável/casada. No Rio de Janeiro esses valores também foram estatisticamente significantes, mostrando associação dessas variáveis com a peregrinação (MENEZES *et al*, 2006).

Essas características sociodemográficas, são fatores que contribuem para a dificuldade de acesso ao serviço de saúde, mesmo sendo previsto pelo SUS os princípios de universalidade, equidade e integralidade descritas na Lei 8.080/90, garantirem o acesso igualitário como direito de todos e dever do Estado.

No que diz respeito a utilização de serviços de saúde, ter realizado o pré-natal e mesmo assim ocorrer a peregrinação, evidencia que há lacunas nesse pré-natal, uma vez que estudos apontam que há falhas no sistema de referência e contrarreferência, e baixa qualidade no cuidado (GOLDMAN; BARROS, 2003; CUNHA *et al*, 2010; SILVA; ALMEIDA 2015)

Cunha *et al.*, (2010) afirma que os serviços que realizam o pré-natal e assistência ao parto não estão interligados, o que traz insegurança as pacientes. A realização adequada do pré-natal minimiza a peregrinação, já que se bem orientadas sobre o trabalho de parto, não irão procurar atendimento com antecipação (FERREIRA, 2015).

Pode-se cogitar que os profissionais de saúde que estão realizando o pré-natal, não estão bem preparados para o atendimento adequado, assim como há insuficiência na orientação sobre a vinculação da Unidade Básica de Saúde com a maternidade de referência para que possam estar direcionando essas gestantes.

Dessa forma, realizar o parto no local indicado no pré-natal fica cada vez mais difícil, já que 39,8% relataram nem ter recebido indicação de maternidade, e ainda assim as que tiveram 26,7% provavelmente não encontraram vaga para internamento.

Na pesquisa Nascer no Brasil, 59% das gestantes foram orientadas sobre a maternidade de referência (BRASIL, 2009). Já na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde em média 61,4% das mães não receberam orientação, sendo a maior porcentagem observada na região Sul (73,6%) e a menor no Nordeste e no Norte, respectivamente (51,5% e 55,6%) (BRASIL, 2006).

Portanto, fica evidente a falta de articulação do pré-natal com a maternidade de referência. O que se deve ser proposto é uma maior ampliação entre esses serviços, e que a consulta pré-natal seja ofertada com mais qualidade e orientação, esclarecendo todas às dúvidas das gestantes sobre os sinais clínicos do parto, bem como o local de parto, agendando visitas mensais para que conheça a maternidade com antecedência, visando diminuir a superlotação dos serviços especializados, em que as gestantes procuram estabelecimentos com maior complexidade acreditando possuir mais recursos que supram suas necessidades na hora do parto, não obedecendo ao fluxo e vinculação correta, ficando insatisfeitas com o sistema, conseqüentemente gerando desorganização e a peregrinação.

A gestão do nosso país investe em programas para melhoria do acesso e qualidade, porém não levam em conta o crescimento populacional, pois a medida que oferecem o serviço, não aumentam o número de leitos, nem oferecem o suporte

adequado para a paciente, contribuindo assim com a superlotação das maternidades. Esse problema é vivenciado em várias regiões do nosso país.

Em Salvador em estudo realizado em três maternidades, a falta de vaga e o falso trabalho de parto tiveram êxito entre as gestantes, que chegaram ainda a declarar sobre a humilhação e o medo sofrido (SILVA; ALMEIDA, 2015).

No Rio de Janeiro na sua maioria aproximadamente 70% indicaram a falta de vaga como motivo de busca por outra maternidade (MENEZES *et al.*, 2006).

Em São Luís do Maranhão relataram a falta de um sistema de transporte como um problema, pois quase a metade delas além de utilizarem mais de um transporte, algumas ainda precisaram de carro de outras pessoas, como família, vizinhos e amigos (CUNHA *et al.*, 2010).

Mesmo que a maioria das gestantes que peregrinaram tenha realizado seu parto pelo SUS, esse sistema ainda é o que mais rejeita parturiente devido aos problemas já citados como: falta de vaga, de articulação do pré-natal com a maternidade, de transporte e de informação, como relata Albuquerque *et al.*, (2011).

Todos esses fatos contradizem o que estabelece as Diretrizes da Rede Cegonha, em que garante acolhimento com classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, bem como a vinculação da gestante a unidade de saúde de referência e ao transporte seguro na hora do parto.

5 | CONCLUSÃO

Percebe-se que os fatores sociodemográficos, assim como os de utilização dos serviços de saúde interferem no acesso ao atendimento, e operam facilitando ou dificultando a peregrinação. Dessa forma, fica evidente que existe um perfil de mulheres vulneráveis e que elas têm um acesso a informações muito limitado, somado ainda com as barreiras de acesso e preconceito existentes no nosso país.

A realização do pré-natal adequado depende do cuidado humanizado e cumprimento dos objetivos propostos, dentre eles à orientação das mulheres sobre o local de nascimento do seu bebê, os sinais clínicos do parto, evitando assim procurarem precocemente o serviço de saúde. Logo é de extrema importância que esta seja incentivada a comparecer a todas as consultas para que se aumente o vínculo e assim evitar a peregrinação no anteparto.

Há uma falta de articulação do pré-natal com a maternidade de referência, dessarte, deve-se ampliar a comunicação entre esses serviços, a fim de se organizar o sistema e diminuir a superlotação dos serviços especializados.

É notório também que seja providenciado um serviço de transporte com segurança para as pacientes, e dessa forma diminuir os riscos de mortalidade materna, pois além de ser um dos componentes da rede cegonha a gestante passa a ser assistida com mais responsabilidade, diminuindo as frustrações e medo por parte delas.

O Ministério da Saúde tem investido através das políticas a saúde da mulher com a ampliação do acesso ao cuidado no pré-natal, parto e puerpério, no intuito de reduzir complicações e mortalidade materna. Entretanto, existem lacunas nesse cuidado, como as encontradas no presente estudo inviabilizando essa finalidade.

Constata-se que a peregrinação da mulher no anteparto é um problema de saúde pública causado pela insuficiência de vagas e leitos obstétricos, além dos fatores negativos para uma assistência qualificada e resolutiva. Deve-se acolher todas as gestantes a fim de que se estabeleça o que está previsto em lei, garantido universalidade, equidade e integralidade, e assim respeitar os direitos humanos dessa mulher, oferecendo um atendimento digno e de qualidade.

É esperado que os resultados encontrados neste artigo venha tornar visível esse problema público, que é a peregrinação de mulheres no anteparto, e dessa forma contribuir para o envolvimento dos gestores e profissionais frente a essa dificuldade a fim de minimizar a realidade vivenciada por essas mulheres.

A potencial limitação consiste em se tratar de dados secundários, retrospectivos, onde não foram formulados de acordo com a pergunta norteadora, e sim extraídas variáveis prontas de um questionário para análise, trazendo prejuízos e vieses de memória, pois quando responderam as mulheres já haviam parido. Sendo necessários estudos analíticos mais aprofundados para elucidar outras questões relacionadas à peregrinação.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Vanessa Neves de et al. **Um olhar sobre a peregrinação anteparto: reflexões sobre o acesso pré-natal e ao parto.** *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p.1935-1946, jun. 2011.

BRASIL. Lei nº 11634, de 27 de dezembro de 2007. **Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.** *Legislação Federal do Brasil*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm>. Acesso em: 08 out. 2016.

CUNHA, Sabrina Furtado et al. **Peregrinação no Anteparto em São Luís - Maranhão.** *Cogitare Enfermagem*, São Luís, v. 15, n. 3, p.441-447, set. 2015.

FERREIRA, Aurélio B. de Hollanda. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** 8ª ed. Rio de Janeiro: Editora Positivo, 2010.

FERREIRA, Raphael Veríssimo Felipe. **Fatores associados à peregrinação no anteparto das gestantes da região Sudeste no Nascer do Brasil.** 2015. 82 f. Tese (Doutorado) - Curso de Epidemiologia em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

GOLDMAN, Rosely Erlach; BARROS, Sonia Maria Oliveira. O acesso às maternidades públicas no município de São Paulo: procedimentos no pronto-atendimento obstétrico e opinião das mulheres sobre esta assistência. *Acta Paul Enfermagem*, São Paulo, v.16, n.4, p.9-17, dez. 2003.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig *et al.* **O parto como eu vejo... ou como eu**

o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. Caderno de Saúde Pública. v. 18, n. 5, p. 1303–1311, 2002.

MASSIGNAM, Fernando Mendes; BASTOS, João Luiz Dornelles; NEDEL, Fúlvio Borges. **Discriminação e saúde: um problema de acesso.** *Epidemiologia Serviço de Saúde*, Brasília, v. 3, n. 24, p.541-544, set. 2015.

MENEZES, Daniela Contage Siccardi *et al.* **Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001.** *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 22, p.553-559, mar. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasília -DF). Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009. 302 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE **Rede Cegonha.** Brasil, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/598-sas-raiz/dapes/rede-cegonha/l1-rede-cegonha/10723-conheca-a-rede-cegonha>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.). **Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento.** Brasil: Fio Cruz, 2011. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/principais-resultados2/>>. Acesso em: 10 out. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Violência Intrafamiliar- Orientações para a Prática em Serviço.** Cadernos de Atenção Básica. nº 8 pág. 28 - 2ª.Edição. Brasília, 2003.

RODRIGUES, Diego Pereira et al. **A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico.** *Escola Ana Nery*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p.614-620, dez. 2015.

SILVA, Andréa Lorena Santos; ALMEIDA, Lilian Conceição Guimarães de. **Vivência de mulheres frente à peregrinação para o parto.** *Revista Eletrônica Atualiza Saúde*, Salvador, v. 2, n. 2, p.07-19, dez. 2015.

SOUZA, Diego de Oliveira et al. **A trajetória da parturiente em busca de um lugar para parir em Maceió, Brasil.** *Revista de Enfermagem Ufpe*, Alagoas, v. 3, n. 5, p.561-568, maio 2011.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. **Assistência pré-natal no Brasil.** *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, p.85-100, jan. 2014.

MICROCEFALIA ASSOCIADA AO ZIKA VÍRUS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO ADOTADAS PELAS MÃES

Raissa Oliveira Coelho Nunes

Discente do curso de Medicina. Unidade Acadêmica de Medicina (UAMED). Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).
Campina Grande – PB

Francisco de Sales Clementino

Professor Doutor em Enfermagem. Unidade Acadêmica de Enfermagem (UAENF). Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).
Campina Grande – PB

RESUMO: Objetivo: apreender as representações sociais de mães de filhos nascidos com microcefalia associada à infecção pelo Zika vírus, acerca da experiência de enfrentamento da doença junto aos serviços que integram a rede de Atenção à Saúde. Metodologia: estudo de natureza representacional, circunscrito à abordagem qualitativa, realizado no município de Campina Grande, Paraíba. O universo da pesquisa constituiu-se de todas as mães acompanhadas pelas equipes da ESF, com idade acima de 18 anos, e que tiveram filhos com microcefalia associada à infecção congênita pelo Zika vírus. Utilizou-se entrevista semiestruturada. Os dados produzidos pelas entrevistas foram examinados pela Análise de Conteúdo Categorical proposta por Bardin (2011). A pesquisa foi aprovada pelo

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), conforme Resolução 466/2012. Resultados: foram elaboradas seis categorias: Categoria I - Enfrentamento da doença, com três subcategorias: conhecimento sobre a doença, reação antes e após o diagnóstico, crença na cura; Categoria II - Sobrecarga frente aos cuidados prestados ao filho: a responsabilidade sobre a mãe; Categoria III - Informações e opiniões sobre a doença e o tratamento; Categoria IV - Enfrentamento da doença junto à família e elementos da sociedade; Categoria V- Acessibilidade aos serviços de saúde: barreiras geográfica (transporte), econômica, organizacional e cultural e, por último, Categoria VI - Profissionais de saúde: reconhecimento e sentimento de gratidão. Conclusão: fica evidente a necessidade de se proporcionar uma rede de apoio multiprofissional que forneça o apoio social, econômico e psicológico às mães entrevistadas.

PALAVRAS-CHAVE: Microcefalia; Zika vírus; Serviços de saúde.

ABSTRACT: Objective: to understand the social representations of mothers of children born with microcephaly associated with Zika virus infection, about their experience of coping with the disease with the services that make up the network of Health Care. Methodology:

a study of a representational nature, focused on the qualitative approach, carried out in the city of Campina Grande, Paraíba. The research universe consisted of all mothers accompanied by ESF teams, aged over 18 years, and who had children with microcephaly associated with congenital infection by the Zika virus. A semi-structured interview was used. The data produced by the interviews were examined by the Categorical Content Analysis proposed by Bardin (2011). The research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Campina Grande (UFCG), according to Resolution 466/2012. Results: six categories were elaborated: Category I - Coping with the disease; with three subcategories: Knowledge about the disease, Reaction before and after diagnosis, Belief in a cure; Category II - Overload in relation to the care given to the child: responsibility put on the mother; Category III - Information and opinions on the disease and treatment; Category IV - Coping with the disease alongside the family and elements of society; Category V- Accessibility to health services: geographical (transport), economic, organizational and cultural barriers, and, finally, Category VI - Health professionals: recognition and feeling of gratitude. Conclusion: the need to provide a multiprofessional support network that provides social, economic and psychological support to the mothers interviewed was made evident.

KEYWORDS: Microcephaly; Zika virus; Health services.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde idealiza uma atenção de qualidade para as mulheres durante toda a gravidez, parto e período pós-natal, bem como para os recém-nascidos (WHO,2016). No entanto, se a gravidez em si produz necessidades de saúde da ordem privilegiada, mulheres enfrentam exposições e suscetibilidades que propiciam, além do surgimento e agravamento de problemas médicos, o comprometimento da totalidade de suas vidas e saúde (OLIVEIRA & MANDÚ, 2015).

Durante a gravidez, inúmeras enfermidades podem acometer a mulher, com repercussão danosa para a saúde do binômio materno-fetal, como diabetes *mellitus*, síndromes hipertensivas da gravidez (DHEG), dentre outras (BRASIL, 2010). Além destes, outros desafios podem surgir durante este período; um deles está relacionado à microcefalia associada à infecção pelo Zika vírus (ZIKV), transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti* (BRASIL, 2016).

Trata-se de uma malformação congênita na qual o cérebro não se desenvolve de maneira adequada, resultando em um perímetro cefálico (PC) inferior ao esperado para a idade e sexo, cuja medida de referência para menino corresponde a 31,9 cm e igual ou inferior a 31,5 cm para menina. Nestes casos, é comum às crianças apresentarem atraso nas funções sensitivas (audição e visão) e no desenvolvimento neuropsicomotor, com acometimento motor e cognitivo, este último em cerca de 90% dos casos (BRASIL, 2016).

O reconhecimento destas e de outras alterações ao longo do crescimento das crianças devem envolver a avaliação de padrões de funcionamento comportamental e indicadores de adaptação social e familiar (BRUNONI et al., 2016). Pesquisadores afirmam que filhos com desenvolvimento atípico afetam a dinâmica familiar devido a diversas fontes de cuidados e suportes que são necessários para estimular o funcionamento socioadaptativo e educacional da criança ou, inclusive para fornecer a eles cuidados de saúde que podem ser demandados em função do transtorno (PAPAELIOU et al, 2012).

Diante do exposto emergiu a seguinte inquietação: quais as representações sociais de mães de filhos nascidos com a microcefalia associada ao Zika vírus acerca da experiência de enfrentamento da doença junto à rede de atenção à saúde? Para responder à pergunta, delineou-se como objetivo geral desse estudo: apreender as representações sociais de mães com filhos nascidos com microcefalia associada à infecção pelo Zika vírus, acerca da experiência no enfrentamento da doença junto aos serviços que integram a rede de Atenção à Saúde.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo representacional, circunscrito à abordagem qualitativa, fundamentada no referencial teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais (MOSCOVISCI, 1978), realizado na área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) dos Distritos Sanitários (DS) I, II, IV, VI e VIII do município de Campina Grande, Paraíba.

A inclusão das UBSs e respectivos DS decorreram da identificação preliminar dos casos notificados de mães que tiveram filhos com microcefalia associada à infecção pelo Zika vírus, junto ao Sistema Nacional de Agravos e Notificação (SINAN), no período compreendido entre 2015 e 2016, correspondente a um total de 11 casos notificados (SMS, 2016).

A coleta de dados ocorreu entre outubro e novembro de 2016. O universo da pesquisa foi constituído por todas as mães com casos notificados e que estão sendo acompanhadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Como critérios de inclusão, foram considerados os casos de mães residentes na área de abrangência da ESF, com idade superior a 18 anos e que tiveram filhos com microcefalia associada à infecção congênita pelo Zika vírus. Foram excluídas as mães cujos recém-nascidos (RNs) apresentaram microcefalia confirmadamente associada a outras causas que não a infecção congênita pelo Zika vírus.

Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada, constando de roteiro integrado por duas partes: a primeira referente à caracterização sociodemográfica; e a segunda referente a questões relacionadas estratégias de enfrentamento adotadas pelas mães frente aos serviços de saúde e as relações com

a família e os grupos sociais.

Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada. As entrevistas ocorreram de acordo com a disponibilidade e interesse de cada participante do estudo, em data e hora agendada, de forma privativa, na UBS e/ou nas residências das mães, gravadas em um aparelho digital e armazenadas em memória flash. Para garantir o anonimato, as participantes do estudo foram identificadas de acordo com a ordem cronológica de sua entrevista, como E1, E2, subsequentemente, até E12.

Os dados referentes à caracterização sociodemográfica foram analisados na perspectiva da estatística descritiva (percentual). Os dados extraídos das entrevistas foram examinados pela Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011), conceituada como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens, dividida em duas fases.

Considerando as orientações da Resolução 466/2012, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), protocolo N° 1.168.190.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para uma melhor compreensão do desenvolvimento da pesquisa, procurou-se estruturar os resultados e a discussão da seguinte forma: inicialmente, apresenta-se a caracterização das mães participantes do estudo; seguida pela descrição geral dos dados extraídos das entrevistas e pela Análise de Conteúdo transformada em categorias a partir da leitura flutuante e das associações das mesmas.

3.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Foram entrevistadas 11 mães. A maioria declarou-se pardas ou pretas (72,7%), menores de 19 ou maiores de 30 anos de idade (36,4% cada), casadas ou em união estável (72,7%), com ensino médio incompleto (54,5%) e todas estavam desempregadas no momento da pesquisa.

O estudo de Marinho et al. (2016), que caracterizou os casos de microcefalia no Brasil entre 2000 e 2015, também apresentou dados similares quanto à maior prevalência de mães negras ou pardas e o baixo nível de escolaridade de modo geral. Quanto à idade, foi visto que as mulheres com idade inferior a 19 anos compreendiam 23% do universo estudado, estando o maior percentual entre 20 e 30 anos. A maioria das mães estudadas também era casada ou estava em união estável e não possuía emprego formal.

O número de pessoas vivendo no mesmo domicílio variou de três a oito, sendo que a maioria (36,0%) era representada por quatro a seis. A renda mensal variou de um a

dois salários mínimos, sendo que 45,5% dependiam do benefício da criança oferecido pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e 54,5% dependiam do Programa Bolsa Família. Vargas et al. (2016), ao caracterizar os primeiros casos suspeitos de microcefalia pelo vírus Zika na região metropolitana de Recife-PE, também evidenciou que a maioria das mães estudadas encontrava-se em situação de vulnerabilidade socioeconômica, eram pretas ou pardas e tinham renda média inferior a um salário mínimo.

Após a transcrição dos discursos das mães entrevistadas, foram localizadas e analisadas as unidades de registros. Essas unidades foram agrupadas em categorias e subcategorias temáticas. Neste sentido, a análise do conteúdo das entrevistas permitiu agrupá-las em seis categorias temáticas, em que estão organizadas as representações sociais das mães entrevistadas, a saber: Categoria I - Enfrentamento da doença. Nesta categoria temática, foram identificadas três subcategorias: conhecimento sobre a doença, reação antes e após o diagnóstico, crença na cura; Categoria II - Sobrecarga frente aos cuidados prestados ao filho: a responsabilidade recai sobre a mãe; Categoria III - Informações e opiniões sobre a doença e o tratamento; Categoria IV - Enfrentamento da doença junto à família e elementos da sociedade; Categoria V - Acessibilidade aos serviços: barreiras geográfica (transporte), econômica, organizacional e cultural e, por último, Categoria VI - Profissionais de saúde: reconhecimento e sentimento de gratidão.

3.2 Categoria I - Enfrentamento da doença

Nesta categoria temática foram identificadas três subcategorias: conhecimento sobre a doença, reação antes e após o diagnóstico, crença na cura.

3.2.1 Subcategoria - Conhecimento sobre a doença

O empoderamento do usuário do sistema de saúde configura-se como a forma mais eficaz de se lidar com o processo saúde-doença, sendo o conhecimento e o acesso às informações imprescindíveis para permitir que o usuário possa não somente controlar a doença, mas gerenciar sua vida social, familiar, dentre outras (TADDEO et al., 2012). De modo geral, as representações das entrevistadas demonstraram pouco conhecimento da doença. Os depoimentos a seguir exemplificam essas questões.

Nunca ouvi falar direito nessa tal de Zika não. Nunca. Não sei nem explicar. (E1)

Eu descobri pelas primeiras mulheres, que começaram a nascer aqui em Campina, que tinha microcefalia, os bebês. Aí eu fiquei com medo. Soube pela TV. Nunca nem tinha visto falar nessa microcefalia, essa cabecinha pequenininha. Nunca tinha visto falar não. (E2)

Corroborando nossos dados, Ribeiro, Barbosa e Porto (2011), em estudo

realizado para avaliar o conhecimento e informações dos pais sobre a paralisia cerebral e a Síndrome de Down dos filhos, evidenciaram que os pais recebiam poucas informações e apresentavam muitas dúvidas. Ressaltaram, ainda, a enorme carência de ações educacionais para modificar esta situação.

Petean e Murata (2000) também demonstraram, a partir de um estudo do conhecimento de mães sobre o diagnóstico da paralisia cerebral de seus filhos, que estas também tinham dificuldade em relatar sobre a doença. Assim como no estudo realizado por Neves e Cabral (2008), realizado com mães cuidadoras de crianças com necessidades (CRIANES), foi possível perceber que a falta de conhecimento sobre a doença no diagnóstico também afetou a reação das mães diante deste, contribuindo para o sentimento de desespero de algumas mães.

Entretanto, outras usuárias apontaram uma diferença quanto à visibilidade midiática dada à doença e o momento que a mãe vivia, obtido através dos meios de comunicação tradicionais, como televisão e internet. Entre elas, observa-se a autopercepção da doença, de forma direta ou indireta, como inferido nos seguintes discursos:

Aí, quando foi uma vez, quase pertinho de sete meses, eu estava assistindo televisão, aí foi que deu, eu escutei a notícia que quem teve a Zika, as mulheres que estavam tendo a Zika, estavam tendo os meninos com microcefalia. Aí eu já fiquei com medo, porque eu tive. Aí eu disse 'eu vou no posto'. (E4)

Sabia. Porque antes de descobrir que estava grávida, já estava a epidemia, já estava passando muito nas televisões, essas coisas. Aí foi quando apareceu, também eu fiquei com medo, aí disse "não, mas não vai ser, não vai ser". Aí quando com 22 semanas, veio, o baque. (E10)

Ainda que o alarme midiático gerado por esta epidemia possa ter contribuído para aumentar a angústia das gestantes, observou-se no estudo que esta foi amplamente divulgada nos mais diversos meios midiáticos durante seu transcorrer.

3.2.2 Subcategoria - Reação antes e após o diagnóstico

Durante a gravidez, os sentimentos iniciais sobre o bebê são permeados de expectativas e idealizações que, ao nascimento, podem passar à prova de enfrentar uma realidade diferente daquela esperada (KLAUS; KENNEL, 1992). As expressões de fala das mães entrevistadas evidenciam, em primeira instância, representações ancoradas em expectativas e sentimentos de desespero, medo, negação e até rejeição.

Ave maria, minha reação, eu quase que morria na hora. Para mim o teto da maternidade tinha caído na minha cabeça. Eu fiquei sem chão, porque ele era o meu sonho [...]. Aí eu quase pegava uma depressão. Chorava direto, pensando que ele ia morrer. E eu pensei em tirar ele. Falei para meu esposo, eu quero ir na maternidade ver se eu tenho alguma possibilidade de colocar ele para fora, se eu tenho direito'. (E4)

Desespero. Muito desespero, muito choro. Porque até aí eu não sabia o que ia fazer

da minha vida, porque era uma doença nova. A princípio não tem medicamento, como não tem hoje, né [...]. É, a princípio, foi desespero. (E11)

Observou-se, no estudo realizado por Re, Dean e Menahem (2013), com mães de filhos portadores de cardiopatias congênitas, altos níveis de estresse relacionados ao diagnóstico, tanto no pré como no pós-natal. Outro estudo desenvolvido por Nardi et al. (2015), realizado com mães de crianças nascidas com as malformações congênitas que compõem a Sequência de Pierre Robin, também evidenciou que o evento inesperado, *per si*, gerou estresse e ansiedade nos pais, e a falta de informação sobre a malformação acresceu ainda mais o impacto emocional gerado.

Para Brunoni et al. (2016), a microcefalia provocada pelo Zika vírus gerou um grande impacto tanto nas famílias e crianças quanto na equipe de saúde, representando um enorme desafio a ser enfrentado por todos. Ressaltou, ainda, a necessidade e importância da capacitação dos profissionais para fornecer um cuidado especial às mães responsáveis por essas crianças.

Passado o diagnóstico, a vivência do pós-parto de uma criança com uma doença crônica exige uma elaboração de uma estratégia de enfrentamento da nova realidade (BORGES, PINTO, VAZ, 2015), geralmente difícil e estressante para os pais e/ou cuidadores. Sabe-se que as crianças afetadas pela síndrome congênita do Zika vírus representam um grupo com demanda por intervenções precoces para reduzir o elevado impacto no desenvolvimento neuropsicomotor e funcionamento adaptativo (BRUNONI et al., 2016).

As entrevistadas também destacaram que sentiram o impacto e a mudança em suas vidas tanto após o diagnóstico quanto no pós-parto.

Ah, mudou tudo. Agora só vivo só pra ele. Não tenho vida, assim, pra mim mesmo não. Só pra ele. Não posso sair mais, porque ele toma remédio controlado. (E2)

Hoje em dia só tenho tempo pra ele. Mudou. Não paro mais em casa. Não tenho tempo pra nada. Muito, muito mesmo. (E1)

Na tentativa de objetivar a doença, as mães cuidadoras se ancoram em experiências sociais e esquemas de pensamentos pessoais; criam mecanismos de adaptação que sirvam de referência para compreender a realidade e guiar a sua conduta. Tais dados estão em consonância com os achados de um estudo realizado por Brunoni et al. (2016) acerca do impacto da microcefalia sobre essas famílias, no qual foi observado que o convívio diário com essas crianças altera o funcionamento familiar e impacta na qualidade de vida, ressaltando a importância do apoio social e trabalho de proteção e promoção da saúde mental dos pais. Tal situação demonstra a necessidade de um trabalho conjunto entre profissionais de saúde e familiares.

3.2.3 Subcategoria - Crença na cura

Diante de situações difíceis, as mães cuidadoras buscam se apoiar na fé e espiritualidade, encontrando uma forma de apoio e consolo, sem a qual não conseguiriam enfrentar a situação (OLIVEIRA et al., 2008). No presente estudo foi possível verificar representações relacionadas ao apoio na religiosidade e na fé, mesmo quando as mães afirmavam não acreditar de fato em uma cura.

Assim, eles falam que não tem cura. Mas o que vale é minha fé, eu creio que meu filho vai ter cura. (E4)

Eu creio em Deus que sim, um dia, ela vai ficar boa, porque é tão difícil. (E8)

Em outro estudo, realizado com o objetivo de conhecer as experiências, vivências e sentimentos das mães sobre seus filhos com deficiências, observou-se também a temática religiosa no discurso, em que Deus aparecia como a única esperança de cura para seus filhos (VÉRAS; VIEIRA; MORAIS, 2010). Entretanto, assim como em nossas entrevistas, também foram identificados sentimentos ambivalentes nas mães, diante da limitação de seus filhos (LUNARDI; CÍRICO; COLDEBELLA, 2011).

3.3 Categoria II - Sobrecarga frente aos cuidados prestados ao filho: a responsabilidade recai sobre a mãe

A literatura ressalta que as demandas de cuidado envolvem um cuidador principal, frequentemente a mãe, que raramente tem com quem dividir essa responsabilidade (GONDIM; CARVALHO, 2012). Isso sobrecarrega esse cuidador, o que além de prejudicar a qualidade de vida, pode levar a quadros de depressão, ansiedade e fadiga (MARX et al., 2011).

As representações sociais elaboradas pelas participantes desta investigação evidenciaram sobrecarga, relatando cansaço, estresse, falta de tempo para dedicar-se a outras atividades. Além disso, ocupam o lugar de única, ou principal cuidadora da criança.

Eu sinto assim, que é muita correria do meu tempo. O tempo é corrido, por que você tem quatro filhos, tem duas adolescentes, duas crianças, que é ela e a de quatro anos [...]. Tenho que fazer tudo. Eu mesma, tenho uma consulta marcada para fazer, a médica já reclamou até comigo. A enfermeira já reclamou, 'você tem que se cuidar', porque eu sou hipertensa. Meu tempo é muito corrido. Tem dia que eu não paro o dia em casa. (E4)

Essa constatação vem reforçar os achados de estudos realizados por Lunardi, Círico e Coldebella (2011) e Sanches e Fiamenghi Júnior (2011), com mães cuidadoras de crianças com deficiências. Eles mostraram que a maioria das mães entrevistadas relatou sobrecarga, sendo, muitas vezes, as únicas responsáveis pelos cuidados com os filhos e tendo que abandonar emprego e outras atividades.

No discurso de uma das entrevistadas é possível identificar a forma como a responsabilidade recai sobre a mãe e como esta parece sentir que é a única responsável pelos cuidados com o filho.

Um pouco. Só assim, um pouco. Mas, sendo para ele. Porque eu sou, vamos dizer assim, eu sou jovem. Aí tudo é assim, um pouco sobrecarregado para mim [...]. Mas, para ele eu tenho que correr atrás. Tenho que carregar tudo. Quando a gente é mãe tem que carregar tudo. Aí para ele eu faço tudo. (E3)

Neves e Cabral (2008) concluíram, a partir do relato de mães cuidadoras de crianças, que estas mulheres vivem sob a opressão da matriz sociocultural do cuidado, que acaba por colocá-las na posição de abrir mão de muitas coisas em prol da imagem da boa mãe e dos cuidados com os filhos, levando-as ao isolamento social, sofrimento e estresse. Nessa categoria, o cuidado aparece ancorado na ideia de missão, intensidade e alta amplitude.

3.4 Categoria III - Informações e opiniões sobre a doença e o tratamento

De um modo geral, observa-se que as mães entrevistadas reconhecem a doença a partir da própria sintomatologia. Entre elas, observa-se a autopercepção dos sintomas (convulsões e outros sinais), bem como dos medicamentos utilizados no tratamento de seus filhos. Fato este inferido a partir dos discursos, como a seguir:

Ele é muito nervoso, se treme muito. Ele, quando completou quatro meses, começou a dar convulsões nele. Era direto. Uma atrás da outra, direto! (E2)

É, teve uma vez que ela estava tendo as crises convulsivas. Aí eu corri para o hospital. Aí quando aumentou a medicação, ela voltou de novo. (E9)

Feitosa, Schuler-Faccini e Sanseverino (2016), em estudo de revisão de literatura sobre os aspectos importantes da Síndrome Congênita do Zika para pediatras e neonatologistas, evidenciaram o choro excessivo, a inconsolabilidade, a irritabilidade e a hiperexcitabilidade entre os achados neurológicos/neurossensoriais já citados como parte do espectro desta síndrome, aspectos também citados nesse estudo, além das convulsões.

As representações sociais das entrevistadas com relação às informações e opiniões sobre o tratamento são relevantes para a mudança de modelo de atenção, ao se compreender que a concepção que se tem de um dado objeto determina a maneira como se lida com ele. Foi possível perceber, através das entrevistadas, que existe o suporte de uma equipe multiprofissional envolvida na terapia de seus filhos. Além disso, algumas mães já relatam observar efeitos positivos do tratamento.

E muito tratamento, como fisio, a fisio respiratória, fisio motora e fisio natação. Lá tem várias fisio. Mas eles me tratam bem. (E11)

Ela disse que depende muito do tratamento dele. Elas explicam tudo direitinho. (E2)

Nos discursos analisados ainda foi possível perceber que as mães vêm recebendo educação permanente quanto à importância e os cuidados que devem ter para com as crianças, bem como referente à continuidade do tratamento no domicílio. Para Thiede, Akewengo e McIntyre, (2014), a informação configura-se como um importante determinante da qualidade do sistema de saúde.

Em revisão da literatura sobre a educação em saúde dos familiares de CRIANES, Severo et al. (2014) observaram existência de lacunas acerca do conhecimento necessário para que os cuidadores possam dar continuidade ao tratamento no domicílio.

Nossas entrevistadas parecem receber informações e materiais de apoio que podem representar uma redução nesta lacuna.

Ele vai ter fisioterapia, vai ter a neuro, vai ter oftalmo, otorrino, vai ter pediatra. Toda vez tem palestra, vai dizendo como é que a Zika. (E3)

Que a gente tem que fazer o tratamento direitinho para que no futuro ele consiga fazer as coisas dele e não tenha nenhuma limitação, né? (E4)

A preocupação que mais frequentemente surgiu no discurso das entrevistadas foi referente à duração do tratamento, uma vez que elas parecem já estar cientes da necessidade de um tratamento prolongado e temem perder, após certo tempo, o suporte que dispõem.

É difícil, assim, porque é longo, um tratamento pra toda a vida. Porque ele não vai ficar bom, logo, assim, com dois anos de idade, três anos. Só fico pensando. (E2)
Eles falam que ele vai andar, vai falar, tudo lento, entendeu? Não vai ser assim, como qualquer criança normal. (E 1)

Rezende e Cabral (2010), perceberam que a situação econômica das famílias colocava as crianças em situação de vulnerabilidade social e fragilidade clínica. As cinco famílias por eles estudadas possuíam uma relação superficial e de dependência contínua dos serviços de saúde terciário e quaternário. Entre as entrevistadas no presente estudo, é possível que estas questões também sejam fatores preponderantes em sua preocupação.

3.5 Categoria IV – Enfrentamento da doença junto à família e elementos da sociedade

De um modo geral, ainda que as entrevistadas sejam as únicas responsáveis pelos cuidados diretos com os filhos, a maior parte relatou ter recebido apoio familiar e

que a chegada do filho com necessidades especiais, apesar de ter inicialmente gerado apreensão, aproximou a família.

Essa descoberta suscita representações diversas, que expressam sentimentos de compaixão, medo, insegurança, ansiedade ou, ainda, compreensão, apoio e aceitação.

No primeiro instante elas ficaram apreensivas, assim, como eu. Mas, aí, depois foi me consolar. Eles tentaram me consolar, me dar apoio, 'não, não vai ser assim, pense positivo, vai dar certo'. Foi mais, praticamente, isso. (E10)

Ao contrário do que foi evidenciado por Neves e Cabral (2008), em que as mães por eles estudadas foram abandonadas por seus cônjuges, ou que eles não participavam ativamente do cuidado, nesse estudo foi relatado um maior apoio familiar e menor isolamento. Aqui vale ressaltar o discurso de E4, que ao expor ao marido o desejo de abortar, relatou a seguinte reação:

Aí ele disse 'Olha E4 não é minha vontade não, de colocar ele para fora, não. Mas se você decidir eu estou aqui para lhe apoiar. Eu lhe apoio em tudo que você quiser. Minha vontade é ter meu filho nos meus braços'. Porque era o sonho dele também, né. Mas ele me viu tão agoniada e disse 'se for para você ficar bem, eu lhe apoio no que você quiser'. (E4)

Sanches e Fiamenghi Júnior (2011), em sua pesquisa, também se depararam com pelo menos um relato de uma mãe no qual a negação do diagnóstico pela família perdurou por certo tempo, levando à busca de vários médicos. Observam-se representações sociais por parte da família por vezes tensa e conflituosa, fortemente atrelada às limitações ocasionadas pela doença, além de preconceito e medo.

A maior parte das entrevistadas relatou já ter vivido ou presenciado uma situação de preconceito quanto à deficiência das crianças acometidas pela microcefalia. Alguns relatos expõem situações de manifestações verbais de repulsa quanto à aparência física dessas crianças, ou de pena.

[...]já entrando uma mãe com o bebezinho que é bem deformadozinho. Aí, foi o senhor, tava varrendo, que é funcionário lá do local. Aí ele fez assim "isso é uma coisa do demônio, esses meninos são muito feios, é o apocalipse", ele falou alguma coisinha assim, "é o fim do mundo, parece com uns demônios", não sei o que. [...] (E10)

Sei lá. Eu acho de pena. Sei lá. Acho. Esse povo fica olhando, com cara de pena assim, 'eita, olha aquela menina, aquela mulher e aquela menina que tem aquela doença'. Se a pessoa está andando eles ficam 'eita, olha aquela que tem microcefalia, aquilo pega, não sei o que'. 'Ei tua filha parece um e.t.', foi a menina lá do hospital. (E5)

Silva et al. (2010), ao questionar mães de crianças com paralisia cerebral sobre a percepção da sociedade a respeito de seus filhos, também obtiveram relatos de estigmas, constrangimentos, tristeza e revolta. É interessante destacar que uma das

mães entrevistadas pelo autor também ressaltou que não desejava o sentimento de pena direcionado ao seu filho, que este não precisava disso, de forma muito semelhante ao relato de nossa entrevistada.

Ao mesmo tempo, algumas mães atribuíram o afastamento das pessoas às mudanças no seu estilo de vida decorrentes dos cuidados com seus filhos.

Eles se afastaram de mim [...]. Eu também não ligo mesmo. Não por conta do meu filho. Por conta da escola, assim. Acho que por isso, porque eu não posso ir mais. (E3)

Alguns acolheram e outros se afastaram. Quando falou que eu ia ter um filho especial, os olhos olharam com preconceito. (E11)

3.6 Categoria V – Acessibilidade aos serviços: barreiras geográficas (transporte), econômica, organizacional e cultural

Quando interrogadas quanto à acessibilidade aos serviços de saúde, as mães declararam algumas dificuldades. Uma delas, relacionada ao transporte, foi fortemente mencionada nos depoimentos, mostrando que eventos como levar os filhos às consultas médicas, tornam-se estressantes, pois dependem de diversas formas de auxílios para chegar ao serviço de saúde. Fato verificado na fala a seguir:

Eu mesmo, eu acho. Assim, desses transportes que é muito ruim. A semana passada mesmo eu perdi. Tem semana mesmo que eles não vem me buscar. Sempre perdo, o tratamento dele. A dificuldade mais que eu acho é dos transportes. Eu acho que é por conta do prefeito, da Secretaria de Saúde. (E1)

Colucci (2016) fez um apanhado das dificuldades enfrentadas pelas mães dos bebês afetados pela microcefalia relacionada ao Zika vírus, entrevistando famílias da Paraíba e de Pernambuco. Ficaram evidentes as dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Muitas dessas mães têm encontrado dificuldades relacionadas ao transporte e às distâncias que têm que percorrer para ter acesso aos cuidados necessários para seus filhos. As dificuldades de acesso aos meios de transporte para levar os filhos para as consultas também foi uma queixa frequente entre as mães cuidadoras de crianças com paralisia cerebral (PC) entrevistadas por Simões et al. (2013). Para algumas das entrevistadas, no presente estudo, o fornecimento de um transporte específico pela prefeitura surgiu como solução, para outras a aquisição do direito ao passe-livre representaria maior benefício.

Algumas mães relataram ter dificuldades econômicas, principalmente pelos gastos que têm com remédios, por estes não serem distribuídos ou por faltarem nos postos de saúde.

Tem, assim, por causa dos remédios dele que eu compro. Às vezes não tem o dinheiro. Nunca tem o remédio. (E2)

Mais uma vez, o apanhado realizado por Colucci (2016) também apontou a dificuldade das mães de obterem as medicações para seus filhos, como no relato de uma mãe que gasta todo o dinheiro do auxílio-doença com anticonvulsivantes e tranquilizantes não fornecidos pelos postos de saúde. Rezende e Cabral (2010) também entrevistaram mães cuidadoras de CRIANES, cuja renda *per capita* colocava os filhos em situação de vulnerabilidade social. Uma das entrevistadas do atual estudo relatou, ainda, dificuldade em obter o benefício da criança junto ao INSS (Instituto Nacional do Seguro Social).

Sobre o benefício dele, eu tive muita dificuldade. Já foi...meu marido marcou lá no INSS desde o dia 11 de março, até hoje. A gente foi, cancelaram pra outro dia. Remarcaram. Depois, no outro dia, quando a gente chegou lá com o menino, queriam remarcar de novo. [...]Fez tudo dele. Perícia. Ele foi aprovado na hora pela médica, a perita. Só que, quando foi no negócio do valor, da renda do meu marido. O salário. Aí não tava dando certo [...]. Aí já, já vai fazer 6 meses, né, que não recebo o benefício dele. (E2)

Este relato se contradiz com o encontrado na pesquisa de Silva et al. (2010), em que todas as mães com filhos com paralisia cerebral recebiam o auxílio-doença do governo.

3.7 Categoria VI – Profissionais de Saúde: reconhecimento e sentimento de gratidão

Durante a realização do tratamento, emergiram sentimentos de segurança, gratidão e reconhecimento da assistência oferecida pelos profissionais especializados. Todas as mães referiram sentir-se satisfeitas durante o encontro com os profissionais dos serviços especializados.

Fiquei satisfeita! Porque é bom lá o atendimento, tudinho, eles trata a gente muito bem. Nada assim, que me chateou, não! (E1)

Satisfeita! O tratamento, elas tratam a gente muito bem. Naquela roda, conversando, perguntando como é que eles estão. (E 2)

Evidenciou-se também representações de apoio e solidariedade advindos da relação entre o grupo de apoio formado pelas mães e profissionais. Sanches e Fiamenghi Júnior (2011) também evidenciaram que o contato das mães com os grupos de apoio constituído por pessoas em situação semelhante foi de grande valia para o enfrentamento da doença de seus filhos. Vale ainda ressaltar o discurso de uma das entrevistadas, que colocou como positivo o fato dos profissionais não focarem somente no aspecto da patologia de seus filhos:

É uma festa, mulher, que a gente faz. Porque, assim, a gente não deve estar só focada no que ele tem. Porque se eu ficar só focada no que ele tem, só pensando na microcefalia, só botando coisa ruim na minha cabeça, eu não vou ter tempo de me divertir, de brincar com ele, de sentir a coisa boa mesmo. Então a gente não pensa em estar falando só nisso. Lá mesmo, quando a gente está lá, não toca nem em microcefalia. Para a gente, ali as mães, os meninos que tem, não tem nenhum problema para a gente. A gente fica conversando lá. Tem um lanchinho, a gente faz um lanche. Aí o tempo passa rápido. (E4)

Simões et al. (2013), ao contrário do que foi visto neste estudo, identificou no discurso das mães com filhos portadores de PC, uma insatisfação quanto aos serviços fornecidos; no entanto, esta se deu mais pela falta de acesso aos profissionais do que pela qualidade do atendimento em si. Já Sanches e Fiamenghi **Júnior (2011) mostraram que a insatisfação relatada estava mais associada ao discurso desencorajador de alguns profissionais.**

4 | CONCLUSÃO

A pesquisa realizada oportunizou conhecer as representações sociais das mães com filhos nascidos com microcefalia associada à infecção pelo Zika vírus, acerca da experiência no enfrentamento da doença junto aos serviços de Saúde. Em face de suas representações, evidencia-se que o acometimento das crianças pela microcefalia associada à síndrome congênita do Zika, causa grande impacto nas famílias, em especial nas mães, principais responsáveis pelo cuidado, seja pela quebra das expectativas, diagnóstico, sobrecarga no cuidado com os filhos, preconceito enfrentado e/ou pelas barreiras no acesso aos serviços de saúde.

Neste sentido, se faz necessário, proporcionar uma rede de apoio multiprofissional que forneça apoio social, econômico e psicológico de que essas mães necessitam, em consonância com os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde e os conceitos ampliados de Saúde. Os profissionais devem estar devidamente preparados para lidar com os possíveis desafios que possam surgir desde o diagnóstico inicial – sabendo como transmitir as informações adequadas, sem levar desesperança às famílias – e durante todo o acompanhamento das crianças e, por conseguinte, de suas mães. O acesso à informação também se mostrou imprescindível para a construção das representações sociais e para a elaboração das estratégias de enfrentamento adotadas pelas mães.

No tocante as dificuldades enfrentadas durante a pesquisa, destacam-se: endereço não atualizado junto as UBS's; residências localizadas em regiões consideradas de extrema vulnerabilidade; falta de segurança, gerando situações em que se fez necessário à companhia de um Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou outro membro da UBS.

Além disso, apesar da grande relevância da epidemia congênita associada ao Zika vírus, a falta de pesquisas e publicações que levem em consideração questões qualitativas e de representações sociais dentro deste tema foi a principal limitação para o desenvolvimento e discussão dos resultados. Ressalta-se, portanto, a necessidade de ampliar os estudos neste âmbito, para obter melhor eficiência no acolhimento e suporte dessas mães e seus filhos.

5 | AGRADECIMENTOS

O presente trabalho é parte do PIBIC/CNPq-UFCG e foi realizado com apoio do CNPq, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 229p.

BORGES, M. M.; PINTO, M. J. C.; VAZ, D. C. M. **Apego materno-fetal e enfrentamento de gestantes frente ao diagnóstico de malformação**. Arquivos de Ciências da Saúde, v.22, n.2, p.27-32, abr./jun. 2015.

BRASIL. M. S. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/images/sala-desituacao/Microcefalia-Protocolo-de-vigilancia-e-resposta-10mar2016-18h.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2018.

BRUNONI, D. et al. **Microcefalia e outras manifestações relacionadas ao vírus Zika: impacto nas crianças, nas famílias e nas equipes de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.21, p.3297-302, 2016.

COLUCCI, C. **Babies with microcephaly in Brazil are struggling to access care**. British Medical Journal. São Paulo, v.355, p.1, nov. 2016.

FEITOSA, I. M. L.; SCHULER-FACCINI, L.; SANSEVERINO, M. T. V. **Aspectos importantes da Síndrome da Zika Congênita para o pediatra e o neonatologista**. Boletim Científico de Pediatria, Rio Grande do Sul, v.5, n.3, p.75-80, 2016.

GONDIM, K. M. M.; CARVALHO, Z. M. F. **Sentimentos das mães de crianças com paralisia cerebral à luz da teoria de Mishel**. Revista da Escola Anna Nery [online]. v.16, n.1, p.11-6, 2012.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J.H. **Pais/bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. 244p.

LUNARDI, B.; CÍRICO, L. J.; COLDEBELLA, N. **Vivências, sentimentos e experiências de mães frente a deficiência de seus filhos**. X Congresso Nacional de Psicologia Escolar e Educacional, Maringá-PR, 2011.

- MARINHO, F. et al. **Microcefalia no Brasil: prevalência e caracterização dos casos a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2000-2015.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v.25, n.4, p.701-12, dez. 2016.
- MARX, C. et al. **Depressão, ansiedade e sonolência diurna em cuidadores primários de crianças com paralisia cerebral.** Revista Paulista de Pediatria, v.29, n.4, p.483-8, 2011.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento.** 11. Ed.. São Paulo: Editora Hucitec, 2007. 406p.
- MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise.** Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- NARDI, C. G. A. et al. **Bebês com sequência de Pierre Robin: saúde mental materna e interação mãe-bebê.** Estudos de Psicologia (Campinas), Campinas, v.32, n.1, p.129-40, mar. 2015.
- NEVES, E. T.; CABRAL, I. E. **Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde.** Texto & Contexto em Enfermagem, Florianópolis, v.3, n.17, p.552-60, set. 2008.
- OLIVEIRA D.C., MANDÚ E.M.T. **Women with high-risk pregnancy: experiences and perceptions of needs and care.** Esc Anna Nery [Internet]. 2015; 19(1): 93-101. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0093.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2018.
- OLIVEIRA, M. F. S. et al. **Qualidade de vida do cuidador de crianças com Paralisia Cerebral.** Departamento de Saúde da Assembléia Legislativa do Estado do Ceará - (CE)/ Hospital e Maternidade Geral Cura D'Arts Fortaleza – CE/UNIFOR - (CE)/Universidade de Salamanca – Espanha: 2008.
- PAPAELIOU, C. et al. **Behavioural profile and maternal stress in Greek young children with Williams syndrome.** Child Care Health Dev, [online], v.38, n.6, p.844-53. Disponível em: <https://goo.gl/F9m4gr>. Acesso em: 02 fev. 2018
- PETEAN, E. B. L.; MURATA, M. F. **Paralisia cerebral: conhecimento das mães sobre o diagnóstico e o impacto deste na dinâmica familiar.** Padeia, Ribeirão Preto, p.40-46, dez. 2000.
- POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 118p.
- RE, J.; DEAN, S.; MENAHEM, S. **Infant Cardiac Surgery: Mothers Tell Their Story: A Therapeutic Experience.** World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery, v.4, n.3, p.278-85, jul. 2013.
- REZENDE, J. M. M.; CABRAL, I. E. **As condições de vida das crianças com necessidades especiais de saúde: determinantes da vulnerabilidade social na rede de cuidados em saúde as crianças com necessidades especiais de saúde.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental [online], v.2, p.22-5, 2010.
- RIBEIRO, M. F. M.; BARBOSA, M. A.; PORTO, C. C. **Paralisia cerebral e síndrome de Down: nível de conhecimento e informação dos pais.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.4, n.16, p.2099-106, ago. 2011.
- SANCHES, L. A. S.; FIAMENGI JÚNIOR, G. A. **Relatos maternos sobre o impacto do diagnóstico da deficiência dos filhos.** Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.3, n.19, p.366-74, 2011.
- SEVERO, V. R. G. et al. **Educação em saúde com familiares de crianças com necessidades especiais de saúde: revisão da literatura.** Revista de Enfermagem da UFPE Online, Recife, v.8, n.1, p.2455-62, 2014.

SILVA, C. X. et al. **Criança com paralisia cerebral: qual o impacto na vida do cuidador?** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, v.11, p.204-14, 2010.

SIMÕES, C. C. et al. **A experiência dos pais no cuidado dos filhos com paralisia cerebral.** Revista Eletrônica de Enfermagem, [online], v.15, n.1, p.138-45, 2013.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande-PB. Mimeografado. 2016.

TADDEO, P. S. et al. **Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p.2923-30, nov. 2012.

THIEDE, M.; AKEWENGO, P.; MCINTYRE, D. **Explorando as dimensões do acesso.** In: MCINTYRE, D.; MOONEY, G. Aspectos econômicos da equidade em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p.137-61.

VARGAS, A. et al. **Características dos primeiros casos de microcefalia possivelmente relacionados ao vírus Zika notificados na Região Metropolitana de Recife, Pernambuco.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v.25, n.4, p.691-700, dez. 2016.

VÉRAS, R. M.; VIEIRA, J. M. F.; MORAIS, F. R. R. **A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade.** Psicologia em Estudo, Maringá, v.15, n.2, p.325-32, 2010.

WHO. Organização Mundial de Saúde. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez.** HRP, 2016.

WIRREL, E. C. et al. **Parenting stress in mothers of children with intractable epilepsy.** Epilepsy & Behavior, [online], v.13, p.169-73, 2008.

PARALISIA CEREBRAL: UMA ABORDAGEM SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA A CRIANÇA E A FAMÍLIA

Maxwell do Nascimento Silva

Graduado em Enfermagem pela Faculdade Pitágoras – São Luís – Maranhão

Fernando Rodrigo Correia Garcia

Graduado em Enfermagem pela Faculdade Pitágoras – São Luís – Maranhão

Josykleude Moraes Barroso

Graduada em Enfermagem pela Faculdade Pitágoras – São Luís – Maranhão

Manoel Fernandes da Costa Neto

Graduando em Enfermagem pela Faculdade Pitágoras – São Luís – Maranhão

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão

Graduada em Enfermagem e Mestre em Saúde e Ambiente pela UFMA – São Luís

Gessica Mayara Santos Costa

Graduanda em Psicologia pela Faculdade Pitágoras – São Luís – Maranhão

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo evidenciar a importância da assistência de enfermagem prestada à criança portadora de paralisia cerebral e sua família. O método utilizado neste estudo foi uma revisão sistemática da literatura disponível, ou seja, fontes primárias de informação como livros, artigos, teses, dissertações, monografias, entre outros referentes ao assunto, pesquisados no período de janeiro a abril de 2018 nas bases de dados da SCIELO, SPELL, LILACS, biblioteca

virtual da UNICAMP e Google Acadêmico. Devido a deficiência de publicações sobre o tema, não foi utilizado nenhum método de exclusão para os artigos. Foi possível observar a necessidade de artigos na área da assistência de Enfermagem a essas crianças portadoras de paralisia cerebral. O estudo possibilitou a identificação de um grande campo de trabalho com a população infantil e o apoio a família desse indivíduo, proporcionando um desenvolvimento saudável e uma melhor qualidade de vida, por meio dos recursos terapêuticos.

PALAVRAS-CHAVE: Criança; Paralisia Cerebral; Enfermagem; Família.

ABSTRACT: The present study aims to highlight the importance of the nursing team provided to the patient with cerebral palsy and their family. The method used in this study was a systematic review of the available literature, that is, primary sources of information such as books, articles, theses, dissertations, monographs, among others, related to the subject, searched from January to April 2018 in databases of SCIELO, SPELL, LILACS, UNICAMP virtual library and Google Scholar. Due to a deficiency of publications on the subject, it was not prepared by the method of exclusion for articles. Nursing issues in nursing area of cerebral palsy patients were visualized. The study made it possible to identify a large field of work with a child population

and support the development of the individual, providing a healthy development and a better quality of life through therapeutic resources.

KEYWORDS: Child; Cerebral Palsy; Nursing; Family.

1 | INTRODUÇÃO

A Paralisia Cerebral (PC) é considerada uma “desordem permanente e não imutável, da postura e do movimento, devido a uma disfunção do cérebro antes que o seu crescimento e desenvolvimento estejam completos. Apesar de ser uma das desordens mais comuns na infância, constitui ainda um desafio para profissionais de saúde e em especial para a Enfermagem, tendo em conta os cuidados à criança, tanto nos Hospitais como nos atendimentos ambulatoriais. Para que se desenvolva uma parceria de cuidar integral é necessário que a assistência à criança com Paralisia Cerebral e à família se concretize de fato. Ao nascer uma criança com Paralisia Cerebral, a família passa por vários processos de adaptação que se iniciam a partir do primeiro momento em que toma conhecimento que o seu filho é portador da deficiência e das necessidades específicas que vai precisar. O diagnóstico da Paralisia Cerebral leva a família a efetuar mudanças e adaptações em decorrência da frustração em não ter recebido a criança que foi idealizada ao ser concebida.

Nesse sentido, a revelação do diagnóstico e prognóstico à família, é um momento que necessita ser vislumbrado com extrema cautela e grande preparo profissional, humano/emocional do integrante da equipe que irá proferi-lo. Dentre a variedade de patologias que levam a criança a desenvolver necessidades especiais, abordar-se-á, nesse estudo, as famílias das crianças portadoras de paralisia cerebral decorrente de uma encefalopatia hipóxico-isquêmica perinatal.

A incompreensão, ou até mesmo, em alguns casos, a negação das necessidades especiais decorrentes da paralisia cerebral pode levar a uma postergação do início do tratamento, o que se evidencia concomitantemente à desinformação e ao despreparo dessas famílias para prestar o cuidado à criança. Essas são situações entendidas como fatores prejudiciais para o seu processo de crescimento e desenvolvimento.

O cuidado prestado pelo profissional da saúde e, principalmente, pela enfermagem, à família, refere-se a um cuidado que procura prepará-la para cuidar da criança, através da educação em saúde. Esse educar/cuidar busca a autonomia do indivíduo/família, através de uma educação crítica e dialógica, para que ela consiga estimular o crescimento e o desenvolvimento infantil, melhorando, assim, a qualidade de vida desse grupo. No entanto, para que isso seja possível, é importante que ela reconheça que antes de uma criança portadora de necessidades especiais, decorrentes da paralisia cerebral, existe uma criança com direito a afeto, a brincar, a incorporar-se no “dia-a-dia” da casa, a frequentar a escola, a ser respeitada em sua singularidade, a participar da vida social

A elaboração desse trabalho deu-se a partir do seguinte problema: “qual o papel do enfermeiro diante das dificuldades apresentadas pela criança portadora de paralisia cerebral e qual assistência prestada à família desse paciente?”.

O objetivo geral deste trabalho é evidenciar a importância da assistência de enfermagem prestada à criança portadora de paralisia cerebral e sua família. Como objetivos específicos buscou-se primeiramente caracterizar a assistência de enfermagem prestada à criança portadora de paralisia cerebral, relatar a importância da assistência humanizada prestada a essa criança e por último evidenciar os avanços adquiridos através da inter-relação entre a equipe de enfermagem, a família e a criança portadora de paralisia cerebral.

A metodologia utilizada foi a de revisão sistemática da literatura disponível, ou seja, fontes primárias de informação como livros, artigos, teses, dissertações, monografias, entre outros referentes ao assunto, pesquisados no período de Janeiro a Abril de 2018 nas bases de dados da SCIELO, SPELL, LILACS, Biblioteca virtual da UNICAMP e Google Acadêmico. Devido a deficiência de publicações sobre o tema, não foi utilizado nenhum método de exclusão para os artigos.

2 | PARALISIA CEREBRAL

A Paralisia Cerebral (PC) é definida como uma Encefalopatia de caráter essencialmente motor, que pode encontrar-se associada à perturbações sensoriais e mentais, trazendo sérias repercussões sobre a qualidade de vida dos clientes, preocupação para profissionais de saúde e familiares Pato (2000: 3). Souza, Ferrareto e Machado (2008:12-18) caracterizam a PC como um distúrbio não progressivo que pode ser acompanhado de problemas de percepção, dificuldade de linguagem e comprometimento intelectual.

A expressão Paralisia Cerebral surgiu por volta de 1861, por um médico ortopedista inglês de nome John Little que a definiu como numa patologia ligada a diferentes causas, caracterizada, principalmente, por rigidez e ausência de movimentos, que diagnosticava nos membros, considerando a hipótese de ser ela decorrente de problemas cerebrais ocorridos durante o parto Funayama (2000: 23).

Estas crianças tinham dificuldades em segurar objetos, engatinhar e andar, não melhoravam com seu crescimento, nem tão pouco pioravam. Tal condição foi chamada de “Síndrome de Little” por muitos anos e hoje é conhecida como “Diplegia Espástica” Cândido, (2004:11-123). No ano de 1959 a expressão PC foi definida como sequela de uma agressão encefálica, que se caracteriza, primordialmente, por um transtorno persistente, mas não invariável, do tono, da postura e movimento, que aparece não só na primeira infância, em consequência desta lesão não evolutiva do encéfalo, mas também devido à influência que tal lesão exerce na maturação neurológica Melo; Saraiva(2003:10).

De acordo com a revista de Educação Especial e Reabilitação (1989:4), a PC passa de um modo geral pela referência a uma lesão originada por falta de oxigênio no cérebro, em que a mesma se manifesta, sobretudo no controle da postura e movimento às 21 quais se podem coligar perturbações à nível da linguagem, de deficiências sensoriais e de percepção, problemas de comportamento e epilepsia. Muitos foram os autores que contribuíram para a sua definição. De acordo com a literatura, observa-se uma unanimidade entre os autores, estes afirmam que a patologia seria provocada por uma lesão encefálica.

2.1 Características da Paralisia Cerebral

O encéfalo é dividido por áreas, em que cada uma delas é responsável por uma determinada função. O Lobo frontal comanda os movimentos dos membros e da fala; o lobo temporal é responsável pela audição; e o lobo occipital responsável pela visão. Relativamente à área do cérebro que está lesionada e da extensão no Sistema Nervoso Central, são evidenciadas características específicas Lotitto et al (2008).

Os distúrbios motores é uma das características marcantes nos portadores da PC. O quadro clínico pode incluir outras manifestações acessórias com frequência variável como a deficiência mental, epilepsia, distúrbios da linguagem, dificuldade de alimentação, distúrbios visuais, distúrbios de comportamento, problemas ortopédicos, 23 movimentos involuntários, e anomalias no campo das sensações e da percepção Paulos (2001- 192).

Morales (2005), afirma que a PC pode ocasionar prejuízos nas habilidades para as atividades de vida diária, interferir na independência da marcha e dos cuidados de higiene e vestuário, além de limitar as atividades sociais e cognitivas. Essas repercussões da doença impõem a necessidade de assistência médica, paramédica, educacional e social especializados, o que pode ser oneroso tanto para a família como para a comunidade.

2.2 Classificação da Paralisia Cerebral

A Paralisia Cerebral pode ser classificada por dois critérios: pelo tipo de disfunção motora presente, ou seja, o quadro clínico resultante, que inclui os tipos extrapiramidal ou discinético (atetóide, coréico e distônico), atáxico, misto e espástico; e pela topografia dos prejuízos, isto é, localização do corpo afetado, que inclui tetraplegia ou quadriplégica, monoplegia, paraplegia ou diplegia e hemiplegia (Schwartzman; Souza; Ferraretto; Apud Leite; Prado, 2004). Segundo Bobath e Bobath (1978 - 11).

As classificações são:

- **Diplegia:** Quando todo o corpo é afetado, mas as pernas são mais afetadas que o braço, comumente evidenciando uma acentuada hipertonía dos

adutores, que configura em alguns clientes, postura com cruzamento dos membros inferiores, apresenta marcha “em tesoura” e a fala geralmente não é afetado.

- **Hemiplegia:** Somente um dos lados do corpo é acometido observando maior comprometimento do membro superior; acompanha-se de sinais de liberação tais como espasticidade, hiper-reflexia e sinal de Babinski. O cliente assume atitude em semi-flexão do membro superior, permanecendo o membro inferior hiper-estendido e aduzido, e o pé em postura equinovara. É a manifestação mais freqüente.
- **Hemiplegia bilateral (tetra ou quadriplegia):** Todo o corpo é afetado. Ocorrem lesões difusas bilateral no sistema piramidal dando além da grave tetraparesia espástica com intensas retrações em semiflexão, síndrome pseudobulbar (hiponímia, disfagia e disartria). Existe uma considerável diferença no comprometimento dos dois lados do corpo da criança, resultando numa pronunciada assimetria da postura e movimento.
- **Monoplegia:** somente um dos braços ou, menos frequentemente, somente uma perna está acometida. Elas são muito raras e geralmente tornam-se mais tarde hemiplegias.
- **Discinesia:** Manifesta-se através de movimentos involuntários, sobretudo distonias axiais e/ou movimentos córeoatetóides das extremidades. No primeiro ano de vida este padrão muitas vezes não está definido, podendo existir hipotonia muscular.
- **Discinesia:** Manifesta-se através de movimentos involuntários, sobretudo distonias axiais e/ou movimentos córeoatetóides das extremidades. No primeiro ano de vida este padrão muitas vezes não está definido, podendo existir hipotonia muscular.
- **Ataxia:** Igualmente rara. Inicialmente pode traduzir-se por hipotonia e, aos poucos, verificam-se alterações do equilíbrio (ataxia axial) e, menos comumente, da coordenação (ataxia apendicular). Sua marcha se faz com aumento da base de sustentação podendo apresentar tremor intencional.
- **Formas mistas:** É a associação das manifestações anteriores, correspondendo, geralmente, ao encontro de movimentos distônicos e córeo-atetóides ou a combinação de ataxia com plegia (sobretudo diplegia).

2.3 Tratamentos Farmacológicos

O Tratamento farmacológico limita-se, em geral, ao uso de anticonvulsivantes quando necessários, e raramente medicamentos psiquiátricos para tentar controlar os distúrbios afetivo-emocionais e da agitação psicomotora ligada à deficiência mental. Os medicamentos mais utilizados no tratamento da espasticidade são o Baclofen, o Diazepan, o Clonazepan, Dantrolene, a Clonidina, a Tizanidina, a Clopromazina e também a Morfina (Leite e Prado, 2004). Os medicamentos anticonvulsionantes utilizados no Centro de Reabilitação Infantil são Carbamazepina, (comprimidos de 200mg) Diplexil, (solução oral e comprimidos de 200mg) Fenobarbital (comprimidos

de 50mg).

2.4 Família da Criança com Paralisia Cerebral

A família ao longo dos tempos tem sofrido importantes transformações, de tal forma que existe na literatura, vários conceitos. Assim, na perspectiva de Relvas (2000) múltiplas noções, contradições e paradoxos têm caracterizado as tentativas de definição da família. Família é um todo extremamente complexo “... Família todos nós somos...” A família é sem dúvida, a primeira unidade social onde o indivíduo se insere e a primeira instituição que contribui para o seu desenvolvimento e socialização bem como para formação da sua personalidade” Martins (2002:113). Ainda de acordo com o autor (2002: 111) “A família é, pois, o espaço natural onde se faz a transmissão de valores éticos, culturais, sociais e cívicos”. Na opinião de Torres, (1999: 23) “(...) a família é o conjunto de pessoas que estão entre si ligadas pelos vínculos de casamento, parentesco, afinidade ou ainda a adoção”. Assim sendo, faz todo o sentido quando se afirma que a família é a célula vital da sociedade, é o alicerce que promove a sustentação da sociedade, visto ser ela que tem a função de ocupar-se das necessidades e interesses dos seus membros. Bomar (2004,a), define a família como sendo a relação entre duas ou mais pessoas, ligadas por íntimas associações, com laços de sangue ou não e que se identificam como integrantes da família. Ainda de acordo com a autora, o papel que a família terá para o indivíduo, dependerá da fase do desenvolvimento em que este se encontra. Dessa forma, a criança, o adolescente e o adulto terão necessidades diferentes perante a família Bomar (2004). Werner e Ângelo (2003) acrescentam que a família deve ser reconhecida como uma unidade, com necessidades e características particulares. Nos momentos de crise o amor, a responsabilização, a superação e os cuidados são necessários para a harmonia da dinâmica familiar. O apoio social tem a função de incluir recursos fornecidos por outros, considerando alguns aspectos: suporte instrumental, apoio emocional e apoio informativo (Bocchi e Angelo, 2008). Para Pedro et al. (2008) e Nobrega (2010), o apoio social não se restringe apenas a uma ajuda qualquer, mas no apoio fornecido por membros da rede social/saúde e outras, mas reconhecido pela unidade familiar como importantes para ela. Segundo Ângelo (1997), cit. por Bousso (2001:173), “a família é entendida não apenas como unidade biológica natural, mas como um espaço social, portanto, inter-relacionar onde cada evento é vivido a partir de significados construídos simbolicamente”. Para cuidar de uma família, é necessário conhecer o contexto familiar e social, as redes de comunicação existentes, o estado de desenvolvimento em que se encontra, a sua capacidade de adaptação e os seus recursos. No que diz respeito às prioridades individuais e familiares, vida social e expectativas de uma família com uma criança com PC, tudo sofre alteração. Para minimizar estas mudanças inesperadas, procuram-se criar estratégias de enfrentamento, para que também a criança tenha uma vida o mais próximo possível do normal, livre de preconceitos e com maior

acessibilidade aos serviços e vida social (Andrade e Vieira, 2009). Ao se reconhecer a importância da família da criança com PC em assumir responsabilidades quanto ao cuidado integral da criança, faz-se, sempre que necessário, o reconhecimento da necessidade escutando sempre seus anseios, dúvidas e questionamentos. Cada contato entre os profissionais e a família deve resultar em auxílios utilizados por esta mesma na ampliação do seu referencial sobre o processo de cuidar (Marcon; Elsen, 1999). No processo de cuidar da criança com PC, os profissionais, em especial o enfermeiro, precisam estar abertos e atentos às interações, impacto das vivências e às formas de adaptação de situações diversas no contexto familiar.

3 | INCLUSÃO E DIREITOS DA PESSOA PORTADORA DE PARALISIA CEREBRAL

De acordo com a Lei 3.298/99 é considerada deficiência física ou motora a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, sobrecarregando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de: paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidades congênitas ou adquiridas, acarretando dificuldade para o desempenho de funções (BRASIL, 1999). A Convenção da Guatemala (1999), promulgada no Brasil pelo Decreto nº 3.956/2001, afirma que as pessoas com deficiência têm os mesmos direitos humanos e liberdades fundamentais que as demais pessoas, definindo como discriminação com base na deficiência, toda diferenciação ou exclusão que possa impedir ou anular o exercício dos direitos humanos e de suas liberdades fundamentais. Impulsionando a inclusão educacional e social, o Decreto nº 5.296/04 regulamentou as leis nº 10.048/00 e nº 10.098/00, estabelecendo normas e critérios para a promoção da acessibilidade às pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida.

A inclusão social por sua vez é o processo no qual contribui para a construção de um novo modelo de sociedade, através de grandes ou pequenas transformações nos ambientes físicos e no modo como pensam as pessoas, portanto, a Pessoa com Deficiência/PC, também é beneficiada com este modelo de inclusão, pois, é através deste modelo de inclusão que o sujeito com Paralisia Cerebral, terá a chance de ter igualdade de oportunidades, de acordo com Sasaki (1999).

[...] conceitua-se inclusão social como o processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir, em seus sistemas espaciais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. (SASSAKI, 1999, p. 3).

É importante que a sociedade tome consciência de que a autonomia da pessoa com Paralisia Cerebral é fundamental, para que o processo se torne verdadeiramente

inclusivo, sendo assim eles terão maior participação na sociedade em que vivem, podendo contribuir ativamente no seu desenvolvimento.

As leis que tratam da inclusão da criança, com ou sem deficiência, na rede regular de ensino são inúmeras. As denominadas “declarações” são advindas de assembleias internacionais, nas quais as comissões de cada país assumem cumprir, em seus países de origem, as decisões advindas das assembleias. Desta forma, muitas declarações influenciaram as leis. Outras leis, mais antigas, já abordavam este tema. Juntas, declarações e leis, garantem, de alguma forma, a igualdade de direitos para todos (BOTEGA, 2005 p 10-22). A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), fruto da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948, estabelece, no seu Artigo VI, que “toda pessoa tem o direito de ser, em todos 33 os lugares, reconhecida como pessoa perante a lei”, garantindo, entre outras coisas, que toda e qualquer criança, ao chegar a uma escola, possa ser matriculada, frequentar as aulas e as demais atividades sem questionamentos por parte dos funcionários da escola ou de pais de alunos (ONU, 1948). O Artigo XXVI, item 1, complementa esta ideia, afirmando que “toda pessoa tem direito à instrução”, gratuita, com obrigatoriedade para a escola fundamental. A educação tomou um rumo diferente, acoplando esta afirmativa ao conceito de cidadania (BOTEGA, 2005). Mais de 40 anos depois da DUDH, o debate sobre a educação inclusiva tomou forma com a Conferência de Jomtien, realizada na Tailândia, em 1990, e ficou mais específica com a Conferência de Salamanca, realizada na Espanha, em 1994 (SCHILLING e MIYASHIRO, 2008, p 13-29). De 5 a 9 de março de 1990, em Jomtien, na Tailândia, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), realizou a Conferência Mundial sobre Educação para Todos, que gerou um Plano de Ação para satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem, suscitando um contexto de políticas de apoio no campo econômico, social e cultural. Este plano inclui parâmetros universais de ação, englobando toda a população mundial, garantindo igualdade e equidade, mesmo que resguardadas as autonomias de cada país, por sua diversidade de culturas. Coloca a aprendizagem básica como meta principal, propiciando um ambiente adequado para que a educação ocorra, resultando em uma aprendizagem com qualidade, livre de preconceitos (UNESCO/TAILÂNDIA, 1990, p 201-203).

A Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990, ou Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no seu Capítulo IV, que trata do Direito à Educação, à Cultura, ao Esporte e ao Lazer, assegura, no Artigo 53, item I, a “igualdade de condições para o acesso e permanência na escola”, transferindo esta responsabilidade aos pais no Artigo 55, quando assenta que “os pais ou responsável têm a obrigação de matricular seus filhos ou pupilos na rede regular de ensino”. O Artigo 54, que trata das obrigações do Estado, assevera já no item I, o direito ao “ensino fundamental, obrigatório e gratuito”; no item III, “atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino”; no item VII, o “atendimento no ensino fundamental, por meio de programas suplementares de material didático-

escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde” (BRASIL, 1990). De 07 a 10 de junho de 1994, em Salamanca, na Espanha, delegados de 88 países realizaram a Conferência Mundial de Educação Especial, 35 organizada pela UNESCO. As assembleias ali realizadas geraram a Declaração de Salamanca sobre Pesquisas, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais, que reafirmou o conceito de Educação para Todos, tão utilizado na atualidade (UNESCO/ESPANHA, 1994).

3.1 Atendimentos Educacionais Especializado

O Decreto nº 6.571, de 17 de setembro de 2008, regulamenta o Artigo 60 da Lei 9.394/96, chamado de Atendimento Educacional Especializado. Logo no início, no Artigo 1º, declarou que, para sua concretização, a União prestará apoio técnico e financeiro em qualquer instância, entendam-se municípios, estados e distrito federal. O 1º parágrafo do Artigo 1º definiu Atendimento Educacional Especializado como sendo “o conjunto de atividades, recursos de acessibilidade e pedagógicos organizados institucionalmente, prestado de forma complementar ou suplementar à formação dos alunos no ensino regular”. O 1º parágrafo do Artigo 2º expressou os objetivos do AEE, nos itens I, II, III e IV, aprovando ações que levem ao acesso, participação e aprendizagem de todas as crianças do ensino regular, deixando claro que, para tanto, há que se desenvolverem recursos pedagógicos adequados às diversas situações. Os seis itens do Artigo 3º demonstram as situações em que podem ocorrer AEE, incluindo salas de aula com arquitetônica, capacitação de pessoal, educação continuada, tudo junto visando acessibilidade (BRASIL, 2008).

No Estado de Goiás, em 2010, um grupo de profissionais da Coordenação do Ensino Especial (CEE) publicou nove cadernos abordando o AEE para todas as deficiências, incluindo físicas, intelectuais, sensoriais, múltiplas ou transtornos globais/invasivos do desenvolvimento; e também para altas habilidades e superdotação. Cada um dos nove cadernos do AEE-Goiás foi criado tendo em vista a inclusão, fornecendo modelos de recursos didático-pedagógicos, na forma de *mobiliário* adequado, tecnologia assistiva e comunicação alternativa, ilustrando com estudos de casos. “Nenhum a menos” é o lema citado como a razão e o sentido do AEE (CARVALHO et al, 2010) recursos multifuncionais, adequação.

3.2 Inclusões na Escola

A educação especial sempre foi entendida como uma forma de ensino ao aluno com deficiência, seja de ordem sensorial, motora, intelectual ou múltipla. Esta visão tradicional e histórica possui em seu íntimo um risco, que é de se rotular como deficientes todas as pessoas com dificuldades de aprendizagem, estigmatizando-as ao conduzi-las para o ensino especial (CARVALHO, 2000). Algumas definições de educação especial se reportam às crianças, conceituando inclusão escolar como a

colocação de todas as crianças em uma mesma sala de aula, inserida na rede regular de ensino, sem fazer distinção alguma entre elas (TELES e NASCIMENTO, 2003).

Outras expandem esta definição ao ambiente, citando o conjunto de recursos organizados e disponibilizados pela escola para remover barreiras, visando à aprendizagem dos alunos que necessitam de apoio diferenciado (CARVALHO, 2000).

Para que o professor esteja capacitado a assumir uma sala inclusiva, há a necessidade de conhecer as patologias, as capacidades e as limitações de cada aluno com necessidades especiais. Deve entender também a influência que exerce o aprendizado escolar para as crianças com paralisia cerebral, uma vez que a leitura é importante para se obter informações ou para o lazer e a escrita pode ser utilizada como comunicação alternativa (TELES e NASCIMENTO, 2003).

O professor é sempre lembrado nas pesquisas por ser o educador que está em contato direto com a sala inclusiva. No entanto, outras pessoas devem estar comprometidas com o processo. Por exemplo, o diretor da escola, que exerce grande influência na maneira como se constrói a cultura escolar e cujas ações e atitudes facilitam ou dificultam o processo de efetivação da inclusão escolar (SILVA e LEME, 2009).

Uma grande barreira para a educação inclusiva é a discriminação, entendida como atitudes contrárias ao reconhecimento dos direitos humanos (SILVA et al, 2006). Assim, os gestores deverão preparar-se para o acolhimento da criança com necessidades especiais, transformando a escola inclusiva em uma escola democrática (SILVA e LEME, 2009). Promover a acessibilidade em uma escola inclusiva significa remover barreiras arquitetônicas, garantindo a liberdade de ir e vir; modificar os aspectos pedagógicos quanto à aprendizagem e à avaliação; evitar atividades competitivas e valorizar atitudes cooperativas. Além disso, o termo acessibilidade também diz respeito ao acesso à rede de informações, de comunicação, equipamentos e programas adequados (SILVA e LEME, 2009).

Importante lembrar que a noção de inclusão social, um termo mais amplo que inclusão escolar, está ligada, como está, à ideia de direito à igualdade, mas também ao direito às diferenças (KAUCHAKJE, 2000). É o direito às diferenças que revoluciona a educação, em uma sociedade que enfatiza a autonomia, a responsabilidade, a inteligência e a criatividade; tendo, a partir da palavra inclusão, que se compreender também o inesperado, a surpresa, a incerteza e a subjetividade (EIZIRIK, 2007).

Se acreditarmos que o papel da escola é formar cidadãos conscientes por meio do conhecimento, então a escola não pode ser diferente da sociedade. Tem que construir dentro de seus muros a mesma diversidade de etnias, credos, valores, pessoas com deficiência, pessoas sem deficiência, pois “a experiência de conviver com a diversidade, tão necessária para a vida, nunca será exercida num ambiente educacional segregado, onde a diversidade humana não esteja representada” (SARTORETTO, 2007).

Ao abraçar a filosofia da educação inclusiva, voltada para todos os alunos, sem distinção, o Governo do Estado de Goiás lançou, em 2000, o Programa de Educação

Escolar para a Diversidade numa Perspectiva Inclusiva (PEEDI). O PEEDI tem como objetivo geral reformular os projetos pedagógicos das escolas de forma a atender a diversidade das pessoas, considerando as potencialidades individuais. Os objetivos específicos do PEEDI envolvem instituir unidades de referência, implantar unidades inclusivas, projetos de atendimento educacional hospitalar, projetos metodológicos e recursos especiais, desenvolver parcerias e interfaces (CARVALHO et al, 2010).

4 | ENFERMAGEM EM CONTEXTOS TERAPÊUTICOS DE REABILITAÇÃO E O APOIO FAMILIAR

4.1 Enfermagem em contextos terapêuticos de reabilitação

“A função de enfermagem é (...) dar assistência ao indivíduo doente ou sadio no desempenho de suas atividades que contribuem para manter a saúde ou para recuperá-la (ou ter uma morte serena) – atividades que ele, desempenharia só, se tivesse a força, vontade ou conhecimento necessário. E fazê-lo de modo que o ajude a ganhar sua independência o mais rápido possível”. Hamer e Henderson (1988; p22).

O cuidar em enfermagem, segundo Waldow, Lopes e Meyer (1998), consiste em empenhar esforços pessoais de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade, com o objetivo de ajudar o próximo a encontrar significado na doença, sofrimento e dor, bem como na existência. É ainda ajudar o outro a obter autoconhecimento e controle para a sua cura e para o seu desenvolvimento harmônico de acordo com a sua realidade (pessoal, interpessoal, social e cultural) no sentido de conseguir melhor qualidade de vida. Quando se relaciona ao cuidado, especificamente para a Enfermagem, pode-se dizer que ele teve seu início voltado para a cientificidade no século XIX, quando Florence Nightingale com sua motivação pessoal de levar o cuidado a todos, levou-o para dentro das instituições hospitalares promovendo a sua acessibilidade a todos, dentro das regras e das normas da higiene que então só eram seguidas em determinados setores sociais privilegiados com acesso à informação. Além de causar uma forte modificação na relação do cuidar, que antes era realizado pelas mulheres no âmbito familiar, passou a obter uma conexão com a medicina, quando as mulheres começaram a ser capacitadas para realizar a ação do cuidado (Waldow, 1998:137; Muniz; Santana; 2002; Nascimento; et al; 2006).

O prestar cuidados ao outro como “a atenção particular que se vai dedicar a uma pessoa que se encontra numa situação particular, com vista a vir em seu auxílio, contribuir para o seu bem-estar e promover a sua saúde” definiu Walter Hesbeen (2010). Ele sublinha que essa atenção cuidadosa “transmite” ao outro a preocupação que temos com ele, ao ponto de agirmos em seu benefício.

Refletindo sobre o cuidado, que sempre rondou e continua permeando as ações de Enfermagem e é considerada a essência da mesma ou o seu foco central (Waldow,

1998; Nascimento, et. al., 2006), conclui-se que o cuidado é a base que possibilita a existência humana. Esta ideia do cuidado de enfermagem insere-se numa vertente humanista em que a prestação de cuidados na variável social e pessoal é uma virtude, sendo esta, até a atualidade, considerada um dos valores da profissão de enfermagem, inserido também nos contextos terapêuticos de reabilitação.

Em contextos terapêuticos de reabilitação, a enfermagem está vocacionada para aplicação precoce de técnicas que facilitam o processo reabilitativo de clientes específicos com a finalidade de evitar sequelas e complicações inerentes à situação clínica e imobilidade, aproveitando ao máximo as capacidades do cliente para o restauro da função reabilitadora, promovendo assim a diminuição das suas incapacidades, contribuindo para uma rápida reintegração do cliente na família e comunidade. “(CN nº05/90 de 21 FEV, do DGH) É “[...] um processo criativo que começa nos cuidados preventivos imediatos, continua na fase de recuperação e implica a adaptação de todo o ser a uma nova vida [...]” (Stryker, 1977:15).

Cabral (2009), refere ainda “a que o campo da saúde deve estar atento ao centro do cuidado onde está a criança e sua família, como seres cuidados, com suas condições de vulnerabilidade.” Assim sendo, as intervenções dos enfermeiros, tanto em contextos de Centro de Saúde, de Hospital, ou Instituições de Retaguarda, implicam atuações quer no planeamento quer na execução e avaliação dos cuidados prestados aos vários níveis de intervenção.

4.2 Enfermagem e o apoio familiar

Segundo Torres, “a família é o conjunto de pessoas que estão entre si ligadas pelos vínculos de casamento, parentesco, afinidade ou ainda a adoção” (1999: 23). Assim sendo, faz todo o sentido quando se busca afirmar que a família é a célula vital da sociedade, é o alicerce que promove a sustentação da sociedade, visto ser ela que tem a função de ocupar-se das necessidades e interesses dos seus membros. Bomar (2004), define a família como sendo a relação entre duas ou mais pessoas, ligadas por íntimas associações, com ou sem laços de sangue e que se identificam como integrantes da família. A autora ainda diz que o papel que a família terá para o indivíduo, dependerá da fase do desenvolvimento em que este se encontra. Dessa forma, a criança, o adolescente e o adulto terão necessidades diferentes perante a família (Bomar, 2004).

No que diz respeito às prioridades individuais e familiares, vida social e expectativas de uma família com uma criança com PC, tudo sofre alteração. Para minimizar estas mudanças inesperadas, procuram-se criar estratégias de enfrentamento, para que também a criança tenha uma vida o mais próximo possível do normal, livre de preconceitos e com maior acessibilidade aos serviços e vida social (Andrade; Vieira; 26. Dupas; 2009). Ao se reconhecer a importância da família da criança com PC em assumir responsabilidades quanto ao cuidado integral da criança, faz-se, sempre que

necessário, o reconhecimento da necessidade ouvindo-a em seus anseios, dúvidas e questionamentos. Cada contato entre os profissionais e a família deve resultar em subsídios utilizados por esta na ampliação do seu referencial sobre o processo de cuidar (Marcon; Elsen, 1999). No processo de cuidar da criança com PC, os profissionais, em especial o enfermeiro, precisam estar abertos e atentos às interações, impacto das vivências e às formas de adaptação de situações diversas no contexto familiar.

Segundo Colliere (2003; p230) os cuidados de enfermagem levam em consideração a inter-relação que existe entre as condições de vida da família, o seu nível de educação e das suas capacidades de se adaptar, para pouco a pouco tornar cada vez mais apta a utilização dos meios e recursos de que dispõe para responder de modo adequado às suas necessidades de saúde. Desta forma, o enfermeiro tem um papel primordial em contextos terapêuticos de Reabilitação Infantil da criança com PC e da reestruturação da família, participa esclarecendo as dúvidas que possam surgir a respeito dos problemas recorrentes da deficiência, orientando a família sobre os procedimentos necessários ao atendimento das necessidades básicas da criança, ajudando a família na busca de resolver conflitos existenciais desencadeados pelo impacto do nascimento da criança com PC.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atentando-se às definições dos autores pesquisados, conclui-se que o trabalho, em contextos de reabilitação, é uma prática multidisciplinar, entre outras, que se baseia em conhecimentos cientificamente fundamentados e tem a finalidade de manter e desenvolver o máximo possível às capacidades do indivíduo afetado por disfunções físicas ou psicossociais e emocionais, e ajudá-lo a estabelecer uma relação harmoniosa com o seu meio.

Referente aos cuidados específicos de enfermagem à criança com PC, o enfermeiro pode atuar na área terapêutica de contextos de reabilitação tendo em vista cinco módulos: o saber avaliar os recursos e os limites da criança em contextos de reabilitação e os potenciais riscos, depois definir os objetivos das intervenções reabilitativas para com a criança e família, a partir daí informar e educar a criança e família a viver com os seus limites, a desenvolver comportamentos saudáveis, a adquirir o máximo de autonomia, contando com as pessoas ao seu redor. Informar ainda o cliente e sua família dos possíveis recursos em relação ao apoio social existentes. Para isso o enfermeiro tem que estar atualizado das políticas de saúde para poder orientar a família e prever o regresso ao lar, em conjunto com a equipe, no caso do internamento da criança, tendo em conta a sua realidade social e familiar.

Uma das problemáticas da enfermagem, das práticas terapêuticas é o atendimento de crianças com Paralisia Cerebral e seus pais. Na maior parte das vezes, é difícil conseguir manter a privacidade e proteger o cliente do preconceito, dadas às

condições arquitetônicas do espaço e a não existência de marcações de atendimentos em horários próprios nos centros de reabilitação. Por outro lado, tendo em conta que a Paralisia Cerebral pode levar a alterações físicas, sensoriais e mentais, e como as consequências da lesão do cérebro levam a dificuldades motoras, as quais prejudicam o movimento/marcha, o equilíbrio, a fala e, algumas vezes até o intelecto, esses clientes tornam-se alvo do olhar dos outros o que pode provocar um certo constrangimento por parte dos mesmos, principalmente das famílias que ficam expostas, perdendo a sua privacidade. As perspectivas para as intervenções terapêuticas de Reabilitação Infantil a médio e em longo prazo devem orientar-se fundamentalmente para um conhecimento da situação a nível regional e nacional, para a formação de mais quadros técnicos que garantam o atendimento das várias necessidades, descentralizando-se gradualmente e adaptando a experiência a outros pontos do país, bem como a implementação de ações concretas, tendentes a promover uma melhor orientação à criança com PC e sua família.

Os enfermeiros que trabalham com estes clientes podem intervir no sentido de diminuir ao máximo reações desagradáveis, e promover possibilidades de adaptação das famílias à integração de um novo indivíduo que possui necessidades especiais, assim como desenvolver informações nas redes sociais de apoio necessário. Embora o familiar ou cuidador seja o principal responsável pelo desenvolvimento do cuidado à criança, essa família precisa encontrar suporte nas redes de apoio no pós-alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

ANDRADE. J.S. VIEIRA. M.J. **Prática assistencial de enfermagem: problema, perspectiva e necessidade de sistematização**. R. Bras. Enfer.58(3):261-5. Maio- Jun., 2009.

ARAUJO, Eliane G. de, JAINES, L. T.(1980). **Vivendo o desafio: a libertação das deficiências físicas**. 2ª.ed., São Paulo, Loyola.

BOBATH, K,(1989). **A deficiência motora em pacientes com Paralisia Cerebral**. Editora Manole, S. Paulo.

BOBATH B. BOBATH K.(1978). **Desenvolvimento Motor nos Diferentes Tipos de Paralisia Cerebral**. Brasil, Editora Manole Ltda.

BOMAR, P. J. (2004). **Promoting health in families applying family research and theory to nursing practice**. Philadelphia: Elsevier

CÂNDIDO A. M. D. M. (2004). **Paralisia Cerebral: abordagem para o pediatra geral e manejo multidisciplinar**. Monografia apresentada para a conclusão do Curso de Residência Médica em Pediatria pelo Hospital Regional da Asa Sul. Brasília.

ESBEEN, Walter (2005). **Dizer e escrever a prática do cuidar do questionário**. Loures. Edições Técnicas e Científicas, Ltda.

FUNAYAMA C. A.R. PENNA M. A. TURCATO M. D F. CALDASC. A. T. SANTOS J. S. MORETTO D. (2000). **Paralisia Cerebral- Diagnóstico Etiológico**. Medicina, Ribeirão Preto.

HESBEEN, Walter (2010). **A Reabilitação: Criar novos caminhos**. Loures, Edição Técnica e Científica. Lda.

LEITE J. M. R. S., Prado G. F. (2004). **Paralisia cerebral: Aspectos Fisioterapêuticos e Clínicos**. Rev. Neurociências. Disponível em: 20/04/2018. www.unifestp.br/dneuro/neurociencias/vol12.../paralisia-cerebral.htm

MARCON, N.S.S.; ELSEN, I. **A enfermagem com um novo olhar: a necessidade de enxergar a família**. Revista Saúde, Família e desenvolvimento, Curitiba, v.1, n.1/2, p.21-26 jan./dez. 1999.

PAULOS J. M. M. (2001). **Contributos da Música na Inclusão de Alunos com Paralisia Cerebral**. Lisboa. Disponível em: http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1480/tese_jorge%20paulos%20%20Contributos%20da%20m%C3%BAsica%20na%20inclus>. em 25/01/2018.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão: Construindo uma sociedade para todos**. 4.ed. Rio de Janeiro: WVA, 1999.

SOUZA, A.M.C., FERRARRETO I., MACHADO P.O. (2008). **Paralisia Cerebral; aspetos clínicos e ortopédicos, orientação aos pais**. Associação Brasileira de Paralisia Cerebral. Disponível em <http://www.abpc.org>, em 12/01/2018.

TEIXEIRA, C. Andreia Ana (2012). **Paralisia Cerebral- Estudo de caso**. Disponível em: 10/02/18. <<http://hdl.handle.net/10437/2830>>

WALDOW, V. R, MEYER, D. S., LOPES, M J M. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

PERCEPÇÃO DA ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE À MULHER EM PROCESSO DE ABORTAMENTO PROVOCADO

Evelen Raysa Alves de Lima Bernardo

Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE.

Kleytiane Benevides Araújo

Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE.

Priscyla de Oliveira Nascimento Andrade

Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE.

Priscila Santos Alves Melo

Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE.

Francisca Márcia Pereira Linhares

Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE.

Ester Marcele Ferreria de Melo

Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE.

RESUMO: A OMS e o Ministério da Saúde define aborto como a expulsão do produto conceptual antes da 20^a a 22^a semana de gestação ou do concepto com peso inferior a 500 gramas. O presente estudo teve por objetivo conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem frente ao cuidado às mulheres em processo de abortamento provocado. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. Foi realizado em uma maternidade de um Hospital Universitário da Rede Pública Federal na cidade do Recife. Este hospital é referência no atendimento a mulheres no período reprodutivo em situações de gestação de alto risco, parto normal, cesárea ou em

aborto. Foram entrevistados 13 profissionais de enfermagem, cujos depoimentos revelaram quatro categorias temáticas baseadas na técnica de análise de Bardin: Assistência permeada por cuidados de rotina; Cuidar da mulher com aborto provocado: Um desafio na profissionalização do técnico de enfermagem; A formação no curso de graduação prepara o enfermeiro para cuidar da mulher com aborto provocado e Os preceitos religiosos não interferem na maneira de cuidar de uma mulher com aborto provocado. Os resultados permitiram identificar a percepção dos profissionais frente às mulheres em processo de aborto provocado mostrando a importância da integralidade do olhar holístico sobre o cuidado as mulheres da melhor maneira possível, esclarecendo dúvidas, sem que suas crenças religiosas e valores interfiram no cuidado, prestando uma assistência de qualidade, buscando atualizar-se para melhor assistir essa mulher, incluindo a importância do tema durante sua formação profissional, para que o cuidado seja humanizado.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da mulher; aborto induzido; Cuidados de enfermagem

ABSTRACT: WHO and the Ministry of Health define abortion as the expulsion of the conceptual product before the 20th to the 22nd week of gestation or the concept weighing less than 500 grams. The present study aimed

to know the perception of nursing professionals regarding the care of women in the process of induced abortion. This is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach. It was carried out in a maternity ward of a University Hospital of the Federal Public Network in the city of Recife. This hospital is a reference in the care of women in the reproductive period in situations of high risk pregnancy, normal delivery, cesarean section or in abortion. We interviewed 13 nursing professionals, whose testimonies revealed four thematic categories based on the Bardin analysis technique: Care permeated by routine care; Caring for the woman with induced abortion: A challenge in the professionalization of the nursing technician; Graduation training prepares nurses to care for women with induced abortion. Religious precepts do not interfere with caring for a woman with a miscarriage. The results allowed to identify the professionals' perception of the women in the process of abortion provoked showing the importance of the integral holistic view on the care of women in the best possible way, clarifying doubts, without their religious beliefs and values interfere in the care, providing a quality care, seeking to upgrade to better assist this woman, including the importance of the theme during her professional training, so that care is humanized.

KEYWORDS: Women's health; induced abortion; Nursing care.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde e o Ministério de Saúde definem aborto como a expulsão do produto conceptual antes da 20^a a 22^a semana de gestação ou, se a idade gestacional for desconhecida, com o produto da concepção pesando menos de 500 gramas ou medindo menos de 16 cm. (MS, 2001). O abortamento é subclassificado em precoce, quando ocorre até a 12^a semanas de gestação e tardio quando ocorre entre a 12^a e 22^a semanas (OMS, 2012).

O aborto pode ser espontâneo ou provocado. O espontâneo é uma das complicações que ocorrem na mulher durante a gravidez e não há uma ação externa ou indutiva que venha provocar a expulsão do feto. Já o provocado, é quando a interrupção da gestação é algo desejado e planejado pela mulher sendo utilizados métodos que irão induzir uma ação que interrompa a continuidade da gestação, a exemplo das ocorrências em que são utilizados chás abortivos, que desencadeiam o processo de abortamento sejam por extração ou expulsão do concepto (SOARES, 2012).

O aborto provocado representa um grave problema de saúde pública no mundo e de justiça social em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Estima-se que em 2008 ocorreram 43,8 milhões de abortos induzidos, causando muitas mortes em mulheres, decorrente das condições precárias na qual elas se submetem para realização desse procedimento (MADEIRO, 2015).

No Brasil esses casos de aborto ocorrem uma estimativa de 87.854 abortos por mês e 2.929 por dia (MELLO, 2011). Esses dados podem apresentar um cálculo com

magnitude superior, devido aos casos de abortos clandestinos que não são notificados e a omissão das mulheres em relatar a interrupção da gestação, contribuindo para que esses dados não sejam fidedignos (CARVALHO, 2014).

Apesar das constantes lutas e direitos alcançados, sobre os direitos das mulheres, o profissional de saúde é considerado uma autoridade que usa a lei para negar-se a atendê-las (CACIQUE, 2013). Estudo realizado entre profissionais de enfermagem percebeu-se que os mesmos estão inseridos no processo de assistir as mulheres com complicações de interrupção inseguras (STREFLING, 2013).

Porém, foi constatado que os profissionais de enfermagem, ainda têm uma visão técnica, discriminatória, esquecendo que o cuidado integral é um direito humano. As mulheres referiram que esperam do profissional um cuidado integral, uma postura ética, respeitosa e sem julgamento. Por outro lado, no mesmo estudo os profissionais mencionaram a falta de capacitação para integrar o acolhimento como práticas complementares às ações clínicas e conseqüentemente a dificuldade da promoção de um cuidado integral. A falta de capacitação para atender a mulher no processo de abortamento provocado, deixa-os inseguros frente à situação. (STREFLING, 2013).

Diante disso presume-se a importância da educação permanente dos profissionais de enfermagem, para melhor assisti-la, promovendo de forma geral todo suporte imprescindível de acordo com as suas necessidades momentânea e futura, a fim de, evitar recidivas. Também se faz necessário à educação em saúde da equipe, bem como o conhecimento técnico-científico e o desempenho para a realização de tais ações (DUARTE, 2010).

É papel do enfermeiro não apenas orientar as mulheres sobre os riscos do aborto seja ele, espontâneo ou provocado, com objetivo de promover a saúde delas, como também proporcionar um cuidado integral, visando prevenir danos não somente a saúde física como também emocional, para prevenir danos maiores à saúde delas (STREFLING, 2013).

Como a enfermagem é a categoria profissional que está mais próxima dos seus clientes, é de responsabilidade do enfermeiro está presente não apenas nos serviços que atendam mulheres em abortamento, mas também, está presente na promoção e estimulação do planejamento familiar, visando diminuir esses casos de abortos provocados (STREFLING, 2013).

Seria fundamental que os profissionais enfermagem estivessem preparados para perceberem a angústia dessas mulheres. Para isso, se faz necessária à participação de toda equipe, para que atenderam essas pacientes com um olhar reflexivo onde elas se sintam a vontade para discutir seus sentimentos em relação à morte e perdas. É importante também que o atendimento psicológico seja acessível para as mesmas tenham a oportunidade de expressarem suas emoções, medos e anseios (ASSUNÇÃO, TUCCI, 2003).

Diante do exposto, considerou-se de suma importância conhecer como os profissionais de enfermagem cuidam e como estão sendo preparados para assistir as

mulheres que provocaram o aborto. Muitas vezes as mulheres sofrem preconceitos e estigmatização desses profissionais, por haver a negligência e despreparo no cuidado à mulher em processo de aborto provocado. Tendo em vista essa problemática, o presente estudo buscou investigar a assistência de enfermagem, levando em consideração o seu olhar ético, profissional, pessoal, religioso e social. Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir de modo efetivo, para uma reflexão sobre a necessidade de uma assistência humanizada e livre de preconceitos a esta clientela.

2 | PERCURSO METODOLÓGICO

Para a elucidação do objetivo proposto, optou-se por estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, por proporcionar maior possibilidade de compreensão sobre a percepção da prática exercida pelos profissionais de enfermagem na assistência a mulher no processo de aborto provocado. A pesquisa qualitativa dispõe de várias características, uma delas é a noção da construção social das realidades interessada nas perspectivas dos participantes, em suas práticas profissionais voltados a questão em estudo (MINAYO, 2013).

O estudo foi realizado no Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto de uma maternidade de um hospital universitário da rede pública federal na cidade do Recife. Este hospital é referência no atendimento a mulheres no período reprodutivo em situações de gestação de alto risco, parto normal, cesárea e em processos abortivos. A média de internamentos mensais do Centro Obstétrico e Alojamento conjunto são em média de 150 pessoas.

A população em estudo foi composta por 24 enfermeiros, 46 técnicos e 33 auxiliares de enfermagem que trabalhem no Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto. Perfazendo um total de 103 profissionais de enfermagem. A amostra foi por conveniência e saturação.

Como critérios de inclusão, foram selecionados profissionais de enfermagem que prestaram assistência de mulheres em situação de abortamento provocado, e, excluídos aqueles profissionais de férias ou licença médica.

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob o nº do CAAE: 56639816.2.0000.5208 e foi realizada por meio de uma entrevista individual, semiestruturada com os participantes da pesquisa.

Inicialmente o instrumento de coleta de dados foi submetido a um teste piloto com a participação de três profissionais de enfermagem do setor onde a coleta de dados aconteceu, o objetivo foi verificar a adequabilidade do mesmo. Este procedimento não comprometeu o alcance da amostra.

Este tipo de entrevista individual e semiestruturada foram adotados para a

coleta de dados por facilitar a abordagem qualitativa ao mesmo tempo assegurar aos entrevistados que suas falas sejam contempladas no decorrer da conversa (MINAYO, 2013).

As entrevistas aconteceram durante o horário de plantão dos profissionais na data e local previamente agendado. Inicialmente foi preenchido um formulário contendo dados de identificação. Após o preenchimento desses dados, foi iniciada uma entrevista com as seguintes questões norteadoras: *De que maneira você descreve sua atuação como profissional de enfermagem no atendimento à mulher em situação de aborto provocado? De que maneira sua formação profissional lhe preparou para cuidar de mulheres em situação de aborto provocado? Você acha que sua religião e valores interferem na sua forma de cuidar de mulheres em situação de aborto provocado? Por quê? Que tipo de assistência o profissional de enfermagem pode proporcionar a mulher em processo de aborto provocado?*

A entrevista foi gravada por meio de um gravador de áudio no aparelho telefônico portátil para facilitar a coleta de informações, bem como observar pausas, mudanças no tom de voz e qualquer outra característica na fala que possa ser relevante durante a análise dos dados.

O sigilo e a identidade dos participantes foram preservados em todas as formas durante o decorrer da pesquisa. Para isso seus nomes foram substituídos letras e números. Ex: E para enfermeiros, AE para auxiliares de enfermagem e TE para técnicos de enfermagem e o número de acordo com a sequência cronológica das entrevistas.

Para melhor compreensão sobre as respostas das questões norteadoras e identificar as categorias temáticas, foi utilizado a técnica de análise de conteúdo segundo a modalidade temática de Bardin, que é um conjunto de métodos de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos com o objetivo de descrever os conteúdos das mensagens (BARDIN, 2011).

A organização dessa análise aconteceu em três momentos cronológicos: A Pré-análise; exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2011).

Pré-análise é a fase de organização inicial dos dados com o objetivo de estruturar as ideias iniciais conduzindo o desenvolvimento para o plano de análise e que compõe o corpus da pesquisa. A exploração sistemática que acontece por meio da leitura flutuante que é o primeiro contato com os documentos a serem analisados; a escolha dos documentos que estabelece hipóteses e formulam indicadores que orientem a conclusão dos dados do estudo, o que é de extrema importância seguir as seguintes regras: (SANTOS, 2012).

Durante a execução da primeira etapa, chamada de pré-análise, foi realizada a transcrição das falas logo após as entrevistas. A brevidade da transcrição faz-se necessário para que não se perca as nuances. (pausa, expressão facial e outras), e sejam registradas em tempo hábil. Após a transcrição foi feita a leitura do material com objetivo de superar a sensação de caos inicial (leitura flutuante). Para a organização e

seleção do material (constituição do *corpus*), foi levada em consideração a adequação do documento aos objetivos do estudo e contemplação do universo que se pretendia alcançar. Posteriormente, foram realizadas várias leituras do *corpus* com o objetivo de classificar, agregar e codificar em unidades de significação. Na análise das falas, foram selecionadas de modo indutivo as palavras e frases mais significativas e repetidas que chamamos “núcleo de sentido”.

Na segunda etapa foi realizada a exploração do material. Após o recorte dos núcleos de sentido, estes foram identificados dentro das falas e agregadas em códigos e subcategorias.

Na terceira e última fase, foram elaboradas as categorias temáticas (temas) que surgiram após interpretação das subcategorias. Posteriormente, os temas construídos foram interpretados a luz literatura.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 13 entrevistados, 3 dos entrevistados tinham a faixa etária dentre 50 a 58 anos, e 9 dos entrevistados tinham faixa etária de 30 a 45 anos de idade e 1 destes entrevistados tinha 27 anos. Dentre os 13 entrevistados 6 eram enfermeiros e 7 eram técnicos de enfermagem.

Ao que se refere ao gênero, os participantes da entrevista era predominantemente formado por profissionais do sexo feminino no total de 12 entrevistadas do sexo feminino e 1 entrevistado do sexo masculino.

Da análise das falas emergiram quatro categorias temáticas: Assistência permeada por cuidados de rotina; Cuidar da mulher com aborto provocado: Um desafio na profissionalização do técnico de enfermagem; A formação no curso de graduação prepara o enfermeiro para cuidar da mulher com aborto provocado; Os preceitos religiosos não interferem na maneira de cuidar de uma mulher com aborto provocado.

3.1 Assistência permeada por cuidados de rotina

Nesta unidade temática procuramos descrever sobre a atuação do profissional de enfermagem no primeiro atendimento à mulher em situação de aborto provocado. Percebemos por meio das falas que o cuidado despendido a estas mulheres estão direcionados principalmente para aspectos clínicos e de rotina do serviço. Os cuidados de rotina são sinalizados como aqueles que são realizados com regularidade quando a mulher chega em processo de abortamento, independente do tipo. Um dos enfermeiros relata a sequência de como este atendimento é feito.

“... Primeiro a gente faz a triagem, a mulher chega com algum tipo de queixa, sangramento e depois ela vai revelando que acha que abortou, por que caiu um coágulo ela estava em tal semana de gestação, ai a gente já faz a classificação

de risco, que a gente pode classificar de amarelo ao vermelho de acordo com o estado dela, se ela perder muito sangue, aí a preocupação é um possível choque hipovolêmico, aí nós já acionamos de imediato a equipe médica, eles solicitam ou a gente já pode vendo risco iminente já pode colher um HB/HT ou classificação sanguínea e exames laboratoriais que possam indicar hemotransfusão. E toda abordagem assistencial...” (E1).

Sobressaem os fatores envolvidos na assistência do cuidado dos serviços de saúde, englobando fatores de fragilidade na forma de cuidar, prestando uma assistência técnica e burocrática de acordo com as demandas do serviço, desqualificando a forma que os profissionais cuidam da mulher em processo de abortamento (SILVA, 2015). Em contra partida o profissional de enfermagem deve ter a sensibilidade e ética de assistir a mulher de forma baseada nos princípios dos direitos sexuais e reprodutivos (SOARES, et al, 2012).

O cuidado de qualidade, humanizado e holístico é um direito da mulher, que procura o serviço em processo de abortamento, principalmente quando se encontra em um estado de vulnerabilidade emocional e física independente do tipo de aborto. Esse procedimento requer do profissional um contato maior que uma assistência técnica e de rotina. Exige um olhar integral não visado apenas os aspectos físicos, e isso poderá influenciar de forma positiva a mulher em sua recuperação, a superar os sentimentos de culpa, angústia, sofrimento e frustração, colaborando para o aperfeiçoamento da qualidade na assistência (SOARES, et al, 2012).

O cuidado a mulher em processo de abortamento provocado deve ser baseado nos princípios da bioética, autonomia, altruísmo, não maleficência e equidade. Os profissionais de enfermagem necessitam estar aptos para cuidar destas mulheres nos cuidados físicos, emocionais, afetivos e sociais (LEMOS, et al, 2014).

3.2 Cuidar da mulher com aborto provocado: Um desafio na profissionalização do técnico de enfermagem.

O técnico em enfermagem é um profissional de nível médio que participa de ações de promoção, recuperação e manutenção da saúde, trabalhando em equipes de saúde multiprofissionais, visando à melhoria da qualidade de vida da população. De acordo com Decreto nº 94.406/87- art. 10, ele desenvolve atividades de proteção, de recuperação e de reabilitação da saúde, visando à satisfação das necessidades básicas do paciente (COFEN, 1987). Os técnicos de enfermagem do estudo referiram que durante sua formação a temática “a assistência às mulheres em aborto provocado” foi abordado de maneira superficial e/ou não foi contemplada durante sua formação.

“... Durante curso técnico você vê meio que uma coisa mais geral... Mas não assim aprofundado exatamente”. (TE2).

“No processo da minha formação, eu não tive nenhuma formação específica, para cuidar de mulheres nessa situação não”. (TE3).

“Não, não teve nenhuma preparação direcionada ao aborto provocado não”... (TE4).

Esta falha na formação poderá contribuir para que haja dificuldade dos profissionais em exercer o cuidado, prejudicando a promoção da assistência de forma adequada às mulheres que necessitam desse cuidado (FARIAS, CAVALCANTI, 2012).

A participação de treinamentos, cursos e capacitações, foram mencionadas na minoria das entrevistas, em contrapartida, as técnicas de enfermagem referiram ter adquirido a experiência profissional em lidar com a mulher em processo de aborto provocado apenas após ser inserido no campo de trabalho, reforçando a dificuldade desses profissionais em exercer seu papel como cuidador, como relatado:

“... Já fiz curso de como dá assistência a esses pacientes, então me ajudou muito”... (TE2).

“... A minha preparação foi com o passar dos anos”... (TE1).

“... No dia a dia” (TE4).

As lacunas existentes durante a formação técnica são responsáveis por atendimentos de má qualidade, com visão tecnicista e sem visão de um cuidado integral. Os profissionais de enfermagem precisam ter uma capacitação de qualidade e assim estarem aptos para atender com qualidade essas mulheres (SILVA, et, al, 2015).

A OMS defende a formação e a qualificação dos profissionais que iriam fornecer os cuidados a mulher em processo de aborto para que sejam de boa qualidade, conforme as normas e diretrizes nacionais, garantindo um cuidado eficaz que requer supervisão continuada que garanta qualidade, monitoramento e avaliação no atendimento ao aborto (WHO, 2012).

O curso técnico apresenta a temática do aborto de forma voltada para o conceito de o que é o aborto, os tipos de aborto, e não de como o profissional deve cuidar dessa mulher, verificando que os profissionais técnicos de enfermagem aprendem sobre o cuidado durante a experiência profissional (RIBEIRO, BOLPATO, 2013).

O conhecimento para todos os profissionais de enfermagem que atuam em saúde da mulher e obstetrícia e que cuidam de modo direto ou indireto das mulheres em processo de aborto provocado proporcionará uma melhor adequação no atendimento a essas mulheres, voltado para um cuidado integral à saúde das mesmas (RIBEIRO, BOLPATO, 2013).

3.3 A formação no curso de graduação prepara o enfermeiro para cuidar da mulher com aborto provocado

Durante a formação profissional do enfermeiro é abordado à temática do aborto, tipos, bioética, Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), e como o

enfermeiro deve prestar assistência. Essa preparação prévia contribuiu para que na vida profissional o enfermeiro possa prestar uma assistência baseada no âmbito do SUS de forma integral (BENUTE, et al, 2012).

Ao analisar a percepção dos enfermeiros sobre sua preparação durante a assistência prestada as mulheres em processo de aborto provocado ao longo da sua formação acadêmica foram abordados o tema sobre aborto e como prestar assistência a essas mulheres sentindo-se aptos para cuidar de forma integral dessas mulheres em processo de aborto provocado (BENUTE, et al, 2012).

As falas dos enfermeiros ressaltam que durante sua formação acadêmica foi abordado conteúdos sobre o tema “aborto” independente do tipo.

“... Teve os aspectos éticos, morais, de acolher a mulher, independentemente de ter sido provocado ou não...” (E1).

“... Então a gente durante a faculdade, na graduação a gente é apresentado, por exemplo, algumas políticas que é (pausa) ou com manuais falando sobre a conduta da frente à mulher em caso de abortamento...” (E2).

“... A gente tem durante o curso e o período de formação acadêmica a gente tem determinados momentos que a gente vê mais especificamente essa área, na área de obstetria vê essa parte, nas urgências a gente vê muito.” (E3).

O conhecimento científico viabiliza uma relação eficaz no cuidado com a mulher, uma vez que a experiência e a prática se estabelecem como formas de se aproximar da paciente, que necessitem da assistência, com mais segurança e conseqüentemente maior qualidade no atendimento (RIBEIRO, BOLPATO, 2013).

Nos depoimentos, observamos que a busca da educação permanente dos enfermeiros por meio de cursos de atualização e pós graduação também tem sido importantes no preparo para lidar com o tema. Os programas de residência na área de saúde da mulher parecem ter abordado o tema com mais complexidade.

“... Onde eu discuti mais sobre esse tema foi na residência, que aí a gente discutia os casos, e aí a gente conversava mais sobre o assunto, de como abordar, de como conversar, de como tratar a mulher e do que eventualmente ela precisa um olhar diferenciado...” (E4).

“... Na residência também tive algumas oportunidades sobre isso...” (TE2).

Os profissionais de enfermagem devem estar capacitados para identificar as necessidades dessas mulheres em processo de aborto provocado, sabendo identificar possíveis agravos, oferecendo medidas e priorizando ações imediatas. É importante também que o enfermeiro saiba orientar essas mulheres sobre os cuidados que estão sendo prestados, afim de, mantê-las informadas sobre possíveis complicações ou mesmo dos cuidados de rotina, com o intuito de minimizar a ansiedade dessas mulheres (RIBEIRO, BOLPATO, 2013).

Os enfermeiros demonstraram durante a entrevista estar hábeis para prestar o cuidado com as mulheres em situação de aborto provocado, propiciando à assistência

humanizada e de rotina. Sentindo-se habilitados para o cuidado a essa mulher de acordo com o que foi passado na graduação e pós-graduação como enfermeiros que passaram pela especialização na residência e em cursos, tanto na forma científica como prática (BENUTE, et al, 2012).

Para que a assistência integral à saúde da mulher seja eficaz, o conhecimento do profissional durante a graduação é fundamental, para que no âmbito profissional possa estar habilitado e seja capaz de manter a educação permanente de sua equipe voltada para o cuidado integral e humanizado (MS, 2001).

3.4 Os preceitos religiosos não interferem na maneira de cuidar de uma mulher com aborto provocado

As crenças religiosas podem ser caracterizadas como teorias que evidenciam ideias e unidades básicas de categorias de pensamentos, tais como ideologias; princípios; regras; decisões; conclusões e dogmas religiosos, que são empregados com base do indivíduo humano e que nos influenciam na forma de pensar, agir, julgar, entre outros. Porém no lado profissional as crenças religiosas podem conduzir condutas e padrões de comportamento tanto positivo como negativo que vão definir se à assistência será qualidade ou não no campo da saúde. (WIESE, SALDANHA, 2014).

A qualidade da assistência exige um empenho integrado e cooperativo de todos os profissionais de enfermagem e gestores a fim de oferecer um serviço que assegure: acolhimento, comunicação, competência profissional, técnica apropriada de acordo com a disponibilidade do serviço e relacionamento traçado no respeito à honradez e aos direitos sexuais e reprodutivos (MS, 2001).

A consciência de ética profissional no campo de trabalho de que a religião não interfere na forma dos profissionais cuidarem dessas mulheres demonstram o profissionalismo dos enfermeiros e técnicos de enfermagem frente à mulher em processo de aborto provocado. O fato de não expressarem sua opinião, não julgar e tratar a mulher com respeito e ética faz com que à assistência seja ideal, com relatado:

“... Para nós profissionais o que vale é nossa assistência ali, independente, eu tenho minha opinião, meu ponto de vista com relação ao aborto provocado [...], mas isso é uma opinião minha, está entendendo? Isso é um processo meu de construção religiosa moral e tudo como qualquer outra pessoa tem, agora como conduta profissional a minha conduta é seguindo os parâmetros profissionais...” (E1).

“Não, na minha opinião, não interfere não, [...], os meus princípios, minhas crenças, mais não deixo isso assim, interfira na forma que eu vá trabalhar ou na forma que eu vá tratar o meu paciente, isso é uma coisa à parte, o que eu penso, no que eu acredito, eu respeito a individualidade de cada um”. (TE5).

“... Como eu sou espírita eu aprendi a não julgar, então como eu te falei, eu não julgo, apenas cuido que é o papel do técnico é cuidar, apenas faço o meu melhor, para que ela se sinta acolhida. Até interfere, mas não interfere para o lado negativo, interfere para o lado positivo...” (TE1).

“... Não, assim eu procuro [...] evitar o máximo do julgamento aquela mulher, por exemplo, eu não sei o que levou ela a abortar, não sei como é a condição de vida

dela, não sei qual história de vida dela, melhor ou pior pela condição que ela tá ali entendeu? Eu sempre vou acolher vou tentar entender, vou prestar cuidado, prestar assistência como eu prestaria para qualquer pessoa. Acho que não cabe a mim julgar...” (E2).

As crenças podem ser expressas de várias formas, expostas através de valores pessoais, conhecimento de vida e decisões a serem tomadas. Tendo em vista isso, os profissionais de enfermagem podem recorrer desse aspecto para prestar assistência de qualidade às mulheres que estão passando pelo processo de aborto provocado, podendo escolher como será feita sua assistência e sim respeitando as decisões das mulheres, oferecendo compreensão, atenção e cuidado a esses seres fragilizados, proporcionando o cuidado integral, visando diminuir os traumas enfrentados por essas mulheres. (WIESE, SALDANHA, 2014).

Os sujeitos do presente estudo referem que a religião não interfere no processo de cuidado das mulheres que se encontram em processo de aborto, garantindo para elas um atendimento multidisciplinar, respeitando a dignidade, autonomia e ética. Desviando-se de preconceitos, estereótipos e discriminações de qualquer natureza que possam negar e desumanizar a assistência prestada (BRASIL, 2011).

A questão da religião, em suas diversas e complexas intervenções no que se pensa a respeito do aborto e como se pratica, permeiam uma influência na sociedade e especialmente nos valores pessoais (LIMA; PEREIRA, 2016). O aborto e a religião colocam de imediato as questões conceituais e políticas, onde se estabelece uma produção de conhecimentos, opiniões e tensões sobre a mulher que pratica o aborto. Porém os profissionais de enfermagem que irão prestar o cuidado a estas mulheres precisam deixar de lado qualquer paradigma e opinião a respeito da prática realizada por ela e buscar atendê-la da melhor maneira possível sem julgamentos e de forma holística (NUNES, 2012).

4 | CONCLUSÃO

A atenção prestada à mulher com aborto provocado é transposta por cuidados de rotina conforme os protocolos institucionais, onde a preocupação com uma assistência humanizada e holística fica em segundo plano, já que o tecnicismo e a burocracia vêm como prioridade. Os técnicos de enfermagem deste estudo não foram adequadamente preparados durante o processo de formação para atuar mulheres nesta situação de vulnerabilidade física e emocional. Os enfermeiros apesar de se sentirem mais qualificados para assistir a mulher em aborto provocado necessitaram de cursos de pós-graduação e residência para se sentirem aptos a assistir à mulher em processo de abortamento. O direito ao cuidado sem interferência crenças e valores foi assegurado pelos profissionais de enfermagem do estudo, pois os mesmos acreditam que sua função não é de julgar e sim, prestar uma assistência diferenciada e humanizada a

essas mulheres.

Os resultados expostos permitem concluir que o aborto provocado é um dos centros das críticas, julgamentos e debate, principalmente no que se refere aos aspectos religiosos, legais e bioéticos, entre profissionais de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO A.T; TOCCI, H.A. **Repercussão emocional do aborto espontâneo**. RevEnferm UNISA 2003; 4: 5-12.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução por Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. Edição 1º, São Paulo: Edições 70. 2011.

BENUTE, G.R.G; et al. **Influência do percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet; v.34, n.2, p.69-73, 2012.

BRASIL. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada à mulher**. Ministério da saúde. Brasília, DF. 2001.

CACIQUE, D.B; PASSINI J.R; OSIS M.J.M.D. **Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011**. Saúde soc. vol.22 no.3 São Paulo July/Sept. 2013.

CARVALHO, S; PAES, G.O. **Integralidade do cuidado em enfermagem para a mulher que vivenciou o aborto inseguro**. Escola De Anna Nery Revista De Enfermagem Belo Horizonte, DOI, volume 18, n.1, Jan/Mar -2014.

COFEN. **DECRETO N 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem**.

DUARTE, D.A, ALMEIDA, M.G.M. **Conhecimento dos profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: Uma revisão bibliográfica**. Revista Baiana de Saúde, v.34, n.2, p. 279-287, abr./jun. 2010.

FARIAS, R.J; CAVALCANTI, L.F. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. **Ciência & Saúde Coletiva, 2012**.

LEMOS, A; MOUTA, R. J. O; MESQUITA, R.F; et al. **Aborto: (des)velando o (des)cuidado**. Rev. Enf. Profissional 2014.

LIMA, H.G.S; PEREIRA, I.S.S.D. **Aborto induzido: um problema de saúde pública**. Revista Diálogos Possíveis, Salvador, ano 15, número 1, p. 102-109, jan./jun. 2016

MADEIRO, A; RUFINO, A.C. et al. **Estimativas e tendências de aborto provocado no Piauí: Um estudo ecológico no período de 2000-2010**. 2015.

MELO, F.R.M; LIMA, M.S. **Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012**. 2014.

MELLO, F.M.B; SOUZA, J.L; FIGUEROA, J.N. **Magnitude do aborto inseguro em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2006**. Cad. Saúde Pública vol.27 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

NUNES, M.J.F.R. **O aborto sob o olhar da religião: um objeto à procura de autoras**. *Estud. sociol., Araraquara*, v.17, n.32, p.21-43, 2012.

RIBEIRO, T.B; BOLPATO, M.B. **Aborto provocado: consequências físicas, psicológicas e as implicações para a assistência de enfermagem**. *Interdisciplinar: Revista Eletrônica da Univar*, 2013.

SANTOS, F.M. **Análise de conteúdo: A visão de Laurence Bardin**. *Revista Eletrônica de Educação*, v. 6, n. 1, mai. 2012.

SILVA, J.P; ARAÚJO, M.Z. **Olhar Reflexivo sobre o Aborto na Visão da Enfermagem a Partir de uma Leitura de Gênero**. 2015.

SOARES, M.C.S; FREITAS, V.E.O. **Práticas de enfermagem na atenção às mulheres em situação de abortamento**. *Rev. Rene*, V. 1, p. 140-6, 2012.

STREFLING, I.S.S; et al. **Cuidado integral e aconselhamento reprodutivo à mulher que abortou: percepções da enfermagem**. *Esc. Anna Nery* vol.17 no.4 Rio de Janeiro Sept./Dec. 2013.

WHO. **Safe abortion: technical and policy guidance for health systems**. 2. ed. Geneva: WHO. 2012.

WIESE, I.R.B; SALDANHA, A.A.W. **Aborto induzido na interface da saúde e do direito**. *Saúde Soc.* São Paulo, v.23, n.2, p.536-547, 2014.

PERCEPÇÕES ACERCA DA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA: SUPOSIÇÕES X REALIDADE

Erica Elice Lessa Ferreira

Faculdade do Vale do Ipojuca (UNIFAVIPIWyden)
Caruaru-PE

Mary Dayane Wilminlane Da Silva

Faculdade do Vale do Ipojuca (UNIFAVIPIWyden)
Caruaru-PE

Luciana Dilane Santos Barbosa

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
Recife- PE

Flávia Gymena Silva de Andrade

Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-
UNITA)
Caruaru- PE

Maria José Lima Pereira da Silva

Faculdade do Vale do Ipojuca (UNIFAVIPIWyden)
Caruaru-PE

Bárbara Rafaela Alves da Silva

Faculdade do Vale do Ipojuca (UNIFAVIPIWyden)
Caruaru-PE

Introdução: O câncer é a perda do controle do organismo sobre a sua replicação celular, que acontece de forma desorganizada e agressiva. Causada por fatores externos ou espontâneos, a neoplasia mamária é mais incidente em mulheres acima dos 50 anos e continua avançando no Brasil de acordo com as estimativas para o ano 2018 que será de 59.700 casos novos (INCA, 2018). O diagnóstico traz

muitas incertezas, o que interfere na vida social das mulheres diagnosticadas. Comportamentos depressivos são ligados aos estereótipos do câncer e do tratamento quimioterápico por isso é relevante pesquisar sobre o tema para conhecer a realidade de mulheres diagnosticadas e os impactos do disto no contexto biopsicossocial. Através da realização do relato, pretende-se contextualizar as diferenças do empirismo confrontado com a realidade comprovada através de dados coletados, avaliando as variáveis lazer e estado emocional das pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico. **Metodologia:** Estudo do tipo relato de experiência realizado durante a pesquisa para o trabalho de conclusão de curso no Centro de Oncologia de Caruaru, referência em tratamento oncológico que dar cobertura desde o diagnóstico até a reabilitação das pacientes atendidas. A população foi composta por 72 mulheres que na fase de coleta de dados estavam em tratamento quimioterápico contra o câncer de mama. A coleta foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, cujo protocolo é 80580017.1.0000.5666. Coletou-se os dados através de um questionário individual, autoaplicável e anônimo, elaborado pela pesquisadora baseado no Quality of Life Questionnaire, aplicado as mulheres que aceitaram participar da pesquisa após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram tabulados no Programa Microsoft Excel 2010 e analisados por meio de estatística descritiva. **Resultados e discussão:** Na perspectiva de lazer, abordou-se os seguintes temas: Participação em atividade de lazer e sociais e interferência na vida familiar. O percentil das mulheres que em período de tratamento continuaram participando de atividades de lazer foi de 48,61% já 51,39% das pacientes não praticavam tais atividades antes ou após o diagnóstico. Entre as pesquisadas, 59,72% afirmaram que o diagnóstico e o tratamento não interferem nas atividades sociais, e 86,11% das mulheres, afirmaram que não houve interferência em sua vida familiar. Os resultados confirmam o estudo realizado por Pereira e Coutinho (2016), que afirma que as mulheres diagnosticadas com câncer de mama tem cada vez mais auto aceitação, apoio familiar e influenciam demais pacientes. Sobre o estado emocional, 63,89% mulheres entrevistadas afirmaram que o estresse agrava os sintomas, 75% delas não se afastaram das pessoas após o diagnóstico ou o tratamento, 58,34% se preocuparam ou ainda se preocupam com seu estado de saúde no futuro. O estudo de Santichi et al. (2012), identificou características depressivas nas mulheres em tratamento contra o câncer de mama, corroborando com os dados coletados, visto que as mulheres experimentam após o diagnóstico, período de grande estresse que tem ligação com os sintomas apresentados. O isolamento seria devido aos estigmas relacionados ao câncer, mas o maior percentil das mulheres participantes da pesquisa afirma não ter se isolado apesar do tratamento. As mulheres portadoras do câncer de mama apresentam insegurança sobre uma possível cura ou recidiva e expressaram dúvida em relação ao bem estar futuro. **Conclusão:** O diagnóstico do câncer traz consigo muitas sentenças. Realizar o tratamento é ter esperanças numa melhora da condição de saúde. O caminho percorrido em seu curso é longo, repleto de experiências custosas como os efeitos colaterais da quimioterapia e as mudanças nos padrões de qualidade de vida. Este estudo foi importante para quebrar padrões preconcebidos possibilitando uma nova aquisição de sentido para a vida após o contato com mulheres que a valorizam tanto.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de mama. Lazer. Estado emocional.

REFERÊNCIAS

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (Brasil). **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2017. 108 p. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/livro_abc_3ed_8a_prova_final.pdf>; Acesso em: 10 abr. 2018.

PEREIRA, A. G.; COUTINHO, I. M. S.; **Os sentidos e os efeitos sociais da informação televisiva em saúde: um estudo de recepção com pacientes do câncer de mama**. Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 1-15, mar 2016.

SANTICHI, Eliane Cristina et al. **Rastreio de sintomas de ansiedade e depressão em mulheres em diferentes etapas do tratamento para o câncer de mama**. Psicol. hosp. (São Paulo), São Paulo, v. 10, n. 1, p. 42-67, jan. 2012.

SAÚDE DO ADOLESCENTE: AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DESENVOLVIDAS POR ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Samyra Paula Lustoza Xavier

Universidade Regional do Cariri, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Crato – Ceará.

Rosane Shirley Saraiva de Lima

Universidade Regional do Cariri, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Crato – Ceará.

Fabrcio Carneiro Costa

Faculdade Paraíso do Ceará, Juazeiro do Norte – Ceará.

Ana Paula Agostinho Alencar

Universidade Regional do Cariri, Departamento de Enfermagem, Crato – Ceará.

Maria de Fátima Antero Sousa Machado

Universidade Regional do Cariri, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Crato – Ceará.

Antônia Alizandra Gomes dos Santos

Universidade Regional do Cariri, Departamento de Enfermagem, Crato – Ceará.

RESUMO: O presente trabalho objetivou conhecer as ações desenvolvidas pelos enfermeiros da ESF voltadas a promoção da saúde do adolescente. Trata-se de um estudo qualitativo de cunho descritivo, que contou com a participação dos enfermeiros das equipes da ESF do município de Crato. A pesquisa foi realizada utilizando como técnica para coleta

dos dados a entrevista semiestruturada, que contemplava as questões norteadoras da temática. Os dados foram analisados e discutidos com base na Análise Temática conforme Minayo e à luz da literatura pertinente. Foi possível evidenciar de acordo com a fala dos participantes, certa limitação de conhecimento em relação ao conceito de Promoção da saúde; a pouca demanda de adolescentes no serviço em conjunto com a falta de material, falta de estrutura física da unidade e de profissionais capacitados para trabalhar com essa faixa etária, são fatores diretamente relacionados ao não desenvolvimento de ações voltadas a esse público. Diante do exposto, ressalta-se a importância de uma reestruturação do serviço, com vistas a atender ao público adolescente voltado a assistência para um cuidado que melhor de adequa as necessidades dessa população, tornando-os cidadãos ativos e protagonistas no processo de reabilitação e/ou promoção da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescente; Promoção da Saúde; Enfermagem; Estratégia de Saúde da Família (ESF).

ABSTRACT: This study aimed to know the actions developed by FHS nurses aimed at promoting adolescent health. This is a descriptive qualitative study, which counted on the participation of the nurses of the FHS teams

in the municipality of Crato. The research was carried out using a semi-structured interview as a technique for data collection, which contended the guiding questions of the theme. The data were analyzed and discussed based on the thematic analysis according to Minayo and in the light of the pertinent literature. It was possible to demonstrate according to the participants' speech, a certain limitation of knowledge in relation to the concept of health promotion; The low demand of adolescents in the service together with the lack of material, lack of physical structure of the unit and professionals trained to work with this age group, are factors directly related to the non-development of actions aimed at This audience. In view of the above, the importance of a restructuring of the service is emphasized, with a view to assisting the adolescent public with care for a care that best suits the needs of this population, making them active citizens and protagonists in Rehabilitation and/or health promotion process.

KEYWORDS: Adolescent; Health Promotion; Family Health Strategy.

1 | INTRODUÇÃO

A proximidade que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem com a comunidade, permite a equipe de profissionais um conhecimento direto da realidade vivida pela população, possibilitando o desenvolvimento de ações que vão além das atividades clínico-assistenciais, conforme as propostas das políticas públicas que colocam a Promoção da Saúde como uma articulação eficaz no âmbito da saúde tanto do indivíduo, quanto do coletivo.

A Promoção da Saúde é definida como um processo de capacitação da população para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação social nesse processo. Sendo, portanto, a promoção da saúde um campo bastante amplo que exige o envolvimento da população, atuando no estímulo a mudanças de comportamentos, de estilo de vida para adquirir hábitos saudáveis.

No entanto, promover a saúde do público adolescente, requer o desenvolvimento de novas estratégias, que sejam mais eficazes na captação desse público, incentivando e capacitando estes para trabalhar ativamente na transformação social.

Para Silveira, 2012, a população adolescente apresenta uma condição de maior susceptibilidade a situações de risco, como gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis (DST's), uso de drogas, maus tratos, acidentes, dentre outros, fatores determinados pelo processo de crescimento e desenvolvimento das características psicológicas peculiares a essa faixa etária, além da vulnerabilidade situacional a que estão expostos, como situações de exclusão social e de violência.

Muitas vezes, as necessidades da população, principalmente adolescente/jovem, estão voltadas a questões sociais, como mostra Amarante, 2007, "46% de crianças e adolescentes de até 16 anos estão na indigência ou na miséria e 56% das mortes de crianças e adolescentes são causadas por desnutrição, drogas e violência urbana". Aspectos comportamentais também são fatores predisponentes para agravos em

saúde nesse extrato da população, como exemplo a prostituição, dentre outros fatores que derivam das más condições de vida.

A fase da adolescência, conforme OMS apud Einstein (2005), é compreendida pela faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade, caracterizada por mudanças comportamentais, indo desde a transformação promovida pela puberdade à construção da personalidade e o exercer do papel como cidadãos. Sendo ainda um processo sociocultural de preparação do indivíduo para assumir um papel de adulto diante da sociedade, família e da profissão.

No Brasil, adolescentes e jovens representam cerca de 30,33% do total de habitantes em nosso país, ou seja, cerca de 1/3 da população brasileira é jovem (HORTA; SENA, 2010). Decorrente da diminuição das taxas de mortalidade infantil e de melhoria da expectativa de vida, a população no período da adolescência tem aumentado nos últimos anos.

No entanto, muitos adolescentes ainda vivem em condições de pobreza, indigência ou miséria, sendo que, as causas de morbimortalidade entre a população, está, quase em sua totalidade, relacionada a causas preveníveis e resultantes do estilo de vida.

Diante do exposto, impõe-se a necessidade de uma assistência de forma organizada e interdisciplinar, que esteja de acordo com o caráter multidimensional que esta fase implica, de forma a garantir o suporte social necessário, uma vez que as transformações vividas por esta população abrangem diversos processos, dentre os quais a família, fatores emocionais, intelectuais e outros.

O profissional da saúde, em especial o enfermeiro, deve compreender a importância das ações desenvolvidas no serviço de saúde destinadas aos adolescentes, sendo necessário também que tenha sensibilidade para identificar não só problemas de saúde, mas também questões próprias dessa faixa etária.

Considerando tal afirmativa, e sabendo da importância da discussão sobre ações de promoção da saúde voltadas ao adolescente, o presente estudo se propõe a conhecer as ações desenvolvidas pelos enfermeiros da ESF voltadas a promoção da saúde do adolescente e identificar as principais facilidades e/ou dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde voltadas ao adolescente.

Neste contexto, este estudo é impulsionado pela necessidade do desenvolvimento de ações que aprimorem a atuação de enfermagem no campo da atenção básica voltadas aos adolescentes, buscando um atendimento que vise à integralidade no atendimento do sujeito, a partir da discussão de ações para promoção da saúde, incluindo questões importantes como facilidade de acesso, acolhimento, vínculo, e do protagonismo deste nas ações de saúde, valorizando sua autonomia e sua cidadania.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo que descreve a realidade a partir das experiências de seus participantes, utilizando como abordagem a pesquisa qualitativa, de caráter descritivo exploratório.

O estudo foi realizado na cidade de Crato e teve como cenário as equipes da Estratégia de Saúde de Família (ESF) da zona urbana do Município do Crato, levando em consideração as dificuldades impostas para realização da pesquisa em zona rural, como barreiras geográficas, transporte, horário de atendimento das equipes.

Os participantes do estudo foram os enfermeiros atuantes nas equipes das Estratégias de Saúde da Família na zona urbana do município do Crato-CE. Baseando-se nos seguintes critérios de inclusão, participaram do estudo os enfermeiros: atuantes nas equipes da ESF na zona urbana; que trabalham por um período igual ou maior que um ano, e enfermeiros que estejam em pleno exercício de suas atividades no período da coleta de dados. Foram excluídos do estudo todos os enfermeiros que estiveram ausentes ou de licença durante a coleta de dados. Das 27 unidades de saúde da família do referido município, apenas 15 profissionais participaram, 07 não aceitaram, 03 estavam de licença/férias durante a coleta dos dados da presente pesquisa, e 02 não atendiam aos critérios de inclusão por trabalharem na unidade por um período menor que um ano.

Foi aplicada a entrevista semiestruturada aos profissionais enfermeiros da ESF, abordando as questões norteadoras da temática. Esta ocorreu de forma espontânea e individual, no horário estabelecido pelos participantes, nas dependências das equipes correspondentes ao local de trabalho de cada participante, com auxílio de um gravador cuja finalidade era dinamizar o processo da coleta das informações. A coleta dos dados aconteceu entre os meses de maio e junho de 2014 e as entrevistas tiveram um tempo médio de 09 minutos e 33 segundos de duração.

As informações colhidas com o auxílio do gravador foram, posteriormente, transcritas para que não se perdessem informações relevantes na compreensão do conteúdo estudado. Em seguida, foi realizada a leitura exaustiva do material e o agrupamento do conteúdo dividindo-os em categorias, as quais foram analisadas baseando-se na literatura e no referencial teórico deste estudo.

As dificuldades encontradas foram as recusas em participar do estudo e esta está diretamente relacionada a temática: promoção da saúde do adolescente, pois, alguns profissionais relataram a falta de afinidade, e até mesmo a ausência de atendimento de usuários nessa faixa etária, utilizando esse argumento como motivo de recusa na participação do estudo. Houveram também dificuldades relacionadas à disponibilidade desses profissionais para serem entrevistados em decorrência da grande demanda de serviço burocrático e atendimentos que eles desempenham.

Os dados foram organizados e analisados a partir da categorização das falas dos sujeitos. O método utilizado foi a Análise temática de Minayo, que segundo a própria

autora, é o método mais comumente utilizado no tratamento de dados de pesquisas qualitativas (CAPELLE; MELO; GONÇALVES, 2003).

Seguindo a sistematização proposta, as informações foram categorizadas e analisadas com base no referencial de Promoção da Saúde do Adolescente. Na discussão dos resultados encontrados, foram apresentadas as falas que se destacavam dentro de cada categoria.

Os profissionais foram identificados com abreviações, mantendo o sigilo da pesquisa, e as equipes são identificadas por números, seguindo uma ordem, como por exemplo: Enfermeira da equipe 1 (ENF 1).

O presente estudo cumpriu com às exigências éticas e científicas do Conselho Nacional de Saúde- CNS, regulamentado pela resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa serão apresentados a partir dos dados coletados junto aos sujeitos entrevistados, os quais estão analisados conforme modelo adotado. A apresentação dos resultados inicia-se com a caracterização dos participantes do estudo e em seguida, apresentam-se as categorias formadas a partir das falas dos sujeitos. Estas expressam o sentido dos discursos, sendo, portanto, o eixo da análise.

3.1 Caracterização dos participantes

A partir da análise dos dados sócio-demográficos dos enfermeiros participantes, estes, tinham idade entre 25 e 56 anos, sendo a maioria entre 29 e 39 anos (60%), com tempo de trabalho na unidade entre 1 a 16 anos, com maior prevalência o tempo entre 1 e 2 anos.

A prevalência é de profissionais do sexo feminino, contando com 14 sujeitos, o que representa 93,33% do total. O tempo de formação profissional (graduação) variou entre 1983 e 2011, sendo mais frequente entre os anos de 2002 a 2006. Em sua totalidade, 73% do total dos entrevistados possuem tempo de formação igual ou inferior a 10 anos.

Em relação aos dados da formação profissional, cursos de pós-graduação, estas variaram entre saúde da família até às mais específicas, como nefrologia, sendo a primeira a mais comum. Destes profissionais, apenas 7 possuem algum tipo de capacitação voltada a saúde do adolescente, tendo destaque, apenas 1 profissional que possui especialização em saúde do adolescente.

Conforme Santos et al.(2012), este perfil corresponde a literatura envolvendo profissionais atuantes na atenção básica, que mostra a predominância de adultos jovens, cuja tendência é a feminização da categoria profissional.

Apesar da formação recente, foi possível identificar uma lacuna, diante das falas dos entrevistados em relação ao desenvolvimento de ações promotoras de saúde

voltadas a população adolescente, a começar pela limitação de conhecimento que muitos têm em relação ao tema. Isso repercute diretamente na saúde da clientela, que desde a década de 80, passou a ser foco das ações políticas no país.

As mudanças, tanto nas questões sociais, quanto políticas, ocorridas nestes últimos anos, têm exigido que a atuação dos profissionais de saúde, principalmente, os recém-ingressados no mercado de trabalho, seja de forma mais humana, com maior sensibilidade e com visão mais ampla sobre as questões de saúde inerente a determinada população, especialmente as ações voltadas a promoção da saúde.

Adiante, apresentam-se as categorias do estudo subsidiadas pelas falas dos participantes:

3.1 A prática de ações promotoras da saúde

As falas dos sujeitos ora se igualam, ora se diferenciam, a partir da realidade vivenciada pela área abrangente e pela prática profissional de cada entrevistado.

Dos entrevistados, apenas três profissionais realizam atividades promotoras de saúde com foco no adolescente.

“Quando eles vêm a mim, eu oriento sobre a sexualidade, o planejamento familiar, sempre que eles têm dúvidas, eles me procuram” Enfa 15.

“A gente da certa prioridade pra que eles tenham um retorno, faz o acolhimento de uma forma diferenciada, de forma ética, sempre com muito cuidado pra que ele retorne” Enfa 7.

Apesar dos relatos comuns de que ainda existe uma baixa demanda dos adolescentes nas unidades de saúde, alguns profissionais conseguem realizar ações voltadas a esse público, e, mesmo que aconteçam de forma isolada, são de grande importância.

O atendimento ao adolescente apresenta particularidades que envolvem desde os aspectos físicos, até os éticos, que necessitam de um olhar diferenciado e atento, visando uma assistência adequada que inclua medidas resolutivas para cada situação (Vale et al. 2012).

A consulta do adolescente deve ser realizada com muita discrição, com a finalidade de diminuir os constrangimentos e as possíveis recusas. Durante o exame físico, além dos sinais vitais, peso e estatura, deve ser avaliada a maturação sexual, sendo importante informar e discutir com o adolescente sobre isso, para esclarecer possíveis dúvidas (VALE et al. 2012).

Em qualquer situação que o profissional se encontre com o adolescente, seja na consulta, na atividade em grupo, dentre outras, ele precisa estabelecer uma relação de confiança com o jovem, possibilitando a confidencialidade, privacidade, respeito à autonomia e maturidade do adolescente, sempre o incentivando a participar ativamente no processo saúde-doença.

Reis et al (2014) afirma que a enfermagem, com sua formação e experiência voltadas a educação, desempenha papel importante na atenção à saúde do adolescente, de forma colaborativa com outros profissionais da ESF no âmbito da APS.

No geral, as ações apontadas pelos enfermeiros durante a realização do trabalho com adolescentes, de acordo com os relatos, incluem práticas de educação em saúde e prevenção de doenças como componentes importantes da prática assistencial, que, ao invés de ser meramente curativa, é direcionada ao modelo da promoção da saúde.

Outros discursos mostram que, a atuação do profissional, em especial de enfermagem, tem atingido uma maior proporção quando trabalhado junto à escola, como podemos ver nos relatos:

“O contato que a gente tem com adolescente é na escola, é muito difícil eles virem no posto”. Enfa 14.

“A gente de vez enquanto promove atividades em grupos, a escola promove o dia “D” junto com o PSE e a gente trabalha junto”. Enfa 5.

“Desenvolvemos a assistência buscando primeiramente a adesão desse adolescente principalmente a partir do início do PSE”. Enfa 10.

A escola exerce forte influência no desenvolvimento do adolescente, contribuindo com sua formação global, sendo então, um importante espaço de socialização, onde o diálogo pode ser explorado e utilizado como forma de promover a saúde.

Pensando nessa necessidade de acompanhamento mais próximo do adolescente, em dezembro de 2007, foi instituído o Programa Saúde na Escola (PSE), através do Decreto Presidencial nº 6.286, como forma de estabelecer um elo entre os profissionais da saúde e os adolescentes na escola, sendo este o cenário que possibilita uma maior concentração e aplicação de ações educacionais e promotoras de saúde (LEITE et al. 2013).

A escola é principal ambiente onde os jovens, nessa busca pela identidade, começam a formar grupos, unindo-se aos seus iguais, onde todos se identificam com cada um e cada um com todos, adotando os hábitos e regras do grupo e não mais os da família, sendo então, o espaço escolar o segundo núcleo de vida do adolescente (MATIAS et al. 2013). Sendo então, a atividade grupal uma forma eficaz e resolutive por facilitar a troca de informações, relato de ansiedades, dúvidas e experiências com esse público.

A escola é um ambiente propício para que o adolescente desenvolva uma maneira de viver de forma saudável, envolvendo padrões cognitivos, comportamentais, emocionais, culturais que lhes proporcionem maior segurança e maior resistência às práticas que possam lhe trazer algum malefício (JESUS, 2007 apud MARINHO et al.2013).

A inclusão da escola tem fundamental importância na promoção da saúde do adolescente, pois, a parceria estabelecida entre os educadores e os profissionais da saúde tem possibilitado o desenvolvimento de um trabalho excelente, através da troca

de saberes e capacitação desses adolescentes para atuar como protagonistas no processo da saúde. (SANTOS, 2010).

É na escola que o adolescente passa grande parte do seu tempo, sendo então, um espaço privilegiado que pode ser aproveitado para contribuir com o processo do adolescer, na construção da participação social de forma efetiva com foco no protagonismo desses indivíduos, através da participação e colaboração dos profissionais de saúde e de educação (SILVA et al. 2010).

No entanto, é necessário salientar que a escola não é uma instituição de saúde, e apesar de nela poderem ser realizadas inúmeras atividades de educação em saúde, os profissionais precisam ter a compreensão que a equipe de Saúde da Família é que deve oferecer todos os recursos humanos e materiais que são essenciais para promoção da saúde do adolescente (Marinho et al. 2013).

Nos discursos de alguns enfermeiros, foi possível identificar também, que muitas das ações voltadas à população adolescente, estão restritas aos programas do Ministério da Saúde, com grande destaque o pré-natal e o planejamento familiar. Como segue nas falas:

“Na verdade assim, não existe um programa certo pra eles, eles são atendidos na demanda livre (...)” Enfa 2.

“O adolescente não procuram a unidade, é muito raro deles virem aqui na unidade”. Enfa 9

“Ainda acontece de forma demanda, não tem um grupo, nem um dia específico não”. Enfa 11.

Existem programas específicos a serem atendidos nas equipes de Saúde da Família, como puericultura, pré-natal, planejamento familiar, dentre outros, que precisam ser cumpridos, e em consonância com a elevada demanda do próprio serviço, contribuem para a falta de atenção por parte dos profissionais em relação aos problemas e demandas pertinentes a população adolescente.

Essa realidade também foi encontrada por Santos (2010) que mostra que as ações voltadas ao público adolescente ainda são escassas no serviço, tendo relação direta com o comprometimento da sua saúde e bem-estar desses indivíduos.

Esses dados reafirmam a necessidade de uma política pública mais efetiva no que diz respeito à ampliação do acesso do adolescente ao serviço público de saúde, principalmente no âmbito das ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros na ESF.

Faz-se necessário que na organização de programas voltados a saúde do adolescente, leve-se em consideração as dimensões social e coletiva, que devem ser abordadas de forma multiprofissional e interdisciplinar, envolvendo os diferentes aspectos do cotidiano dos adolescentes, adaptando o conteúdo desses programas às diferentes demandas individuais e coletivas (Formigli et al. 2000, apud Vale et al. 2012).

Os profissionais de saúde devem se empenhar, validar, criar e aplicar estratégias de captação dos adolescentes através de ações que desenvolvam o potencial crítico e transformador dessa população (MARINHO et al. 2013).

3.2 Principais facilidades e dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento de ações promotoras da saúde do adolescente

Quando indagados sobre as facilidades enfrentadas para o desenvolvimento de ações, 3 profissionais não apontaram nenhuma facilidade, e os que relataram, apontam diferentes focos para análise e discussão.

Dois profissionais afirmaram que o agente comunitário de saúde tem papel fundamental nas ações promotoras de saúde:

“Meus olhos são os agentes de saúde na área e eles estão sempre avisando, chamando eles (os adolescentes) pra virem pro posto”. Enfa1.

“A procura já está melhorando, principalmente do adolescente, a questão do elo com o agente de saúde, deles chamarem a população adolescente pra uma participação mais ativa”. Enfa 4.

Alencar (2011) em seu estudo sobre a promoção da saúde na visão dos profissionais da estratégia de saúde da família, também encontrou esses resultados, e afirma que o trabalho em equipe se configura em uma relação recíproca, entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes.

A realização do trabalho em equipe necessita de uma boa interação entre as pessoas envolvidas, que se posicionam de acordo, para juntas, coordenar os planos de ação que desejam desenvolver.

Essa interação exige a conformação de uma equipe que se relacione com os usuários, de modo que estes sejam conhecedores das necessidades da comunidade para que possam responder as demandas, garantindo o acesso e ampliando as ações em saúde dos indivíduos.

Segundo Campos (2007) o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço.

Esse vínculo, estabelecido através da confiança entre o usuário e o profissional da saúde, possibilita uma maior participação da população e, conseqüentemente, uma maior procura destes, em especial do usuário adolescente, como será discutido a seguir.

Apenas um profissional colocou como facilidade a procura do adolescente pelo serviço, que, por não ser muito comum, a partir do relato de outros profissionais, torna-se destaque.

“A primeira facilidade, eu acho que é mais importante, é quando o adolescente

chega e procura a unidade de saúde, porque quando ele faz isso, ele dá abertura para eu a gente coloque ele numa atividade de educação em saúde, então facilita, já abre o caminho (...)" Enfa 3.

É através do contato diário com a clientela, seja na unidade de saúde ou na escola, que o enfermeiro tem a oportunidade de trocar informações sobre os assuntos inerentes a saúde, seja para prevenção ou na reabilitação, proporcionando uma relação mais próxima com o usuário, atendendo as demandas concernentes e sensibilizando esse público a ter compromisso com sua própria saúde.

Segundo Rocha et al. (2012), a adequação do serviço de saúde para facilitar o acesso do adolescente torna-se um fator elementar para a promoção da saúde. O preparo do profissional do PSF no atendimento ao adolescente fortalecerá o vínculo deste com a equipe e a sua atuação como protagonista na saúde.

Não só o preparo do profissional, mas também dos gestores e colaboradores, é de fundamental importância para o desenvolvimento de ações voltadas ao público adolescente, visto que, é a partir de ações conjuntas que o adolescente poderá ser assistido de forma integral.

"A facilidade é o próprio auxílio da Secretaria de Saúde, quando a gente precisa do material pra fazer educação em saúde (...)" Enfa 6.

"Uma facilidade, que ajudou bastante a gente a chegar nesses pacientes foi o programa de saúde na escola, que aproximou bastante o PSF desses pacientes". Enfa 8.

"Essa proximidade do PSF com a escola, já está bem melhor". Enfa 10

Em contrapartida, Ferrari et al. (2008), encontrou realidade diferente em seu estudo, uma vez que os participantes anunciaram como dificuldade o desenvolvimento de parcerias com outros setores, principalmente com a escola, e de promover a intersetorialidade na assistência ao adolescente.

A política de promoção da saúde reforça a importância de desenvolver as parcerias pelas possibilidades de maximização dos equipamentos sociais disponíveis na comunidade (escola, centros comunitários, dentre outros) (BRASIL 2006 apud Santos, 2010).

A utilização de potenciais da comunidade representa uma estratégia importante na assistência ao adolescente. Os profissionais de saúde devem valorizar grupos existentes na comunidade, qualquer que seja sua formação (MACHADO, 2007).

Dos entrevistados, três afirmaram que trabalhar com adolescentes é uma facilidade que eles têm enquanto profissionais, fator este que nem sempre é a realidade.

"A facilidade que vejo aqui é eu gostar de trabalhar com adolescente". Enfa 5.

"A facilidade é que eles são muito espontâneos, quando vem, vem de grupo, de 5, 6, vem todo mundo junto, então assim... você já pega uma demanda boa". Enfa 7

"A maior facilidade é que quando eles se envolvem no assunto, eles vão 'simbora' sozinhos, às vezes eles que ensinam coisas a gente". Enfa 14.

Essa condição merece destaque, pois é comum que os profissionais não se sintam confortáveis para trabalhar com a população adolescente, por não se sentirem devidamente capacitados.

O pequeno número de profissionais que se sentem habilitados para atender a essa população é um dos muitos obstáculos que contribuem para o inadequado atendimento a população adolescente.

Embora não seja predominantemente um fator facilitador, mas ao contrário, um fator que dificulta ações promotoras de saúde voltadas a população adolescente, pode-se observar que existem profissionais que se sentem motivados.

É de fundamental importância que estes profissionais, diante da facilidade que relatam em trabalhar com grupos dessa faixa etária, promovam atividades que seja voltada a essa população, interagindo, capacitando e sensibilizando eles para as ações em saúde, mostrando seus direitos e deveres como protagonistas do processo saúde-doença.

Em relação às dificuldades, nas falas de 9 enfermeiros entrevistados, inferiu-se que a maior dificuldade apontada por estes é a não adesão/procura do adolescente pelo serviço de saúde.

*A maior dificuldade que eu acho é a falta de interesse deles, em vez deles estarem assistindo, jogando ali na praça, eles não querem ta vindo aqui no posto (...). Enfa 1.
A dificuldade é a própria resistência deles, as vezes querem, as vezes não querem (...). Enfa 6*

A dificuldade é o próprio medo, o receio do adolescente de chegar aqui, dele vim perguntar (...). Enfa 7.

A maior dificuldade é o comparecimento deles na unidade, eles tem vergonha e não comparecem. Enfa 9.

A primeira dificuldade é a não adesão desses adolescentes. Enfa 10.

De acordo com Ferrari et al. (2006), seu estudo sobre a percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família sobre a atenção a saúde do adolescente, também revela a baixa demanda, a baixa procura dos adolescentes pelo serviço, visto que estes profissionais afirmam ter muita dificuldade em trabalhar com essa população.

As unidades de saúde têm um perfil voltado para o atendimento materno-infantil e tratamento de doenças crônicas, levando os adolescentes a só procurarem o serviço quando já tem algum agravo na saúde (SANTOS, 2010).

Geralmente, a não participação do adolescente nas ações desenvolvidas na unidade de saúde está ligado à falta de interesse destes, mas sabendo da estrutura atual do serviço de saúde e sua forte tendência ao desenvolvimento de ações curativas, é difícil afirmar se a relativa ausência dos adolescentes no serviço de saúde é decorrente da pouca oferta de ações específicas a este grupo, ou se é realmente decorrente da baixa procura destes.

Quando os profissionais ganham a confiança dos adolescentes, eles se tornam

ouvintes e interlocutores, mas antes, é necessário que se efetive uma política pública que amplie o acesso do adolescente ao serviço de saúde, para criar espaços de discussão e o aprofundamento de questões formuladas pelos próprios adolescentes (SANTOS, 2010).

Frente às dificuldades relacionadas a não adesão dos adolescentes, existe ainda fator importante no que se refere à estrutura física da unidade pra receber e acolher adequadamente aos usuários, não apenas os adolescentes, mas a todos.

*A questão do espaço é o mais complicado porque aqui no posto é muito quente (...). Esse posto não tem espaço, por isso não conseguimos. Enfa 4
(...) tem que ter ambiente tranquilo, um ambiente favorável, bem tranquilo, e isso ainda é uma dificuldade aqui. Enfa 11.*

Lima et al. (2014) em sua pesquisa sobre a satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica, também encontrou, a partir do relato dos entrevistados, que a estrutura física da unidade de saúde é inadequado para a realização de algumas ações em saúde e não condiz com o preconizado pelo ministério da Saúde.

Esse fator tem relação direta com o poder público. A saúde pública no país ainda é deficiente, e a negligência e a desvalorização do serviço são constantemente figuradas. Muitas unidades de saúde estão funcionando em condições precárias por falta de investimento, além de comumente faltar materiais e recursos para trabalhar, ainda existe um problema estrutural, em termos físicos das unidades.

Santos (2010) aponta que se faz necessário que os gestores busquem aumentar a cobertura da ESF e melhorar/ampliar a estrutura física das unidades, proporcionando um ambiente mais acolhedor aos adolescentes.

Não só a deficiência física do serviço, mas também a escassez de recursos e de materiais torna a assistência muito vulnerável e fragmentada, fragilizando a adesão do adolescente ao serviço e dificultando a continuidade e o acompanhamento destes.

*O que dificulta às vezes é você não ter o material, não ter algum insumo, algum material pra mostrar, pra entregar. Enfa 5.
(...) falta material educativo, a gente não tem apoio, nem nenhum tipo de treinamento. Enfa 9*

Santos (2010) traz Gurgel (2008) em seu estudo por terem encontrados realidades idênticas no que diz respeito à disponibilidade do material e insumos para o desenvolvimento de ações promotoras da saúde voltadas a população adolescente. Fator que contribui para a descontinuidade da assistência e irregularidade na oferta de insumos.

As políticas públicas apontam que é dever dos gestores fornecer os recursos necessários para que os profissionais desenvolvam as ações da melhor forma

possível. É importante o fornecimento de métodos, materiais e recursos financeiros para melhorar a saúde dos adolescentes, por meio de educação, treinamento e disseminação de informações à população (OMS 1989, apud SANTOS, 2010).

Entende-se que tais recursos são muito importantes para o desenvolvimento de tais ações, mas percebe-se também que, essa supervalorização das tecnologias, seja leve ou dura, deriva do desconhecimento que esses profissionais têm em relação a outras formas possíveis de desenvolver ações promotoras de saúde.

Existem ainda os profissionais que não tem afinidade, que sentem dificuldades em trabalhar com a população adolescente:

Assim, pela própria característica da adolescência, mesmo que você explique, que você fale da importância, pela imaturidade, eles são mais difíceis de se lidar (...).
Enfa 2

Essa realidade também foi apontada por Ferrari et al. (2006) quando os entrevistados afirmam não tem nenhum preparo para manter contato com população adolescente, e que além do pouco conhecimento no que se refere a fase da adolescência, ainda emitem julgamentos aos seus comportamentos.

Essa dificuldade, muitas vezes, está relacionada à falta de preparo durante a formação, no ensino da graduação, quando estes não foram devidamente capacitados/preparados para trabalhar com a população adolescente, e quando o ensino contemplava a temática relacionada à saúde do adolescente, eram voltadas ao controle normativo e biologicista do atendimento.

Não são todas as pessoas que têm habilidade para trabalhar com adolescentes, mas, mesmo diante disso, é importante que o profissional seja capaz de consolidar habilidades, que incluem criatividade, boa comunicação, disposição e iniciativa, para que ele consiga cativar o jovem e trazê-lo para junto da equipe de saúde (HIGARASHI et al., 2011).

No estudo de Reis et al. (2014) sobre a atenção à saúde e vulnerabilidades na adolescência, encontrou-se resultados semelhantes, quando a partir da análise das falas dos participantes, identificou-se que as barreiras do acesso dos adolescentes na unidade de saúde, foram personificadas com o despreparo dos profissionais para o atendimento, a ausência de vínculo entre os adolescentes e a equipe de saúde.

O atendimento ao adolescente deve acontecer de forma dinâmica, fortalecendo a autonomia, oferecendo apoio e respeitando as diversidades, pois, esses fatores contribuem para uma melhor relação cliente x profissional favorecendo a identificação de problemas e dúvidas que eles possam ter.

O profissional de saúde, especialmente o enfermeiro, por mais que não goste de trabalhar com determinada situação, ou determinados temas, ele não deve, de forma alguma, negligenciar a assistência. É a partir daí que se torna mais uma vez, ponto de discussão, o apoio da equipe.

Por incrível que pareça na hora da marcação o agente de saúde já diz: - mulher não adianta não, eles não vêm. – então assim, desestimula bastante (...) eu posso ter uma visão errada, mas um empecilho que eu acho hoje é o agente de saúde, que é quem me ajuda a captar, não acreditar e barrar (...) eles dizem que chamam, mas eu não acredito porque na hora que eu digo que vou fazer, antes de eu terminar de dizer o que tô pensando pra pedir sugestão, diz logo: - não adianta não. Enfa 13

Seria bom um apoio de outros profissionais, como o educador físico, assistente social, psicólogo, nutricionista, então assim, tem muitos adolescentes que precisam desse acompanhamento, e isso aqui faz falta, não temos. Enfa 15.

Ferrari et al. (2006) afirma que para se trabalhar a adolescência em toda sua complexidade psicológica, social, cultural e política, é fundamental o desenvolvimento de trabalhos multiprofissionais e interdisciplinares.

A referida autora mostra em seu estudo que essa é uma necessidade apontada pelos profissionais, e que pela ausência desse apoio eles ficam sobrecarregados e não conseguem atender as demandas existentes em sua totalidade.

O trabalho multiprofissional e colaborativo é encarado pelos profissionais não somente como uma estratégia ideal, mas como uma necessidade básica para a ação efetiva, dada a gama de necessidades da população adolescente (HIGARASHI et al. 2011).

A abordagem multiprofissional e interdisciplinar é uma das formas mais apropriadas para se trabalhar com o adolescente, pois, pode-se atender integralmente as demandas daquele paciente, seja de forma individual ou coletiva, considerando as vivências de cada um e atendendo as perspectivas do público.

Para o desenvolvimento de tais ações, é necessário muito trabalho e empenho da equipe de saúde, pois é a partir da interação efetiva e colaborativa destes, que a relação com o adolescente viabilizará a troca de informações, baseando-se no cuidado integral e no estabelecimento de vínculo.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dos discursos, podemos perceber que enquanto algumas equipes da ESF, apesar da pouca demanda da população adolescente, desenvolvem atividades promotoras de saúde voltadas a esse público, outras sentem dificuldades em realizar tais ações e, diante das dificuldades expostas, pode-se inferir que é preciso rever a organização do trabalho nas equipes para que o adolescente seja assistido adequadamente, de acordo com suas necessidades.

As ações com adolescentes são realizadas quando estes já estão inseridos em outros programas, como exemplo o pré-natal e o planejamento familiar, com foco nas orientações quanto ao uso de preservativo e métodos contraceptivos, mas, na maioria

dos relatos, não existe um programa específico a essa população.

A parceria com as escolas, a partir da implementação do PSE, tem proporcionado aos enfermeiros um maior contato com a população adolescente e o desenvolvimento de novas estratégias para trabalhar com essa população, atuando de forma multidisciplinar e intersetorial para a melhoria na qualidade de vida dessa população.

As dificuldades relacionam-se desde a falta de estrutura física das unidades de saúde até a falta de habilidade deste para trabalhar com o adolescente, além da não adesão do adolescente as ações desenvolvidas na unidade. Tais situações abrem espaço para uma discussão acerca da organização do serviço quando voltadas à saúde do adolescente, além de existirem políticas específicas para esse extrato da população, e tendo em vista que na maioria dos relatos os enfermeiros relataram ter material disponível e o apoio de outros setores para o desenvolvimento de parcerias, percebe-se que as atividades não estão sendo desenvolvidas em decorrência do despreparo dos profissionais para trabalhar com essa população.

Seja atuando como promotor da saúde ou incentivador de mudanças, o enfermeiro deve ser compartilhador de saberes e mobilizador de ações em saúde, levando à comunidade, as famílias e aos jovens, o conhecimento, contribuindo para a construção de cidadãos mais ativos e de uma sociedade mais saudável.

Compreende-se que este estudo possa contribuir na reflexão dos enfermeiros e gestores da ESF, quando a inadequada estrutura física da unidade e a falta de capacitações na área do adolescente, comprometem a qualidade da assistência de enfermagem ao adolescente.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, D.L.; **Promoção da saúde na visão dos profissionais da estratégia de saúde da família no município de Crato – CE.** Monografia [Graduação] 2011.114f. Universidade Regional do Cariri – URCA. Crato – Ceará, 2011.
- AMARANTE, A.G.M. **Juventude no SUS: as práticas de atenção à saúde no Butantã.** Dissertação [mestrado] – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. 147 p. 2007.
- CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. **Participação em saúde; concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família.** Revista Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis. V.16, n.2, abr – jun. 2007.
- CAPELLE, M.C.A.; MELO, M.C.O.L.; GONÇALVES, C.A. **Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais.** Revista DAE. V.5, n.1, 2003.
- EINSENSTEIN, E. **Adolescência: definições, conceitos e critérios.** Adolescência & Saúde. V.2, n.2, p. 6 – 7, junho, 2005. ISSN: 2177-5281.
- FERRARI, R.A.P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. **Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família.** Cad. Saúde Pública v. 22, n. 11, p. 2491 – 2495, novembro, 2006.
- FERRARI, R.A.P; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. **Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação. V.12, n.

25, p. 387 – 400, abr – jun, 2008.

HIGARASHI, I.H.; BARATIERI, T.; ROECKER, S.; MARCON, S.S. **Atuação do Enfermeiro junto aos adolescentes: identificando dificuldades e perspectivas de transformação.** Revista de Enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 375 – 380, jul. – set. 2011.

HORTA, N.C.; SENA, R.R. **Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão.** Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 475-495, 2010.

LEITE, C.T.; MACHADO, M.F.A.S.; VIEIRA, R.P.; MARINHO, M.N.A.S.B. **Educação em Saúde: Percepção de docentes em relação às ações no programa saúde na escola (PSE).** 2013.

LIMA, L.; PIRES, D.E.P.; FORTE, E.C.N.; MEDEIROS, F. **Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica.** Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery. V. 18, n.1, p. 17 – 24, jan – mar, 2014.

MACHADO, M.F.A.S. **Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no PSF por meio da participação habilitadora.** 2007, 196f. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará – UFC. Fortaleza – CE, 2007.

MARINHO, M.N.A.S.B.; MACHADO, M.F.A.S.; BARRETO, F.M.A.S.; VIDAL, E.C.F.; BIONE, D.A.P.; FEITOSA, M.D.S.; MOTA, D.N.; LEITE, C.T. **Escola e relação dos profissionais com a saúde dos adolescentes – um estudo bibliográfico.** Convibra, 2013.

MATIAS, E.O.; SOUSA, C.N.S.; NEVES, C.S.; CARNEIRO, J.L.; BRITO, L.M.S.; MELO, K.M. **Estratégia educativa como tecnologia facilitadora para promoção da saúde d adolescente no âmbito escolar.** Revista Adolescência & Saúde. Rio de Janeiro. V.10, n.2, p. 7 – 14, abr – jun, 2013.

REIS, D.C.; ALMEIDA, T.A.C.; COELHO, A.B.; MADEIRA, A.M.F.; PAULO, I.M.A.; ALVES, R.H. **Estratégia saúde da família: atenção à saúde e vulnerabilidades na adolescência.** Revista Espaço para Saúde. Londrina. V.15, n.1, p. 47 – 56, abril, 2014.

ROCHA, F.A.A.; SILVA, M.A.M.; MOREIRA, A.C.A.; MARTINS, K.M.C. **Programa de Saúde da Família: percepção de adolescentes de um município do Estado do Ceará.** Revista Adolescência e Saúde. Rio de Janeiro. V.9, n.2, p. 7 – 13, abr – jun, 2012.

SANTOS, A.A.G. **Práticas e saberes de promoção da saúde para adolescentes na estratégia saúde da família de Fortaleza – Ceará.** Mestrado [Dissertação], Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Fortaleza, Ceará, 98f, 2010.

SANTOS, A.A.G.; SILVA, R.M.; MACHADO, M.F.A.S.; VIEIRA, L.J.E.S.V.; CATRIB, A.M.F.; JORGE, H.M.F. **Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente.** Revista Ciência & Saúde Coletiva. V.17, n. 5, p. 1275 – 1284, 2012.

SILVA, M.A.I.; MELLO, D.F.; CARLOS, D.M. **O adolescente enquanto protagonista em atividades de educação em saúde no espaço escolar.** Revista Eletrônica de Enfermagem. ISSN 1518 -1944. V.12, n.12, p. 287 – 293, 2010..

SILVEIRA, R.R. **Atuação do Enfermeiro do Programa Saúde da Família na Prevenção e Controle da Gravidez Precoce.** 2012. 33f. Monografia [Graduação], Universidade Salgado de Oliveira. São Gonçalo, Rio de Janeiro, 2012.

VALE, C.R.N.; ARAGÃO, J.C.S.; OLIVEIRA, M.F.A.; VILLELA, T.J.F.; GONÇALVES, T.C. **Saúde do adolescente: orientações aos profissionais de saúde.** Revista Práxis. V.4, N.8, P. 39 – 44, 2012

SOPRO SISTÓLICO EM RECÉM NASCIDO E TRATAMENTO CONTINUADO: REVISÃO LITERÁRIA

Débora Jandussi

Aluna de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB deborajandussi@outlook.com

Isamau Muanza Mossessi

Aluna de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – isamaumuanza23@gmail.com

Cassiana da Piedade Sassento

Aluna de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB Cassieh1524@gmail.com

Adriana Terezinha de Mattias Franco

Professora do Curso de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB adritmf@gmail.com

Grupo de trabalho: Enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Sopro Sistólico; Recém-nascido; Doença Congênita.

Introdução: A detecção de alterações na ausculta cardíaca, principalmente o sopro, é o motivo mais frequente de encaminhamento para o cardiologista, o que é necessário para a detecção de cardiopatias, porém na maioria das vezes as alterações constatadas são sopros inocentes, que ocorrem em cerca de 50% das crianças, sendo na sua grande maioria sistólico, tem por característica ser suave, sem frêmito e poderem mudar de intensidade de acordo com

a movimentação do paciente. Admite-se que a origem desse ruído seja o turbilhonamento causado pela entrada do sangue da veia jugular externa na veia cava superior. Uma peculiaridade desse ruído é que ele pode ser abolido pela compressão delicada da veia jugular externa, logo acima do local onde está aplicada a campânula do estetoscópio. Existe ainda o sopro do tipo patológico, nesses casos pode ser tanto de origem sistólica, diastólica ou ainda contínua a depender do tipo de lesão estrutural encontrada (Amaral, 1998). O exame físico geral detalhado deve ser valorizado, pois fornece dados que auxiliam na separação entre o sopro inocente e patológico. (Kobinger,2003)

Objetivos: Este estudo tem por objetivo expor as principais manifestações clínicas de sopro cardíaco em crianças, a diferença entre sopro inocente e sopro patológico e ainda os erros de diagnóstico em crianças acometidas por essa patologia.

Relevância do Estudo: A relevância é alertar para que haja a interferência ou um relacionamento entre o médico e a família, porque há frequente ausência de sintomas na maioria desses pacientes. Deve ser lembrado que é comum a ocorrência de cardiopatia

congenita, grave, em pessoas totalmente assintomático, encaminhado para avaliação especializada devido à descoberta ocasional de um sopro cardíaco. Muitos desses casos têm indicação cirúrgica formal, devendo-se ter bastante cuidado na abordagem do problema junto à família. É importante ressaltar que o sopro inocente é um ruído bastante frequente em crianças normais e sua caracterização depende unicamente de um exame clínico adequado.

Materiais e métodos: A metodologia usada foi a revisão de artigos científicos pautados na área da pesquisa. Como material foram usados a biblioteca Scielo, Google Scholar, Athena e Bireme, bvs.

Resultados e discussões: A análise das pesquisas feitas em campo por outros autores confirma a incidência de cardiopatias congênitas em aproximadamente 1% dos nascidos em termo (Kobinger, 2003) podendo chegar a 50% dos pré-termos abaixo de 1500g (Rowley, 2002). A avaliação geral da criança é tão importante quanto a cardiovascular em seu primeiro ano de vida, visando a possibilidade de um sopro assintomático não detectado ou cardiopatia grave. (Kobinger, 2003; Amaral et al, 2003) Os sopros inocentes têm características em comum, que diminuem a incidência de erros de diagnóstico (Amaral 1999), Kobinger os define como detectáveis facilmente em estado hipercinéticos, nunca ocorrem na diastólica, não se associam a ruídos adventícios, localizado e não alteram as bulhas cardíacas. Apesar disso, nota Amaral que o erro de diagnóstico inicial chega a 10% dos casos, podendo ser prejudicial a criança e a família. O diagnóstico inicial é feito pela ausculta ao terceiro ou quarto espaço intercostal e eletrocardiograma, o diagnóstico clínico, quando suspeita de sopro patológico utiliza de exames mais precisos e caros, o que afasta a utilização de análise clínica exceto quando a grande suspeita, por isso os erros de diagnóstico, inicialmente dito como inocente mas sendo patológico, se encontra acima de 0,5% (Amaral 1998). Como tratamento continuado deve se notar se o paciente tem obtido melhoras, principalmente em sua capacidade física, taxa de cianose e desenvolvimento de cardiopatias graves (Rowley, 2002; Amaral et al, 2003) Por mais que esta pesquisa tenha sido muitas vezes replicadas é importante notar que as técnicas não acompanham o crescente caso de sopro que surge, fazendo de pesquisa deste tema ainda relevante.

Conclusão: Se houver certeza quanto à natureza inocente (benigna) do sopro, não há necessidade de investigação complementar nem de seguimento ambulatorial, nesses casos o paciente receberá alta. Porém casos de sopro patológicos ou duvidosos devem ser investigados por um cardiologista para confirmação diagnóstica, a investigação pode fazer uso de diferentes exames como eletrocardiograma, radiografia do tórax e ecocardiograma, quando necessário. Exames invasivos podem ser solicitados dependendo do tipo e gravidade da cardiopatia encontrada. É importante a precisão do diagnóstico, isso implica na competência do profissional e o uso de

exames complementares no caso de diagnóstico duvidoso. Ainda assim os casos de erros de diagnóstico desta patologia em crianças são consideráveis, entre os 2603 casos estudados, discordância entre o diagnóstico inicial e final foi detectada em 178 (6,7%) casos. Dentre eles 17(0,7%) dos pacientes foram inicialmente diagnosticados com sopro inocente e posteriormente receberam o diagnóstico de cardiopatia, sendo a maioria pacientes em idade escolar (47%), os demais pré-escolares (29%) e lactentes (24%). (Amaral,2003)

REFERÊNCIAS

Amaral, Fernando; Granzotti, João A.; Abordagem da criança com sopro cardíaco, **Medicina, Ribeirão Preto**, 1998.

Amaral, Fernando; Granzotti, João A.; Erros Diagnósticos na Avaliação Inicial de Crianças com Suspeita de Cardiopatia. Prevalência e Possíveis Conseqüências a Longo Prazo, **Arq Bras Cardiol**, volume 81 (nº 1), 148-51, 2003.

Amaral, Fernando; Granzotti, João A.; Manso, Paulo Henrique; de Conti, Luisa Sajovic; QUANDO SUSPEITAR DE CARDIOPATIA CONGÊNITA NO RECÉM-NASCIDO; **Medicina, Ribeirão Preto**, J 2002.

Kobinger MEBA, Avaliação do sopro cardíaco na infância, **Jornal de Pediatria**, 2003.

Rowley AH. Incomplete (atypical) Kawasaki disease. **Pediatr Infect Dis**, 21:563-5, 2002.

O PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DO TRACOMA ENTRE ESCOLARES DA REDE MUNICIPAL DE UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DO MARANHÃO

Joseneide Teixeira Câmara

Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências da Saúde, Centro de Estudos Superiores de Caxias, Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias MA;

Tatyanne Maria Pereira de Oliveira;

Universidade Estadual do Maranhão, Caxias-
Maranhão

Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências da Saúde, Centro de Estudos Superiores de Caxias, Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias MA;

Tharlaine Silva Chaves

Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências da Saúde, Centro de Estudos Superiores de Caxias, Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias MA;

Beatriz Mourão Pereira

Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências da Saúde, Centro de Estudos Superiores de Caxias, Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias MA;

Leônidas Reis Pinheiro Moura

Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências da Saúde, Centro de Estudos Superiores de Caxias, Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias MA;

Christianne Silva Barreto

Curso de Medicina, Departamento de Ciências da Saúde, Centro de Estudos Superiores de Caxias, Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias MA.

Núbia e Silva Ribeiro

Universidade Estadual do Maranhão, Caxias-
Maranhão

Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências da Saúde, Centro de Estudos Superiores de Caxias, Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias MA;

RESUMO: Este artigo teve como objetivo analisar o perfil clínico epidemiológico do tracoma entre escolares da rede de ensino fundamental do município de Caxias no Maranhão no período de 2015. Tratou-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, usando amostragem por conglomerados, envolvendo escolares, para pesquisa do Tracoma, realizado na cidade de Caxias-Maranhão. Examinou-se 1.217 alunos, estes foram submetidos ao exame ocular externo e o diagnóstico foi essencialmente clínico baseado nos sinais-chaves do tracoma conforme critérios da OMS. Foram diagnosticados clinicamente com tracoma 7 escolares, resultando em uma prevalência de 0,57%, sendo assim, em relação aos fatores envolvidos com a ocorrência do tracoma, observou-se significância estatística para a variável higiene facial, pois os escolares que não realizavam a higienização da face possuem 20,23% mais chances de serem acometidos pela bactéria que causa essa doença. Em relação aos sinais clínicos do

tracoma os mais presentes entre a população do estudo foram o tracoma folicular e a cicatrização tracomatosa. Portanto, por meio da análise e compreensão do quadro epidemiológica do tracoma entre os escolares no Município de Caxias no Maranhão, essa doença apresentou-se com baixa prevalência entre a população em estudo.

PALAVRAS-CHAVE: Tracoma; Prevalência; Saúde escolar.

ABSTRACT: This article aims to analyze the clinical epidemiological profile of trachoma among schoolchildren in the city of Caxias do Maranhão in the period of 2015. This was a cross-sectional study using a quantitative approach using cluster sampling involving schoolchildren, For trachoma research, conducted in the city of Caxias-Maranhão. We examined 1,217 students, who underwent external ocular examination and the diagnosis was essentially clinical based on the key signs of trachoma according to who criteria. There were 7 schoolchildren diagnosed clinically with trachoma, resulting in a prevalence of 0.57%, thus, in relation to the factors involved with the occurrence of trachoma, statistical significance was observed for the facial hygiene variable, since the students who did not perform the Hygiene of the face have 20.23% more chances of being affected by the bacteria that causes this disease. Regarding the clinical signs of trachoma, the most present among the study population were follicular trachoma and trachomatous cicatrization. Therefore, through the analysis and understanding of the epidemiological picture of trachoma among schoolchildren in the municipality of Caxias do Maranhão, this disease presented low prevalence among the study population.

KEYWORDS: Trachoma; Prevalence; School health.

1 | INTRODUÇÃO

O tracoma é uma infecção crônica que acomete a córnea e a conjuntiva ocular, essa doença é causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*, esta evolui por meio de repetitivas infecções, levando a formação de cicatrização na conjuntiva da pálpebra superior, podendo assim desenvolver o surgimento de entrópico (pálpebra com a margem virada para dentro do olho), ou também triquíase (cílios invertidos tocando o olho). Essas lesões são provenientes de vários atritos na córnea, ocasionando ao aparecimento de alterações que possivelmente pode levar a cegueira (BRASIL, 2001).

O tracoma ainda encontra-se como uma das doenças que continua a se dispersar no mundo, de acordo com Organização Mundial de Saúde, existem cerca de 21 milhões de indivíduos diagnosticados com tracoma no mundo. E em média, 8 milhões de pessoas com triquíase tracomatosa e 1,3 milhões ficaram cegos consequência dessa doença (BRASIL, 2014)

No Brasil, o tracoma encontra-se presente em quase todo o território nacional, apresentando-se com altas incidências em algumas regiões do país, caracterizando-as como áreas endêmicas (SCHELLINI et al, 2012). Dados referentes ao Inquérito Nacional de Tracoma Ativo no Brasil, realizado entre os períodos de 2002 a 2007

apresentaram uma prevalência de 4,9% entre escolares, com distribuição dessa doença em todas as regiões do país (LOPES, 2008).

O tracoma se destaca entre as doenças negligenciadas, sendo esta causadora de cegueira prevenível, pois conforme os últimos estudos desenvolvidos no âmbito nacional revelou-se que essa doença encontra-se presente em quase todo o território nacional. Destaca-se ainda, que a prevalência nacional manteve-se em torno de 5% em algumas regiões, entretanto essa prevalência ainda encontra-se acima de 10% em outras regiões principalmente na região nordeste, sendo este percentual considerado alto, segundo a Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2013).

A prevalência do tracoma entre escolares brasileiros, conforme dados do inquérito realizado pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2002 e 2007, constatou-se que na região Nordeste, a prevalência do tracoma entre os municípios dessa região foi de 19,7%, sendo que no Estado do Maranhão, foram examinados 5.735 escolares e 237 crianças foram diagnosticados com tracoma, apresentando assim uma prevalência neste Estado de 4,1% (LOPES et al, 2013).

Na escola se encontra a faixa etária mais acometida pelo tracoma, sendo assim o principal modo de transmissão no âmbito escolar é o contato direto mão-olho-mão. Dessa forma, a ocorrência de casos diagnosticados e a referência de contato com casos semelhantes na escola, pode se evidenciar que, a instituição de ensino é um dos principais locais de disseminação dessa doença (CHINEN et al, 2006).

Desta forma, esta pesquisa teve como objetivo analisar o perfil clínico epidemiológico do tracoma entre escolares da rede de ensino fundamental do município de Caxias no Maranhão no período de 2015.

2 | MÉTODOS

Tratou-se de um estudo transversal, de campo, com abordagem quantitativa, usando amostragem por conglomerados, envolvendo escolares que frequentavam as escolas municipais da zona urbana do município de Caxias no Maranhão no ano de 2015, para pesquisa do Tracoma.

Foram selecionados uma amostragem probabilística da população em estudo, sendo esta composta de alunos matriculados do 1º ao 9º do ensino fundamental da rede municipal de ensino público da cidade de Caxias-MA, utilizando-se o censo escolar municipal do ano de 2015.

A coleta dos dados realizou-se durante o período letivo de 2015, entre os meses de agosto a novembro. A amostra da pesquisa foi estimada utilizando-se a amostragem por conglomerado, cuja população alvo do estudo foi escolares com a faixa etária de 6 a 14 anos, e que frequentavam as escolas selecionadas da rede de ensino da zona urbana do município de Caxias no Maranhão.

A pesquisa foi realizada em três etapas, a primeira correspondeu à seleção

das escolas que participaram da pesquisa. No sorteio para a seleção das escolas, considerou-se como unidade de amostragem os pólos entre as escolas da Secretaria Municipal de Educação, esses são divididos em 18 pólos, compostos por 75 escolas de ensino fundamental localizadas na zona urbana, onde foram sorteadas uma escola sendo esta, do primeiro ao nono ano de cada pólo, e assim, o tamanho da amostra foi composto por 18 escolas com 5.937 alunos matriculados ao todo; na segunda etapa realizou-se a reunião com os pais dos alunos, e na terceira foi realizado o exame clínico do tracoma nos alunos que os pais autorizaram a participação na pesquisa. O exame clínico do tracoma foi realizado pela profissional capacitada a realizar este exame no município.

Durante a avaliação do exame clínico do tracoma, a profissional realizava o evertimento da pálpebra superior do participante, e observava a presença de possíveis sinais clínicos que caracterizam o tracoma, observando a conjuntiva tarsal superior, os cílios e a pupila, os casos de tracoma foram diagnosticados, conforme esses apresentassem pelo menos um dos seguintes sinais clínicos: Tracoma Inflamatório Folicular (TF): ao observar a presença de pelo menos cinco folículos com diâmetro de 5 mm presentes na região da conjuntiva tarsal superior; Tracoma Inflamatório Intenso (TI): ao visualizar uma diminuição significativamente dos vasos tarsais profundos; Tracoma Cicatricial (TS): ao observar a presença de bordas retas com aspecto esbranquiçado; Triquíase Tracomatosa (TT): ao visualizar a presença de cílios tocando o globo ocular e Opacificação Corneana (CO): presença de opacificação corneana, onde esta obscurece parcialmente a pupila (BRASIL, 2014).

Os dados coletados foram digitados e analisados utilizando o programa Epi-Info. A taxa de prevalência do tracoma foi estimada pela presença dos sinais clínicos diagnosticados. Para *Odds Ratio* (OR), considerou-se um intervalo de confiança de 95% e para o teste de Fisher, o nível de significância considerado foi de 5% ($p < 0,05$).

O presente estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do Centro de Estudos Superiores de Caxias (CESC) da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), conforme deliberado pelo Conselho Nacional de Saúde, na Resolução 466/12, com número do parecer: 1.107.300. Sendo também autorizado pela Secretaria Municipal de Educação e Departamento de Vigilância Epidemiológica do município de Caxias-MA e a participação dos alunos na pesquisa sucedeu-se mediante a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido pelos pais ou responsáveis legais.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prevalência de tracoma na população estudada foi de 0,57%, sendo considerado uma prevalência baixa para essa doença, pois foram examinados 1.217 alunos e diagnosticados 7 caso de tracoma.

Em relação às variáveis sociodemográficas, observou-se que estas não apresentaram associações significativas, no entanto, é importante ressaltar que dentre os casos com tracoma, estes encontraram-se presente na faixa etária de 6 a 9 anos 0,71% (6/847), no sexo masculino 0,66% (4/607), que a escolaridade do responsável financeiro da família foi >8 anos 0,75% (3/400), com renda familiar >1 salário mínimo 1,14% (2/176), todos com residência própria 0,83% (7/842), com uma media de até 4 pessoas residindo no domicílio 0,93% (5/536) (Tabela 1).

Características sociodemográficas	Tracoma n/total	%	p-valor*	OR (IC95%)
Grupos etários				
6 a 9 anos	6/847	0,71	0,682	2,63 (0,32-21,94)
10 a 14 anos	1/370	0,27		1
Sexo				
Masculino	4/607	0,66	0,725	1,34 (0,30-6,02)
Feminino	3/610	0,49		1
Escolaridade do responsável financeiro da família				
≤ 8 anos	4/759	0,53	0,698	0,70 (0,16-3,15)
> 8 anos	3/400	0,75		1
Renda familiar				
≤ 1 salário mínimo	5/989	0,51	0,286	0,44 (0,09-2,30)
> 1 salário mínimo	2/176	1,14		1
Situação da habitação				
Residência própria	7/842	0,83	-	-
Residência alugada	0/295	-		
Outros	0/66	-		
Número de pessoas no domicílio				
Até 4	5/536	0,93	0,252	3,15 (0,61-16,30)
≥ 5	2/671	0,30		

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas entre escolares do ensino fundamental diagnosticados com tracoma na zona urbana de Caxias-MA, 2015.

Observou-se nesse estudo, maior prevalência de casos de tracoma entre os escolares com a faixa etária de 6 a 9 anos de idade, corroborando com alguns achados da literatura que a prevalência do tracoma na maioria dos casos diagnosticados ocorre com maior distribuição entre as faixa etária de 6 a 9 anos (JESUS et al, 2013), entretanto esses mesmos resultados divergem com outros estudos em que se examinaram 2.692 crianças, e detectaram 79 com tracoma, sendo que a maioria destas tinham entre 7 e 10 anos de idade (SCHELLINI et al, 2010).

Entre os escolares diagnosticados com tracoma, percebeu-se uma maior prevalência (0,66%) dessa doença entre os alunos do sexo masculino, dados este coerentes com a literatura, que também evidenciou uma maior frequência entre os casos de tracoma no sexo masculino (DAMASCENO et al, 2009). Todavia, esses

dados são discordantes com o estudo realizado na cidade de Turmalina (MG), onde 635 crianças foram avaliadas, destas 30 foram diagnosticadas com tracoma, no entanto, não foi observado significância estatística em relação ao gênero na população estudada (SILVA, 2014).

Em relação a variável escolaridade do responsável financeiro da família, a maioria destes apresentaram mais de 8 anos de estudo, em divergência com alguns achados da literatura, visto que, em referência a essa mesma variável, esta não apresentou significância estatística em sua pesquisa, pois em sua maioria os indivíduos que proviam financeiramente a família, tinham o primeiro grau incompleto correspondendo menos de 8 anos de estudo em media (D'AMARAL et al, 2005).

A renda familiar dos casos diagnosticados com tracoma foi maior que um salário mínimo, não verificando valor de significância estatística para essa variável, estes achados são divergentes com estudos desenvolvidos, em que esta mesma variável apresentou-se com significância estatística (LUCENA, et al, 2010).

Referente as condições habitacionais dos escolares diagnosticados com tracoma, percebeu-se uma maior prevalência entre aqueles que habitam em casa própria, sendo que, o número de sujeitos que residem no domicílio é até quatro pessoas. Assim, esses dados são condizentes com uma pesquisa realizada em São Paulo, onde a maioria dos escolares residiam em casas próprias e o número de pessoas que habitavam na residência eram de 3,8 pessoas/domicílio (D'AMARAL et al, 2005).

Mediante isto, as ações de vigilância epidemiológica, busca por meio de suas medidas de controle para a erradicação do tracoma, diminuir a circulação da bactéria causadora desta doença, para tanto, dentre essas medidas a Organização Mundial de Saúde (OMS), recomenda que sejam realizados esforços em relação à melhoria das condições de saneamento básico (BRASIL, 2014)

Observou-se em nosso estudo, que a variável higiene facial apresentou valor de significância estatística com 20,23% (5/1.168) vezes mais chances da criança que não realiza higiene facial adquirir tracoma. Em relação as demais variáveis não se constatou valor de significância estatística (Tabela 2).

Fator de risco	Tracoma		p-valor*	OR (IC95%)
	n	%		
Higiene facial				
Sim	5/1.168	0,43	0,008**	1
Não	2/25	8,00		20,23 (3,73-109,72)
Enxuga o rosto após lavar				
Sim	7/1.064	0,66	1,000	-
Não	0/141	-		
Local onde dorme				
cama/colchão	6/1.019	0,59	1,000	1,14 (0,14-9,55)
berço/rede	1/194	0,52		1
Compartilha local de dormir				

Sim	3/466	0,64	1,000	1,19 (0,27-5,37)
Não	4/738	0,54		1
Água encanada				
Sim	7/1.180	0,59	1,000	-
Não	0/31	-		
Possui banheiro				
Sim	7/1.163	0,60	1,000	-
Não	0/53	-		
Possui fossa séptica				
Sim	7/988	0,81	0,606	-
Não	0/189	-		
Presença de moscas				
Sim	4/783	0,51	0,700	0,71 (0,16-3,20)
Não	3/420	0,71		1
Coleta de lixo				
Sim	5/1.040	0,48	0,255	0,40 (0,08-2,10)
Não	2/169	1,18		1

Tabela 2 - Fatores envolvidos com a ocorrência do tracoma entre escolares diagnosticados com essa doença do ensino fundamental da zona urbana do município de Caxias-MA, 2015.

Referente a variável higiene facial nosso estudo está em coerência com outros estudos que também apresentaram associação significativa para essa mesma variável (D'AMARAL et al, 2005), entretanto nossa pesquisa diverge com os estudos realizados em Brasília e São Paulo, em que não observaram, associação significativa entre o tracoma e a falta de higiene facial (JESUS et al 2013; KOIZUMI, et al, 2005).

Desta maneira, ao higienizar as mãos e a face com regularidade, esta prática propicia a prevenção, e assim, cessa o ciclo de transmissão da bactéria que acarreta o surgimento do tracoma (CHINEN et al, 2006).

Em referência a variável compartilhamento do local de dormir, não foi verificado significância estatística, resultado este que corrobora com o estudo realizado com 776 crianças, destes 96 foram diagnosticados com tracoma, onde não se observou fator de associação entre essa doença e o compartilhamento do local em que a criança dormia (JESUS et al, 2013).

Notou-se que não houve associação significativa em relação à presença de água encanada, banheiro e fossa séptica nos recintos domiciliares e a ocorrência de tracoma, estando nosso estudo condizente com o trabalho desenvolvido em que as condições de moradias e a presença de tracoma, a disponibilidade de água encanada, banheiro e fossa séptica não mostraram-se como fator de associação, já que a água encanada propicia maior disponibilidade para se realizar a higiene facial, diminuindo assim os riscos de infecção para essa doença (LUCENA et al, 2010).

No presente estudo, o tracoma não se encontra associado à presença de moscas nas residências e a falta de coleta de lixo nos bairros dos indivíduos que foram diagnosticados com tracoma. Desta forma, estes resultados encontram-se em

conformidade com o trabalho realizado na comunidade da Chapada do Araripe-CE, em que não se analisou valor de significância estatística para a presença de moscas dentro da população estudada (LUCENA et al, 2010).

Dos sete casos diagnosticados com tracoma, 0,43% (3) verificou-se a presença do sinal clínico tracoma folicular 0,14% (1) foi diagnosticado com tracoma intenso e 0,43% (3), com tracoma cicatricial. Não foram detectados durante a pesquisa nenhum caso de triquíase tracomatosa e opacificação corneana (Tabela 3).

Sinais clínicos	n	Prevalência (%)
Tracoma folicular	3	0,43
Tracoma intenso	1	0,14
Cicatrização conjuntival tracomatosa	3	0,43
Total	7	100%

Tabela 3 - Prevalência do tracoma por sinais clínicos entre escolares diagnosticados com essa doença do ensino fundamental da zona urbana do município de Caxias-MA, 2015.

De acordo com a prevalência do tracoma por sinais clínicos percebeu-se uma maior prevalência para o tracoma inflamatório folicular e para a cicatrização tracomatosa entre os escolares que foram diagnosticados com tracoma, divergindo com os resultados apresentados em um estudo descritivo realizado por meio de dados secundários, referente aos casos de tracoma, que foram diagnosticados em inquéritos epidemiológicos com escolares no Estado do Piauí entre os anos de 2007 a 2013, o tracoma folicular foi o sinal clínico mais prevalente entre os escolares, já as lesões cicatriciais apresentaram-se menos expressivas (OLIVEIRA, 2015).

Ao detectar por meio do diagnóstico clínico do tracoma, crianças que apresentam as formas inflamatórias dessa doença, mesmo esta forma apresentando-se com uma baixa prevalência, essas crianças constituem fonte de infecção para essa patologia, e assim possibilitando a conservação do ciclo de transmissão do tracoma (KOIZUMI et al, 2005).

Ressalta-se ainda, um trabalho realizado com moradores da região de Baturité no Ceará, que os primeiros casos de tracoma diagnosticados com cicatrização tracomatosa surgem, quando os caso de tracoma folicular diminuem (ALMEIDA, 2007).

Em relação a distribuição percentual dos sintomas clínicos relatados pelos estudantes com tracoma, a secreção nos olhos 57% (4) foi o sintoma clínico mais referido, seguido de olhos vermelhos e prurido com 43% (3), lacrimejamento e sensação de ardor nos olhos com 28,5% (2) e sensação de corpo estranho no olho com 14,3% (1) (Tabela 4).

Sintomas	n/total	%
Olhos vermelhos		
Sim	3/7	43,0
Não	4/7	57,0
Prurido		
Sim	3/7	43,0
Não	4/7	57,0
Lacrimejamento		
Sim	2/7	28,5
Não	5/7	71,5
Sensação de ardor		
Sim	2/7	28,5
Não	5/7	71,5
Sensação de corpo estranho		
Sim	1/7	14,3
Não	6/7	85,7
Secreção nos olhos		
Sim	4/7	57,0
Não	3/7	43,0
Total	7	100,0

Tabela 4 - Distribuição percentual dos sintomas clínicos referidos entre escolares diagnosticados com tracoma do ensino fundamental da zona urbana do município de Caxias-MA, 2015.

Assim, os resultados apresentados em nosso estudo divergem em relação aos sintomas mais prevalentes presentes em estudos com escolares de São Paulo, onde as principais manifestações clínicas apresentadas foram: prurido, seguido de lacrimejamento, hiperemia, sensação de ardor e sensação de corpo estranho no olho (CHINEN et al, 2006).

Entre as manifestações clínicas mais frequentes observadas nas formas clínicas inflamatória estão: lacrimejamento, sensação de corpo estranho no globo ocular, fotofobia, prurido e secreção no olho, em que se confirma, sendo estes os sintomas mais comuns entre os casos de tracoma (BRASIL, 2008).

Em comunidades em que suspeita-se da existência de indivíduos com tracoma, as investigações epidemiológicas devem-se direcionar principalmente as instituições de ensino e aos domicílios (BRASIL, 2010). Deve-se ainda estabelecer parcerias dos Estados e municípios com o Programa Saúde na Escola (PSE) e desenvolver estratégias voltadas para educação em saúde na comunidade escolar, com o objetivo de melhorar tanto a qualidade referente à higienização da face, quanto as condições de saúde dos escolares (BRASIL, 2012).

4 | CONCLUSÃO

O tracoma apresentou-se com uma baixa prevalência entre a população em estudo (0,57%), sendo este valor considerado baixo conforme a Organização Mundial de Saúde. Assim, é necessário o desenvolvimento de ações que visem o controle e a prevenção do tracoma, impedindo dessa forma, o aumento da prevalência desta doença no município.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. L. B. **Ocorrência de Complicações do Tracoma em Zona Endêmica de Baturité/Ceará. 2007.** Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Fortaleza, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Controle do Tracoma.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose.** 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases : plano de ação 2011-2015.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **“Informe técnico da “Campanha Nacional de Hanseníase e Geohelmintíase”.** Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação- Brasília. Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância do tracoma e sua eliminação como causa de cegueira.** 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CHINEN, N. H. et al. **Aspectos epidemiológicos e operacionais da vigilância e controle do tracoma em escola no município de São Paulo, Brasil.** Epidemiol. Serv de Saúde. São Paulo, v. 15, n. 2, p. 69-75, 2006.

D'AMARAL, R.K.K et al. **Fatores associados ao tracoma em área hipoendêmica da Região Sudeste, Brasil.** Cad Saúde Pública.v.21,n.6, p.1701-8, 2005.

DAMASCENO, R.W.F. et al . **Tracoma: estudo epidemiológico de escolares em Alagoas - Brasil.** Arq. Bras. Oftalmol. São Paulo, v. 72. N. 3, p. 355-359, 2009.

JESUS, H. S. et al. **Inquérito Domiciliar de Prevalência de Tracoma em Crianças do Distrito Federal, Brasil.** Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, v. 21, n.3, p. 318-324, 2013.

KOIZUMI, I.K. et al . **Prevalência do Tracoma em Pré-escolares e Escolares no Município de São Paulo.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 6, p, 937 -42. Dez, 2005.

LOPES, M.F. C. **Tracoma: situação epidemiológica no Brasil.** 2008. 33 f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador – BA.

LOPES, M.F.C. et al. **Prevalência de tracoma entre escolares brasileiros.** Rev. Saúde Pública, São

Paulo, v.47, n.3, Jun 2013.

LUCENA, A. R.; CRUZ, A. A. V.; AKAISHI, P. **Epidemiologia do Tracoma em Povoado da Chapada do Araripe - CE.** Arq.Bras.Oftalmol., São Paulo, v. 73, n.3, p.271-275, 2010.

OLIVEIRA M.D. **Situação epidemiológica do tracoma entre estudantes da rede pública de municípios do Piauí.** 2015. Dissertação. (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro - RJ.

SHELLINI, S.A. et al. **Prevalência e localização dos casos de tracoma detectados em escolares de Botucatu, São Paulo – Brasil.** Arq Bras Oftalmol. São Paulo,v.73. n. 4, p.358-62, jul 2010.

SHELLINI, S. A.; SOUSA, R. L. F. **Tracoma: ainda uma importante causa de cegueira.** Rev. bras. oftalmol. São Paulo, v.71, n. 3, p. 199-204. Jun 2012

SILVA E.J. **Ocorrência do tracoma em escolares e o impacto do treinamento de habilidades clínicas para profissionais de saúde em Turmalina, MG.** 2014. Dissertação. (Mestrado) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina – MG.

VIVENCIANDO A GESTAÇÃO EM JOVENS PORTADORAS DO VÍRUS DA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA ADQUIRIDA

Renata Cristina Justo de Araújo

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Docente Centro Universitário Estácio
Juiz de Fora – Minas Gerais

Zuleyce Maria Lessa Pacheco

Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Universidade Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora – Minas Gerais

Natália de Freitas Costa

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Docente da Faculdade do Sudeste Mineiro
Juiz de Fora – Minas Gerais

Camila da Silva Marques Badaró

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Enfermeira do Hospital São Vicente de Paula
Juiz de Fora – Minas Gerais

Camila Messias Ramos

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Enfermeira do Hospital Regional Dr. João Penido
Juiz de Fora – Minas Gerais.

Ana Claudia Sierra Martins

Mestre em Educação pelo Centro Universitário Estácio, Docente Centro Universitário Estácio
Juiz de Fora – Minas Gerais

RESUMO: Neste estudo buscou-se compreender o significado de ser jovem gestante convivendo com o vírus da imunodeficiência humana - HIV. Trata-se de uma pesquisa qualitativa embasada na fenomenologia existencial de Martin Heidegger para compreensão e interpretação do vivido de seis jovens assistidas em um serviço de referência de um município da Zona da Mata Mineira, no período entre novembro de 2014 e março de 2015. Emergiram cinco unidades de significação: O impacto negativo relacionado com o diagnóstico de ser soropositiva, A notícia da gestação como causa de sentimentos contraditórios, Enfrentamento do mal-estar provocado pelo medicamento em benefício do filho, A crença em Deus para superação das dificuldades do HIV, O preconceito mantém a soropositividade em segredo. Os resultados obtidos revelam o ser com o outro no mundo de modo inautêntico, mostrando-se na dupla facticidade: ser jovem gestante e portadora do vírus.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Infecções por HIV. Saúde da Mulher.

ABSTRACT: This study aimed to understand the meaning of being a pregnant woman living with the human immunodeficiency virus - HIV. It is a qualitative research based on the existential phenomenology of Martin Heidegger for the

understanding and interpretation of the lived of six young people assisted in a service of reference of a municipality of Zona da Mata Mineira, between November 2014 and March 2015. Five units emerged of significance: The negative impact related to the diagnosis of seropositive, The news of gestation as the cause of contradictory feelings, Confronting the malaise provoked by the medicine for the benefit of the child, The belief in God to overcome the difficulties of HIV, Prejudice keep the seropositivity secret. The results obtained reveal the being with the other in the world in an inauthentic way, showing in the double facticity: being young pregnant and carrying the virus.

KEYWORDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome. HIV infections. Women's Health.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPS/OMS), juventude é uma categoria sociológica que representa um momento de preparação de sujeitos para assumirem o papel de adulto na sociedade. Para fins de definição, considera idade adulta jovem a faixa entre 15 e 30 anos (BRASIL, 2013; CONTAG, 2007).

Os brasileiros ultrapassaram recentemente a marca de 200 milhões e cerca de 51 milhões estão entre 15 e 29 anos de idade, sendo 50% de mulheres (IBGE, 2013). Nas últimas décadas nos deparamos com um novo cenário na saúde pública, com a descoberta do vírus HIV, causador da aids, que vem produzindo consequências no contexto familiar, comunitário, continental e mundial, sendo considerada a 5ª causa de mortalidade, especialmente entre mulheres com idade entre 15 e 49 anos. Resultados alarmantes indicam mais de 7.000 pessoas infectadas diariamente e há um óbito a cada 20 segundos devido à comorbidades associadas (MARTINS, et al, 2014).

De acordo com o Boletim Epidemiológico HIV Aids de 2017 do total de óbitos por aids registrados no país de 1980 e 2016, 92.367 ocorreram entre mulheres eno que se refere às faixas etárias, observou-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se nas faixas de 20 a 34 anos, com percentual de 52,5% dos casos (BRASIL, 2017).

Ampliando nossa pesquisa nas bases bibliográficas, encontramos trabalhos com objetivos de estudar a sexualidade e a saúde reprodutivas das mulheres HIV positivas, que evidenciaram desejo de terem filhos, mesmo cientes do risco da contaminação vertical e/ou do seu companheiro (SILVA, TEIXEIRA, 2012; GALVÃO, CUNHA, LIMA, 2014; JONES, et al, 2016).

Experienciar a maternidade em conjunto com a soropositividade é fator gerador de dúvidas, medos e provavelmente parte deste medo seja proveniente das novidades relacionadas à maternidade e a possibilidade de contaminação do filho. Reforça-se então a importância do profissional que acompanha o pré-natal estar atento as necessidades da mulher, buscando acolhê-la e sanar suas inquietações (MATÃO, et

al, 2014; CARTAXO, 2013; BERTAGNOLI, 2012; RITTA, et al, 2017).

Vale salientar que no processo gestacional o ser mãe parece experimentar um processo complexo diante da soropositividade, tendo em vista que além das repercussões inerentes ao fato de ser gestante, somam-se os desafios impostos pela infecção, às sobrecargas emocionais nas relações associadas ao imaginário construído em relação à epidemia e seu impacto sobre a vida das mulheres que vivenciam a transição para a maternidade. Surgem neste cenário, questionamentos sobre relacionamentos interpessoais, sexualidade, cotidiano e necessidades advindas do HIV.

Para que possamos adentrar a esse mundo e desvelar este fenômeno é preciso que seja visto a partir dele mesmo, sendo assim somente o ser mulher poderá responder qual o sentido do seu vivido (HEIDEGGER, 2014). Entendemos que somente estando próximos a elas é que o fenômeno poderá ser desvelado. Em busca de conhecer o vivenciar dessa mulher no período gestacional é que se delimitou como objetivo do estudo: compreender o vivenciar de uma gestação sendo jovem e convivendo com o HIV atendida por uma unidade de atenção secundária à saúde de um município da Zona da Mata Mineira.

2 | MÉTODO

A pesquisa qualitativa nos traz a necessidade de valorização da singularidade do indivíduo, pois a subjetividade é uma manifestação do viver total. Porém, devemos considerar que toda experiência e vivência do ser humano ocorrem no interior de uma história coletiva, além disso, são influenciadas pela cultura em que estão inseridas sendo contextualizadas. Esse tipo de pesquisa tem como característica a realização de uma investigação que objetiva o universo das significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, importantes para a descrição e compreensão das situações bem como interpretações que fazem a respeito das vivências, do modo de sentir e pensar (MINAYO, 2013).

Para compreender o significado de ser mulher jovem gestante convivendo com o HIV, elegeu-se enquanto método de investigação a fenomenologia apoiada no referencial teórico filosófico de Martin Heidegger. O método fenomenológico permite mostrar, descrever e compreender os motivos presentes nos fenômenos vividos, que se mostram e se expressam por si mesmos.

Buscando entender o sentido dos fenômenos, apoiamo-nos no pensamento filosófico de Martin Heidegger que considera a fenomenologia como o caminho para se chegar ao sentido do ser. Heidegger buscou compreender o ser do homem ser aí, lançado no mundo em comportamentos ou modos próprios de ser e estar preocupado com algo. O ser aí, portanto, existe a partir de sua presença. Ele é, existe e habita.

A cotidianidade é uma realidade construída pelo sujeito e que a fenomenologia

se propõe a conhecer, indo à busca da essência do vivido, tal qual ele aparece em seu cotidiano. É o modo como o homem vive o seu dia a dia no sentido de ser no mundo. O mundo cotidiano em que o Dasein é mostra-se sempre já compartilhado, uma vez que ele é ser com os outros (HEIDEGGER, 2014).

O cenário da pesquisa foi realizado o Serviço de Assistência Especializada (SAE), localizado na Zona da Mata Mineira, trata-se de um serviço de referência aos que convivem com o HIV. Após análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora que nos concedeu Parecer favorável de nº 699.954.

A etapa de campo iniciou em novembro de 2014 e finalizou em março de 2015. Realizamos seis entrevistas com jovens gestantes que atenderam aos critérios de inclusão: ter idade entre 15 e 29 anos, cientes de seu diagnóstico de positividade para o HIV, residentes ou não neste município com articulação entre pensamento e fala, fazendo-se compreender ao entrevistador. Como critério de exclusão, definiu-se: gestantes soropositivas que não completaram 15 anos de idade ou maiores de 30 anos e que não articulavam o pensamento com a fala.

Após levantamento dos prontuários, fomos ao encontro das jovens para realização das entrevistas. No primeiro contato pessoal explicava sobre o estudo, como seria a coleta dos dados e diante de sua anuência, lhes apresentava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) solicitando sua assinatura, atendendo a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Sendo menor de idade seu aceite se deu através da assinatura do Termo de Assentimento juntamente com a assinatura do TCLE de seu representante legal.

Na primeira parte da coleta de dados foi realizada a historiografia registrando a dimensão ôntica da mulher com HIV. A entrevista iniciou-se com a seguinte questão norteadora: Como você se sentiu ao descobrir-se soropositiva para o HIV? E no decorrer foram formuladas questões para conduzi-la de forma a não induzir as repostas, sendo destacadas questões expressas pelas mulheres realizando o aprofundamento das mesmas para compreensão dos possíveis significados apontados por elas. Em seguida, fazíamos a pergunta: Qual foi seu sentimento ao saber que estava grávida. Logo depois perguntávamos: Como você vivencia sua gestação sendo soropositiva para o HIV? Para finalizar realizávamos um feedback perguntando se gostaria de acrescentar algo mais aquilo que fora dito.

Na busca por desvelar o fenômeno e refletindo sobre o pensamento de Heidegger fomos dar voz a quem é ente, valorizando e buscando compreender seus sentimentos, comportamentos, suas emoções, atitudes e opiniões, ou seja, aquilo que se faz presença em seu mundo vida (HEIDEGGER, 2014). Neste sentido ao final de cada entrevista e através de um diário de campo, foi construída a historicidade, que representa a dimensão fenomenal denominada por Heidegger de comportamento, onde foram registrados os comportamentos, a expressão corporal observada, as emoções que foram percebidas, os silêncios, pausas na fala, olhares, lágrimas, risos e os gestos,

em uma aproximação ao quem das participantes (PAULA, 2012; HEIDDEGER, 2014).

As entrevistas foram gravadas em CD e após sua realização foram transcritas, lidas várias vezes, dando início a reflexão sobre o que foi expresso pelas jovens, caminhando dessa forma para o movimento analítico hermenêutico proposto por Heidegger, o qual se compõe de dois momentos: a compreensão vaga e mediana e a hermenêutica.

Na investigação fenomenológica o pesquisador não deve se preocupar com a verdade ou falsidade das experiências descritas pelo participante e sim procurar compreender o fenômeno através da descrição fenomenológica, ou seja, daquilo que se mostra como modo de ser do sujeito na cotidianidade. Esse momento visa explicitar “o ser deste ente, sem interpretar-lhe o sentido. O que compete é liberar o horizonte para a mais originária das interpretações de ser” (HEIDEGGER, 2014, p. 54). Neste sentido esta investigação partiu do que se mostra, o ôntico, que é o vivido da mulher jovem gestante convivendo com o HIV, inserida na facticidade da sua existência pela vivência da gestação sendo soropositiva, buscando mostrar a questão do ser, o deixando vir à presença para compreender a essência do fenômeno vivido.

A partir da captação dos significados, caminhamos em direção aos sentidos velados nas Unidades de Significado, isto é, o que sustenta a interpretação, é o que precisa ser desvelado, ele está por detrás e precisa ser clarificado para se alcançar a dimensão ontológica do fenômeno (HEIDEGGER, 2014). Na análise vaga e mediana estivemos no modo ôntico, onde apenas explicitamos os significados para a mulher de ser jovem gestante e soropositiva para o HIV, porém os sentidos ainda se encontram velados, nesse caminhar vamos em direção a segunda etapa metódica em Heidegger, para alcançarmos a esfera ontológica do fenômeno a análise interpretativa ou hermenêutica. E, para que seja possível esse caminhar faz-se necessário a elaboração de um fio condutor que nos leve à a definição do conceito de ser.

Apartir da definição do fio condutor passou-se ao segundo momento do movimento analítico hermenêutico que é a compreensão interpretativa ou hermenêutica. Nesse momento utilizando os movimentos de intuição e imaginação que são próprios do pesquisador e fundamentados na Ontologia de Martin Heidegger, buscamos clarificar os sentidos desta vivência alcançando a dimensão ontológica.

Para a realização da historiografia foram obtidas informações em seus prontuários e para a construção da historicidade foi necessário relembrar o encontro, sendo possível através da escuta dos depoimentos e releitura do diário de campo, onde foram realizadas anotações dos comportamentos expressos pelas depoentes como falas, silêncio, sorrisos e lágrimas. Para Heidegger (2014), a historicidade nos leva a compreender a constituição de ser do “acontecer”, próprio da presença como tal.

3 | RESULTADO E DISCUSSÃO

No primeiro momento desenvolvemos a captação dos significados junto aos depoimentos de modo a constituir a descrição do fenômeno tal como ele se mostra. O encontro possibilitou emergir a compreensão do significado, aquilo que é mostrado prontamente. Ao mergulhar nas falas, juntamente com a imersão no diário de campo fomos ao encontro da dimensão ôntica do vivenciado, ao lugar onde os fatos se configuram. Para esta construção inicialmente nos deparamos com significados presentes nas falas das participantes que estavam relacionados com a questão norteadora: medo, susto, tristeza e preocupação com a contaminação, alegria, preconceito, dificuldade na ingestão do medicamento e a fé como suporte. Reestruturamos os significados e os reagrupamos em cinco Unidades de Significação e a seguir elaboramos o Fio Condutor, sendo elas:

1: Ao receberem o diagnóstico de ser soropositiva, as mulheres têm um impacto negativo, pois passam a viver na incerteza do que está por vir.

Ao descobrirem-se portadoras do vírus HIV, relataram que sentiram-se mal com a notícia, entristecidas, sendo um momento muito doloroso, um choque em suas vidas. Ao reviverem o momento da descoberta, deixaram vir à tona através das lágrimas, os sentimentos já vividos. Algumas informaram que inicialmente não aceitaram o diagnóstico, e pensavam que isso não aconteceria com elas.

2: A notícia da gestação causa sentimentos de surpresa mas também de felicidade.

Ao se descobrirem grávidas algumas demonstraram sentimento de felicidade, alegria e a realização de um sonho. Uma percebeu as transformações no seu corpo, mas ao ver o resultado do teste positivo para gestação, disse não ter acreditado no resultado ficando assustada, mas logo ficou feliz por ser este o primeiro filho do casal. A gestação também gerou preocupação pela contaminação do filho sendo este um motivo de tristeza.

3: As mulheres enfrentam o mal-estar provocado pela ingestão do medicamento em benefício da criança não ser contaminada.

Esta unidade mostrou que as mulheres vêm no medicamento a possibilidade de não contaminação do filho, mesmo que usá-los lhes reforce a lembrança de sua soropositividade para o HIV. Elas entendem a importância da adesão ao medicamento como elemento fundamental para a saúde do filho. Dão credibilidade ao médico, quando as orienta em relação à terapêutica, seguindo-a o mais fiel possível. O medo da morte e da impossibilidade de vivenciar o crescimento do filho é algo presente em seu cotidiano. Demonstram que não possuem informações sobre a doença a ponto de

tranqüilizá-las quanto ao risco de contaminação do filho.

4: A vivência da gestação é acompanhada de uma crença em Deus como força para superação das dificuldades advindas do diagnóstico de soropositividade para o HIV.

Essa unidade mostrou que há preocupação em não contaminar o filho e para isso fazem o uso da medicação e se apegam em suas crenças, principalmente mantendo sua fé em Deus na esperança da não contaminação.

5: O preconceito com o HIV faz com que a mulher mantenha sua soropositividade em segredo.

O preconceito é real em seu cotidiano, vivenciando-o no interior da família e há perda de colegas após confienciarem sua sorologia, por isso, às vezes preferem mantê-la em segredo.

Finda a elaboração das Unidades de Significação, passou-se a segunda etapa da análise, a hermenêutica. Através da Hermenêutica Heideggeriana conseguimos desvelar o *ser-aí* no mundo em sua existencialidade, sendo assim, evidenciamos os modos de ser-no-mundo, *ser-aí* ou *Dasein* como a possibilidade de existir. O evidenciar do ser, que é questionado a partir da busca do “aquilo que é”, constrói o conceito de ser (HEIDEGGER, 2014), e que se iniciou com a compreensão vaga e mediana, mostrando-nos o movimento do cotidiano do *ser-aí-jovem-gestante-portadora-de-HIV*, trazendo as possibilidades de seus modos próprios de ser, ou seja, sua cotidianidade existencial.

E são nesta singularidade que seu cotidiano é vivido com experiências diversificadas e de forma interativa com a família, amigos, desenvolvendo diversos sentimentos. Sendo assim, o conceito de Ser se constrói pela compreensão do cotidiano destas mulheres. Mostra-se como ser no mundo com os outros, uma vez que fala de si, relacionando o seu estar junto com os outros. Demonstram ter uma vida normal e assumem o protagonismo de suas vivências, ou seja, se colocam como “eu” no modo como está vivenciando a maternidade, dizendo que é ela mesmo: em como se reconhece, se relaciona e se comporta, no que tem, quer, precisa e pode.

Se reconhecem como gestante e revelam que tem um vírus, mostrando-se na dupla facticidade: ser jovemgestante e portadora do vírus, ou seja, desses fatos não pode fugir, pois são inerentes à sua situação de vida, portanto, o *Dasein* está lançado naquilo que já está determinado e do qual não se pode escapar. A expressão estar lançado traz consigo a facticidade de ser entregue à responsabilidade (HEIDEGGER, 2014).

É possível compreender que essa dupla facticidade é vista sob diferentes condições: no caráter transitório de estar gestando, e no caráter permanente ser

portador do vírus HIV. Assim, considera que estar grávida é bom e ser portadora do vírus HIV é ruim, enfrentando essas situações de maneiras distintas. Demonstra que, às vezes, não queria estar grávida, mas aceita bem essa atual situação, e que ainda está em momento de transição, vivenciando essa alternância de sentimentos. Essa transitoriedade ao longo da vida expressa que o ser do humano se realiza como sendo um ser descobridor e está em contínuo de vir a ser (HEIDEGGER, 2014).

No movimento de existir sendo, vivenciam seu passado e sabem que não tem outro caminho a não ser, seguir ir em frente. Isso indica a constituição ontológica do acontecer próprio do *Dasein*. “A essência da presença está em sua existência” (HEIDEGGER, 2014 p. 85), ou seja, desta forma passa a compor sua historicidade.

Este “sendo” acontece no cotidiano que vivencia em casa, na escola, na comunidade, entre amigos e familiares. Estes são os espaços em que realiza suas experiências, seu aprendizado e sua maturidade mostrando-se no mundo em uma cotidianidade própria. Ou seja, esse é um contexto em que de fato o *Dasein* vive, acontecendo que além de estar num mundo também se relaciona com o mundo, uma vez que o relacionamento interpessoal é fundamental para a constituição do mundo. Sendo aí no mundo, se relaciona em seu cotidiano com seus pares, sua família, escola e comunidade, também interage consigo mesmo. Desta maneira, mostra-se como ser aí com (HEIDEGGER, 2014).

O ser com indica a natureza relacional do humano, onde demonstra que todo ser é sempre ser com mesmo que ele esteja em solidão ou isolamento. O *Dasein* é sempre co-presença, o mundo é sempre mundo com partilhado, o viver é sempre uma forma de conviver (HEIDEGGER, 2014).

No modo de ser com os outros, estabelece relações de diálogo, convívio, decepções e aceitações, constituindo assim, o mundo público, no qual tem liberdade e responsabilidades. No mundo público do nós, se vê em um mundo igual para qualquer outra jovem, ou seja, no cotidiano o *Dasein* se relaciona com o mundo a qual é tido como impessoal. Este é, na maioria das vezes, o modo de ser do *Dasein*, segundo o qual, traz-nos que “todo mundo é outro e que ninguém é si mesmo” (HEIDEGGER, 2014, p. 185). Nas relações interpessoais assume a identidade impessoal, mostram-se como todas as gestantes, fazendo as mesmas atividades e não divulga que tem o vírus, pois teme o que advém socialmente quando se conhece sua condição sorológica.

No cotidiano com os outros, temem ser rejeitadas por serem portadoras do vírus HIV, existe a possibilidade de serem isoladas e isso tem um caráter ameaçador.

A impessoalidade permite que não se diferencie dos outros, pois assumir sua sorologia a expõe às atitudes que dificultam a convivência, principalmente referente ao preconceito. Para que isso não aconteça, permanece naquilo que é comum e esperado por todos. Portanto, no ser com, o *Dasein* dá-se, essencialmente, em decorrência dos outros. Decair na impessoalidade significa o afastamento de si perdendo-se no todos/ninguém passando a construir uma identidade pública. Neste modo de ser, esquiva-se de si mesma e se abandona ao mundo e por ele se deixa tocar (HEIDEGGER, 2014).

Em meio a esta cotidianidade, estão lançados na facticidade comum de uma gestação, ou seja, não se assumem na singularidade jovem gestante soropositiva para o HIV, mas na identidade apenas de ser gestante. Mantendo-se no anonimato de sua condição sorológica: não se assume na singularidade de ser portadora do vírus. Assim, conseguimos ver o modo inautêntico que se comporta, não sendo ela própria, nem entre a família, nem entre os amigos e nem na comunidade. Frequentemente associada com o impessoal, a inautenticidade é o modo de ser onde a presença se mantém, na maioria das vezes e antes de tudo. Este passa a ser o modo de ser de sua cotidianidade, em que o *Dasein* é essencialmente em virtude dos outros controlando toda e qualquer exceção que venha a ser imposta nivelando todas as possibilidades, denotando assim a inautenticidade (HEIDEGGER, 2014).

Assim, encontra-se desenvolvendo as mesmas atividades, acrescidas das decorrentes de sua sorologia. Vive-se quase sempre na inautenticidade, porém, a presença nunca está irrecuperavelmente perdida. Em algumas situações evidencia sua singularidade, quando: expressa seu sentimento sobre sua soropositiva, assume a importância da realização do tratamento com antirretroviral, assume-se como portadora do vírus HIV, mesmo mantendo isso o mais sigiloso possível.

A impessoalidade, sendo como os outros no mundo público e descobrindo-se na singularidade, sendo si mesmo no mundo próprio, apresenta sua dimensão existencial como ser aí com no mundo e que não está fechada para o mundo, em decorrência de sua condição sorológica e tampouco restringe suas atividades cotidianas.

É notório que tem conhecimento sobre a doença e sabem dos benefícios do tratamento, não se sentem doentes, apesar de relatarem os efeitos desagradáveis dos antirretrovirais. Esse conhecimento é adquirido ao ouvir os outros falarem, o que para Heidegger 2014, é o fenômeno do falatório.

4 | CONCLUSÃO

À luz do referencial teórico filosófico de Martin Heidegger, pode-se adentrar na singularidade de cada mulher e analisar as expressões de seu cotidiano existencial. Constatou-se que querem ser vistas como qualquer outro ser, pois assim se vêem, e estão no ambiente com outras mulheres jovens gestantes ou não, portadoras e não portadoras do vírus HIV e na convivência com elas, querem ser iguais em tudo o que estas são e fazem. Aceitam a gestação independente de ser planejada ou não, preocupam-se com a saúde, contam com apoio de poucos amigos e dos familiares que sabem sobre sua sorologia.

O tratamento medicamentoso faz-se importante, pois se mostrou como o meio mais eficaz para que o filho esteja livre de contaminação pelo HIV, e ainda, ter qualidade de vida para cuidar de si, e do bebê que esperam. Depositam grande confiança nos antirretrovirais para não adoecerem, sabem que estes são fundamentais

para manterem-se saudáveis por mais tempo, e que a saúde do filho está diretamente voltada ao seu uso. Contudo, também se apegam a fé em Deus para que isso, seja de fato, concretizado. Mesmo tendo fé não desacreditam no poder dos medicamentos e por isto estas duas certezas fazem parte de sua existência fáctica.

REFERÊNCIAS

- BERTAGNOLI, M. S. F. F. **Gestantes soropositivas ao HIV: histórias sobre ser mulher e mãe.** 2012. 123 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União.** Poder Executivo, Brasília, DF, 12 dez. 2012, Edição 12, Seção 1, p. 59.
- _____. Subchefia para Assuntos jurídicos. Lei n.º 12.852, de 05 de Agosto de 2013. **Diário Oficial da União,** Poder Executivo, Brasília, DF, 05 ago 2013, Edição 150, Seção 1, p.1.
- _____. IBGE. **Censo Demográfico,** 2010. Disponível em: http://www.suapesquisa.com/geografia/populacao_brasileira.htm Acesso em: 1 mar. 2015.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV AIDS 2017.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 100 p.
- CARTAXO, B. C. M.; NASCIMENTO, C. A. D. ; DINIZ, C. M. M. ; BRASIL, D. R. P. A. ; SILVA, I. F. **Gestantes portadoras de HIV/AIDS: Aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical.** Estudos de Psicologia. Natal, v.18, n. 3, p. 419-427, 2013.
- CONTAG. Secretaria de Políticas Sociais. **O MSTTR Defendendo e Valorizando a Terceira Idade - Através dos direitos Sociais Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura.** Brasília, 2007
IBGE, 2013.
- GALVÃO, M. T. G.; CUNHA, G. H.; LIMA, I. C. V. **Mulheres que geram filhos expostos ao vírus da imunodeficiência humana: representações sociais da maternidade.** Rev. Eletr. Enf. Goiânia, v. 16, n. 4, p. 804-11, 2014.
- HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo.** 5ª ed., Trad. Márcia Sá Cavalcante Schuback. Petrópolis: Vozes, 2014.
- JONES, D. L.; COOK, R.; POTTER, J.E.; MIRON-SHATZ, T.; CHAKHTOURA, N.; SPENCE, A.; BYRNE, M.M. **Fertility Desires among Women Living with HIV.** PLoSOne.; v.11, n.9, p.e0160190, 2016.
- MARTINS, T.; KERR, L. R. F. S.; KENDALL, C.; MOTA, R. M. S. **Cenário Epidemiológico da Infecção pelo HIV e AIDS no Mundo.** Rev. Fisioter S Fun. Fortaleza, v. 3, n. 1, p 4-7, 2014.
- MATÃO, L. E. M.; MIRANDA, D. B.; FREITAS, M. I. F. **Entre o desejo, direito e medo de ser mãe após soropositividade para o HIV.** Enfermería Global: Murcia, n. 34, p.467-480, 2014.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 406 p.
- RITTA, G. C.; PEREIRAB, M.D.; LEVANDOWSKI, D.C. **Analysing the Experience of Mother hood Among Adolescents Living With HIV.** Psychology, Community & Health, v. 6, n.1, p.6–27, 2017.

PAULA, C. C.; CABRAL, I. E.; SOUZA, I. E. O.; PADOIN, S. M. M. **Movimento analítico hermenêutico Heideggeriano: possibilidade metodológica para a pesquisa em Enfermagem.** Acta Paul Enferm. Ribeirão Preto, v. 25, n. 6, p. 984-9, 2012.

SILVA, G. S.; TEIXEIRA, S. V. B. **Women living with HIV: the decision to become pregnant.** R. pesq. cuid. fundam. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3159-67, 2012.

TERRA, M. G.; SILVA, L. C.; CAMPONOGARA, S.; SANTOS, E. K. A. ; SOUZA, A. I. J. ; ERDMANN, A. L. **Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem.** Texto Contexto Enferm. Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 672-8, 2006.

ASPECTOS NUTRICIONAIS DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Francisco Gilberto Fernandes Pereira

Universidade Federal do Piauí. Departamento de Enfermagem.
Picos – Piauí.

Ana Priscila Marques Lima

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Departamento de Enfermagem.
Redenção – Ceará.

Karen Virginia Lopes Gomes

Centro Universitário Estácio do Ceará. Departamento de Enfermagem.
Fortaleza – Ceará.

Natasha Marques Frota

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Departamento de Enfermagem.
Redenção – Ceará.

Lívia Moreira Barros

Universidade Estadual Vale do Acaraú. Departamento de Enfermagem.
Sobral – Ceará.

RESUMO: Objetivo: avaliar o estado nutricional de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência. Método: estudo descritivo e transversal com abordagem quantitativa realizado de março a abril de 2016, com amostra de 78 idosos institucionalizados. A coleta de dados ocorreu com a aplicação do

instrumento Mini Avaliação Nutricional durante visitas previamente agendadas. Resultados: predominou o sexo feminino, 44 (56%), e identificou-se que há risco de desnutrição, com média de avaliação global de 17,7 (DP \pm 5,2). Houve associação estatisticamente significativa entre o risco de desnutrição e as variáveis: sexo, idade e tempo de institucionalização, com $p < 0,05$. Conclusão: a institucionalização consiste em um fator fortemente associado a alterações no estado nutricional do idoso, o que torna necessária a adoção de medidas adaptativas pelas instituições de longa permanência para essa população no tocante ao suporte nutricional adequado que é importante para a manutenção do estado de saúde e da qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação nutricional; Institucionalização; Saúde do idoso.

ABSTRACT: Objective: Evaluate the nutritional state of elderly residents in Long Permanence Institutions. Method: descriptive and cross-sectional study with quantitative approach performed from March to April 2016, with a sample of 78 institutionalized elders. Data gathering occurred by applying the tool of a Mini Nutritional Evaluation during previously scheduled visits. Results: females prevailed, 44 (56%), and it has been identified that there are nutritional risks, with global evaluation average of 17.7 (SD \pm 5.2). There was significant

statistical association between malnutrition risk and the variables: sex, age and institutionalization time, with $p < 0.05$. Conclusion: institutionalization is consistent with a factor that is strongly associated with changes in the nutritional state of the elderly, which requires the adoption of adaptive measures by long permanence institutions for this population regarding adequate nutritional support, which is important to maintain health and quality of life.

KEYWORDS: Nutricional Assessment; Institucionalization; Health of the elderly.

1 | INTRODUÇÃO

Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) são consideradas como locais para moradia coletiva de indivíduos, dependentes ou independentes, com idade igual ou superior a 60 anos que possuem ou não suporte familiar (ANVISA, 2005). Possui outras denominações como asilos, abrigos, casas de repouso ou casas geriátricas que possibilitam a assistência de modo integral ao idoso (ESTIVALET; PALMA, 2014).

O número de ILPIs vem crescendo exponencialmente no cenário brasileiro devido, principalmente, ao aumento da população idosa e dificuldades dos familiares em prestar cuidados integrais ao idoso (RODRIGUES et al., 2018). Nessa perspectiva, considera-se como desafio para o funcionamento adequado de ILPI a adequação físico-estrutural, a disponibilidade de recursos e a presença de equipe multiprofissional para implementação de assistência humanizada e qualificada (ALVES et al., 2017).

Com isso, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabelece como indicadores de qualidade do cuidado ao idoso na instituição de longa permanência fatores como quedas, lesões por pressão, internações, diarreia, desnutrição, desidratação e contenção (ANVISA, 2005). Com relação às alterações nutricionais destacadas como indicadores, sabe-se que o processo de envelhecimento está associado a mudanças fisiológicas como perda da massa muscular, diminuição da força/mobilidade das estruturas orais e redução do número de dentes, as quais podem estar associadas também à diminuição do apetite do idoso, mastigação inadequada e redução do consumo alimentar (PEREIRA et al., 2017).

Diante do elevado número de idosos que residem em ILPIs, os quais estão expostos frequentemente à distúrbios alimentares inerentes ao envelhecimento, é pertinente a avaliação nutricional desses indivíduos (SANTOS et al., 2018). Este fato aponta a necessidade da atuação da enfermagem nas ILPIs para ofertar cuidados com vista à promoção da saúde e melhora da qualidade.

Enfermeiros representam uma classe profissional qualificada que pode viabilizar a identificação e estratificação do risco nutricional para posterior planejamento, implementação e avaliação de intervenções efetivas que favorecerão a continuidade dos cuidados nas instituições de longa permanência (TERESI et al., 2013) e possibilitarão

padrão adequado de nutrição.

Assim, a avaliação contínua do estado nutricional dos idosos institucionalizados pode contribuir para redução de problemas relacionados à nutrição como baixo peso, intolerância alimentar e desnutrição, o que trará benefícios para o estado de saúde do indivíduo e proporcionará o envelhecimento saudável. Conhecendo o perfil nutricional dos pacientes, é possível que os profissionais de saúde forneçam intervenções em conformidade com a realidade identificada na ILPI e reduzam episódios de diarreia, disfagia e desnutrição, principalmente.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo identificar o estado nutricional de idosos institucionalizados.

2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Envelhecimento é definido como processo fisiológico e natural que ocorre progressivamente ao longo da vida de todos os seres humanos. A Organização Mundial de Saúde estima que em 2025 o Brasil representará o sexto país com a maior concentração de população idosa e, em 2050, haverá cerca de dois bilhões de idosos no mundo (OMS, 2005).

Idosos são vistos como indivíduos frágeis que apresentam limitações nas atividades de vida diárias e possuem diversas comorbidades associadas. Ao longo do envelhecimento, apresentam alterações que aumentam a vulnerabilidade como redução da imunidade, sarcopenia, perda de peso e perda da capacidade funcional (MORAIS et al., 2010; SANTOS et al., 2018).

Diante dessa realidade, observa-se, nos últimos anos, o aumento da busca de familiares por ILPIs para garantia do conforto, bem-estar e cuidado ao idoso. As ILPIs representam ambientes importantes de promoção, proteção e reabilitação do idoso, constituindo-se como alternativas para moradia de idosos que não possuem condições de morar em seu domicílio ou com familiares (MORAIS et al., 2010; PEREIRA, 2013).

Essas instituições devem possibilitar que o idoso vivencie o processo de envelhecimento de maneira ativa com estímulo à independência e à manutenção do autocuidado. A atuação do enfermeiro na ILPI pode favorecer a implementação de intervenções que visem o envelhecimento saudável a partir das necessidades desses indivíduos em relação aos aspectos sociais, emocionais, físicos, cognitivos e nutricionais (COIMBRA et al., 2018).

Assim, idosos que residem em instituições de longa permanência devem receber assistência integral, principalmente em relação à nutrição devido à interferência direta deste aspecto no estado geral de saúde (CARLOS; GAZZOLAB; GOMES, 2016). Entretanto, idosos institucionalizados tendem a apresentar níveis mais elevados de desnutrição quando comparados com indivíduos que residem no seu domicílio ou com familiares devido ao isolamento, ausência da família, mudanças na rotina, dependência

de cuidado e alterações fisiológicas do envelhecimento (SERRANO-URREA; GARCIA; MESEGUER, 2013).

Vários são os fatores que podem contribuir para a ocorrência de distúrbios nutricionais como alterações fisiológicas, polifarmácia, recursos financeiros e sedentarismo associado à diminuição da capacidade funcional e redução da força muscular, flexibilidade, equilíbrio e locomoção (SILVA; DIAS, 2017; SANTOS et al., 2018). Além disso, quanto maior a idade, mais rapidamente o estado nutricional e de saúde tende a ser prejudicado diante da ausência do aporte nutricional adequado no idoso (SERRANO-URREA; GARCIA; MESEGUER, 2013).

Nessa perspectiva, a manutenção de estado nutricional no idoso é visto como prioridade e a avaliação nutricional deve ser realizada periodicamente nas ILPIs para garantia de melhor qualidade de vida e redução de agravos à saúde provenientes de quadros clínicos de desnutrição, diarreia ou obesidade.

3 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e transversal com abordagem quantitativa, realizado no período de março a abril de 2016 em duas ILPIs no Município de Fortaleza, as quais foram escolhidas pelo critério de conveniência e aceitação dos participantes da pesquisa.

Essas ILPIs têm os seguintes perfis: 1. Instituição A: é uma instituição filantrópica dirigida por 16 irmãs vicentinas que, juntamente com a equipe multiprofissional, fornecem os cuidados necessários às idosas, sendo disponíveis 30 quartos, porém somente 28 estão em uso ativo. Tem como objetivo acolher idosas que conseguem desenvolver suas Atividades de Vida Diária, sendo mantida financeiramente por doações e com 70% do benefício de aposentadoria; 2. Instituição B: é uma ILPI que abriga indivíduos de ambos os sexos que estavam recebendo maus tratos familiares e/ou desabrigados, os quais foram encaminhados à instituição pela justiça e são mantidos financeiramente pelo governo do estado do Ceará. Conta com uma equipe multidisciplinar, que incluem cuidadores especializados multidisciplinares.

A população do estudo compreendeu 146 idosos, sendo 28 provenientes da Instituição A e 118 da Instituição B. Para definição da amostra utilizaram-se os critérios de inclusão: idosos não acamados (visto que o instrumento utilizado viabiliza apenas a avaliação nutricional quando se pode objetivamente verificar o peso corporal), com condições psíquicas preservadas (justificado pela necessidade de avaliação do recordatório alimentar relatada pelo próprio idoso), e com tempo de institucionalização de no mínimo um ano. Foram excluídos os idosos com amputação de membros superiores e/ou inferiores tendo em vista a existência de um item no questionário, onde pede a medição da circunferência do braço e da circunferência da panturrilha.

Após critérios de inclusão e exclusão, considerando que havia 45 acamados, 18

com condições psíquicas alteradas e cinco amputados, a amostra do presente estudo foi composta por 78 idosos, 23 da Instituição A e 55 da Instituição B.

A coleta dos dados ocorreu através da aplicação do instrumento Mini Avaliação Nutricional (MAN) que tem por finalidade identificar e avaliar pacientes que apresentam risco ou quadro de desnutrição durante visitas previamente agendadas em que as pesquisadoras realizavam abordagem aos participantes em locais reservados para execução do protocolo da pesquisa. Esse instrumento utiliza um método de avaliação nutricional subjetiva, sendo considerado como de alta sensibilidade e especificidade na identificação de risco nutricional e desnutrição em idosos.

Trata-se de um questionário, dividido em duas partes, triagem e avaliação global, composto por 18 itens, com informações a respeito das medidas antropométricas (altura, peso, ganho e perda de peso), cuidados gerais, como estilo de vida, mobilidade e uso de medicações, dieta (número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos, aceitação da dieta oferecida e hábitos alimentares), autonomia para comer e visão geral (Vellas; Guigoz; Garry; et al, 1999). Na parte da triagem, a pontuação suficiente é 11 pontos ou menos para avançar à segunda parte que é a avaliação global, a qual possui escore máximo de 16 pontos.

Por fim, o estado nutricional é definido por meio da somatória dos escores dessas duas partes, e definido risco de desnutrição quando o valor for entre 17 a 23,5 e desnutrido se for menos de 17 pontos. A identificação do estado nutricional do paciente foi realizada pela somatória dos pontos do questionário, sendo considerados dois desfechos: risco de desnutrição e desnutrição (Vellas; Guigoz; Garry; et al, 1999). Os parâmetros antropométricos foram aferidos com uso de balança digital da marca Your Way Relaxmedice e fita métrica, calibradas nos parâmetros do Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Inmetro).

Os dados foram organizados em tabelas com apresentação da frequência relativa e absoluta das variáveis relacionadas à avaliação nutricional da pessoa idosa institucionalizada, bem como foram realizados de Teste de correlação de *Pearson* e Teste de correlação de *Spearman*.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovado sobre o Parecer no 953.312 (CAAE 37331114.0.0000.5054), sendo a coleta iniciada somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4 | RESULTADOS

A fim de detalhar o grupo amostral que foi de 78 idosos, apresenta-se inicialmente de forma descritiva a composição de cada uma das ILPIs: Instituição A: Há exclusivamente 23 mulheres (100%) na faixa etária de 71 a 89 (78%) e com período de institucionalização (69%) superior a cinco anos. Instituição B: prevalência de idosos do

sexo masculino correspondendo a 34 (69%) em que 91% (50) estavam na faixa etária de 63 a 79 anos e 71% (39) estavam há mais de cinco anos na instituição. Na Tabela 1, apresenta-se o padrão alimentar diário da população em estudo.

Variável	N(%)
Padrão de quantidade de refeições diárias	
2 refeições	2 (5%)
3 ou mais refeições	40 (95%)
Padrão de consumo de proteína de fonte única	
Uma ou nenhuma porção semanal de proteínas de fase única (laticínio ou animal)	8 (19%)
Duas porções por semana de proteína de fonte única (laticínio e animal)	20 (48%)
Três ou mais porções semanais de proteínas de fonte única (laticínio e animal)	14 (33%)
Padrão de consumo diário de frutas e vegetais	
Sim	26 (62%)
Não	16 (38%)
Padrão de consumo de líquidos	
Menos de 3 copos	6 (14%)
3 a 5 copos	31 (74%)
Mais de 5 copos	5 (12%)

Tabela 1: Padrão de consumo alimentar diário de idosos institucionalizados em ILPI. Fortaleza, CE, Brasil, 2016. (n=78)

Fonte: Pesquisa de campo.

Com relação ao número de refeições por dia, observou-se que 95% (40) realizavam três ou mais refeições diárias e, no que se refere ao padrão de consumo de proteínas de fonte única, 48% (20) consumiam duas porções semanais de proteína de fonte única (laticínio e animal). Destacou-se 26 (62%) idosos consumiam vegetais duas ou mais vezes durante o dia. No que se refere ao consumo de líquido, verificou-se que 74% (31) dos idosos faziam ingestão de três a cinco copos de água por dia (Tabela 1)

A média de peso encontrada foi de 59 kg (\pm 8,9) com mínimo de 34 kg e máximo 85 kg. Quando se avaliou o escore de triagem, teve-se o mínimo de 4 pontos e máximo de 14 pontos, com média de 11 pontos, o que remete a possibilidade de desnutrição por parte dos idosos. Já na avaliação global teve-se uma média de 8,75 (\pm 1,8) pontos, o mínimo 5 pontos e máximo 12,5 pontos e o escore total com média de 17,7 (\pm 5,2). Observou-se que 36 (46,1%) dos idosos não necessitaram continuar a avaliação, pois obtiveram pontuação igual ou superior a 12. Na avaliação global, 53,9% (42) dos idosos atingiram escore de triagem igual ou menor que 11. Apesar de haverem

diferenças estruturais e administrativas entre as duas ILPs, optou-se por somar os grupos e realizar as testagens estatísticas para alcançar o objetivo inicial da pesquisa, sem fazer comparações entre as instituições. Desta forma, no que se refere ao sexo houve predomínio do sexo feminino com 44 (56%) dos idosos participantes, a faixa etária dos idosos era entre 60 e 95 anos, com destaque na faixa etária de 66 a 70 anos 23 (29%). No que se refere ao tempo de permanência na ILPI 45 (58%) residiam há mais de cinco anos.

Variável	N (%)	p
Sexo		
Masculino	34 (44%)	0,03*
Feminino	44 (56%)	
Idade		
60-65 anos	11 (14%)	0,001**
66-70 anos	23 (29%)	
71-75 anos	16 (21%)	
76-80 anos	10 (13%)	
> 80 anos	18 (23%)	
Tempo de institucionalização		
1 a 5 anos	33 (42%)	0,002**
> 5 anos	45 (58%)	

Tabela 2: Relação entre as variáveis de sexo, idade e tempo de institucionalização com a avaliação do estado nutricional. Fortaleza, CE, Brasil, 2016. (n=78)

Fonte: Pesquisa de campo.

*Teste de correlação de *Pearson*.

** Teste de correlação de *Spearman*.

Tomando como base a proposição inicial do estudo, e depois de realizado o cálculo do escore total e atribuídos os resultados de risco de desnutrição e desnutrido, fez-se a associação estatística entre o estado nutricional e as variáveis: sexo, idade e tempo de institucionalização. Houve relação estatisticamente significativa, com as variáveis: sexo ($p = 0,03$), idade ($p = 0,001$) e tempo de institucionalização ($p = 0,002$) (Tabela 2).

5 | DISCUSSÃO

O estado de saúde dos idosos sofre grande impacto dos seus hábitos alimentares. Estudos indicam que a desnutrição é um problema que atinge de 20 a 80% dos idosos em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), sendo o distúrbio nutricional mais importante observado em pessoas acima de 60 anos. Além do problema em si, há um ciclo vicioso que degrada ainda mais a saúde do idoso, pois, nessa faixa etária,

a desnutrição está associada ao declínio da autonomia, a maior risco de quedas e de internações recorrentes, que tornam, gradativamente, os idosos menos capazes de se alimentarem sozinhos. Isso dificulta o acesso aos alimentos, com consequente queda na sua ingestão e deterioração da qualidade de vida. Sabe-se, por exemplo, que idosos com fratura de quadril necessitam de maior ingestão calórica e proteica, comparativamente a outros, para auxiliar na recuperação (GAMMACK; SANFORD, 2015; ZHANG; TEMKIN-GREENER, 2013; CAMARGOS et al., 2015).

A institucionalização impõe alterações na rotina diária do idoso, inclusive na alimentação, o que pode gerar alterações de seus hábitos alimentares e fragilidade de sua saúde, por conta da menor aceitação alimentar, com consequente comprometimento do estado nutricional (VOLPINI; FRANGELLA, 2013).

A MAN é uma ferramenta simples de triagem de desnutrição, considerada uma forma eficaz e eficiente para detectar desnutrição emergente. Os achados da pesquisa, por meio da MAN, mostraram que há risco de desnutrição, uma vez que mais da metade da amostra (53,9%) de idosos atingiram um escore de triagem igual ou menor que 11, tendo a possibilidade de desnutrição, e a necessidade de continuar com a avaliação da MAN. No entanto, os resultados divergem de um estudo realizado com 28 idosos em Rio Grande (RS), que encontrou que mais da metade dos idosos estavam bem nutridos, apenas 10,7% estavam desnutridos (COLEMBERG; CONDE, 2012).

Ressalta-se que há vários métodos para avaliar o estado nutricional, o que pode gerar algumas distorções nos resultados em estudos que utilizam instrumentos diferentes. Os mais comuns para idosos são o índice de massa corporal (IMC) e a MAN e a comparação entre eles na mesma população gera resultados distintos, a exemplo do resultado de uma pesquisa comparativa que, por meio da MAN, identificou que somente 33% estavam com desnutrição, a prevalência foi de 66,7% com eutrofia e, utilizando o IMC, identificou 37,9% com desnutrição (PAZ; FAZZIO; SANTOS, 2012).

A avaliação do estado nutricional dos idosos é de extrema importância em virtude de garantir a sua funcionalidade e uma melhor qualidade de vida, além da associação à capacidade funcional. A questão da mobilidade pode afetar o estado nutricional dos idosos, impedindo-o de participar da integração alimentar, aquisição e preparação, bem como na socialização dos padrões alimentares.

Pode-se verificar por intermédio do MAN que 95% dos idosos faziam três ou mais refeições por dia, o que corrobora com os achados do estudo realizado em Maranhão em que 64,4% realizavam duas a quatro refeições por dia (Medeiros et al., 2016). No mesmo estudo foi possível identificar que o consumo de frutas, verduras e legumes era predominante apenas uma vez na semana 39%, o que difere dos achados do presente estudo, onde houve predominância de 62% de idosos que consumiam diariamente porções de frutas e vegetais.

Quanto à ingestão hídrica, no presente estudo destacou-se 74% de idosos que ingeriam de três a cinco copos de líquido por dia, o que corrobora com achados na

região Sul do Brasil, mesmo em condições climáticas completamente diferentes, onde 41,7% dos idosos ingeriam mais de quatro copos de líquido por dia (MORAIS et al., 2013).

Medeiros et al (2016) aponta uma prevalência maior de risco de desnutrição em cerca de 80% no grupo de idosos institucionalizados, ou seja, frequência bem maior que a encontrada no presente estudo, enquanto no grupo de não institucionalizados 20% com risco de desnutrição. Sabe-se que os problemas relacionados ao estado nutricional de idosos acelera o surgimento de fragilidade e vulnerabilidade, o que dificulta na recuperação das doenças crônicas e contribui para morbimortalidade. Com os dados deste estudo, é possível inferir que a nutrição, junto com outras medidas, são fatores que aumentam a expectativa de vida, bem como prevenção de várias doenças, dessa forma a avaliação nutricional do idoso é de extrema importância para prevenção de danos à saúde.

Considera-se que o estado nutricional é um importante indicador para o diagnóstico da saúde e nutrição, permite uma melhor orientação educativa, bem como o acompanhamento de intervenções terapêuticas. O enfermeiro, assim, assume grande responsabilidade, pois essa avaliação é feita durante uma consulta de enfermagem, com intuito de prevenir doenças decorrentes de um mal estado nutricional (MEDEIROS et al., 2016; BORGES et al., 2015).

Nas ILPIs, os idosos acabam por ficar mais expostos a riscos associados à estrutura física do local e à disponibilidade de recursos humanos, tornando a atenção em saúde ao idoso precária, o que pode levar o aparecimento de problemas clínicos como dieta inapropriada desta população. Sendo assim torna-se necessário o desenvolvimento de políticas públicas e educativas que possam contribuir com a otimização do estado nutricional dos idosos, as quais devem priorizar os grupos de risco como os que vivem em ILPIs e levar em conta os principais fatores que podem prejudicar a adesão desses indivíduos aos hábitos alimentares saudáveis. Para tanto, é preciso considerar a realidade de cada local e o seu contexto sociocultural, bem como a atuação da equipe multiprofissional com destaque para a enfermagem (CAVALCANTE et al., 2016; GOMES et al., 2016).

Os profissionais de saúde e a equipe multidisciplinar como um todo possuem um papel essencial tanto na orientação quanto no auxílio de uma boa nutrição destes idosos, se fazendo mais necessário com idosos institucionalizados devido ao estresse, carência, dependência e diversos outros fatores para garantir qualidade de vida nessa etapa do ciclo vital (BASSLER et al, 2014).

Ademais, o enfermeiro pode contribuir neste cuidado com ações direcionadas ao planejamento de intervenções de enfermagem que visem a promoção da saúde do idoso, assim como assume um papel importante na identificação precoce de uma possível desnutrição ou obesidade e o uso de instrumentos como o MAN pode auxiliar no tratamento e recuperação, para a busca da qualidade de vida.

6 | CONCLUSÃO

O estado nutricional do idoso está diretamente relacionado a adoção de adaptações pelas ILPIs, visto que o aporte nutricional satisfatório é importante para um bom estado de saúde por parte do idoso, assim como da sua qualidade de vida.

Observou-se no estudo que o estado nutricional dos idosos avaliados nas duas ILPIs encontra-se passível de reavaliação, uma vez que o risco de nutrição e desnutrição aponta a necessidade de um acompanhamento direcionado por uma equipe multiprofissional, incluindo o nutricionista e o enfermeiro para elaboração de um plano de cuidados voltados para este público e sua necessidade individualizada. Outros instrumentos além da Mini Avaliação Nutricional (MAN) podem auxiliar este cuidado em saúde.

Tem-se como limitação do estudo ter sido realizado em apenas duas ILPIs, sugere-se que estudos futuros sejam realizados de forma a comparar outras instituições e uma diversificação maior de idosos em ambos os sexos.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. B. et al. Instituições de longa permanência para idosos: aspectos físico-estruturais e organizacionais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 1-8, 2017.

BASSLER, T.C.; SOUZA, E.V.A.; LEAL C.H.L.S.; et al. Características sociodemográficas e clínicas de idosos institucionalizados: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev Enferm UERJ**, v. 23, n. 3, p. 381-7, 2015. [cited 2018 Nov 18]; Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/ ANVISA Nº 283, de 26 de setembro de 2005**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

CAMARGOS; M.C.S.; NASCIMENTO, G.W.C.; NASCIMENTO, D.I.C.; MACHADO, C.J. Aspectos relacionados à alimentação em Instituições de Longa Permanência para Idosos em Minas Gerais. **Cad. Saúde Colet.**, v. 23, n. 1, p. 38-43, 2015.

CARLOS, A. G.; GAZZOLA, J. M.; GOMES, A. C. Funcionalidade de idosos institucionalizados: a influência do estado nutricional. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, v. 8, n. 1, p. 17-22, 2017.

CAVALCANTE, M.L.S.N.; BORGES, C.L.; MOURA, A.M.F.T.M.; CARVALHO, R.E.F.L. Indicators of health and safety among institutionalized older adults. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 4, p. 600-6, 2016.

COIMBRA, V. S. A. et al. Contribuições gerontológicas para assistência de idosos em instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, supl. 2, p. 912-919, 2018.

COLEMBERG, J.P.; CONDE, S.R. Uso da mini avaliação nutricional em idosos institucionalizados. **Rev. Scientia Médica.**, v. 21, n. 2, p. 59-63, 2012.

ESTIVALET, K. M.; PALMA, K. A. X. A. Estimulação de memória em Instituição de Longa Permanência para idosos. **Revista de Neurociências**, v. 22, n. 3, 2014.

GAMMACK, J.K.; SANFORD, A.M. Caloric supplements for the elderly. **Curr Opin Clin Nutr Metab Care**. 2015;18(1):32-6.

- GOMES, A.P.; SOARES, A.L.G.; GONÇALVES, H. Baixa qualidade da dieta de idosos: estudo de base populacional no sul do Brasil. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3417-28, 2016.
- MEDEIROS, P.A.; FORTUNATO, A.R.; VISCARDI, A.A.F.; SPERANDIO, F.F.; MAZO, G.Z. Instrumentos desenvolvidos para o gerenciamento e cuidado de idosos em instituições de longa permanência: uma revisão sistemática. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 21, v. 11, p. 3597-610, 2016.
- MORAIS, A. H. A. et al. Perfil nutricional de idosos assistidos em instituição de longa permanência na cidade de Natal, RN. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.4, n.1, p.27-35, 2010.
- MORAIS, M.B.; FRACASSO, B.M.; BUSNELLA, F.M.; MANCOPES, R.; RABITA, E.I. Doença de Parkinson em idosos: ingestão alimentar e estado nutricional. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v. 16, n. 3, p. 503-11, 2013.
- NASCIMENTO, R.F. et al. O Perfil Nutricional de Idosos Institucionalizados num Município do Interior do Mato Grosso Do Sul. **Acta de Ciências e Saúde**, v. 1, n. 3, 2014.
- PAZ, R.C.; FAZZIO, D.M.G.; SANTOS, A.L.B. Avaliação nutricional em idosos institucionalizados. **Revisa**, v. 1, n. 1, p. 9-18, 2012.
- PEREIRA M. L. A. S. **Estado nutricional e fatores associados dos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência na cidade de Salvador, Bahia**. Dissertação (Mestrado em Nutrição) - Universidade Federal da Bahia; 2013.
- PEREIRA, M. L. A. S. et al. Miniavaliação nutricional: utilização e panorama nos diferentes cenários de atenção ao idoso. **Revista de Saúde.Com**, Bahia. v. 13, n. 1, p. 824-832, 2017.
- RODRIGUES, M. A. et al. Exercício profissional de enfermagem em instituições de longa permanência para idosos: estudo retrospectivo. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 2, e1700016, 2018.
- SANTOS, B. P. et al. Disfagia no idoso em instituições de longa permanência-revisão sistemática da literatura. **Revista CEFAC**, v. 20, n. 1, p. 123-130, 2018.
- SERRANO-URREA, R.; GARCIA-MESEGUER, M. J. Malnutrition in an Elderly Population without Cognitive Impairment Living in Nursing Homes in Spain: Study of Prevalence Using the Mini Nutritional Assessment Test. **Gerontology**, v.59, n.6, p. 490–498, 2013.
- SILVA, J. M.; DIAS, S. F. L. Análise da Capacidade Funcional e Estado Nutricional de Idosos Residentes em Asilo. **Revista Ciência & Saberes-Facema**, v. 3, n. 4, p. 719-726, 2018.
- TERESI J. A. et al. Comparative effectiveness of implementing evidenced-based education and best practices in nursing homes: effects on falls, quality-of-life and societal costs. **International Journal of Nursing Studies**, v.50, n.4, p.448-463, 2013.
- VELLAS, B.; GUIGOZ, Y.; GARRY, P.J.; et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in Grading the Nutritional State of elderly patients. **Nutrition**. V.15, n. 2, p.116-122, 1999.
- VOLPINI, M.M.; FRANGELLA, V.S. Avaliação nutricional de idosos institucionalizados. **Revista Einstein**, v. 11, n. 1, p. 32-40, 2013.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. 2005.
- ZHANG, N. L.Y.; TEMKIN-GREENER, H. Prevalence of obesity in New York nursing homes: associations with facility characteristics. **The Gerontol.**, v. 53, n. 4, p. 567-81, 2013.

INCIDÊNCIA E FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Mirian Alves da Silva

Docente do Departamento de Enfermagem Clínica /Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/Paraíba.

Suellen Duarte de Oliveira Matos

Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação. Universidade Federal da Paraíba. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa/Paraíba.

Iraktânia Vitorino Diniz

Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/Paraíba.

Adriana Lira Rufino de Lucena

Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa/Paraíba.

Simone Helena dos Santos Oliveira

Docente da Escola Técnica de Saúde (ETS)/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/Paraíba.

Maria Júlia Guimarães Soares Oliveira

Docente do Departamento de Enfermagem Clínica /Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/Paraíba.

RESUMO: Introdução: As lesões cutâneas são decorrentes de múltiplos fatores e tendem a ocasionar danos que influenciam

sobremaneira a vida e o cotidiano daqueles por elas acometidos. **Objetivo:** Averiguar os fatores de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão, as variáveis socioeconômicas, as condições clínicas com a ocorrência de úlcera por pressão entre os residentes das Instituições de Longa Permanência para Idosos de João Pessoa/PB. **Metodologia:** Estudo prospectivo, com abordagem quantitativa. Foram avaliados os 324 idosos residentes nas seis instituições de João Pessoa. Destes, 142 apresentaram escore de Braden ≤ 18 . Os dados foram coletados tanto nos prontuários, como pela aplicação de questionários e da Escala de Braden aos idosos e/ou seu responsável e pela realização do exame físico da pele dos idosos. **Resultados:** Dos 142 idosos (grupo *em risco*), 73 (51%) desenvolveram pelo menos uma úlcera. As subescalas: umidade, nutrição e fricção e cisalhamento foram as mais significativas. **Conclusão:** A alta incidência de UPP nesta população demonstra a necessidade de critérios mais rígidos quanto à avaliação contínua das condições dos idosos por profissional qualificado.

PALAVRAS-CHAVES: Úlcera por Pressão. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Idoso. Incidência.

ABSTRACT: Introduction: Skin lesions are caused by multiple factors and tend to cause

damage that greatly influence the life and daily life of those affected by them. **Objective:** To determine the risk factors for the development of pressure ulcer, socioeconomic variables, and clinical conditions with the occurrence of pressure ulcer among residents of the Institutions of Long Stay for the Elderly of João Pessoa / PB. **Methodology:** Prospective study, with a quantitative approach. The 324 elderly people living in the six institutions of João Pessoa were evaluated. Of these, 142 had a Braden score ≤ 18 . The data were collected both in the medical records, as well as by the application of questionnaires and the Braden Scale to the elderly and / or their caregiver, and the physical examination of the skin of the elderly. **Results:** Of the 142 elderly patients (at risk group), 73 (51%) developed at least one ulcer. The subscales: moisture, nutrition and friction and shear were the most significant. **Conclusion:** The high incidence of PU in this population demonstrates the need for stricter criteria for the continuous assessment of the conditions of the elderly by a qualified professional.

KEYWORDS:

INTRODUÇÃO

As lesões cutâneas são decorrentes de múltiplos fatores e tendem a ocasionar danos que influenciam sobremaneira a vida e o cotidiano daqueles por elas acometidos. Dentre as lesões, as úlceras por pressão (UPP) são lesões passíveis de ocorrer em idosos, principalmente naqueles em situação de fragilidade. Considerado um problema de saúde pública, demanda atenção especial por ocasionar desconforto físico e emocional; aumentar o tempo de internação, os custos com o tratamento, o risco para desenvolvimento de complicações e elevar a taxa de mortalidade^(1,2).

No processo fisiológico de envelhecimento, ocorrem vários eventos, e, dentre estes, as alterações tegumentares, as quais estão na dependência de fatores intrínsecos ou cronológicos (idade, estado nutricional, perfusão tecidual, uso de alguns medicamentos, doenças crônicas) e extrínsecos ou ambientais que levam à lentificação da renovação epidérmica; adelgaçamento da derme; diminuição da elasticidade, com surgimento de rugas; ressecamento devido à redução no número e na atividade das glândulas sebáceas e sudoríparas e diminuição do tecido subcutâneo. Associado a esses fatores, o idoso apresenta redução e fragilidade dos vasos da epiderme, dificuldade de ajuste às variações térmicas do meio ambiente e diminuição da sensibilidade^(2,3) de natureza quantitativa, realizado em uma instituição de longa permanência para idoso pública, na cidade de Fortaleza, Ceará. Amostra constituída por 300 prontuários de idosos no período de 2006 a 2009. Utilizou-se para coleta dos dados um formulário. Respeitaram-se os preceitos éticos. Os fatores de riscos mais prevalentes foram: acidente vascular encefálico (60 por cento. Há ainda a diminuição de tecido subcutâneo e da massa muscular, acarretando maior exposição das proeminências ósseas e diminuição na capacidade do tecido de distribuir a pressão. A congruência destes fatores aumenta os riscos de lesões cutâneas nos idosos^(4,5), dentre estas, destacam-se as UPPs.

Além dos fatores de risco, existem as condições predisponentes para a ocorrência de UPPs, que são alterações: metabólicas, cardiorrespiratórias, neurológicas, crônico degenerativas, nutricionais, circulatórias, hematológicas, psicogênicas, uso de medicamentos depressores do sistema nervoso central e as fragilidades decorrentes do processo de envelhecimento⁽²⁾.

A associação destes fatores, agregados ao advento do envelhecimento populacional, às mudanças de estrutura familiar e à escassez de políticas de apoio direcionadas às famílias e cuidadores de idosos, têm ocasionado um aumento pela procura de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) como alternativa de cuidado. As ILPIs são “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania”⁽⁶⁾. Caracterizam-se como serviços alternativos de atenção a idosos mais frágeis e/ou com alguma debilidade para executar as atividades da vida diária, seja para aqueles que não têm quem os acolha ou para aqueles cujas famílias não se encontram em condições de assisti-los.

Constituem-se entre as principais causas de institucionalização, as sequelas das doenças crônicas não transmissíveis, o abandono, a vulnerabilidade econômica e indisponibilidade de uma pessoa que assuma o papel de cuidador entre os familiares⁽⁷⁾. A institucionalização, na maioria das vezes, leva os idosos ao isolamento sócio-afetivo, à inatividade, à perda da autonomia, da privacidade e da independência.

Em estudo realizado nos Estados Unidos, que comparou a incidência de UPP entre idosos hospitalizados, em atendimento ambulatorial e institucionalizados, foi detectado uma maior incidência em idosos institucionalizados (11,9% a 39%) que em idosos hospitalizados (6,2% a 8,8%) ou em regime de atendimento ambulatorial (1,61%)⁽⁸⁾.

A UPP tem sido apontada, em diversos estudos, como indicador de qualidade não só do serviço mas da assistência de enfermagem, pois, apesar da gênese das UPPs ser multivariada, as ações da equipe podem prevenir, retardar o seu aparecimento ou reduzir os danos por elas causados, com a utilização de terapêutica adequada⁽⁹⁻¹²⁾. Com esta preocupação, foi elaborado, em julho de 2013, pelo Ministério da Saúde/ANVISA/FIOCRUZ um protocolo com a finalidade de “promover a prevenção da ocorrência de úlcera por pressão (UPP) e outras lesões da pele”⁽¹³⁾. Quanto a prevenção da UPP, o protocolo apresenta seis etapas a serem seguidas: 1) Avaliação da UPP na admissão de todos os pacientes; 2) Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de UPP de todos os pacientes internados; 3) Inspeção diária da pele; 4) Manejo da Umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada; 5) Otimização da nutrição e da hidratação e 6) Minimizar a pressão. As etapas 1 e 2 devem ser realizadas com todos os pacientes internos e as etapas de 3 a 6 devem ser realizadas com aqueles classificados com algum risco para desenvolver a lesão⁽¹³⁾.

A condição etária é um dos fatores influentes na etiopatogenia das UPPs, 70%

destas ocorrem em adultos com mais de 70 anos de idade, sendo, portanto, um agravo que incide fortemente nas condições clínicas dos idosos. No entanto, apesar do impacto que estas causam, observa-se a escassez de publicações nacionais com enfoque nos fatores de risco para sua ocorrência em idosos institucionalizados. O desenvolvimento desta pesquisa justifica-se pela oportunidade de conhecer e analisar a situação de uma população a partir de dados acerca do idoso em risco ou portador de UPP nas ILPIs.

Este estudo objetivou averiguar o risco para o desenvolvimento, as variáveis socioeconômicas, condições clínicas e a ocorrência de úlcera por pressão entre os residentes das Instituições de Longa Permanência para Idosos de João Pessoa/PB.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo, com abordagem quantitativa, cuja amostra constou de 142 idosos. Faz parte de um estudo mais amplo, realizado nas ILPIs de João Pessoa/PB. Estas instituições atendem à população idosa, na sua grande maioria carente, possuem caráter filantrópico (sem fins lucrativos). Quatro das seis instituições são católicas, uma é espírita e a outra evangélica. Todas são mantidas por doações da comunidade, além de parte dos benefícios de aposentadorias e pensões dos idosos. Possuem registro no Conselho Nacional de Serviço Social e no Conselho Municipal de Idosos da Paraíba (CMI/PB), do qual têm participação paritária em seu corpo colegiado.

O projeto de pesquisa foi inicialmente aprovado pelo CMI/PB, em seguida pelos responsáveis pelas instituições, só então pode ser registrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, sob o Protocolo 0458/12. A pesquisa seguiu os trâmites legais que determinava a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, visto que a mesma foi submetida ao Conselho de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB antes da promulgação da Resolução 466/12. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (caso o idoso não se encontrasse em condições físicas e/ou cognitivas o TCLE, era assinado pelo seu responsável).

As instituições foram denominadas por letras (A – F), com o intuito de manter o anonimato, garantindo assim o sigilo ético quanto à identificação das mesmas. Quanto à estrutura física, possuem características semelhantes; em relação aos recursos humanos, a condição é precária, com um quantitativo expressivo de cuidadores sem formação adequada e de voluntários. Em uma das ILPIs, o cuidado aos idosos era prestado por técnicos de enfermagem, nas demais observou-se que os cuidados básicos eram prestados pelos cuidadores, cabia aos técnicos de enfermagem, exclusivamente realizar curativos e preparo e administração de medicação; quatro ILPIs contavam com apenas uma enfermeira, noutra não havia enfermeira, mas contava diariamente com uma médica.

Em nenhuma das instituições estava implementada a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), apenas em duas observou-se a presença de uma ficha com dados sociodemográficos, incluindo registro do exame físico simplificado e um *checklist* de ações gerais. A identificação das úlceras só era feita a partir do estágio II. Nenhuma das ILPIs possuía protocolo de prevenção e/ou tratamento.

Antes de iniciar a fase empírica da pesquisa, foi realizado um treinamento com os colaboradores para garantir a concordância entre as avaliações. Foram considerados aptos aqueles participantes que obtiverem níveis de concordância total de 95 a 100%.

A população deste estudo foi composta por 324 idosos que foram todos entrevistados e avaliados quanto aos dados sociodemográficos, clínicos, antropométricos, identificação dos fatores de risco para desenvolvimento da UPP e a aplicação da escala de Braden. Com os resultados da avaliação pela escala de Braden, os participantes foram divididos em dois grupos: Primeiro grupo, idosos avaliados com escore de Braden >18, denominados grupos sem risco; e segundo grupo, caracterizado como de risco, com escore de Braden ≤18. Este último grupo serviu de base para a determinação da incidência de UPP.

A coleta de dados, composta de dois momentos, foi realizada pela autora, com auxílio de colaboradores, no período de janeiro a dezembro de 2013. No primeiro, os dados sociodemográficos e clínicos foram coletados do prontuário do idoso. No segundo, os demais dados (condições da pele, dados antropométricos, identificação dos fatores de risco para desenvolvimento da úlcera por pressão e aplicação da escala de Braden) foram obtidos diretamente com o idoso e/ou seu cuidador responsável.

Neste estudo, os parâmetros antropométricos (peso; altura; prega cutânea subescapular; circunferência do braço; altura do joelho e circunferência da panturrilha) foram atualizados no momento da coleta de dados. Todas essas medidas foram aferidas com equipamentos e técnica padrão. Para idosos acamados, foi necessário utilizar métodos preditivos para determinar o peso e a altura. Além disso, houve aqueles que, pelo avançado processo de envelhecimento, assumiram posturas que inviabilizavam a forma tradicional de verificação, optando-se, por conseguinte, a aplicação da regra de Chumlea e colaboradores^(14,15). No caso de idosos com membros amputados, foi seguido o referido em: Um guia para completar a Mini avaliação nutricional^{®(16)}.

Naqueles idosos que compunham o grupo de risco, foram realizadas quatro reavaliações em semanas consecutivas, iniciadas uma semana após a avaliação inicial e aplicação da Escala de Braden. Aqueles que apresentaram UPP na avaliação inicial, não compuseram o grupo para as reavaliações, entretanto, foram acompanhados até o final da coleta em cada instituição.

As reavaliações constaram do exame físico da pele dos idosos. Estas, normalmente, ocorriam nos horários de banho. A partir do momento que havia a identificação da úlcera, em qualquer estágio, seguindo a classificação da NPUAP⁽¹⁷⁾, esta era registrada, levando-se em conta o estadiamento e as características da lesão (tamanho, profundidade, características do leito da ferida, exsudato e pele perilesional)

e o idoso era retirado do grupo (embora permanecesse em acompanhamento). Todos os dados foram registrados em instrumento elaborado pela autora para este fim.

A avaliação de feridas é fundamental para direcionar o planejamento dos cuidados de enfermagem, permitindo a tomada de decisões que garantam uma boa evolução do processo de cicatrização e minimização dos riscos de complicações.

A taxa de incidência foi calculada utilizando a equação: $TI = (N^{\circ} \text{ de casos novos em período determinado} / \text{População no mesmo período}) \times 100$.

Os dados foram digitados em uma planilha do programa *Microsoft Excel*, sendo os cálculos estatísticos realizados no software *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 20.0. Para a análise dos dados, prosseguiu-se com as técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial, com os testes Qui-quadrado, Exato de Fisher e de Pearson. O nível de significância utilizado nas decisões dos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos foram obtidos com 95% de confiança. Para o estudo quantitativo das variáveis, utilizou-se a distribuição das frequências, cujos resultados estão apresentados pelas frequências absoluta e relativa percentual.

RESULTADOS

Fizeram parte deste estudo 324 idosos, divididos em 2 grupos: grupo sem risco (Braden>18) e grupo em risco (Braden≤18) que constaram, respectivamente, de 182 e 142 idosos. Dos 142 idosos, 112 (78,63%) eram do sexo feminino e 30 (21,37%) do sexo masculino. Não se verificou diferença estatística significativa entre sexo e o desenvolvimento da UPP (p-valor=0,576).

A média de idade dos 324 idosos foi de 83 ±1,6 anos, com idades entre 60 a 102 anos, tendo como média de idade daqueles que desenvolveram úlcera 82,7 ±12,4 e naqueles que não as desenvolveram 81,1 ±11,8. A partir do teste Qui-quadrado, verificou-se que não houve diferença relacionada à idade entre aqueles que desenvolveram ou não a UPP (p-valor=0,3762). Quanto a cor da pele, a maioria dos idosos era de cor branca (102 idosos), seguidos pelos de cor parda (23 idosos) e os de cor preta (17 idosos). Não houve relevância estatística entre cor da pele e o surgimento da UPP (p-valor=0,134).

A partir do teste Qui-quadrado, não se verificou diferença estatística significativa entre aqueles que fumavam e os que não fumavam em relação à presença de UPP (p-valor = 0,666). Quanto a ingestão de álcool, nenhum dos idosos referiu consumir bebida alcoólica.

Quanto às condições clínicas consideradas no estudo, verificou-se que existe relevância estatística significativa para portadores de doenças neurológicas (Alzheimer e Parkinson), com p=0,018, seguida das paralisias, com p=0,040. Entre as demais condições clínicas referidas e o desenvolvimento da UPP, não houve relevância significativa (Tabela 1).

Condição Clínica	p-valor*
Doença neurológica	0,018
Paralisias	0,040
Doença cardíaca	0,120
Cegueira	0,176
Visão prejudicada	0,220
Problemas respiratórios	0,261
Surdez	0,379
Hipertensão arterial	0,431
Problemas de audição	0,436
Doença Vascular	0,479
Obesidade	0,722

Tabela 1 – Condição clínica de idosos institucionalizados, segundo o desenvolvimento de UPP, João Pessoa – Brasil, 2013

* Teste Qui-quadrado ao nível de 5%.

Com relação ao estado mental, 80,8% dos participantes que desenvolveram UPP apresentaram déficit cognitivo moderado ou grave, sendo, este, considerado uma variável relevante para o surgimento do agravo.

Considerando-se os medicamentos utilizados pelos idosos, observou-se que nenhum destes contribuiu para o desenvolvimento da UPP, quando considerado o $p\text{-valor} > 0,05$, de acordo com a análise bivariada. Dessa forma, não se verificou diferença estatisticamente significativa entre os idosos que desenvolveram ou não a UPP em relação ao uso dos respectivos medicamentos (Tabela 2).

Medicamentos	Desenvolvimento da UPP		p-valor
	Sim n	Não n	
Corticosteróides	Sim	-	-
	Não	73	
Antimicrobianos	Sim	6	0,886
	Não	67	
Anti-hipertensivos	Sim	39	0,234
	Não	34	
Analgésicos	Sim	4	0,446
	Não	69	
Anti-depress/neurolept/psicotrop	Sim	32	0,912
	Não	41	
Anti-histamínicos	Sim	1	0,850
	Não	72	
Quimioterápicos	Sim	0	0,252
	Não	73	

Medicamentos	Desenvolvimento da UPP			p-valor
	Sim	Não	n	
Anti-agregante	Sim	23	13	0,298
	Não	50	43	
Hipoglicemiante	Sim	13	10	0,994
	Não	60	46	
Diuréticos	Sim	11	6	0,469
	Não	62	50	

Tabela 2: – Desenvolvimento da UPP, em idosos institucionalizados, relacionado ao uso de medicamentos, João Pessoa – Brasil, 2013

A avaliação das subescalas de Braden mostrou que os maiores percentuais recaíram sobre os escores: totalmente limitado (Percepção sensorial), muito molhada (Umidade), anda ocasionalmente (Atividade), bastante limitado (Mobilidade), provavelmente inadequado (Nutrição) e problema em potencial (Fricção e cisalhamento) (Figura 1).

Observou-se, ainda, que os idosos com UPP, categorizados pela escala de Braden como de *risco muito alto*, enquadravam-se nas seguintes subescalas: Umidade (pele muito úmida – $p=0,043$); Nutrição (provavelmente inadequada – $p=0,010$) e Fricção e cisalhamento (problema potencial – $p=0,040$), apresentando, todas, diferenças estatisticamente significativas.

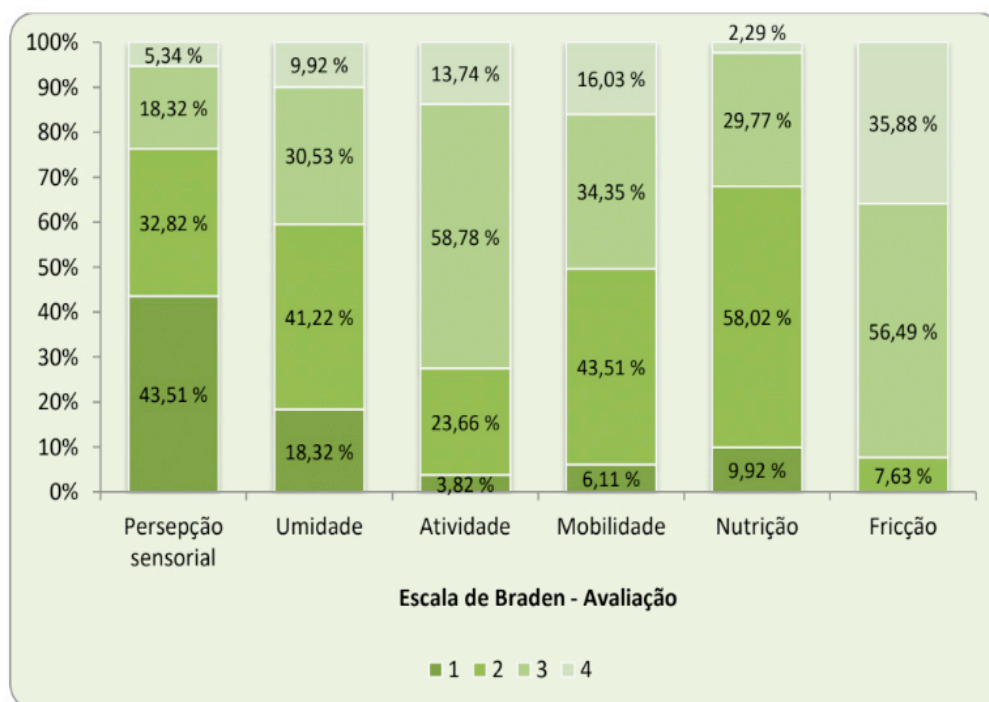


Figura 1 – Frequências dos escores das subescalas de Braden nas quatro reavaliações, João Pessoa – Brasil, 2013

Levando-se em consideração a classificação da escala de Braden, as quatro

reavaliações realizadas neste estudo revelaram uma movimentação significativa no número de casos de UPP. No grupo de idosos classificados em *alto risco*, grupo que apresentou o maior número de casos na primeira reavaliação, houve um decréscimo significativo. Já no grupo classificado como *em risco*, apesar do decréscimo apresentado na segunda reavaliação, o número de casos voltou a crescer ao longo das duas últimas reavaliações. O grupo classificado como *risco muito alto* foi o único a não apresentar casos na quarta reavaliação, o que reafirma o valor preditivo da escala de Braden, uma vez que todos deste grupo desenvolveram a lesão no intervalo de apenas três semanas. Ao aplicar o teste de Pearson, obteve-se $r = -0,636$, o que indicou uma relação estatisticamente significativa entre a classificação e o desenvolvimento de UPP (Figura 2).

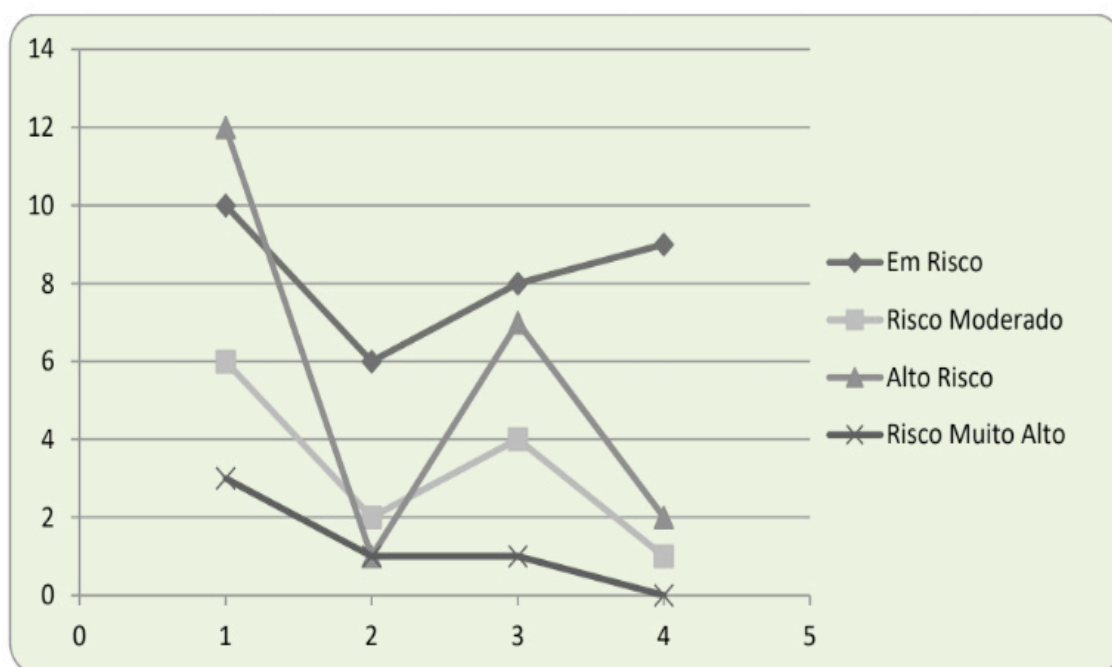


Figura 2 – Número de casos de UPP nas quatro reavaliações dos idosos institucionalizados, João Pessoa – Brasil, 2013

Em análise da associação do escore da escala de Braden com a ocorrência de UPP nos grupos com e sem risco, observou-se que do grupo *em risco* (142 idosos), 73 apresentaram UPP, e apenas um paciente do grupo *sem risco* (182 idosos) desenvolveu UPP (Tabela 3). Para o escore total da escala de Braden, os resultados mostraram a existência de diferença estatisticamente significativa entre os grupos com e sem UPP, com $p\text{-valor} = 0,024$.

Observado		Braden ≤ 18			
		Sim		Não	
		n	%	n	%
UPP	Sim	73	51,4	1	0,5
	Não	69	48,6	181	99,5
Total		142	100,0	182	100,0

Tabela 3 – Associação do escore de Braden e UPP, em idosos institucionalizados, João Pessoa – Brasil, 2013

A incidência de UPP, observada neste estudo, entre os residentes das ILPIs de João Pessoa, realizado na população de idosos institucionalizados (324 idosos), foi de 22,5%. Considerando apenas o grupo de Braden \leq 18, obteve-se uma incidência de 51,0%. Verificou-se, ainda, que 79,46% apresentaram apenas uma úlcera.

As localizações mais frequentes de ocorrência das UPPs foram, a região sacra, com 32,87%, seguida das regiões glútea, com 20,55% e as margens laterais dos pés, com 9,59%. Observou-se, ainda, que 49,32% apresentaram UPP no estágio II na primeira reavaliação.

DISCUSSÃO

As UPPs representam um dos principais agravos à saúde, principalmente por ser transversal a diversos eventos, que levam à complicações do estado de saúde daqueles que a desenvolvem. Causam, ainda, dor e desconforto, aumentam os gastos com material, o tempo de assistência, os gastos pessoais e institucionais, além de prolongar a internação. Aliado a tudo isto, observou-se a dificuldade das ILPIs com a manutenção da higiene dos idosos que, não raras vezes, apresentavam tanto debilidades inerentes ao processo de envelhecimento, como um grande contingente de afecções crônico-degenerativas. A conjunção destes fatores coloca os idosos numa condição de debilitados e vulneráveis.

Dentre os 324 idosos residentes das seis ILPIs de João Pessoa, com idades entre 60 a 102 anos (média de idade dos idosos de 83 \pm 1,6 anos), 142 compuseram o grupo *em risco*. Considerando os dados sociodemográficos do grupo, observou-se que no grupo *em risco*, a maioria (78,63%) era do sexo feminino – predominância esperada, diante da conhecida feminilização da população idosa^(18–22) frequente nos idosos, vem aumentando a procura por Instituições de Longa Permanência como forma de oferecer melhores cuidados incluindo programas de reabilitação para essa população. Assim, o objetivo desse estudo foi traçar o perfil dos idosos atendidos pela Fisioterapia em duas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Contrariamente, em um estudo, realizado no ano 2000, em João Pessoa/PB, com população geriátrica institucionalizada houve predominância do sexo masculino e média de idade de 65,5 anos⁽²³⁾.

Mesmo se sabendo que com o avanço da idade há alterações anátomo-fisiológicas da pele que a predispõe ao acometimento deste agravo⁽²⁴⁾, o estudo atual não estabeleceu relação estatisticamente significativa da idade e do sexo com a ocorrência de UPP, o que vai de encontro aos resultados de pesquisas anteriormente realizadas em São Paulo e Minas Gerais^(25,26).

Clinicamente, os idosos em estudo apresentaram de uma a cinco patologias, com predomínio de HAS, AVE, doenças neurológicas, doenças cardíacas, diabetes

mellitus e doença vascular periférica. Em análise multivariada, relacionada com a ocorrência de UPP, verificou-se existir relevância significativa para acometidos por doenças neurológicas (Alzheimer e Parkinson) com $p=0,018$, seguida das paralisias com $p=0,040$, estas, em sua maioria, decorrentes de AVE. Este panorama interfere na qualidade de vida, prejudicando o autocuidado e a capacidade funcional dos idosos, alterando parâmetros como: percepção sensorial, mobilidade, atividade e umidade da pele. Esta última altera-se, principalmente em função da incontinências urinária e fecal que, por sua vez, elevam o risco de desenvolvimento da UPP. Os resultados aqui descritos são também corroborados por diversos autores^(3,18,27,28)

O déficit cognitivo repercute na ocorrência de UPP. Foi identificado, nesta pesquisa, que 80,80% dos idosos classificados com déficit cognitivo grave e moderado desenvolveram UPP. Observou-se, nestes casos, um aumento da permanência no leito, uma vez que o grau de acometimento da cognição interfere na autonomia e na capacidade de movimentação, intensificada pela utilização de medicamentos classificados como: antidepressivos, neurolépticos e psicotrópicos. Neste sentido, um estudo realizado com 94 idosos institucionalizados reporta a utilização desses medicamentos como fator de risco para o desenvolvimento das UPP⁽²⁰⁾.

A polifarmácia é um problema frequentemente encontrado entre os idosos residentes de ILPIs, por apresentarem condições clínicas diversas, limitantes, fragilidade e baixa funcionalidade⁽²⁹⁾. A diversidade de medicamentos é o principal fator de risco para iatrogenias e reações adversas, que levam a internações e gastos adicionais. Nesta pesquisa, a variação de uso de medicamentos foi de um a onze por idoso, com uma média de 3,60. Resultado que vai ao encontro de pesquisa realizada em instituições de Belo Horizonte, na qual a média foi de 3,45⁽²⁸⁾ e outro estudo, realizado no Distrito Federal, que apontou uma média de 4,70⁽²⁰⁾.

Ressalta-se que, nas instituições estudadas, fatos como a deficiente cobertura da Estratégia Saúde da Família, à qual as instituições são adstritas, a impossibilidade econômica para a aquisição de medicamentos mais adequados ao quadro clínico apresentado e a falta de revisão frequente das prescrições são fatores que levam a polifarmácia. Entretanto, pela análise bivariada, não se constatou associação estatística significativa entre o quantitativo de medicamentos utilizados e a ocorrência de UPP.

Com base na avaliação de risco, de acordo com a escala de Braden, e baseado em escores sugeridos pela literatura, o ponto de corte utilizado foi 18, por apresentar melhores índices de representatividade da efetividade de avaliação.

Durante a realização das reavaliações com o grupo *em risco* (142 idosos), a realidade encontrada revelou as diferenças entre o grupo com e sem UPP, nos quais a nutrição, a umidade e a fricção e cisalhamento mostraram associação estatisticamente significativa com a detecção de UPP. Na subescala umidade (pele muito úmida), observou-se, como fator fundante, a incontinência urinária. Já na subescala fricção e cisalhamento (problema potencial), o déficit cognitivo e fatores que dificultam ou

impedem a autonomia na mobilização conjugados com a insuficiente quantidade de profissionais e a falta de preparo dos mesmos intensificaram os efeitos danosos sobre a pele dos idosos. Quanto a nutrição, além da diminuição da acuidade gustativa, inerente ao processo de envelhecimento em alguns idosos, observou-se a uniformidade de cardápio com péssima apresentação dos alimentos. Este resultado é corroborado em pesquisas com idosos institucionalizados tanto no Brasil como em um estudo realizado em 16 estados da República Federal da Alemanha^(3,8,26,30).

Os 142 idosos que compuseram o grupo destinado às reavaliações (Braden \leq 18) foram avaliados durante quatro semanas consecutivas, sendo o segundo grupo (Braden $>$ 18), composto por 182 idosos, acompanhado no mesmo período. Dos 142 idosos expostos ao risco, 73 desenvolveram UPP, enquanto que apenas 1 dos 182 idosos, não expostos ao risco, desenvolveu a lesão, provocada após queda, que levou a idosa a ficar restrita ao leito e, conseqüentemente, variou o escore de Braden. Este resultado vem coadunar com autores que ratificam a escala de Braden como instrumento efetivo de avaliação de risco para desenvolvimento de UPP^(8,25,26,31-33).

Entretanto, um estudo que avaliou seis outros estudos de prevalência de UPP, realizados entre 2004-2009, em toda a Alemanha, envolvendo 17.666 habitantes de 234 instalações de cuidados de longo prazo, reconheceu a validade preditiva de risco, mas refere haver uma diferença entre a pressão de constructo do risco e o desenvolvimento de UPP. Argumenta que os escores da Braden, obtidos pela simples adição da pontuação dos itens, não medem adequadamente o risco para UPP, por considerar todos os itens igualmente importantes⁽³⁰⁾.

A ocorrência de UPP tem sido utilizada como indicador de qualidade assistencial, apesar de ainda serem poucos os estudos de incidência na população idosa residente em ILPI. Foi observado neste estudo uma incidência de 22,5%, quando considerado o número de novos casos na população total (n=324). Esse percentual elevou-se para 51,0%, ao se considerar apenas o grupo de Braden \leq 18. Observou-se, em ambos os casos, um alto percentual. Diversos estudos ratificam esses percentuais^(2,3,8,34,35). Em um estudo prospectivo, realizado com 346 residentes de quatro instituições de Hong Kong, foi revelado uma incidência maior de UPP em ILPI do que em ambiente hospitalar ou ambulatorial⁽⁸⁾.

Na avaliação pela escala de Braden, as diferenças significativas entre os escores totais para os idosos que desenvolveram UPP e aqueles que não as desenvolveram, com valores inferiores para o primeiro grupo, ratifica tanto a importância da avaliação sistemática do risco para desenvolvimento de UPP quanto para o primeiro passo na implementação de medidas preventivas deste agravo. sendo esta avaliação uma ação crucial dos cuidados de enfermagem, além de apontar para a necessidade de profissionais com qualificação no cuidado ao idoso.

CONCLUSÃO

O aumento da expectativa de vida e a diminuição das taxas de fecundidade proporcionaram um elevado número de pessoas idosas na população. Essa nova dinâmica populacional, aliada às mudanças da estrutura familiar e à falta de políticas públicas de apoio aos idosos, suas famílias e cuidadores, tem gerado significativo aumento da procura pelas chamadas ILPIs. A clientela a qual se refere este estudo provém de uma época em que a perspectiva do envelhecimento era detida por poucos. A população em geral aceitava passivamente este fato, entretanto, nos dias atuais, os jovens já se preocupam com a senescência, criando para os profissionais de saúde a necessidade de estarem atentos à nova demanda, às alternativas e tecnologias para a prevenção de agravos e promoção da saúde.

O impacto causado pela institucionalização, decorrente, em grande parte, de problemas que levam o idoso a uma condição de fragilidade e dependência, seja por problemas biológicos ou psicológicos, causa sérios danos aos idosos. Infelizmente, na realidade estudada, a ausência da família e daqueles que outrora fizeram parte da vida e do cotidiano do idoso corroboram para o estado de apatia e falta de interesse pela vida que, congregado com a falta de atividades e a monotonia da rotina das instituições imposta a todos, infligem uma diminuição da mobilidade, que por vezes os mantem sentados ou mesmo acamados por longos períodos. Tudo isto, somado a eventos próprios ao processo de envelhecimento tegumentar, predispõem ao aparecimento das UPPs.

As UPPs são complicações passíveis de ocorrer, principalmente naquelas com restrição de mobilidade e idade avançada. Impõe sobrecarga física, emocional e social para o paciente, a família e as instituições. A prevenção tem se mostrado como a melhor forma de enfrentá-la. Assim, conhecer os fatores de risco predominantes na gênese da UPP em idosos institucionalizados e adotar medidas preventivas apropriadas que envolva toda equipe, sejam profissionais da enfermagem ou cuidadores, têm se mostrado um grande passo para a prevenção deste agravo. Para tanto, o enfermeiro necessita deter conhecimentos, competências e habilidades específicas para prover uma assistência eficiente e segura.

Evidenciou-se, pois, a necessidade de ampliar as ações de prevenção das UPPs como meta de diminuir as taxas de incidência deste agravo, visto que o alto índice de UPP está relacionado a uma assistência precária, fato que, infelizmente, foi uma constatação neste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Pollo SHL, Assis M. Instituições de longa permanência para idosos - ILPIs: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2008 [cited 2013 Jan 13];11(1). Available from: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232008000100004&lng=pt

2. Freitas MC, Medeiros ABF, Guedes MVC, Almeida PC, Galiza FT, Nogueira JM. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011 Mar;32(1):143–50.
3. Sousa JERB, Silva HF, Rabelo CBM, Bezerra SMG, Luz MHBA, Rangel EML. Fatores de risco e ocorrência de úlcera por pressão em idosos institucionalizados. *Rev Enferm UFPI.* 2012 Jan;1(1):36–41.
4. Gomes FSL, Magalhães MBB. Úlcera por pressão. *Feridas: como tratar.* 2nd ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2008. p. 189–223.
5. Dugdale DC. Aging changes in skin [Internet]. *MedlinePlus: Medical Encyclopedia.* 2012 [cited 2014 May 3]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/004014.htm>
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 283 [Internet]. RDC 283 Sep 26, 2005. Available from: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%20283-2005.pdf>
7. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev bras estud popul.* 2010 Jun;27(1):232–5.
8. Kwong EW, Pang SM, Aboo GH, Law SS. Pressure ulcer development in older residents in nursing homes: influencing factors. *J Adv Nurs.* 2009 Oct;65(12):2608–20.
9. Zambonato BP, Assis MCS, Beghetto MG. Associação das sub-escalas de Braden com o risco do desenvolvimento de úlcera por pressão. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(2):21–8.
10. Moura GMSS, Juchem BC, Falk MLR, Magalhães AMM de, Suzuki LM. Construção e implementação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009;30(1):136–40.
11. Matos LS, Duarte NLV, Minetto RC. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. *Rev Eletr Enf.* 2010;12(4):719–26.
12. Silva MRV, Martini AC, Dick NRM. Incidência de úlcera por pressão como indicador de qualidade na assistência de enfermagem. *Rev Enferm UFSM.* 2012;2(2):339–46.
13. Brasil, Ministério da Saúde/ANVISA/FIOCRUZ. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão [Internet]. Ministério da Saúde; 2013 [cited 2014 Jun 13]. Available from: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>
14. Chumlea W, Roche A, Steinbaugh M. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. *J Am Geriatr Soc.* 1985;33(2):116–20.
15. Chumlea W, Guo S, Roche A, Steinbaugh M. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. *J Am Diet Assoc.* 1988;88(5):564–8.
16. Nestlé Nutrition Institute. Um guia para completar a Mini Avaliação Nutricional® [Internet]. s.d. [cited 2012 Dec 8]. Available from: http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_portuguese.pdf
17. National Pressure Ulcer Advisory Panel - NPUAP. Conceito e classificação de úlcera por pressão: Atualização do NPUAP. *Rev Estima.* 2007;5(3):43–4.
18. Ribas RTB, Pereira RB, Guidace N, Alexandre TS. Perfil de Idosos Atendidos pela Fisioterapia em Instituições de Longa Permanência em Pindamonhangaba – SP. *UNOPAR Científica Ciências biológicas e da saúde.* 2012;14(1):9–16.

19. Melo IAF, Kubrusly ES, Peixoto AA Jr. Perfil das instituições de longa permanência para idosos no Estado de Alagoas no período de 2007 a 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2011 Mar;20(1).
20. Danilow MZ, Moreira ACS, Villela CG, Barra BB, Novaes MRCG, Oliveira MPF. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. *Comunicação em Ciências da Saúde*. 2007;18(1):09–16.
21. Lima CLJ, Costa MML, Ferreira JDL, Silva MA, Ribeiro JKS, Soares MJGO. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. *Rev enferm UFPE on line*. 2013 Oct;7(10):6027–34.
22. Pham B, Stern A, Chen W, Sander B, John-Baptiste A, Thein H-H, et al. Preventing Pressure Ulcers in Long-term Care. *Arch Intern Med*. 2011 Nov;171(20):1839–47.
23. Lucena NMG. Análise da capacidade funcional em uma população geriátrica institucionalizada em João Pessoa. *Fisioterapia Brasileira*. 2000;3(3):164–9.
24. Freitas JPC, Alberti LR. Aplicação da Escala de Braden em domicílio: incidência e fatores associados a úlcera por pressão. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(6):515–21.
25. Chacon JMF, Blanes L, Hochman B, Ferreira LM. Prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long-stay institutions in São Paulo. *Sao Paulo Med J*. 2009 Jul;127(4):211–5.
26. Souza DMST, Santos VLGG. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. *Rev Lat Am Enfermagem [Internet]*. 2007 Oct [cited 2014 Jan 29];15(5). Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a11.pdf
27. Oliveira MPF, Novaes MRCG. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2013;18(04):1069–78.
28. Alencar MA, Bruck NNS, Pereira BC, Câmara TMM, Almeida RDS. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(4):785–96.
29. Lucchetti G, Granero AL, Pires SL, Gorzoni ML. Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010;13(1):51–8.
30. Lahmann NA, Tannen A, Dassen T, Kottner J. Friction and shear highly associated with pressure ulcers of residents in long-term care - Classification Tree Analysis (CHAID) of Braden items. *J Eval Clin Pract*. 2011 Feb;17(1):168–73.
31. Paranhos WY, Santos VLGG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de braden, na língua portuguesa. *Rev,EscEnfUSP*. 1999;23(Especial):191–206.
32. Costa IG, Caliri MHL. Validade preditiva da escala de Braden para pacientes de terapia intensiva. *Acta paul enferm*. 2011 Jan;772–7.
33. Aguiar ESS. Risco de úlcera por pressão em idosos com declínio funcional de mobilidade física domiciliados em João Pessoa – PB [Dissertação de Mestrado]. [João Pessoa]: Universidade Federal da Paraíba; 2011.
34. White-Chu EF, Floc P, Struck B, Aronson L. Pressure ulcers in long-term care. *Clin Geriatr Med*. 2011 May;27(2):241–58.
35. Anselmi ML, Peduzzi M, França I Jr. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. *Acta paul enferm*. 2009 Jun;257–64.

QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: CONTEXTO GERAL

Danilo Moreira Pereira

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, Mestre em Psicogerontologia, São José dos Campos, SP.

Flávia Rangel de Oliveira

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Farmácia, São José dos Campos, SP.

Gislaine Teixeira da Silva

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, Mestre em Psicogerontologia, São José dos Campos, SP.

Andreia de Oliveira Pinheiro Ribeiro

Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Doutoranda em Saúde Pública, São Paulo, SP.

Gisélia Maria Cabral de Oliveira

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, Mestre em Educação nas Profissões da Saúde, São José dos Campos, SP.

Douglas Jeremias Rebelo

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, Mestrando em Educação, São José dos Campos, SP.

Vânia Thais Silva Gomes

Universidade do Vale do Paraíba, Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento, Doutoranda em Engenharia Biomédica, São José dos Campos, SP.

Sônia Maria Filipini

Faculdade Anhanguera Educacional, Curso de Enfermagem, Mestre em Ciências Biológicas, São José dos Campos, SP.

Sueli dos Santos Vitorino

Faculdades Educatie Hoog de Ensino, Doutoranda em Psicologia, Mogi das Cruzes, SP.

RESUMO: O envelhecimento consiste num processo bastante complexo, irreversível, multifatorial, inevitável e caracterizado por um conjunto de mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais específicas de cada indivíduo, resumidamente, um processo idiossincrático. Este capítulo tem por objetivo realizar uma metánlise das produções científicas voltadas à qualidade de vida em idosos. Foi realizado um levantamento bibliográfico na plataforma LILACS, onde foram utilizados para a pesquisa todas as publicações entre o intervalo de 1990 e 2015. Os resultados foram categorizados em várias tabelas que abordam os anos de publicação, as autorias, tipologia das pesquisas, gênero dos autores, veículo de publicação, número de caracteres e abordagem temática. Compreender os mecanismos que interferem na qualidade de vida dos idosos torna-se um instrumento de investigação de qualquer profissional inserido na gerontologia. Infere-se assim, que tal abordagem fomente uma ferramenta que seja capaz de auxiliar o profissional em saúde a se tornar um agente modificador da qualidade de vida dos idosos através políticas públicas diretivas e eficazes em saúde do idoso, dispondo deste modo de

um repertório de publicações sobre a temática disponíveis na plataforma LILCAS.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos; Qualidade de Vida; Velhice.

ABSTRACT: Aging is a complex process, irreversible, multifactorial, inevitable and characterized by a set of specific physiological, psychological and social changes of each individual, in short, an idiosyncratic process. This chapter aims to carry out a meta-analysis of the scientific productions focused on the quality of life in the elderly. A bibliographic survey was carried out on the LILACS platform, where all publications between 1990 and 2015 were used for the research. The results were categorized in several tables that deal with the years of publication, authorship, type of research, authors' gender, publication vehicle, number of characters and thematic approach. Understanding the mechanisms that interfere in the quality of life of the elderly becomes an instrument of investigation of any professional inserted in the gerontology. It is therefore inferred that such an approach fosters a tool that is capable of helping the health professional to become an agent modifying the quality of life of the elderly through directives and effective public health policies for the elderly, thus providing a repertoire of publications available on the LILCAS platform.

KEYWORDS: Seniors; Quality of Life; Old Age.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2005), as estimativas da população idosa (com 60 anos ou mais) em 2050 estará em torno de dois bilhões de pessoas no mundo, sendo a maioria habitantes de países em desenvolvimento. No Brasil de 1940, a expectativa de vida era de 39 anos, porém, no início do século XXI essa expectativa de vida já ultrapassou para a média de 74 anos (NUNES; MENEZES; ALCHIERI, 2010; SUN; LUCAS; MENG; ZHANG, 2011).

O envelhecimento consiste assim, em um processo complexo, irreversível, multifatorial e caracterizado por um conjunto de mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais específicas de cada indivíduo, resumidamente, trata-se de um processo idiossincrático. Descreve-se igualmente por um momento de reflexão, em que o idoso percebe que alcançou muitos dos objetivos idealizados, mas também que sofreu perdas, das quais a saúde se destaca (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008; FERREIRA, 2005).

O envelhecimento concebido como normativo, engloba um declínio gradual nas funções fisiológicas. As modificações no âmbito social do idoso são notórias em função da redução da produtividade, força física e independência financeira (GONÇALVES et al., 2010; SANTOS, 2010).

A OMS (1995), por meio do grupo de estudiosos em Qualidade de Vida -QV, a *World Health Organization Quality* (WHOQOL-Group), definem QV como: percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do

sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

O conceito de qualidade de vida pode ser concebido como uma representação social com parâmetros objetivos – satisfação das necessidades básicas e criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social da sociedade – e subjetivos – bem-estar, felicidade, amor, prazer e realização pessoal. Além desses parâmetros, o conceito também inclui critérios de satisfação individual e de bem-estar (RIBEIRO, 2008)

Partindo do pressuposto de que o envelhecimento advém com várias alterações biopsicossociais, este trabalho tem por objetivo geral discutir os principais marcos conceituais intrínsecos ao processo de envelhecimento.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, realizada por meio de revisão integrativa, que se caracteriza por agrupar, analisar e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, a fim de apresentar, discutir e aprofundar conhecimentos acerca da temática proposta.

Foram percorridas seis fases para a elaboração da revisão integrativa: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

A seleção do material foi feita nos meses de janeiro a agosto de 2018. O levantamento das informações se deu no ambiente virtual, nas seguintes bases científicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS e Scientific Electronic Library Online – SciELO. Realizou-se a busca no LILACS e SciELO através do portal da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. A investigação baseou-se na utilização dos descritores: idoso, velhice e qualidade de vida.

A seleção dos estudos a serem analisados se deu a partir dos seguintes critérios de inclusão: abordar a temática em estudo; constar nas bases de dados selecionadas; texto disponível na íntegra; ter sido redigido na forma de artigo; ser redigido ou traduzido em português; e ter sido publicado no período de 1990 a 2015. Os critérios de exclusão foram: textos incompletos; repetição de um mesmo artigo em mais de uma base de dados; não ser estudo realizado por profissionais de saúde; texto com acesso indisponível; falta de relação com o objeto de estudo.

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 74 artigos foram selecionados para compor esta revisão. Levando-se em consideração, principalmente os estudos que mais discutiam a temática abordada, atendendo ao tempo estipulado de publicações, com exceção às publicações com intervalo de tempo superior a este, quando se tratando de contribuições de extrema importância ao tema para o cenário de pesquisas nacionais.

Para organização dos resultados foram criadas colunas que representam: ano de publicação, classificação temática, tipo de publicação, autorias, número de vocábulos e tipologia dos trabalhos. Para a categoria e tipo de publicação foi realizado estratificação dos trabalhos entre artigos, dissertações e teses. Para a classificação temática estruturou-se a ficha de registro de modo a estratificar os temas entre idosos, velhice, qualidade de vida e outros. Para a análise de autoria resolveu-se dividir os resultados encontrados entre autoria única, coautoria e autorias múltiplas. Para a coluna de tipologia das pesquisas analisou-se as revisões de literatura, as pesquisas de campo, laboral ou documental.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados das análises foram categorizados e organizados em tabelas e serão apresentados e discutidos, seguindo a sequência dos objetivos descritos anteriormente. Os trabalhos analisados foram publicados no intervalo dos anos de 1990 e 2015. E para sua melhor estratificação decidiu-se separá-los entre os anos de 1990 a 2000, 2001 a 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 e 2015 conforme Tabela 1.

Ano de Publicação	Valor absoluto	% Observada
1990-2000	4	5,4
2001-2010	36	48,6
2011	11	14,7
2012	9	12,2
2013	5	6,7
2014	8	10,8
2015	1	1,3
Total	74	100

Tabela 1 - Distribuição dos trabalhos de acordo com ano de publicação.

Fonte: Literatura.

Com relação ao ano de publicação percebeu-se que o intervalo de tempo abrangido entre os anos de 2001 a 2010 representou 48,6% (36) publicações. Quando analisado a tipologia dos trabalhos publicados na plataforma pesquisada observou-se que para a produção científica relacionada a idosos, velhice e qualidade de vida que utilizaram como ferramenta metodológica a pesquisa de campo foi de 67,5% (50) das publicações, conforme a Tabela 2.

Tipo	Valor Absoluto	% Observada
Campo	50	67,5
Revisão bibliográfica	22	29,7

Laboratório	02	2,7
Documental	0	0
Total	74	100

Tabela 2 - Tipologia dos trabalhos

Fonte: Literatura.

As pesquisas de revisão bibliográficas representaram 29,7% (22) publicações e mostraram-se um recurso metodológico de fácil acesso e desenvolvimento e implica num conjunto ordenado de conhecimento por busca de soluções, inerentes ao escopo deste estudo e, que devido a isso não pode ser aleatória, conforme cita Lima e Myoto (2007).

As pesquisas do tipo laboratorial representam publicações inexpressivas, 2,7% (2) publicações, muito provavelmente devido ao tipo de população investigada, tornando a abordagem ativa uma ferramenta metodológica de melhor resposta e aderência do público pesquisado.

Com relação à pesquisa documental não foi encontrado nenhuma produção que se enquadra nos termos desta metanálise, devidos aos critérios de inclusão e exclusão que diminuíram os trabalhos encontrados e assim especificou-se os métodos analisados.

Quando analisado a distribuição das autorias, conforme demonstrado em tabela 3, observa-se que há predomínio de publicações para a autoria múltipla com 51,35% (38) publicações e autoria única com 27,02% (20) publicações.

As coautorias representam 21,62% (16) das produções publicadas e mostram nesta pesquisa que embora seja uma tendência atual e nacional o aumento das produções coletivas.

Tipo de autoria	Valor absoluto	% observada
Única	20	27,02
Múltipla	38	51,35
Coautoria	16	21,62
TOTAL	74	100

Tabela 3 – Distribuição quanto autoria.

Fonte: Literatura.

Analisando a distribuição das autorias quanto ao gênero, observamos na tabela 4 a prevalência feminina, 41 trabalhos ou 62,01% das publicações são de autoria exclusivamente feminina, em contrapartida de 7 trabalhos (2,34%) realizados por autor único do gênero masculino, conforme demonstrado na tabela 4.

O presente estudo remete e firmado por Velho e León (1998), no qual esse trabalho se embasa e se inspira, já apontava o aumento substancial das proporções de

mulheres matrículas em instituições de nível superior, e conseqüentemente o aumento de publicações principalmente em países como os Estados Unidos e o Brasil.

Gênero	Valor absoluto	% observada
Masculina	5	6,75
Feminina	46	62,1
Múltiplas	23	31,1
TOTAL	74	100

Tabela 4 – Distribuição quanto autoria quanto ao gênero.

Fonte: Literatura.

Com relação ao veículo de divulgação da produção científica analisada, Tabela 5, é possível observar que 91.9% (68) dos trabalhos realizados e elencados são a base de artigos, atribuindo a este resultado, o aumento de cursos de graduação e pós-graduação, onde é comum a escolha por produção de artigos, devido ao seu foco de pesquisa e desenvolvimentos serem mais palpáveis ao aluno de cursos *Latu Sensu*, todavia volume de publicações não é restrito aos concluintes de especializações e remete também, a realidade de grupos de pesquisas focados em gerontologia. A produção de dissertações e teses, 5.4% e 2,7%, (04 e 02 publicações), mostram que o acesso ao ensino e pesquisa ainda é restrito no território brasileiro.

Gênero	Valor absoluto	% observada
Tese	2	2,7
Dissertação	4	5,4
Artigos	68	91,9
TOTAL	74	100

Tabela 5 – Veículo de divulgação.

Fonte: Literatura.

A análise dos vocábulos que constituem o título das produções científicas analisadas mostra que 63,5% (47 publicações) são constituídas de até 12 vocábulos, representando títulos diretos e objetivos, enquanto 36,5 (27) são constituídos por mais de 12 vocábulos.

Vocábulos	Valor absoluto	% observada
Até 12	47	63,5
Mais que 12	27	36,5
TOTAL	74	100

Tabela 6 – Números de vocábulos por títulos de trabalhos.

Fonte: Literatura.

A avaliação da classificação temática foi realizada através do filtro dos descritores idosos, qualidade de vida e velhice, e assim, realizado análise minuciosa do conteúdo da publicação para a definição de correta relação de seus descritores com a temática abordada no corpo do trabalho. Deste modo, embora muitos trabalhos tenham sido encontrados foi necessário que a relação dos descritores estivesse evidente no desenvolvimento da pesquisa, para que pudesse ser inserido na tabulação desta metanálise.

A busca pelo descritor 'idosos' proporcionou o retorno de diversas publicações, todavia 50% (37) apresentaram a correta relação do descritor com a temática e demais descritores. A classificação temática relacionada a qualidade de vida e a velhice foi caracterizada com 25,7% (19) e 24,3% (18) publicações, respectivamente. Infere-se então, que existe uma relação direta entre os descritores e isto favorece a busca por produções acadêmicas e favorece o desenvolvimento científico e crítico dos interessados pela temática abordada.

Gênero	Valor absoluto	% observada
Idosos	37	50
Qualidade de vida	19	25,7
Velhice	18	24,3
TOTAL	74	100

Tabela 7 – Classificação temática/descritor.

Fonte: Literatura.

Compreender os mecanismos que interferem na qualidade de vida dos idosos torna-se um instrumento de investigação de qualquer profissional inserido na gerontologia. Este trabalho se reveste de singular importância pois faz a análise das produções concernentes a temática qualidade de vida dos idosos sob a ótica científica das produções analisadas e a posteriori sobre a importância desta temática para os profissionais envolvidos.

A quantidade de produções analisadas sofreu influência em relação ao valor absoluto devido ao amplo intervalo de tempo analisado. Todavia, há na análise das publicações anuais deste intervalo de tempo uma média de produção científica de 3,6%, o que na análise dos anos posteriores mostrou-se abaixo da média.

Percebe-se que a produção científica entre os anos de 2011 a 2015 foi superior com relação aos 10 anos de amostras anteriores ficando com um total de produção de 45,7% (34) publicações, representando uma média anual de 9,14 publicações na base de dados analisada. A abordagem das pesquisas de campo mostrou-se alta evidenciando que há uma busca crescente para o crescimento científico, assim segundo Gil (2008) a pesquisa de campo tem como finalidade desenvolver, esclarecer

e mudar conceitos e ideias com vistas a formulação problemas ou mesmo hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

Infere-se, juntamente a isto, que o desenvolvimento de pesquisas científicas é melhor executado por participação em grupo de pesquisadores devido a generalização de abordagem e atuações multicêntricas e multiprofissionais em gerontologia. Fato também justificado pela criação de grupos de pesquisas em Universidades, o que torna o perfil de autores múltiplos em relação ao gênero. Justifica-se ainda, que há aumento das produções coletivas, é visível que os pesquisadores desenvolvem suas pesquisas e publicações com mais de 3 autores, restringindo as pesquisas individuais para as teses e dissertações e as produções de coautorias para centros de pesquisas de níveis de mestrado e doutorado.

A baixa produção de material voltado ao escopo desta pesquisa a nível *Strictu Sensu* (Mestrados/Doutorados) corrobora com o pressuposto que apenas a minoria da população brasileira tem acesso à educação *Strictu Sensu*. Percebe-se, ainda, uma elitização do conhecimento voltado a gerontologia. Se o Brasil será um país com população idosa vivendo cada dia mais, e composta por longevos, torna-se necessário que ocorra a pulverização destes conhecimentos a todas as camadas sócias e que o predomínio desta abordagem chegue àqueles que podem intervir diretamente na qualidade de vida dos idosos, sejam estes institucionalizados, hospitalizados ou não.

4 | CONCLUSÃO

O envelhecimento da população de forma ativa e saudável é um grande desafio para o setor da saúde. Em geral, muitos profissionais não estão preparados para lidar com os idosos, sendo necessários treinamentos específicos para cuidar desta população. Como estes pacientes são mais vulneráveis ao adoecimento, esses profissionais devem oferecer uma atenção especial aos idosos que apresentam alguma patologia, fragilidade ou encontram-se em processo de fragilização.

A garantia do conhecimento adequado quanto as interfaces do envelhecimento senescente e senil são necessárias para adoção de políticas públicas adequadas a cada perfil de atendimento, buscando a compreensão dos mecanismos que auxiliem a abordagem desse idoso e de sua rede. Infere-se assim, que tal abordagem fomente uma ferramenta que seja capaz de auxiliar o profissional em saúde a se tornar um agente modificador da qualidade de vida dos idosos. Sendo assim, a compreensão detalhada do processo saúde-doença é fundamental para a abordagem correta dos idosos.

REFERÊNCIAS

RIBEIRO, A. P. et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(4):1265-1273, 2008.

FERREIRA, S. M. M. (2005). **Escala de Depressão Geriátrica** (Yesavage). Dissertação [mestrado/não publicada]. Universidade de Aveiro - Secção autónoma de Ciências da Saúde, Aveiro, 2005.

IRIGARAY, T; SCHNEIDER, R. Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. **Revista de Psiquiatria**, 29 (1), 19-27, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, L. H. et al. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. **Cad. Saúde Pública**, 26 (9), 1738-1746, 2010.

LIMA, T. C. S; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katalysis**, v. 10, p. 35-45, 2007.

NUNES, V. M. A; MENEZES, R. M. P; ALCHIERI, C. Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. **Acta Scientiarum**, 32 (2), 119-126. 2010.

Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília, DF: OPAS; 2005.

PORCU, M. et al. Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. **Acta Scientiarum**, 24 (3), 713-717, 2002

SANTOS, S. S. Conceções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Rev Bras Enferm*, 63 (6), 1035-1039, 2010.

SUN, X; LUCAS, H; MENG, Q; ZHANG, Y. Associations between living arrangements and health-related quality of life of urban elderly people: a study from China. **Qual Life Res**, 20, 359 – 369, 2011.

VELHO, L; LEÓN, E. A construção social da produção científica por mulheres. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 10, p. 309-344, 1988.

WHOQOL GROUP. **The World Health Organization quality of life**. Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 1995; 41(10):1403-1409.

OLHAR SOBRE OS TIPOS DE VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS, PERFIL DAS VÍTIMAS E DOS AGRESSORES: REVISÃO INTEGRATIVA

Jonatas Gomes Neri

Faculdade UNINASSAU

Natal – Rio Grande do Norte

Gilson Aquino Cavalcante

Faculdade UNINASSAU

Natal – Rio Grande do Norte

Kaliene Souza Gonçalves

Faculdade UNINASSAU

Natal – Rio Grande do Norte

Lilian Machado de Lima

Faculdade UNINASSAU

Natal – Rio Grande do Norte

Clóvis Gabriel Moreira da Silva

Faculdade UNINASSAU

Natal – Rio Grande do Norte

Sueli Alves Castanha

Associação Educacional Luterana Bom Jesus

Joinville – Santa Catarina

RESUMO: O fenômeno da longevidade tem provocado consequências sociais, gerando impactos em vários setores, principalmente na saúde. Paralelas ao aumento da longevidade várias questões emergem entre elas as violências contra os idosos e suas múltiplas facetas. O quadro brasileiro de transição demográfica implica na urgência ao debate sobre violência onde estudos apontam o crescimento de situações de violência contra idosos.

Questionamos assim quais os tipos de violência a que os idosos são submetidos, quem são os idosos mais vulneráveis a violência e quem são os agressores? Nesta perspectiva, profissionais e acadêmicos da saúde, necessitam ampliar seu olhar no cuidado ao idoso, visualizando além da violência consumada, as situações de vulnerabilidade para sua ocorrência. Identificar as principais formas de violência, conhecendo o perfil dos agressores e das vítimas, por meio de produção científica publicada em periódicos. Revisão integrativa de literatura a partir da BVS: LILACS e MEDLINE utilizando as palavras-chaves: Maus Tratos aos Idosos, Violência e Idosos. Foram incluídos artigos originais dos últimos seis anos, em português e que tivesse o foco na temática abordada, resultando em 06 estudos. As principais formas de violência contra os idosos são a psicológica e física. A vítima na maioria das vezes é do sexo feminino, com idade entre 60 e 69 anos, sem companheiros e com baixa escolaridade. O agressor geralmente é do sexo masculino, é filho e reside com a vítima, dependente financeiramente dela. Conhecer as formas de violência praticada contra idosos é de suma importância para que se possam traçar mecanismos de combate.

PALAVRAS-CHAVE: Maus Tratos ao Idoso; Violência; Idosos.

ABSTRACT: The phenomenon of longevity

has caused social consequences, generating impacts in several sectors, especially in health. Parallel to the increase in longevity, several issues emerge among them violence against the elderly and its multiple facets. The Brazilian demographic transition implies the urgency of the debate on violence where studies point to the growth of situations of violence against the elderly. So we question what types of violence the elderly are subjected to, who are the most vulnerable to violence and who are the perpetrators? In this perspective, health professionals and academics need to broaden their focus on care for the elderly, visualizing, besides the consummated violence, situations of vulnerability to their occurrence. To identify the main forms of violence, knowing the profiles of the oppressors and the victims, through scientific production published in periodicals. Methodology: Integrative literature review from the BVS: LILACS and MEDLINE using the keywords: Elder Abuse, Violence and Elderly. Original articles of the last six years were included in Portuguese and focused on the theme, resulting in 06 studies. The main forms of violence against the elderly are psychological and physical. The victim is most often female, between 60 and 69 years old, without partners and with low schooling. The oppressor is usually a male son who lives with the victim, financially dependent on her. Knowing the forms of violence practiced against the elderly is of great importance for the development of mechanisms of combat.

KEYWORDS: Elder Abuse; Violence; Elderly.

1 | INTRODUÇÃO

A transição demográfica encontra-se em diferentes fases ao redor do mundo gerando um fenômeno demográfico conhecido como envelhecimento populacional (NASRI, 2008). No Brasil de acordo com dados apontados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população de idosos é a que mais aumenta com taxas de crescimento de mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. Espera-se, para os próximos 10 anos, um incremento médio de mais de 1,0 milhão de idosos anualmente (IBGE, 2015). Segundo Motta (2005) o processo biológico de envelhecimento se caracteriza pela perda progressiva da capacidade de adaptação do organismo. Esse acontecimento é inevitável entre os seres humanos, fazendo parte do ciclo natural da vida. Nessa perspectiva o fenômeno da longevidade populacional tem provocado consequências sociais gerando impactos em vários setores, principalmente no sistema de saúde.

Paralelas ao aumento da longevidade várias questões emergem em nossa sociedade, como exemplo as violências contra os idosos e suas múltiplas facetas. Questões relativas à violência contra essa população são verificadas desde épocas antigas (SANCHES; LEBRÃO; DUARTE, 2008). Em 1975 foram descritos os primeiros estudos referente aos maus-tratos contra pessoas idosas, denominados “espancamento de avós”, esse tema passou a ser objeto de estudos no Brasil nas duas últimas décadas, devido ao significativo aumento do número dessa população

(BRASIL, 2014).

O Brasil tem se preparado para essa transição demográfica instituindo mecanismos legais que defendem à pessoa idosa. Dentre eles, destaca-se a criação da Lei nº 10.741, de 1º outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, o qual institui penas severas em caso de descumprimento desta lei. Este documento veio ampliar direitos que já eram previstos na Lei Federal de nº 8842 e também na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2014; BRASIL, 1994; BRASIL, 1988).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) traz que violência contra idosos “são ações ou omissões cometidas uma vez ou muitas vezes, prejudicando a integridade física e emocional da pessoa idosa, impedindo o desempenho de seu papel social. A violência acontece como uma quebra de expectativa positiva por parte das pessoas que a cercam, sobretudo dos filhos, dos cônjuges, dos parentes, dos cuidadores, da comunidade e da sociedade em geral” (BRASIL, 2013). Esta definição é adotada pelo Estatuto do Idoso.

Quanto à natureza da violência contra a pessoa idosa, esta pode se manifestar de várias formas, sendo estabelecidas sete tipologias padronizadas internacionalmente:

- abuso físico, violência física ou maus-tratos físicos: refere-se ao uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte;
- abuso psicológico, violência psicológica ou maus-tratos psicológicos: corresponde a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social;
- abuso sexual e violência sexual: referida ao ato ou ao jogo sexual de caráter homo ou heterorrelacional, utilizando pessoas idosas, que visam obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças;
- abuso financeiro e econômico: consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais;
- abandono: manifestado na ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção;
- negligência: diz respeito à recusa ou omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais;
- autonegligência: relativo à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa de prover os cuidados necessários a si mesmos (BRASIL, 2013).

O quadro de transição demográfica atual implica na urgência ao debate sobre violência, pois estudos apontam o crescimento em situações que envolvem maus tratos contra idosos. Segundo a Secretaria Especial de Direitos humanos, o Disque 100, canal da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, responsável pelo recebimento de denúncias de violações de direitos, registrou 12.454 denúncias de violência contra a pessoa idosa nos quatro primeiros meses de 2016 (de janeiro a abril). Comparado ao mesmo período do ano anterior, o número de denúncias cresceu 20,54% (BRASIL, 2016).

Sob essa perspectiva os profissionais e acadêmicos das áreas de saúde, necessitam ampliar seu olhar no que tange a atenção à saúde do idoso, buscando identificar em sua prática profissional a ocorrência da violência. Considerando o novo perfil populacional destaca-se a importância de estudos que retratem os idosos e sua vulnerabilidade a situações de violência, diante disso, o presente estudo visa agregar conhecimento científico acerca dessa temática, bem como colaborar com o avanço das políticas públicas que visem à melhoria na qualidade de vida e dignidade do idoso. Esta pesquisa teve como objetivo identificar as principais formas de violência, conhecendo o perfil dos agressores e das vítimas, por meio de produção científica publicada em periódicos.

2 | METODOLOGIA

Pesquisa de cunho bibliográfico apresentada em forma de revisão integrativa, baseada em artigos científicos nacionais. Esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Desde 1980 a revisão integrativa é relatada na literatura como método de pesquisa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Para elaboração desta revisão foram consideradas seis fases: Elaboração das questões norteadoras, busca de literatura nas bases de dados, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

Na primeira etapa estabeleceu-se as seguintes questões norteadoras: “*Quais os principais tipos de violência cometidos contra os idosos?*” e “*Como se caracterizam o perfil das vítimas e dos agressores?*”.

Na segunda etapa foram definidos os critérios de inclusão e exclusão. Critérios de inclusão: Publicações em língua portuguesa, publicados período de 2012 a 2017, artigos originais completos que tivessem foco na temática abordada e estivessem disponíveis gratuitamente nas bases de dados selecionadas. Critérios de exclusão: cartas ao editor; relatos de casos; editoriais; revisões integrativas e sistemáticas; teses e dissertações e artigos em duplicidade. Em seguida, realizou-se o levantamento bibliográfico através de buscas de produções publicadas no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Para melhor sistematização e detalhamento das informações encontradas, na terceira etapa, os artigos foram fichados e registrados em uma planilha contendo as seguintes informações: Título; Autores; Ano de Publicação; Objetivo; Metodologia e Principais Achados.

Na quarta, quinta e sexta etapas, as publicações foram analisadas e interpretadas para realizar a apresentação desta revisão. A discussão dos resultados obtidos foi apresentada de forma descritiva, a fim de possibilitar a avaliação da aplicabilidade

desta revisão integrativa. Inicialmente foram encontrados 880 artigos na Biblioteca Virtual em Saúde a partir dos descritores utilizados: 776 MEDLINE e 104 LILACS. Posteriormente, as buscas foram refinadas seguindo os critérios de inclusão e exclusão e permaneceram 40 artigos, 36 artigos na base LILACS e 4 na MEDLINE. Através da análise dos títulos e resumos verificou-se que 34 artigos não atendiam integralmente aos critérios de inclusão e foram excluídos. Ao final 6 artigos foram selecionados uma vez que atenderam integralmente aos critérios de inclusão (Figura 1).

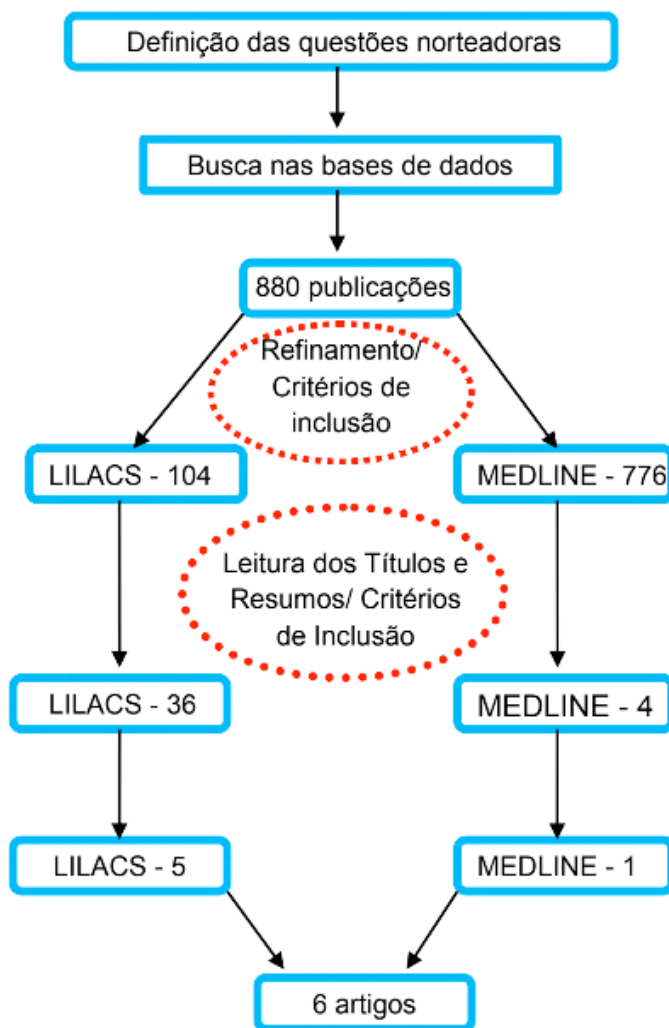


Figura 1. Distribuição dos artigos encontrados, excluídos e selecionados. 2017

3 | RESULTADOS

Os artigos selecionados foram lidos na íntegra. Essa leitura mais detalhada permitiu realizar a identificação de três categorias temáticas: Tipos de agressão, Perfil das vítimas e Perfil dos agressores. Os principais achados estão dispostos na tabela a seguir:

Artigo N°	Tipos de Agressão	Perfil das Vítimas	Perfil dos Agressores
1	Lesão corporal teve maior prevalência. A ameaça ficou em segundo lugar, seguido de injúria.	Em relação à idade, verificou-se a existência de maior número de registros entre os maiores de 60 anos. Quanto ao sexo observou-se a existência de uma tendência dos casos de agressão contra idosos do sexo masculino. Na estratificação do estado civil os idosos casados eram maioria.	62,81% das agressões foram praticadas por pessoas sem parentesco com a vítima.
2	Registraram-se 511 casos de violência física. Em 59,3% dos casos (303), o idoso sofreu violência em sua residência.	Quanto à vítima, foram sexo (feminino), estado civil/ situação conjugal (sem companheiro) e ocupação (aposentado, pensionista ou do lar). Sobre a idade foram registrados 483 casos de violência em idosos entre 60 e 79 anos e 28 casos em idoso com mais de 80 anos.	A proporção de agressores do sexo feminino foi 32% maior do que do sexo masculino e os que mantinham vínculo familiar com a vítima foi 145% maior do que os que não tinham essa relação.
3	O psicológico foi o tipo de maus-tratos mais frequente (47,4%), seguido pelo abuso financeiro ou material (17,7%) e físico (14,3%).	A vítima, na maioria das vezes, é mulher (78,9%), com média de idade de 70 anos, sem companheiro, ou seja, viúva, solteira ou separada (54,2%), com baixa escolaridade e da cor branca (78,3%).	Na maioria das vezes, o agressor era um adulto do sexo masculino (68,6%), com idade média de 46 anos, familiar da vítima (62,8%), com predominância dos filhos (66,4%), seguido por companheiro (22,7%) e outros familiares (10,9%).
4	Em relação de tipo de violência empregada, nota-se a psicológica como a de maior taxa, com 40,2%, seguida da associação física + psicológica (14,1%).	Nota-se predomínio do sexo feminino (65,2%) sobre o masculino. A faixa etária mais atingida foi entre 60-69, com 50,9%. (73,2%) de idosos aposentados quando comparado com as demais ocupações. Houve um predomínio da prática de violência em idosos viúvos, perfazendo 36,6% da amostra. Quanto ao grau de escolaridade foi evidenciado que mais da metade (66,1%) cursou apenas o Ensino Fundamental.	Em relação ao perfil do agressor, houve uma maior taxa do sexo masculino (74,1%) com idade predominante de ≥ 40 em 50,0% dos casos. Quanto ao grau de parentesco, observou-se que os filhos das vítimas eram protagonistas da agressão, representando 61 casos. Ressalta-se que a grande maioria (71,4%) das agressões foram praticadas por parentes, contrapondo-se a apenas 4,4% praticados por cuidadores sem relação consanguínea. Em 61,6% dos inquiridos, a ocupação do agressor foi classificada como "outros", sendo 100% destes referidos como desempregados.

5	H o u v e predominância da agressão física (28), financeira (25) e psicológica (23).	A maioria das vítimas de violência foi do sexo feminino (23,91%). Predominaram as vítimas com idades entre 60 e 69 anos (22,64%), e os idosos que nunca estudaram (analfabetos) foram os que mais sofreram violência (26,15%), assim como os que não tinham companheiro (solteiro/separado/viúvo) (21,71%).	
6	A prevalência de violência física e psicológica foi de 20,9% (n = 152); destes, 20,9% (n = 152) sob violência psicológica e 5,9% (n = 43), física.	Verificou-se maior percentual de idosos que foram submetidos à violência física e psicológica e estratificada para física e psicológica aqueles do sexo feminino, com 60-80 anos, sem escolaridade, com companheiro, com renda e que viviam acompanhados.	

Tabela 1. Organização dos principais achados de artigos indexados em bases de dados

Fonte: Elaborado pelos autores.

4 | DISCUSSÃO

Na análise, os resultados foram divididos em três categorias a partir das perguntas do estudo:

- Tipos de agressão;
- Perfil das vítimas, e;
- Perfil dos agressores.

4.1 TIPOS DE AGRESSÃO

Os estudos realizados por IRIGARAY et al. (2016), através de dados registrados na Delegacia de Proteção ao Idoso do município de Porto Alegre, apresentou o psicológico como o tipo mais frequente de agressão. Esse dado corrobora os achados de outros estudos, os quais apontam que as agressões psicológicas são cometidas pelos familiares dentro do domicílio do próprio idoso, sendo caracterizado também como violência doméstica. No Brasil, estudos que abordam a violência doméstica demonstram que essa manifestação da violência sempre prevalece. Segundo MELO (2006, apud ABATH; LEAL; MELO FILHO, 2012, p.307) verificou-se que 62,1% dos

casos de violência ocorreram na residência da vítima, já PASINATO et al. (2006, apud ABATH; LEAL; MELO FILHO, 2012, p.307) diz que esse percentual foi de 59%. Em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, a proporção encontrada foi de 86%.

Em estudo para verificar a prevalência de violência física e psicológica, PAIVA; TAVARES (2015) apontam a agressão psicológica superior à agressão física. Segundo os autores, esse fato expressa o ciclo da violência, pois, em geral, antes de ocorrer a agressão física, o agressor ameaça a vítima ou comete violência psicológica, que, por vezes, é negligenciada. IRIGARAY et al. (2016), apontam como hipótese para explicação da maior ocorrência de maus-tratos psicológicos, fatores que envolvem esse tipo de violência como discussão de problemas familiares e de negociações financeiras que são feitas verbalmente. Essa atitude implica em discriminação e desqualificação do idoso, que acaba se sentindo ameaçado e desvalorizado.

Contra-pondo-se a esses achados, outros autores destacaram a violência física como sendo a mais praticada contra a população idosa. ABATH; LEAL; MELO FILHO (2012) encontrou uma frequência de 71,6% de violência doméstica do tipo física contra os idosos submetidos a exame de corpo de delito no Instituto Médico Legal na cidade do Recife. No que se refere aos tipos de maus-tratos sofridos no Distrito Federal, a maior prevalência de lesão corporal corrobora os achados na literatura e pode ser explicada pela fragilidade física do idoso frente a seu agressor (OLIVEIRA et al., 2012).

Para ABATH; LEAL; MELO FILHO (2012) a violência contra a pessoa idosa se configura em diferentes cenários, mas o mais comum e também o mais difícil de se combater o fenômeno é o ambiente domiciliar. Referente às motivações para a prática da violência, foi notório que em todos os estudos apareceram a dependência financeira do agressor como principal motivo das agressões. SILVA; DIAS (2016), em um estudo que observou a perspectiva dos agressores, apontaram que as principais motivações foram: uso de álcool, proximidade física, relacionamento permeado de violência entre ambos além da dependência financeira.

Entretanto, ABATH; LEAL; MELO FILHO (2012) compartilha com a visão de diferentes autores em relação à dificuldade de se comparar estudos que abordam a violência contra a pessoa idosa em função das diferentes definições conceituais adotadas, características das amostras e métodos utilizados nas pesquisas.

4.2 PERFIL DA VÍTIMA

Para descrever o perfil da vítima foram destacados quatro itens, sendo eles: Sexo, idade, estado civil e grau de escolaridade. Referente ao sexo das vítimas, dos sete artigos estudados, cinco apontaram as mulheres como as maiores vítimas de agressões. Em estudo desenvolvido no Departamento de Atendimento a Grupos Vulneráveis (DAGV) da Polícia Civil de Sergipe, AGUIAR et al. (2015), evidenciou predomínio do sexo feminino em 65,2% sobre o masculino em idosos acometidos por

violência. Já no estudo de IRIGARAY et al. (2016), na Delegacia de Proteção ao Idoso de Porto Alegre, o percentual encontrado foi de 78,9%.

Esses dados mostram a relação de gênero, em que as atribuições do homem e da mulher foram construídas historicamente, marcadas pela assimetria e hierarquia na relação entre eles e reproduzidas cotidianamente. Revela, ainda, a cultura de discriminação contra a mulher (PAIVA; TAVARES, 2015). Autores defendem que há maior vulnerabilidade da mulher idosa à violência, em especial, aquelas que já sofriam violência doméstica em idade adulta, este fato exerce maior influência na ocorrência de maus-tratos que o risco de incapacidade decorrente da maior expectativa de vida (AGUIAR et al., 2015). Tal resultado difere das pesquisas realizadas por OLIVEIRA et al. (2012), que apontam uma tendência maior dos casos de agressão contra idosos do sexo masculino.

Em relação à idade constatou-se que a violência é predominante em idosos entre 60 e 69 anos. AGUIAR et al. (2015) indicaram em sua pesquisa que 50,9% dos idosos violentados pertenciam a essa faixa etária, em consonância com o estudo realizado por DUQUE et al (2012) onde observaram que 22,64% das vítimas de violência também faziam parte desse grupo. AGUIAR et al. (2015) explicam que os idosos nessa faixa etária têm maior autonomia funcional, maior conhecimento em relação a seus direitos e às possibilidades e meios para buscá-los, tornando-os mais favoráveis para denunciarem, crescendo então a taxa de denúncias nesse grupo. Destacam ainda que idosos de idades mais avançadas são mais restritos ao ambiente doméstico em decorrência das barreiras físicas e complicações de saúde, tornando-os menos favoráveis a realização da denúncia.

Sobre o estado civil das vítimas e o grau de escolaridade houve predominância dos idosos sem companheiro (solteiros, viúvos e separados) e com baixa escolaridade. IRIGARAY et al. (2016) encontrou que 54,2% dos idosos vítimas de violência não tinham companheiro corroborando com os achados de outros estudos (ABATH; LEAL; MELO FILHO, 2012; AGUIAR et al., 2015; DUQUE et al., 2012). Quanto ao grau de escolaridade AGUIAR et al. (2015) evidenciou que mais da metade das vítimas (66,1%) cursaram o ensino fundamental, ao passo em que apenas 4,4% cursaram o ensino superior.

AGUIAR et al. (2015) constatou-se que à medida que aumenta o grau de escolaridade decresce o número de agressões. Dessa forma, entende-se que os idosos com baixa escolaridade necessitam de auxílio na administração de seus bens, tornando-os mais dependentes dos familiares e, conseqüentemente, mais susceptíveis aos casos de violência. Para SKIRBEKK & JAMES (2014, apud IRIGARAY et al., 2016, p.549) os idosos que têm pelo menos oito anos ou mais de escolaridade apresentam uma probabilidade significativamente menor de sofrer maus-tratos, pois possuem um nível crítico mínimo que os capacita a reduzir ou evitar abusos. A baixa escolaridade e a ausência de um companheiro constituem-se, portanto, em fatores de risco para a ocorrência de maus-tratos em idosos.

A consulta de enfermagem é um momento favorável para investigação de violência ao idoso em virtude da possibilidade de estabelecer um vínculo entre paciente e enfermeiro. Cabe destacar que os enfermeiros da Atenção Primária e, especificamente, os da Estratégia da Saúde da Família estão inseridos em um modelo de atenção à saúde que privilegia as atividades supracitadas (PAIVA; TAVARES, 2015).

4.3 PERFIL DO AGRESSOR

No tocante ao perfil do agressor IRIGARAY et al. (2016) apontam que, os maus-tratos de uma forma geral, foram praticados principalmente por filhos, do sexo masculino, de meia-idade. Esse dado confirma os achados de AGUIAR et al. (2015), os quais indicam que os agressores mais frequentes foram os filhos em mais de 50% dos casos, destes 74,1% do sexo masculino. O fato de a pessoa idosa ser predominantemente maltratada por um familiar, dentro da sua própria residência, tem implicações importantes. A família é a fonte primária de interação, cuidado e aprendizagem ao longo do desenvolvimento e isso não muda na velhice. Na medida em que a idade avança e há um afastamento do trabalho, o indivíduo tende a restringir suas interações sociais e a aumentar o contato com os familiares (IRIGARAY et al., 2016).

OLIVEIRA et al. (2012) explicam que no Brasil a família constitui o principal sistema de suporte ao idoso e ressalta que as estruturas familiares estão sofrendo modificações ocasionadas por diferentes motivos, dentre eles, separações, divórcios, novas uniões, maior tempo de vida das gerações, aumento do contingente de viúvas e idosos exercendo chefias de família. Para esses autores essas modificações contribuem para o acontecimento de violência no âmbito familiar. O achado relativo ao predomínio da violência no ambiente doméstico corrobora pesquisas recentes onde a violência se expressa de forma mais prevalente no domicílio - local onde é depositada a crença de caráter acolhedor, amoroso e protetor da violência externa (AGUIAR et al., 2015). Em paralelo a isso, a família surge como geradora de conflitos expondo o idoso a situações de violência. Portanto percebe-se uma inversão de valores, onde o idoso está sendo vítima daqueles que deveriam cuidar.

FALEIROS (2007, apud IRIGARAY et al., 2016, p.549) afirma que a perpetração de maus-tratos por membros da família vulnerabiliza o idoso e este se torna receoso de fazer as denúncias. Em decorrência dessa situação, as vítimas tendem a minimizar a gravidade da agressão e a se mostrar leais aos seus agressores. Assim, os idosos vítimas de maus-tratos, frequentemente, negam--se a adotar medidas legais contra membros da família ou a discutir sobre esse assunto com terceiros.

No entanto, OLIVEIRA et al. (2012) em sua pesquisa, encontrou que mais de 60% dos casos de violência foram praticados por pessoas sem parentesco com a vítima. Tratava-se de pessoas designadas a cuidar desses idosos durante a ausência

da família. Contudo, (13,56%) das agressões foram cometidas por pessoas com grau de parentesco. Por ordem de frequência, costumam ser os filhos, mais que as filhas e, em seguida, noras, genros e cônjuges.

A caracterização do agressor, ao ser abordada por investigadores, mostrou os seguintes sinais de vulnerabilidade e risco: o agressor vive na mesma casa que a vítima; filhos dependentes financeiramente de pais com idade avançada; idosos dependentes da família dos seus filhos para sua manutenção; abuso de álcool e drogas praticado pelos filhos ou pelo próprio idoso; isolamento social dos familiares ou do idoso; história de agressão anterior contra o idoso e história de violência na família (OLIVEIRA et al., 2012).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa sobre violência contra idosos e a análise dos resultados propiciou a caracterização dos tipos de violência que mais acometem os idosos, bem como o perfil das vítimas e dos agressores. Os achados evidenciam que a violência psicológica é a mais praticada contra a população idosa, seguida da violência física. Sobre a vítima, observou-se que as mulheres entre 60 e 69 anos, sem companheiro e com baixo grau de escolaridade são as mais agredidas. Ademais, constatou-se que os idosos violentados são vítimas das agressões dos próprios familiares, principalmente por filhos do sexo masculino.

Compreende-se que a família é a primeira fonte de interação, onde deve existir o cuidado, a atenção e também o aprendizado, sendo fundamental esse contato em todas as fases da vida, em especial durante a velhice. Diante disso, destaca-se a instalação de uma situação problemática, onde há predomínio de pessoas idosas sofrendo maus tratos em seus domicílios, ou seja, sendo vitimados por aqueles que deveriam protegê-los. Isso implica na qualidade de vida dessa parcela da sociedade.

Conhecer as formas de violência praticada contra idosos é de suma importância para que se possam traçar mecanismos de combate. Neste sentido, é fundamental que os profissionais de saúde, juntamente com as demais áreas, aprimorem a avaliação ao idoso, com o propósito de identificar precocemente casos de violência, reduzir essas situações e assim diminuir às consequências danosas à saúde das vítimas. As situações de maus-tratos aos idosos podem ser identificadas por meio da organização dos serviços de saúde, principalmente os da Atenção Primária que estão mais próximos da população.

Destaca-se a dificuldade de comparar estudos que abordem essa temática em decorrência dos diferentes conceitos adotados, das características das amostras e dos métodos utilizados nas pesquisas. Diante do exposto, sugere-se a elaboração de novos estudos que englobem a violência contra idosos a fim de definir de forma precisa essa problemática, contribuindo para que ocorram melhorias nas políticas públicas que abordam a promoção e proteção à saúde do idoso.

REFERÊNCIAS

ABATH, Marcella de Brito; LEAL, Márcia Carréra Campos; FILHO, Djalma Agripino de Melo. **Fatores associados à violência doméstica contra a pessoa idosa**. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n2/13.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

AGUIAR, Maria Pontes Campos de et al. **Violência contra idosos: descrição de casos no município de Aracajú, Sergipe, Brasil**. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0343.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

BRASIL. Maria Cecília de Souza Minayo. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Brasil: manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa: É possível prevenir. É necessário superar**. 2014. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/publicacoes/violencia-contra-a-pessoa-idosa>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

_____. **Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília. DF. 01 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 10 abr. 2017.

_____. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília. DF. 04 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 10 abr. 2017.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília. DF. 05 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 10 abr. 2017.

_____. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. **O mapa da violência contra a pessoa idosa no Distrito Federal / Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios**. – Brasília: MPDFT, 2013. 36 p. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/noticias/arquivos/mapa-da-violencia-contra-o-idoso>>. Acesso em: 02 jan. 2017.

_____. MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS. **Dados do Disque 100 mostram que mais de 80% dos casos de violência contra idosos acontece dentro de casa**. 2016. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/noticias/2016/junho/dados-do-disque-100-mostram-que-mais-de-80-dos-casos-de-violencia-contra-idosos-acontece-dentro-de-casa>>. Acesso em: 02 jan. 2017.

DUQUE, Andrezza Marques et al. **Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE)**. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/30.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2017.

IBGE. **Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI: Subsídios para as projeções da população**. 2015. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

IRIGARAY, Tatiana Quartiet al. **Maus-tratos contra idosos em Porto Alegre, Rio Grande do Sul: um estudo documental**. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v33n3/0103-166X-estpsi-33-03-00543.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2017.

MENDES KDS, SILVEIRA RCCP, GALVÃO CM. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto contexto - enferm. 2008; 17(4):758-764. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2017.

MOTTA, Luciana Branco da. **Treinamento interdisciplinar em saúde do idoso: um modelo de programa adaptado às especificidades do envelhecimento**. Rio de Janeiro: UERJ, 2005. Disponível em: <<http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/pdf/tisi.pdf>>. Acesso em: 9 dez. 2016.

NASRI, Fábio. **O envelhecimento populacional no Brasil**. 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=516986&indexSearch=ID>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de et al. **Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal**. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n3/v15n3a16.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

PAIVA, Mariana Mapelli de; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. **Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados**. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/0034-7167-reben-68-06-1035.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

SANCHES, Ana Paula R. Amadio; LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. **Violência Contra Idosos: uma questão nova?** 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/10.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2016.

SILVA, Cirlene Francisca Sales; DIAS, Cristina Maria de Souza Brito. **Violência Contra Idosos na Família: Motivações, Sentimentos e Necessidades do Agressor**. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n3/1982-3703-pcp-36-3-0637.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2017.

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: LITERATURAS DA ENFERMAGEM BRASILEIRA

José Rocha Gouveia Neto

Enfermeiro, formado pela Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande – Paraíba. Pós-Graduando em urgência, emergência e UTI pelo Centro Universitário UNIFACISA

Aísha Sthéfany Silva de Menezes

Enfermeira, formada pela Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande. Residente em saúde da família e da comunidade pela Secretária Municipal de Saúde de João Pessoa – Paraíba

Bruna Oliveira Gonzaga

Enfermeira, formada pela Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande – Paraíba

Camila Ritchey Soares de Oliveira Farias

Enfermeira, formada pela Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande – Paraíba

Daniilo do Nascimento Arruda Câmara

Médico, formado pela Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande – Paraíba

Iago Vieira Gomes

Enfermeiro, formado pela Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande – Paraíba. Pós-Graduando em terapia intensiva pela UNIPÊ

Mônica Gusmão Lafrande Alves

Enfermeira, formada pela Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande – Paraíba

Roberta Paolli de Paiva Oliveira

Enfermeira, formada pela Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande – Paraíba

Xênia Sheila Barbosa Aguiar Queiroz

Enfermeira, mestranda pela Universidade

Federal da Paraíba. Especialista em urgência e emergência e auditoria em serviços de saúde pela Faculdade Internacinal Signorelli

Jesana Sá Damasceno Moraes

Enfermeira, mestre em saúde pública pela Universidade Estadual da Paraíba. Especialista em Gerontologia e saúde mental pela Universidade Cândido Mendes e em Gestão em saúde pela UEPB

RESUMO: A assistência à saúde deve ser universal, atendendo a todos independente de sexo, gênero, religião, etnia. Dentro dessa universalidade destacamos a saúde do homem, crescente elevação da incidência de mortalidade masculina quando comparada com a feminina, pelo o fato de não usufruir dos serviços de saúde com frequência. Este estudo tem como objetivo avaliar a produção científica sobre os cuidados de enfermagem na saúde da população masculina dentro da atenção primária. Trata-se de uma revisão de literatura, que utilizou para busca a Biblioteca Virtual de Saúde, em março de 2017. Foram utilizados os descritores em Ciências da Saúde: “**Saúde do homem**”, “**Cuidados de Enfermagem**” e “**Atenção Primaria a Saúde**”, combinados com o operador booleano “AND”, resultando em 129 artigos após utilizar os seguintes critérios de inclusão: estudos disponíveis na integra,

realizados no Brasil, publicados entre 2012 a 2017 e artigo como tipo de estudo. Após análise dos achados, a amostra final foi de quatro estudos. Destacamos a pequena quantidade de publicações com enfoque na saúde do homem. Os estudos foram encontrados nas bases de dados LILACS (25%) e BDENF (75%), sendo do seguinte tipo: Coorte (25%), exploratório descritivo (50%) e documental (25%), com abordagem quantitativa e qualitativa (50%). Fatores sociais e de gêneros tornam-se barreiras para a realização dessa assistência, destaca-se a falta de vínculo dos profissionais de saúde com estes usuários, por conhecimento deficiente e a ausência de organização do serviço para atendê-los. Este estudo demonstra a necessidade de intensificar a elaboração de produções científicas para aperfeiçoamento da assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Homem, Cuidados de Enfermagem, Atenção Primária a Saúde.

ABSTRACT: Health care must be universal, serving everyone regardless of sex, gender, religion, ethnicity. Within this universality we highlight the health of the man, increasing the incidence of male mortality when compared with the female, by the fact of not frequenting health services. This study aims to evaluate the scientific production on nursing care in the health of the male population within the primary care. This is a literature review, which was used to search the Virtual Health Library in March 2017. The descriptors in Health Sciences were used: “**Health of man**”, “**Nursing Care**” and “**Primary Health Care**”, Combined with the Boolean operator” AND “, resulting in 129 articles after using the following inclusion criteria: available studies in Brazil, published between 2012 to 2017 and article as type of study. After analysis of the findings, the final sample was from four studies. We highlight the small number of publications focusing on human health. The studies were found in the databases LILACS (25%) and BDENF (75%), being of the following type: Cohort (25%), exploratory descriptive (50%) and documentary (25%), with quantitative and qualitative approach 50%. Social and gender factors become barriers to this assistance, highlighting the lack of linkage of health professionals with these users due to poor knowledge and the lack of organization of the service to serve them. This study demonstrates the need to intensify the elaboration of scientific productions to improve the assistance.

KEYWORDS: Human Health, Nursing Care, Primary Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

A assistência à saúde deve-se ser universal, atendendo todos os usuários independente de sexo, gênero, religião e/ou etnia. Dentro dessa universalidade, destacamos a saúde do homem, como sendo uma população com alto risco e vulnerabilidade às doenças, enfermidades crônicas, violências e acidentes, resultando em uma elevação da incidência de mortalidade masculina quando comparada com a feminina, pelo o fato de não usufruir dos serviços de saúde com frequência (BRASIL,

2012).

A falta de conhecimento sobre as necessidades de saúde do homem, exige uma revisão do processo de assistência em saúde prestado pela atenção básica, no que diz respeito a procura e compreensão desse público (SILVA et al, 2013). As barreiras institucionais, culturais e sociais, dificultam o acesso dos homens às unidades de saúde, sendo sinalizada a infraestrutura organizacional e sistematizada dos serviços, o que constitui um problema sério de acessibilidade para um cuidado integral aos homens (SANTOS et al., 2015).

Estudo feito em uma ESF na Bahia, revelou que os homens não procuram as UBSF devido ao horário de atendimento (55,88%), medo de descobrir alguma doença (9,81%) e preconceito (2,94%), sendo indicadores resultantes das barreiras encontradas na atenção básica (SANTOS et al., 2015).

Visando o aperfeiçoamento da assistência à saúde do homem, o Ministério da Saúde (MS) elaborou em 2009, a política nacional de atenção integral a saúde do homem, tendo como população alvo, homens de 20 a 59 anos, quebrando estereótipos criados pela sociedade sobre o homem sendo o sexo forte, dominador e responsável pela família, uma vez que esse tipo de construção, prejudica esses indivíduos em diversos aspectos (BRASIL, 2008).

A PNAISH (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem) aborda eixos que exprimem as especificidades da saúde do homem, tais como: indicadores demográficos, violência, alcoolismo, tabagismo, deficiências, adolescência e velhice, direitos sexuais e reprodutivos, indicadores de mortalidade e morbidades, norteando as ações da atenção básica direcionadas a esse público (BRASIL, 2008).

Dentro do espectro de ações ofertadas, podemos destacar a assistência de enfermagem, que ainda é constituída de ações fragmentadas, com uma abordagem generalista e superficial, ausente do contexto ambiental e cultural o qual os homens estão inseridos, sendo necessário o aprofundamento de reflexões acerca da saúde do homem (RIBEIRO et al., 2014).

Sendo assim, o objetivo deste estudo é avaliar a produção científica sobre os cuidados de enfermagem na saúde da população masculina dentro da atenção primária.

2 | METODOLOGIA

Revisão integrativa é um método investigativo onde são selecionados determinados estudos e a partir desta seleção é feita uma análise por meio de diferentes critérios, construindo opiniões e ideias sobre determinados assuntos, proporcionando um impacto para certas práticas, chamando a atenção para enfermagem, já que esta relaciona-se diretamente com práticas clínicas que deverão ser modificadas dependendo de resultados obtidos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a construção da revisão foram utilizadas as etapas: (1) identificação do tema e seleção da hipótese; (2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos e busca na literatura; (3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; (4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; (5) interpretação dos resultados; e (6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

1° Etapa: Selecionou-se o questionamento a seguir para elaboração do tema: *“Qual é o cenário da literatura sobre a assistência à saúde do homem?”*.

2° Etapa: Utilizou para busca a Biblioteca Virtual de Saúde, em março de 2017. Foram utilizados os descritores em Ciências da Saúde: **“Saúde do homem”**, **“Cuidados de Enfermagem”** e **“Atenção Primária a Saúde”**, combinados com o operador booleano **“AND”**, o que resultou em 7.430 artigos. Os seguintes critérios de inclusão foram utilizados: estudos disponíveis na integra, realizados no Brasil, publicados entre 2012 a 2017 e artigo como tipo de estudo. Após a utilização dos critérios obteve 129 estudos.

3° Etapa: Após a coleta dos dados, as informações foram inseridas em uma planilha no Microsoft Excel office 365 2016 contendo os seguintes dados: autores; base de dados; ano; revista; objetivo do estudo, resultados principais e região do país. Os dados desta planilha serviram como ferramenta para organização dos estudos, orientação da pesquisa e para construção dos resultados.

4° Etapa: Realizou-se leituras analíticas, proporcionando discussões entre os autores sobre a temática estudada, almejando explicações sobre os dados coletados.

5° e 6° Etapa: Os resultados foram apresentados através de uma tabela, contendo título, objetivo e resultado principal. Com isso, surgiu os seguintes eixos temáticos: **I. Diferentes realidades atreladas aos aspectos socioculturais; II. Acessibilidade da população masculina na Atenção Primária a Saúde; III. Formação dos profissionais em relação saúde masculina.**

Os pesquisadores levaram em consideração as diretrizes éticas contidas na resolução COFEN nº 311/2007 que dispõe sobre o ensino, a pesquisa e a produção técnico científica, principalmente, no que concerne ao capítulo III.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra coletada após a filtragem, foi analisada e excluindo-se artigos repetidos e com texto inadequado para a temática, obteve uma nova amostra composta por quatro estudos, encontrados nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

A partir desta nova seleção, construiu-se a tabelas a seguir para aprofundamento da temática.

Artigo	Base de Dados	Tipo de Estudo	Abordagem	Região
Saberes e práticas do enfermeiro acerca do câncer de pênis	BDEFN	Exploratório descritivo	Qualitativo	Nordeste
Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre-RS	LILACS	Coorte	Quantitativo	Sul
Análise da acessibilidade masculina aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) em um município do Nordeste da Bahia, Brasil.	BDEFN	Exploratório descritivo	Quantitativo	Nordeste
Saúde dos homens: abordagem na formação de enfermeiros	BDEFN	Documental	Qualitativo	Sul

Tabela I: Análise referente a base de dados, características metodológicas e regiões do país realizado o estudo.

I. Diferentes realidades atreladas aos aspectos socioculturais:

Dos quatro artigos analisados, dois eram do tipo exploratório descritivo, onde a classificação exploratória diz respeito à explicitação de eventos, e descritivo porque descreve as características de uma população ou fenômeno (GONÇALVES, 2014; GIL, 2008).

Ao analisar os artigos, percebeu-se a divergência no que concerne as regiões de realização do estudo: nordeste e sul do país, totalmente diferentes em seus contextos populacionais, socioeconômicos, culturais, de acesso aos serviços de saúde. Contudo, é explícito que dentre eles todos apresentam um mesmo ponto: o homem tem dificuldades em procurar os serviços de saúde como forma de promover a saúde.

Como já citado, eles se sentem no dever de cuidar da família, e isso os impede de olharem para si mesmos, por mera construção cultural de que eles são invencíveis. Assim, podemos observar na tabela a seguir os objetivos e resultados diferentes.

Artigo	Objetivo	Resultado
Saberes e práticas do enfermeiro acerca do câncer de pênis	Descrever e analisar o conhecimento e a prática do enfermeiro da estratégia saúde da família sobre o câncer de pênis.	A pesquisa explana a carência de conhecimento sobre o câncer de pênis por parte dos enfermeiros da atenção básica, apresentando prática fragmentada, descontextualizada das necessidades do homem como um ser holístico

Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre-RS	Avaliar a adequabilidade da assistência pré-natal de baixo risco, conforme a recomendação do Ministério da Saúde, quanto ao número mínimo de consultas, e verificar possíveis fatores associados.	Mulheres com companheiros fixos compareceram a mais consultas no pré-natal e uma mesma tendência foi observada naquelas mulheres com maior número de filhos.
Análise da acessibilidade masculina aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) em um município do Nordeste da Bahia, Brasil.	Conhecer os fatores socioculturais que inviabilizam a acessibilidade dos homens aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) em um município do nordeste da Bahia, Brasil.	Grande parte dos entrevistados não conhece a equipe multidisciplinar da Estratégia de Saúde da Família (ESF) a qual pertence; a procura pela atenção primária a saúde está restrita a condições de doença; 97,06% dos homens não conhecem ou não procuram a ESF alegando horário de atendimento (55,88%), medo de descobrir alguma doença (9,81%) e preconceito (2,94%) como principais fatores impeditivos.
Saúde dos homens: abordagem na formação de enfermeiros	Analisar como a temática relacionada à saúde dos homens é abordada nos currículos dos Cursos de Graduação em Enfermagem em um município do Rio Grande do Sul – RS, Brasil.	Os resultados mostraram uma abordagem generalizada em relação a saúde dos homens e a inserção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem nas discussões acadêmicas da graduação em enfermagem.

Tabela II: Análise referente aos objetivos e resultados principais acerca da temática estudada.

II. Acessibilidade da população masculina na Atenção Primária a Saúde:

Há muitas barreiras que impossibilitam a desenvoltura da atenção à saúde do homem de forma eficaz, o que faz com que essa população seja conduzida a uma prática em saúde fragmentada, que não o analisa como um ser holístico. Dentre elas estão as barreiras institucionais, como a própria dificuldade que o homem sente ao chegar a um estabelecimento de saúde, quer pelo horário de atendimento, quem pela demora em ser atendido. Na sua concepção, ele pode encarar a espera no atendimento como perda de produtividade no trabalho, o que conseqüentemente, afetará no sustento de sua família. Outro fator muito relevante é a questão do despreparo profissional para lidar com essa população, quando não a encara como singular, necessitada de atenção particularizada, e isso dificulta o desenvolvimento do vínculo entre profissional-cliente (COSTA; TEIXEIRA; CASTRO, 2015; PNAISH, 2008).

Ainda no que tange a falta de preparo profissional, há dificuldades gerais em se aprofundar em conhecer mais sobre a população masculina, por parte do próprio profissional e também por parte do Ministério da Saúde. O homem, portanto, já se sente inseguro ao buscar um serviço de saúde, e quando há despreparo assistencial evidente há quebra de confiança. Ainda, mesmo que haja alguma ação educativa direcionada a esse público, não acontece diálogo direto e nem é cultivada a autonomia. O que muitos profissionais sabem acerca da saúde do homem é adquirido no cotidiano,

através de casos isolados, e não diretamente através de capacitações e busca pelo conhecimento (COSTA; TEIXEIRA; CASTRO, 2015).

Outro fator que merece destaque no seguimento da saúde masculina consiste na realidade da busca tardia, por uma assistência especializada, ou seja, somente quando já há um agravo maior a saúde, o que faz com que seja uma assistência praticamente curativista, e não profilática, de promoção e prevenção de doenças e agravos (SANTOS et al., 2015).

É imprescindível a reorganização e criação de estratégias na atenção primária voltada a população masculina, priorizando o estabelecimento de vínculo dela com os profissionais, com a família e com a sociedade como um todo (COSTA; TEIXEIRA; CASTRO, 2015). Ademais, é imprescindível que os serviços de saúde desenvolvam estratégias que façam com que o homem se sinta protagonista de sua própria história, assim como é feito nos programas de atenção à saúde da mulher.

A PNAISH, por si só, já se apresenta como uma facilitadora para a promoção e prevenção de doenças e agravos à saúde masculina, por meio de estratégias pontuais e eficazes para essa população. (RIBEIRO, et al., 2014). Dentre elas, encontra-se a ideia ampliada de promover a educação como forma de alcançar os objetivos propostos na política e nos programas de saúde (PNAISH, 2008).

III. Formação dos profissionais em relação saúde masculina:

As diretrizes curriculares de enfermagem têm como foco a formação de profissionais que possuam um conhecimento crítico-reflexivo, prestando uma assistência integral e humanizada, porém observa-se a escassez de disciplinas que abordem a saúde do homem integralmente. No estudo de Ribeiro et al. (2014) é encontrado dados referentes a este tipo de disciplina, porém a mesma é optativa, ou seja, os graduandos têm o direito de escolher se participam ou não, diferente de outros componentes curriculares como saúde da mulher, criança, idoso que são obrigatórias.

Essa situação resulta em um déficit relacionado a saúde do homem, o que impede prestar uma assistência integral para essa população, consequência contraditória quando observa-se o objetivo das diretrizes curriculares, aquém disso, os profissionais não devem optar qual grupo de usuários ele vai prestar assistência (RIBEIRO et al., 2014).

Durante a formação acadêmica percebe-se, previamente, a deficiência na abordagem de conteúdos voltados à saúde do homem, especificamente. Sempre que é abordado, é de forma fragmentada, descontextualizada, tecnicista, inserida de forma vaga e generalista nos assuntos de saúde do adulto, ou saúde coletiva. Ademais, percebe-se que os assuntos mais abordados são voltados às características biológicas, principalmente a reprodução ou dentro dos programas voltados às doenças crônicas comuns da sociedade (RIBEIRO et al., 2014).

Partindo do ambiente acadêmico e analisando os profissionais atuante, também

é encontrado déficit no cuidado com os usuários masculinos, a falta de interesse em procurar meios para aperfeiçoar o conhecimento nessa área também é observado. A escassez de capacitações sobre saúde do homem é bastante questionada pelos profissionais, onde em muitos casos apenas o Novembro Azul, campanha contra o câncer de próstata, é realizado nos serviços (COSTA; TEIXEIRA; CASTRO, 2015).

4 | CONCLUSÃO

Em nossa vivência, é perceptível que o homem procura a atenção primária com menor frequência, sendo esta procura mais comum em casos graves, que já não podem ser solucionados apenas pelos cuidados neste nível de atenção.

Fatores sociais e de gênero tornam-se barreiras para a realização da assistência de qualidade aos homens, com destaque a falta de vínculo dos profissionais de saúde com estes usuários, por conhecimento deficiente e a ausência de organização do serviço para atendê-los em seus horários de maior disponibilidade. O surgimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) também é recente, e ainda pouco abordada nas universidades que formam os profissionais de saúde, o que nos traz como consequência a falta de manejo destes profissionais na prestação de cuidado a estes homens, e um baixo número de publicações e estudos sobre a temática na área, como também a má distribuição destas pelas regiões do país.

Este estudo vem destacar então, a necessidade de se intensificar a elaboração de produções científicas para aperfeiçoar o conhecimento dos profissionais de saúde, com destaque aos profissionais de enfermagem, resultando em uma visão holística do homem, observando assim, todas as suas necessidades.

REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde. **Boletim do Instituto de Saúde – BIS: Saúde do Homem no SUS**, São Paulo, v. 14, n. 1, ago. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)**. Brasília, DF, p. 40, 2008. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf>.

COSTA, L.S.; TEIXEIRA, J.K.F.; CASTRO, S.F.F. **Saberes e práticas do enfermeiro acerca do câncer de pênis. Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, V. 3, N. 7, p. 2781-2795, 2015. Disponível em <<http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750947011.pdf> >.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, H. A. **Manual de Metodologia da Pesquisa Científica**. Ed. Avercamp, v. 2, 2014.

HASS, C.N.; TEIXEIRA, L.B.; BEGHETTO, M.G. **Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre-RS. Rev Gaúcha Enferm**, v. 3, n. 34, p. 22-30, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/a03v34n3.pdf>>.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto – enferm.** Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>.

RIBEIRO, D.B. et al. **Saúde dos homens: abordagem na formação de enfermeiros. Rev. enferm. UERJ**, v. 4, n. 22, p. 540-545, 2014. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a17.pdf>>.

SANTOS, A.D. et al. **Análise da acessibilidade masculina aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) em um município do Nordeste da Bahia, Brasil. Rev. iberoam. educ. invest. enferm. (Internet)**, v.1, n. 5, p. 26-34, 2015. Disponível em <<https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/148/>>.

SILVA, P. L. N.; MACIEL, M. M.; CARFESAN, C. B.; SANTOS, S.; SOUZA, J. R. **A Política de Atenção à Saúde do Homem no Brasil e os desafios da sua implantação: uma revisão integrativa.** Minas Gerais. **Rev. Enfermería Global**. n. 32, out. 2013.

MASCULINIDADES E AS REPERCUSSÕES GERADAS NO ACESSO DE HOMENS AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Anderson Reis de Sousa

Escola de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Membro do Grupo de Estudos Sobre o Cuidado em Saúde. Salvador, Bahia. Brasil.

Álvaro Pereira

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Membro Líder do Grupo de Estudos Sobre o Cuidado em Saúde. Salvador, Bahia. Brasil.

Ailton Santos

Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa – CEDAP. Membro do Grupo de Estudos Sobre o Cuidado em Saúde. Salvador, Bahia. Brasil. NEPAD I – Instituto de Saúde Coletiva (ISC-UFBA).

Andrey Ferreira da Silva

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Membro do Grupo de Estudos Sobre o Cuidado em Saúde. Salvador, Bahia. Brasil.

Thiago da Silva Santana

Universidade Estadual de Feira de Santana. Departamento de Saúde (Enfermagem).

Isabella Félix Meira Araújo

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Membro do Grupo de Estudos Sobre o Cuidado em Saúde. Salvador, Bahia. Brasil.

Josias Alves de Oliveira

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Membro do Grupo de Estudos Sobre o Cuidado em Saúde. Salvador, Bahia. Brasil.

Igor Carlos Cunha Mota

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Salvador, Bahia. Membro da Área Técnica em Saúde do Homem.

Márcio Soares de Almeida

Hospital Português da Bahia. Membro do Grupo de Estudos Sobre o Cuidado em Saúde. Salvador, Bahia. Brasil.

RESUMO: Este capítulo tem como objetivo apresentar uma discussão sobre as masculinidades e as repercussões geradas no acesso de homens aos serviços de Atenção Básica à Saúde, propondo estratégias de intervenções para minimizá-las. Ao considerar que as masculinidades constituem elementos de influência no modo como os homens, e possivelmente também as mulheres concebem o seu modo de lidar com o corpo e com a saúde, e como estabelecem as relações de cuidado podendo inclusive interferir nesse processo, buscou-se apresentar as repercussões e apontar reflexões e caminhos possíveis de mudanças de cenários em que a situação de

saúde seja colocada em risco.

1 | INTRODUÇÃO: CONSTRUÇÃO SOCIAL DAS MASCULINIDADES E A RELAÇÃO ENTRE CUIDADO À SAÚDE

No afã de discutirmos as condicionantes que vêm intervindo na baixa procura de homens pelos serviços de saúde e vislumbrando as possibilidades de riscos de morte a que esses homens se submetem, em qualquer campo de produção, seja no trabalho, no trânsito e mesmo na vida na vida cotidiana, na sua comunidade e nos grupos sociais em que vive, estamos arriscando analisar os fatores relacionados a categoria gênero e masculinidades, buscando compreender a dimensão dos fatores que interferem na construção de atitudes e comportamentos e que determinam os destinos desses homens na sociedade ocidental (JULIÃO, 2014; MACHIN et al., 2011; GOMES, 2007).

Em 2009, com a determinação do Ministério da Saúde do Brasil, a criação de uma *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)*, evidenciou-se nos meios de comunicação um panorama preocupante no que se refere à saúde dos homens (GOMES, 2010; BRASIL, 2009).

Entende-se que mesmo os homens tendo o acesso aos serviços de saúde assegurados enquanto política pública, estes ainda precisam entender os riscos que se fazem presentes no cotidiano das suas atividades laborais e da vida, visto que sofrem influência das condicionantes de gênero, que nem sempre são identificadas, e os submetem ao declínio do compromisso com o autocuidado.

Dessa forma, foi pensando nessa temática que se considerou significativo investir em estudos sobre o acesso aos serviços por estes homens, tendo como cenário as discussões sobre as construções antropológicas de gênero sobre essas masculinidades, como fator impeditivo sobre a sua busca pelos serviços de saúde.

2 | CONTEXTUALIZAÇÃO/PROBLEMATIZAÇÃO

Em se tratando da saúde de homens na Atenção Básica, a Política Nacional propõe que a Estratégia de Saúde da Família seja tomada enquanto um espaço preferencial e estratégico para a concretização das ações da mesma. Chama-se a atenção para que seja considerada as questões relativas ao gênero e as masculinidades na implementação da assistência, como forma de compreender que o comportamento masculino hegemônico pode resultar na pequena procura desse público aos serviços de saúde nesse nível de complexidade.

Esse processo de implementação da Política só avançará se gestores e trabalhadores da saúde assumirem um comportamento atitudinal diferenciado, atento

e pautado em postura que contemple o gênero juntos aos processos de planejamento, organização, programação e implementação das ações estratégicas em saúde voltadas à população masculina.

2.1 Repercussões da construção social das masculinidades no acesso aos serviços de Atenção Básica

As repercussões trazidas pela construção social das masculinidades, se dão de modo coletivo, no âmbito do imaginário social, acerca do que se constitui “ser homem”. Assim também como no âmbito individual, sob a forma como os homens constroem e concebem as suas marcas identitárias masculinas. Desse modo, a seguir serão apresentadas situações que repercutem no acesso de homens aos serviços de Atenção Básica à Saúde, a partir da construção social das masculinidades, sobretudo, aquelas que se pautam no modelo hegemônico.

2.1.1 Repercussão 1: Dificuldades no acesso à saúde

No que se refere estritamente ao acesso de homens aos serviços de Atenção Básica Saúde, encontram-se desvelados alguns elementos demarcados fortemente pela construção social das masculinidades que geram barreiras diversas, podendo ser classificadas nas dimensões culturais, institucionais e atitudinais.

2.1.2 Repercussão 2: Barreiras culturais

Partindo da compreensão de que a construção da identidade masculina, se dá em grande parte no âmbito da socialização e educação familiar, acredita-se que os meninos desde a tenra idade são condicionados a exercerem determinados papéis e padrões ditos *masculinos*. É na infância, que são fortalecidos *imaginários mágicos* do que é ser homem, estimulando-os precocemente à testarem as suas masculinidades, por meio da hiperestimulação da virilidade, força, dominação, posse e honra. Nesse sentido, é que muitos homens rejeitam a possibilidade de adotarem comportamentos saudáveis, por associarem ao feminino, uma vez que apreendem desde muito cedo que essas condutas devem ser negadas.

É seguindo esse padrão de masculinidade idealizado que são suscitadas a ideia de para ser homem é preciso ser viril e não afeminado. Sobre esta ótica, um estudo que buscou investigar porque os homens buscam os serviços de saúde menos do que as mulheres, observou que tanto aqueles de baixa escolaridade, quanto os de alto nível educacional, acreditavam de que esse era o padrão natural a ser seguido, no entanto foi possível perceber que os homens também reconheceram de que é possível exercer novos moldes de ser masculino, despertando para a possibilidade na construção de um *novo homem* (mais sensível, cuidadoso, amoroso, atencioso,

calmo, não violento) (GOMES, 2007).

É tomando como base esse pressuposto que imagina que as barreiras culturais se encontrem presentes enquanto potencializadoras do afastamento dos homens dos serviços, por reforçar construções que se atualizam transgeracionalmente. Muitas são as mensagens e códigos sociais que os homens escutam, como por exemplo: *homem que é homem não chora, seja homem, anda como homem, isso é coisa de mulherzinha, cuidar é coisa de menina, homem aguenta dor, chorar é para os fracos, você é homem ou um saco de batatas?*. Essas mensagens se associam diretamente com não adoção das práticas de autocuidado, fazendo com que os homens não se preocupem com as mesmas.

Culturalmente os homens tem desvelado alguns elementos que são considerados importantes para eles, determinando fator limitador do acesso aos serviços, a exemplo do trabalho. Grande parte deles não estão dispostos a se ausentarem das suas ocupações laborais e não foram educados a se organizarem para destinar tempo ao exercício do cuidado. Isso, pode se dar em consequência às exigências sociais, que pressionam para a construção de um homem que deve ser *provedor do lar, chefe de família* e por isso não pode adoecer, pois é visto como uma *máquina, produtor, rude, forte*, e que por isso não necessitaria de atenção e cuidados preventivos, no tocante a procura pelas unidades e serviços de saúde.

Há que se destacar o receio existente por parte da população masculina em serem penalizados no trabalho, em decorrência da ausência por motivos de problemas de saúde, podendo-lhes acarretar em desemprego. Além dessas questões, emergem no imaginário masculino o temor em serem estereotipados como *gigolôs*, no âmbito das relações conjugais e familiares, assim também como o medo em tornarem-se *inválidos, impotentes, improdutivos, dependentes*, de terceiros, quer seja financeiramente, quer seja na possibilidade da prestação de cuidados de saúde, principalmente das suas companheiras, que pode gerar a perda do sentido de ser homem, com repercussões para a saúde mental.

Somado à questão da valorização do trabalho, acrescenta-se de que os homens relutam o cuidado preventivo com a saúde, possuem *medo do desconhecido*, de descobrirem que algo vai mal, ou que estão doentes e por isso toleram os sintomas, realizam a automedicação e omitem as manifestações clínicas apresentadas, temendo à possibilidade de serem considerados *frágeis, fracos*, perante a sociedade.

Por temer a fragilidade, e também por não estarem habituados com o exercício do autocuidado, muitos desses homens omitem suas demandas, queixas, sinais e sintomas, sentimentos/emoções, angústias, frustrações, fracassos, medos, apresentando comportamento introspectivo. Este comportamento pode influenciar na tomada de decisão dos profissionais, que necessitam estar atentos e dispostos a promover um espaço que valorize as experiências, a escuta ativa e qualificada, assim como possam desenvolver habilidades comunicacionais para desvelar fatos que estiverem escondidos.

Aspectos mais íntimos costumeiramente são camuflados pelos homens, a exemplo da sexualidade, principalmente quando estão associados diretamente com a virilidade, a exemplo do medo de *brochar*, *negar fogo* nos casos em que ocorrerem a disfunção sexual e também nos casos em que haja a presença da ejaculação precoce. Sob este aspecto, tem se observado que os profissionais de saúde não costumam *tocar no assunto*, acreditando que o não relato do paciente configure uma resposta assertiva, já o público masculino por sua vez, espera que este profissional o questione sobre o assunto.

Essa problemática supracitada, configura-se num importante impedimento para o alcance de uma assistência qualificada, integral, individualizada, mas também o reconhecimento das necessidades de saúde, das especificidades do público masculino, das vulnerabilidades, dos agravos e suas repercussões no âmbito individual, familiar e coletivo.

Associado ao campo da negação da fragilidade, alguns homens apresentam-se incomodados com a presença de profissionais do sexo oposto, em situações que possam lhe ocorrer a necessidade de maior contato físico, a exemplo da exposição corporal na avaliação clínica. Embora seja essa uma situação de difícil resolução, é necessário que os profissionais de saúde potencializem os processos de criação de vínculo e acolhimento, reduzindo assim as possibilidades de constrangimento, timidez e vergonha e rejeição das práticas terapêuticas solicitadas por parte dos homens, a exemplo do exame do toque retal, buscando respeitosamente quebrar alguns tabus como: *isso fere a minha masculinidade*, *vou deixar de ser homem*, *vou perder a minha honra e dignidade*, *vou me tornar um bicha ou vou virar uma mulherzinha*. Esses impasses interferem diretamente na decisão em realizar exame/diagnóstico, tornando-se impactante para a manutenção do seu bem-estar.

Esses fatores culturais têm levado os homens ao adoecimento e mortalidade precoce, com impactos expressivos, a exemplo da elevação dos custos assistenciais ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, e devem, portanto, ser privilegiados pelas equipes de saúde em seus planejamentos estratégicos em saúde. Segundo Sousa e colaboradores (2016), compreender esses fatores promoverá avanços para prática da produção do cuidado em saúde, promovidos no âmbito da Atenção Básica, gerando motivação e estímulo para o autocuidado masculino.

2.1.3 Repercussão 3: Barreiras estruturais

No que concerne as repercussões geradas pelas masculinidades ao acesso aos serviços na Atenção Básica, as barreiras estruturais compreendem toda a conjuntura macroestrutural de investimento, planejamento, programação, organização e implementação das ações direcionadas à atenção à saúde.

Nesse sentido, quanto ao financiamento, identifica-se que este tem se mostrado discreto, incipiente, defasado, quando analisado através do Plano Nacional de

implementação e operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, do Ministério da Saúde, que destina recursos públicos para fomentar as ações estratégicas (BRASIL, 2009).

Ademais, essa limitação estrutural, apresenta recortes do processo de masculinização social hegemônica, com recortes do modelo patriarcal e do machismo, que não reconhece as necessidades de investimento em saúde para homens, reforçando os constructos de invencibilidade, invulnerabilidade, heroísmo, autossuficiência, que retiram as questões do masculino da pauta da saúde coletiva, no âmbito das políticas públicas, tornando temática não prioritária.

Tal agravante, impacta na manutenção e potencialização de rótulos e estigmas, com conseqüente negação de acesso aos dispositivos de saúde, ao não investimento em comunicação em saúde, produção de materiais educativos/informativos, e tecnologias sociais, que estimulem a participação de homens para o exercício do autocuidado, bem como na contratação e qualificação de recursos humanos, destinados ao trabalho voltado para a promoção da saúde.

Diante a existência dessa barreira, observa-se que as ações têm sido pouco expressivas e impactantes, restringindo-se a momentos pontuais, de caráter prevalentemente curativista, com o enfoque no tratamento de doenças, a exemplo das campanhas do *NOVEMBRO AZUL*, que reduzem a atenção integral ao câncer de próstata.

Se faz necessário o desenvolvimento de um trabalho realizado em conjunto de modo colegiado, entre profissionais, apoiadores técnicos, comunidades, gestores e governantes, pautado na mobilização para a construção de novos modelos de fazer saúde, com a adoção de estratégias que atendam integralmente as demandas e necessidades do público masculino, em consonância com o que preconizam os princípios norteadores da

2.1.4 Repercussão 4: Barreiras institucionais e operacionais do serviço

No âmbito das repercussões geradas ao acesso de homens aos serviços de Atenção Básica à Saúde, especificamente relacionadas as barreiras institucionais/operacionais da assistência, que configuram nas barreiras relacionadas com a organização dos serviços, localização territorial das unidades, estruturação da rede de atenção.

Nessas barreiras, ressalta-se pontos que direcionam tanto para a visão dos homens sobre os serviços, quanto dos profissionais acerca das suas práticas e de como organizam seus processos de trabalho, visando o atendimento ao público masculino.

No que se refere à visão dos homens sobre os serviços, encontram-se a seguir, em destaque no imaginário dos mesmos, questões problemáticas como:

Os serviços não funcionam bem, são de baixa qualidade, tem pequeno potencial

tecnológico, os profissionais não são receptivos, não possui profissionais específicos para as suas demandas e especialidades, a exemplo do urologista, tem numerosas filas, funcionam em horários incompatíveis com trabalho, fornecem assistência só para mulheres, crianças e pessoas idosas.

Nesse sentido, tem sido percebido que muitos homens, desconhecem os recursos disponíveis na Atenção Básica, não estão familiarizados com as rotinas dos serviços, não criam identidade, nem fortalecem vínculos com os profissionais e as unidades, assim como não compreendem a complexidade e as tecnologias ofertadas nesse nível de atenção. Essa problemática tem acarretado na discreta presença masculina dos serviços, e mesmo descontentamento e descrédito por parte deles acerca da assistência oferecida, pois fortalecem a ideia da não resolubilidade às suas demandas de saúde.

Por sua vez, no que tange à visão dos profissionais sobre a atenção à saúde de homens, nota-se que as barreiras emergem da forma como esses concebem as relações estabelecidas entre homens e o cuidado com a saúde, assim como constroem as suas concepções de gênero, e da formação acadêmico-profissional, podendo ser evidenciada questões como:

Os homens não vêm, eles são machistas, são resistentes, não se cuidam, não são participativos, não acompanham suas companheiras, nem os seus filhos, só aparecem quando já estão graves, não realizam exames preventivos, abandonam o tratamento.

Essas visões podem ser fortalecidas, revertendo-se em condutas profissionais estereotipadas e preconceituosas quanto ao público masculino, constituindo assim fatores limitadores e impeditivos para o avanço das ações de alcance da promoção da saúde e cuidado masculino.

Em decorrência da possibilidade do surgimento desse imaginário, problemáticas vão interferindo na construção de uma rede assistencial e consequente linha de cuidados específicos, que se torne cotidiano das práticas nos serviços. Desse mundo, encontram-se evidenciadas situações como: ausência de criação de uma agenda voltada para as questões de saúde masculina nas unidades, ausência de roteiros de consulta específicos, fluxos assistenciais organizados para atendimento às demandas, como por exemplo do pré-natal masculino, planejamento reprodutivo, vasectomias, acompanhamento e tratamento de adequações e disfunções sexuais e agravos urológicos, rastreamento para cânceres, como os de mama, pênis, próstata e testículo, dentre outros), e profissionais com especialidades específicas, a exemplo de médicos urologistas.

Acrescentam-se ainda problemas como a limitação das cotas para exames específicos das questões de saúde masculina, invisibilidade de ações de educação em saúde permanentes, com temas que contemplem os homens. Caracterização da ambiência dos espaços das unidades de maneira feminilizada e infantilizada, alta rotatividade de profissionais no serviço, que impactam no estabelecimento de vínculos

existente entre o usuário e a equipe, fragilidades no cadastramento dos homens nas unidades, assim como no acompanhamento desses na área de abrangência do território de saúde, por parte dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), conforme também é apontando em estudo proposto por Pereira e Nery (2014).

Como forma encontrada para dirimir essas e outras barreiras, o Ministério da Saúde, no ano de 2016, lançou ou *Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS)*, com o objetivo de publicizar estratégias de ação para a promoção da saúde e cuidado para homens (BRASIL, 2016).

Outra barreira de caráter institucional levantada por parte dos usuários masculinos, se dá através da dificuldade de acessibilidade às unidades de saúde, quer sejam por problemáticas estruturais, quer seja distância geográfica *encontram-se longe da casa e do trabalho*, quer pela dificuldade na mobilidade para chegar até as mesmas *precisa-se antecipar a saída do trabalho para chagar a tempo de ser atendido, tem-se que pegar mais de um transporte público, enfrentar engarrafamento em horário horários de pico*. No entanto cabe mencionar que as meninas e mulheres também enfrentam essas mesmas questões, porém o que ocorre é que elas foram estimuladas desde cedo a praticar ações de cuidado, diferentemente dos meninos e homens.

Ao compreender que estas questões limitam o acesso dos homens, faz-se necessário que haja articulação entre as diferentes políticas de saúde, tal como a política de atenção à saúde do trabalhador (a), como forma de assegurar a integralidade da atenção, inclusive em espaços não tradicionais, com as empresas, fábricas, grandes obras, espaços de lazer (campos de futebol, academias de musculação e ginástica, bares e restaurantes, clubes), escolas e universidades, dentre outros em que haja socialização masculina em expressividade (SOUSA et al., 2016).

Nesse sentido, chama-se a atenção também, para aspectos simbólicos presentes no cotidiano da assistência, mas que podem fazer grande diferença na sensibilização e acolhimento dos homens no serviço, a saber:

Transformação dos grupos de gestantes para *grupos da família*, inclusão de “*duas cadeiras*” nos consultórios, com fins de proporcionar a participação ativa dos homens em ações direcionadas ao casal e a paternidade, mudança nas identificações dos banheiros exclusivamente femininos, para *banheiro da família*, nos casos daquelas unidades que dispõe apenas de um único espaço para esta utilização.

2.1.5 Repercussão 5: Barreiras relacionais e atitudinais

As barreiras atitudinais poderão frequentemente se fazer presente nos serviços de saúde, inclusive na Atenção Básica, local que foi associado pelo público masculino enquanto um espaço não promotor de cuidados específicos e singulares para eles. Essa associação se dá de grande forma às barreiras institucionais já mencionadas.

Partindo do pressuposto de que os homens em sua maioria não concebem os serviços de saúde na Atenção Básica destinado para eles, soma-se o fato de que

profissionais de saúde inseridos nesse contexto não veem, por vezes, o público masculino enquanto merecedor de atenção singular.

Uma equipe não sensibilizada as questões que envolvem gênero e as construções de masculinidades, sobretudo as masculinidades tradicionais e hegemônicas, poderão não identificar as razões pelas quais os homens aparecem com dificuldades e discretamente nas ações ofertadas, tal como o fato de não tolerarem o tempo de espera para o atendimento, e não aderirem tão facilmente às medidas de promoção e prevenção instituídas. Com isso, barreiras atitudinais podem ser formadas, dificultando o estabelecimento de vínculos entre as equipes e os pacientes, podendo “afastar” os homens dos serviços.

Nesse âmbito, destacam-se situações cotidianas como: questionar aos homens que levam seus filhos para a vacinação ou para consultas de puericultura sobre a ausência das mães, culpabilizá-los pela não adesão ao tratamento, e não utilização de preservativos, por exemplo.

3 | PRODUÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE DE HOMENS NA ATENÇÃO BÁSICA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM POSSÍVEIS

Face as repercussões geradas pela construção das masculinidades no acesso de homens aos serviços de Atenção Básica à Saúde aportadas, ver-se necessário apontar intervenções possíveis a serem implementadas pelas equipes. Essas intervenções encontram-se em consonância com os eixos de ação da PNAISH, e demais focos de atenção reconhecidos enquanto áreas prioritárias e encontram-se dispostos a seguir.

3.1 Acesso e acolhimento

É preciso inovar no convite para a presença dos homens nos serviços de saúde, fortalecer o vínculo entre o profissional-unidade e usuário, utilizando-se de estratégias lúdicas, a troca de bens de cuidado, que incluem palavras, olhares, gestos, ações de conforto, alegria do encontro e o acolhimento, transformações do ambiente, agilidade no atendimento e a garantia à acessibilidade, que envolvem as dimensões geográfica, organizacional, sociocultural e econômica (MOREIRA et al, 2016; SANTOS, 2017).

Dentre essas estratégias, que estreitam o homem à atenção básica de saúde, ressalta-se a grandeza das trocas, com valorização às referências afetivas, com oferta de estímulos materiais, promotores de vínculo social e o jogo de reciprocidade, à exemplo da oferta do “kit de cuidados” (produtos de higiene e cuidado em geral), preservativos, lembranças que remete ao autocuidado, folders educativos que provoque questionamentos, dentre outros (MOREIRA et al, 2016). Ainda se falando da assistência, às ações em grupo com homens, torna-se indispensáveis para trocas de experiências, momento de compartilhar sentimentos, emoções e inseguranças, e

questões voltadas ao gênero e sexualidade entre eles.

A promoção de ações em saúde deve permitir ao profissional adentrar espaços socialmente masculinos. Ou seja, levar prevenção, detecção, tratamento e educação em saúde mais além das barreiras institucionais de saúde e promover rodas de conversa, discussões com espontaneidade, “bate-papos”, ampliação dos dias e horários de funcionamento através dos chamados: *sábados do homem e noite do homem*, feiras e mutirões de saúde, e lugares como igrejas, indústrias, fábricas, empresas, e ambientes tidos “de homens”, como bares, clubes, barbearias, e grupos de futebol e demais práticas esportivas.

Por fim, somente a partir das articulações entre instituições, profissionais de saúde, homens e comunidade em geral, que poder-se-á atingir a continuidade e adesão do público masculino ao serviço de atenção primária a saúde.

3.2 Paternidade e cuidado

A experiência de se tornar pai tem sofrido profundas mudanças ao longo da história. Na contemporaneidade a vivência da paternidade vem aos poucos saindo do lugar de coadjuvante, na figura de um mero provedor financeiro para ocupar o espaço de protagonista, a partir do envolvimento afetivo mais profundo e rotineiro com a gestação e a educação dos filhos (CARDOSO et al., 2018; PICCININI et al., 2004).

O Ministério da Saúde compreendendo que o exercício paterno apresenta um poder de transformar a história de vida de homens (e de sua família) nos mais diversos aspectos, identificou o potencial estratégico de intervenção no campo da saúde, em especial no contexto da Atenção Básica. O eixo *Paternidade e Cuidado ou Paternidade Cuidadora* tem por objetivo promover os benefícios do envolvimento ativo dos homens em todas as fases da gestação e nas ações de cuidado consigo, com seus (uas) filhos(as) e seus (uas) parceiros(as) (BRASIL, 2016).

Para trilhar um caminho capaz de direcionar o cuidado com homens na Atenção Básica a partir da Paternidade Cuidadora sugere-se compreender as relações afetivas entre pais e filhos (as), tendo como princípios o engajamento do homem no planejamento reprodutivo, a operacionalização do *pré-natal do parceiro* e promoção do autocuidado masculino.

As consultas de Planejamento Reprodutivo (PR) neste contexto têm por objetivo ofertar ao homem serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva, incluindo educação em saúde sexual, oferta de métodos contraceptivos, assistência às disfunções sexuais e reprodutivas e planejamento da gravidez, para aqueles que almejem a concepção. Na Atenção Básica esta prática tem sido desenvolvida, ao longo dos anos, apenas nos atendimentos às mulheres, tendo como consequência a hiper-responsabilização e sobrecarga da população feminina ao passo que desresponsabiliza a população masculina (CARDOSO et al., 2018; PICCININI et al., 2004).

A ausência de homens nas consultas de PR acaba por afastá-los dos seus

deveres sanitários e sociais a respeito da saúde sexual e reprodutiva, facilitando a gestação não planejada ou mesmo a (re)contaminação por algumas Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Da mesma forma, tem o efeito de dificultar que muitos homens exerçam seu direito de escolher o melhor momento de constituição, limitação ou aumento de sua prole.

O planejamento reprodutivo promove autoconhecimento sobre seu corpo e sobre o corpo feminino, além de favorecer a desconstrução de mitos sobre sexo, sexualidade e de se mostrar um espaço para abordar a prevenção de IST. No cenário da consulta de PR o homem pode conhecer e decidir pela contracepção cirúrgica (vasectomia), caso seja do seu interesse e ele esteja dentro dos critérios estabelecidos pela lei de planejamento familiar (BRASIL, 1996), evitando assim que sua parceira corra riscos em uma cirurgia de contracepção feminina.

O pré-natal do parceiro acontece em três momentos distintos: *no primeiro encontro* o profissional enfermeira(o) deve acolhê-lo ofertando orientações sobre gestação e desenvolvimento infantil e atendê-lo, oferecendo diversos procedimentos, tais como a aferição de pressão, cálculo de IMC, atualização do cartão vacinal, testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatites B e C, solicitação de hemograma, lipidograma, glicemia, eletroforese de hemoglobina e sumário de urina; *O segundo momento* o usuário deve voltar à unidade para uma consulta com o médico clínico que fará o atendimento integral e o manejo da clínica de acordo com os resultados dos exames; *no terceiro momento* ao usuário será ofertado o acompanhamento na unidade, participação de grupos (de pais, gestantes, família), atendimento em saúde bucal, dentre outros (BRASIL, 2016).

A estratégia do pré-natal do parceiro tem como objetivo diminuir o risco de infecções por transmissões verticais, nos quais haja a participação do parceiro, assim como favorecer o fortalecimento do vínculo entre pai e bebê e pai e parceira. Pretende-se, portanto, promover, cuidado, educação e afeto ao filho (a), bem como relações equitativas de gênero no ambiente doméstico. Da mesma forma, revela-se como uma estratégia eficaz de promoção de autocuidado masculino, demonstrando ser uma ferramenta importante para prevenção/cuidado às doenças crônicas, violências e detecção de cânceres (BRASIL, 2016).

Diante disso, a promoção do autocuidado masculino deve acontecer no acolhimento no próprio serviço, viabilizando a atenção integral à saúde, a partir do atendimento resolutivo dentro do espectro de atividades das unidades de Atenção Básica à Saúde e o encaminhamento seguro aos serviços de atenção especializada, atuando como porta de entrada positiva nos serviços de saúde.

3.3 Saúde sexual e reprodutiva e saúde do adolescente

Faz-se necessária a inclusão de homens, adolescentes e jovens na rede de atenção primária através de ações educativas em saúde para uma melhor abordagem no que concerne à saúde sexual e saúde reprodutiva, a fim de minimizar os estereótipos

social, cultural e histórico que permeiam os homens. Exemplo disso é quando esses falam: *sou macho, não sinto do, sou duro na queda*, comportamentos esses que influenciam diretamente na sexualidade masculina, impossibilitando aos indivíduos tomadas de decisões relacionados à prevenção e promoção da sua saúde.

Como forma de contemplar esse eixo de ação, cartilha do Ministério da Saúde sobre saúde sexual e saúde reprodutiva tem foco na reflexão sobre os temas que inquietam o exercício da sexualidade masculina, os principais agravos, a saúde reprodutiva masculina, uso de contraceptivos e também a saúde sexual e reprodutiva das parceiras. O tema é apontado como desafiador frente aos preconceitos, em relação à construção social e cultural das masculinidades, e indica a necessidade de superação dos estigmas e da discriminação com um cuidado que alcance valores e comportamentos e não somente o cuidado do corpo biológico (BRASIL, 2018).

Nos serviços de saúde, a propositura é que os homens sejam recepcionados por todos os profissionais de maneira cordial, sendo submetidos a uma triagem para acolhimento das demandas e necessidades, respeitando a multipluralidade do ser homem, de acordo com a orientação afetiva-sexual adotada por cada usuário. Devem, ainda, ser instruídos acerca da prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e HIV/aids, sobre a prática sexual preventiva com o uso dos preservativos masculino e feminino (sabendo-se da existência de homens invaginados), do método contraceptivo (vasectomia) disponibilizado no sistema único de saúde (SUS), e sobre o tratamento das disfunções sexuais e/ou reprodutivas pré-existentes.

No que tange a saúde reprodutiva e a paternidade responsável, os homens adolescentes, jovens, adultos e idosos, ainda carecem de um olhar inclusivo e de informações básicas, como a necessidade de lavar o órgão genital com água e sabão como medida preventiva do câncer de pênis. Os profissionais de saúde através de estratégias e ações de saúde direcionadas ao público masculino, são protagonistas de uma assistência humanizada com enfoque não somente nas patologias prevalentes no homem, mas em todo o aspecto biopsicossocial do sujeito.

Muitas questões podem, no entanto, começar a ser abordadas desde a adolescência para que haja maior conhecimento e autoconhecimento no que diz respeito à saúde do homem entre os adolescentes, futuros adultos. Destaca-se a necessidade da promoção de ações direcionadas a populações com comportamento de risco para Infecções Sexualmente Transmissíveis e para o HIV/AIDS, atentando-se para intervenções com a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (*PrEP*) e a Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (*PEP*), além de estimulá-los a realização de práticas como as testagens rápidas, utilização de preservativos, controle da Sífilis congênita e a relação de consumo abusivo de álcool e outras drogas e a relação de vulnerabilidade às infecções sexuais.

É importante saber que as sexualidades masculinas devem ser trabalhadas na produção do cuidado em todo o ciclo vital dos homens, valorizando as diferentes expressões e identidades. É importante que se desenvolva abordagem direcionada

aos agravos urológicos masculino durante as consultas, com a criação de fluxogramas de atendimento próprios e singularizados. Sob este aspecto estimula-se que as equipes abordem temáticas que contemple as sexualidades para além do sexo e das relações de adoecimento sexual, incluindo abordagens ampliadas sobre o assunto, potencializando as parcerias com demais programas na rede, a exemplo do Programa Saúde na Escola.

Por fim, é preciso fortalecer e difundir entre os profissionais de saúde, gestores e usuários da rede SUS, a importância da consolidação das ações de saúde de caráter permanente e resolutiva, para obter melhorias nos indicadores de saúde e minimizar os riscos e agravos à saúde da população masculina.

3.4 Saúde de homens trans e pessoas trans masculinas

Questões referentes à saúde de homens trans e pessoas trans masculinas ainda estão em investigação. É muito recente a inserção destes homens no SUS e nas agendas de pesquisas que subsidiam as políticas, práticas e organização dos serviços/processos de trabalho em saúde. Homens trans são pessoas que, independente da anatomia e genitália de nascimento, se reconhecem socialmente como homens (JESUS, 2012).

Segundo Almeida (2012, p.517) eles são diferentes entre si em função dos próprios marcadores sociais de diferenças, como a classe social, a raça/cor, a orientação sexual, a geração, a origem geográfica, entre outras. Eles, de modo geral, utilizam o termo “transexual” ou “trans” freqüentemente tomando-o como adjetivo e, por isso, precedido pelo substantivo “homem”. Devido a sua identidade de gênero, diversa da maioria dos outros homens, eles encontram dificuldades não somente na legitimação da identidade masculina, mas principalmente no respeito aos seus direitos, entre eles, o direito ao acesso e acolhimento nas unidades de saúde.

Entre suas necessidades de saúde se encontram: cuidados referentes à terapia hormonal, modificações corporais e genitais (BRASIL, 2013a), saúde sexual e reprodutiva, principalmente por serem homens vaginados e serem vulneráveis a violência sexual, estupro.

O acompanhamento psicológico e psiquiátrico em alguns momentos é indispensável, dada a carga de discriminação, preconceito e exclusão social a que são submetidos cotidianamente e transfobia institucional, traduzida em uso de termos pejorativos no trato social, desrespeito ao nome social e identidade de gênero (BRASIL, 2013b).

É preciso superar a lógica cisnormativa que invisibiliza a existência de homens trans. É preciso que a transgeneridade, fenômeno que se refere às vivências trans, seja incorporada nos currículos das formações em saúde para que possamos modificar racionalidades genitalistas que reduzem o sujeito ao sexo, esquecendo que a identidade de gênero é fator importante na vida dos homens transexuais e o respeito

a esse aspecto é indispensável à vinculação deles aos serviços de saúde.

3.5 Doenças prevalentes da população masculina

As intervenções de promoção à saúde no que tange as ações de prevenção e controle principalmente por doenças crônicas relacionadas ao ganho de peso, tem ganhado espaço, ainda que incipiente, mas muito relevante, como o Programa Academia da Saúde, que incentiva a prática de atividade física e vida saudável, e é subsidiada pela Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2014).

Ações imediatas para o controle do consumo de tabaco devem ser priorizadas, devido a estreita relação com câncer de pulmão, bem como as consequências relacionadas ao abuso do álcool, como notadamente as doenças do fígado, transtornos mentais e comportamentais, além do risco aumentado de violência e acidente, expressados pelo comportamento de risco assumidos pela população masculina (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

Inclui-se ainda o fortalecimento das ações de controle a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA), assim como as demais Doenças Crônicas Não Transmissíveis, mas também na relação do adoecimento relacionado ao trabalho. Nesse sentido o desenvolvimento de ações de promoção da saúde com o enfoque na adoção de estilos de vida mais saudáveis (alimentação, prática de atividade física, abandono de vício, constituirá um importante caminho a ser seguido. Com isso estimula-se que as ações sejam ofertadas nos mais variados espaços frequentados pelo público masculino, ampliando o recurso da educação popular em saúde, que inclui a valorização do lúdico.

3.6 Prevenção dos acidentes e violências

Considerando que constructo de masculinidade hegemônica vulnerabiliza os homens às causas externas, a exemplo de situações que envolvem os acidentes automobilísticos, lesões autoprovocadas intencionalmente, agressões, violências com o envolvimento de armas brancas e de fogo, urge a necessidade de do desenvolvimento de ações preventivas e de enfrentamento desse fenômeno. Para tanto, importante se faz a *sensibilização e formação continuada* dos (as) profissionais atuantes nas equipes componentes dos serviços de saúde.

Para que esta sensibilização e consequente formação aconteça, faz-se necessário o *debate das políticas* vigentes, e sua relação com a realidade na qual os profissionais estão inseridos. Além disso, consecutivamente devem ser *reconhecidas as potencialidades e os recursos existentes no território*, com vistas a ampliação do apoio e alcance da população alvo, nesse caso, os homens, a exemplo de associações de bairro, instituições religiosas, Organizações Não Governamentais, projetos sociais, escolas.

Enquanto intervenções exitosas no trabalho envolvendo homens pelo fim dos acidentes e violência, destacam-se as ações de formação de *Grupos Reflexivos*, com o enfoque na educação baseada em gênero, que debatam questões como relações familiares, formação de identidade, relações conjugais, construções de masculinidades saudáveis, cuidado à saúde, sexualidades, resolução pacífica de conflitos e a prevenção de acidentes e violências.

É salutar que as equipes desenvolvam ações de impacto nas unidades com o enfoque direcionado à prevenção dos acidentes, estimulando o público masculino, quer sejam adultos, assim também como crianças, adolescentes e idosos. Trabalhar educação no trânsito, utilização de equipamentos de proteção como capacetes e cinto de segurança e a não utilização de álcool e outras drogas na direção, conferirá uma importante saída. Tais ações devem também ocorrer em espaços extramuros, como em campos de futebol, bares, festas, praias, barbearias e outros, para fortalecimento da cultura de paz.

3.7 Atenção à saúde mental

A internalização das emoções estimulada, muitas vezes, durante a formação do caráter e da personalidade masculina na infância e adolescência favorece que este, quando adulto, adote o embotamento afetivo enquanto constructo identitário, favorecendo o seu adoecimento mental pela dificuldade em expressar suas angustias. Isso, tem provocado o aumento do número de casos de homens que apresentam transtornos mentais, com destaque para depressão e suicídio, havendo a necessidade de intervenções diretas a esse público.

Outro elemento vulnerabilizador para o adoecimento mental masculino é o uso/abuso de substâncias psicoativas, principalmente o álcool, que é estimulado socialmente nos meios de comunicação e também pela família. Cabe mencionar que uso abusivo do álcool e outras drogas tem se configurado enquanto elemento precipitador e intensificador de violências, sejam elas urbanas, intrafamiliares, conjugais e aos acidentes de trânsito.

Somando a essas circunstâncias, os homens ante ao contexto de estrutura econômico e social de modernização vigente, encontram-se imersos em exigências e cobranças exacerbadas, principalmente no campo do laboral em que são vivenciadas situações como excesso e ausência de trabalho, más condições destes, dívidas financeiras, e no campo das relações, em que se evidencia fragilidade na rede apoio (amigos, família), criação de vínculo e afeto.

Considerando a complexidade das questões apresentadas e chamando a atenção de que estas estão fortemente transversalizadas na construção social das masculinidades, devem ser levantadas intervenções que estimulem a formulação de espaços de valorização e compartilhamentos de experiências. Esses, devem ser inseridos nos espaços de potencialidades de socialização masculina, tornando-se

também cotidiano nos serviços da rede de atenção, para a adoção de comportamentos saudáveis e de valorização da vida, estimulando a população masculina a reconhecerem suas necessidades de saúde, a exemplo da saúde mental.

Vê-se enquanto tecnologias potentes o trabalho intersetorial, interdisciplinar, multiprofissional e comunitário, que envolvam diferentes frentes para a promoção de ações cuidativas à saúde mental, a exemplo das escolas, instituições religiosas, empresas e demais ambientes de trabalho, e os demais dispositivos tradicionais já existentes, como os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio de ações de fortalecimento matricial.

3.8 Atenção à saúde do trabalhador

Transversalmente às intervenções que já foram referidas anteriormente, especificamente a atenção à saúde do trabalho e no trabalho, acredita-se ser uma potente iniciativa desenvolver ações que estejam articuladas aos ambientes trabalhos em que hajam significativos quantitativos de homens, como forma de alcançá-los mais facilmente.

Destaca-se a importância da implementação de ações voltadas a proteção à saúde no desempenho das funções laborais, utilização adequada e frequente dos equipamentos de proteção individuais para a prevenção de acidentes, adoção de hábitos de higiene corporal e com fardamentos e calçados, adoção de comportamentos laborais saudáveis que valorizem práticas com as ginásticas e técnicas de relaxamento para controle do estresse, a vacinação, dentre outros que podem ser ampliados nesses espaços a partir de intervenções itinerantes.

3.9 Atenção Étnico/racial e cultural

No sentido de buscar contemplar as múltiplas masculinidades, aponta-se para a relevância de que as práticas desenvolvidas no âmbito da atenção básica se pautem na valorização da cultura e ancestralidade e tradicionalidade das comunidades, bem como dos saberes populares, em destaque aqueles presentes entre as construções masculinas, assim como as questões étnicas, raciais e religiosas.

Desse modo, estimula-se que as equipes contemplem as diretrizes em saúde com vistas a potencializar as práticas integrativas e complementares, a educação popular em saúde, tal como ações direcionadas a saúde da população negra, do campo, das florestas e das águas, assim como das populações itinerantes como os ciganos, de circo e imigrantes. Com isso devem ser inseridas nas práticas as rodas, formação de grupos de homens para a realização de trabalhos artísticos, culturais, como artesanato, dança, samba, capoeira, produção literária como cordéis, jograis e outros.

4 | CONSIDERAÇÕES

Ao considerar que as masculinidades constituem elementos de influência no modo como os homens, e possivelmente também as mulheres concebem o seu modo de lidar com o corpo e com a saúde, e como estabelecem as relações de cuidado, podendo inclusive interferir nesse processo, buscou-se apresentar as repercussões e apontar reflexões e caminhos possíveis de mudanças de cenários em que a situação de saúde seja colocada em risco.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Guilherme. Homens trans: novos matizes na aquarela das masculinidades? **Estudos Feministas**, Florianópolis, 20(2), maio-agosto/2012, p. 513-523.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2803 de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Academia da Saúde. CARTILHA**. Brasília. 18p. 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia_saude_cartilha.pdf Acesso em: 26 de novembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH): compromisso versus ação na atenção básica**. Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Brasília, ed. 1, 89 p. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil**. Eryl Moura. / Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira, 128 p. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: os homens como sujeitos de cuidado**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde departamento de ações programáticas estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: 2013, 32 p.

BRASIL. **Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

GOMES R, B LIMA, SCHRAIBER LB, COUTO MT. O homem como foco da Saúde Pública [editorial]. **Cienc. saude colet**. [on line]. 2005 jan/mar;[citado em 2012 out 13];10(1): 4.

GOMES R, NASCIMENTO EF, ARAUJO FC. Por que os homens freqüentam menos o serviço de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**. [Online]. 2007 mar; [citado 2014 mai 27]; (23):3 p 565-574. Disponível

em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n3/15.pdf>.

GOMES, R. **A saúde do homem em foco**. São Paulo: UNESP, 2010.

GOMES, R.; MOREIRA, M. C. N.; NASCIMENTO, E. F.; REBELLO, L. E. F. S.; COUTO, M. T.; SCHARAIBER, L. B. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**. vol. 16 (Supl. 1), p. 983-992, 2011.

GOMES, Romeu et al. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1975-1984, Dec. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000600033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Nov. 2018.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAUJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, Mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en&nrm=iso>. acesso em 23 Nov. 2018.

HEREMAN, Angelita, SAMPAIO, Cicero Ayrton Brito, CHAKORA, Eduardo Schwarz, MORAES, Élide Maria Rodrigues de, SILVA, Francisco Norberto Moreira da, COUTINHO, Julianna Godinho Dale. **Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS)** - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos**. Brasília, 2012, 42p.

JULIÃO W. Atenção à saúde do homem em unidade de estratégias de saúde da família. Revista **Enfermagem UFSM**. [online]. 2011 mai/ago; [citado 2014 mai 21]; 1 (2): 144-152. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2400/0>

MACHIN R et al. **Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária**. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011; [citado 2014 mai 26]; (16)11, p. 4503-4512. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001200023&script=sci_arttext

MACHIN R, COUTO MT, SILVA GSN, SCHRAIBER LB, GOMES R, FIGUEIREDO WS, et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Cienc. saude colet**. 2011 fev;16(11):4503-12.

MOREIRA, M. C. N.; et al. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(4):e00060015, abr, 2016.

MOZER IT, CORRÊA ACP. Implementação da Política Nacional de Saúde do Homem: o caso de uma capital Brasileira. **Esc Anna Nery** 2014;18(4):578-585.

SANTOS, F.A. **Dinâmica da acessibilidade Masculina ao Programa de Saúde da Família**. In: SOUSA, A. R; PEREIRA, A. Saúde de Homens: Conceitos & Práticas de Cuidados. 1. ed. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2017. cap. 6, p. 71-81.

SCHRAIBER LB, FIGUEIREDO WS, GOMES R, COUTO MT, PINHEIRO TF, MACHIN R, et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saude Publica**. 2010 mai;26(5):961-70.

SCHRAIBER, L.B. et al. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n.1. Rio de Janeiro, Jan./Mar. 2005

SOUSA, AR et al. Homens nos serviços de atenção básica à saúde: repercussões da construção social das masculinidades. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 3, p. 1-10, jul./set. 2016. Disponível em: file:///C:/Users/Aluno/Downloads/16054-60776-2-PB%20(1).pdf

SOUSA, AR, PEREIRA, A. **Saúde de homens: Conceitos e práticas de cuidado**. Águia Dourada: Rio de Janeiro, 2017.

SOUSA, AR. **Sistematização da Assistência e consulta de Enfermagem direcionada à saúde de homens na Atenção Básica**. IN: SOUSA, AR, PEREIRA, A. Saúde de homens: conceitos e práticas de cuidados. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2017.

NECESSIDADES HUMANAS DE CUIDADO A SAÚDE, EM HOMENS COM CÂNCER DE BOCA

Ana Angélica de Souza Freitas

Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva – Hospital de Câncer I – Divisão de Enfermagem em Cirurgia Oncologica. Rio de Janeiro-RJ. Brasil.

Maria Jose Coelho

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery – Departamento de Enfermagem Medico Cirúrgico – DEMC. Rio de Janeiro- RJ. Brasil

RESUMO: **Objetivos:** Identificar as necessidades humanas de cuidado à saúde do homem com câncer de boca e analisar as implicações para a Enfermagem. **Metodologia:** estudo exploratório, descritivo, qualitativo. Cenário um ambulatório de Enfermagem de uma instituição pública no Rio de Janeiro. Participantes 25 homens adultos com neoplasia de boca. Após aprovação do CEP nº52647116430015274. Iniciou-se a coleta de dados de março - maio de 2016, com entrevista semiestruturada. Os dados submetidos pela técnica de análise de conteúdo, seguindo-se a sistematização em temas e categorias. **Resultados:** conforme o nível de hierarquia das Necessidades Humanas Básicas, em Horta com as necessidades psicobiológicas; psicossociais e psicoespirituais emergiram três categorias, as necessidades humanas à saúde do corpo

físico; as necessidades humanas à saúde social e as necessidades humanas à saúde espiritual. **Considerações Finais:** os resultados permitiu considerar que as implicações para a Enfermagem nas necessidades humanas de cuidado à saúde do homem é um desafio, que exige resolução efetiva para recuperação.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Homem; Necessidades Básicas; Enfermagem Oncologica.

ABSTRACT: Objectives: To identify human health care needs of men with oral cancer and to analyze the implications for nursing. **Methodology:** exploratory, descriptive, qualitative study. Scenario a Nursing outpatient clinic of a public institution in Rio de Janeiro. Participants 25 adult men with mouth neoplasia. After approval of the CEP nº52647116430015274. Data collection was started from March to May 2016, with a semi-structured interview. The data submitted by the technique of content analysis, followed by the systematization in themes and categories. **Results:** according to the level of Hierarchy of Basic Human Needs, in Horta with psychobiological needs; Psychosocial and psycho-spiritual emerged three categories, the human needs to the health of the physical body; Human needs to social health and human needs to spiritual health. **Final Considerations:** the results

allowed to consider that the implications for Nursing in the human needs of human health care is a challenge, which requires effective resolution for recovery.

KEYWORDS: Human Health; Basic needs; Oncological Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

No mundo em 2030, a estimativa global será de 21,4 milhões de novos casos de câncer e 13,2 milhões de morte em consequência do crescimento e do envelhecimento da população mundial⁽¹⁾. No Brasil a estimativa para o ano de 2017 aponta a ocorrência de 596 mil novos casos de câncer e haverá 11.140 novos casos em homens e 4.350 novos casos em mulheres com câncer de boca⁽²⁾. Neste enfoque, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem tem objetivo de cuidado com as características direcionadas ao homem qualificar o cuidado a saúde. A política traz contribuições sobre para a assistência e consolidação no cuidado a população masculina brasileira⁽³⁾.

Estudos realizados sobre homem, saúde e cuidado, evidenciaram que os homens são influenciados por representações de masculinidades que se associam ao sucesso; ao poder e à força que como consequência colocam em risco a saúde⁽⁴⁻⁵⁾.

O homem com neoplasia de boca apresenta-se com características distintas, pois o tratamento cirúrgico acarreta alterações de aspectos funcionais e estéticos, pois, a região da face constitui o sítio anatômico de funções básicas como a fala; a deglutição e a respiração, que são de importância vital para o paciente⁽⁶⁾. Nesse sentido, a construção do saber na Enfermagem torna-se necessária, para que as necessidades humanas básicas psicobiológicas; psicossociais e espirituais sejam atendidas.

As necessidades podem ser compreendidas com o conhecimento da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, Horta determina e deixa evidentes as prioridades de cuidado ao paciente, para organização do cuidado contribuindo para o cuidado individualizado⁽⁷⁾.

A contribuição dessa pesquisa está na busca de conhecimento técnico científico e na compreensão das necessidades humanas básicas do homem com neoplasia de boca no que concerne a assistência; ao ensino; a pesquisa e a saúde do homem. Assim, uma nova proposta de cuidar, tendo como foco a população masculina, para planejar um cuidado, estruturado que atenda as necessidades de saúde da população masculina.

OBJETIVOS

- Identificar as necessidades humanas de cuidado à saúde do homem com câncer de boca em tratamento cirúrgico;
- Analisar as implicações para a Enfermagem.

2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA - TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Necessidade significa característica daquilo que é necessário, admitindo as seguintes acepções: necessidade física; determinação de um encadeamento causal; relação em que uma mesma causa determina sempre um mesmo efeito. Trata-se da necessidade tal qual existe no mundo físico, material⁽⁸⁾.

Necessidades Humanas Básicas são estados de tensões conscientes e inconscientes resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos e vitais. Estas necessidades tem características de serem: vitais; latentes; flexíveis; cíclicas; dinâmicas; inter-relacionadas; hierarquizada; tem peculiaridades individuais; são universais, podem ser verbalizadas ou não; conscientes; diferenciando-se apenas pela maneira de manifestar-se e de satisfazê-la⁽⁷⁾.

Na prática de cuidar em Enfermagem, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta, teve como um dos pressupostos a Teoria da Motivação Humana, no desenvolvimento da Teoria, Horta optou por criar uma nova classificação para as necessidades humanas, preferindo a denominação de João Mohana, nomeando-as em três níveis: psicobiológicas; psicossocial e psicoespiritual, nessa classificação existem trinta e seis necessidades que se manifestam no ser humano através de sinais e sintomas, que foram denominados como problemas de enfermagem.

Os problemas de enfermagem são as condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades básicas do indivíduo; família e comunidade, e que exigem da enfermagem resolução efetiva.

Vários fatores podem interferir na manifestação e atendimento das necessidades, como gênero; cultura; escolaridade; ciclo saúde doença cuidado; fatores socioeconômicos e ambientais e nos estados de equilíbrio dinâmico não se manifestam, podendo surgir quando estão em estado latente de acordo com o desequilíbrio instalado.

Dessa forma, o conceito de necessidades humanas torna-se fundamental para o planejamento de cuidados e, em Horta, assume características da classificação hierárquica apresentada com três níveis:

- **Necessidades psicobiológicas:** aquelas relacionadas com o corpo físico do indivíduo, tais como oxigenação; alimentação; eliminação; sono, repouso e higiene dentre outras.
- **Necessidades psicoespirituais:** são aquelas que derivam dos valores e crenças dos indivíduos, tais como: opção por uma maneira de encarar a doença e o tratamento; apoio espiritual dos que compartilham suas crenças e espaço para expressar suas crenças,
- **Necessidades psicossociais:** aquelas relacionadas com convivência com os outros seres humanos, como em família; nas instituições sociais e políticas; desde ter direito a privacidade; ao lazer; ao trabalho; a participação em

grupos de vivência e partidos políticos.

Nesse contexto, a pesquisa relaciona-se a Teoria das Necessidades Humanas Básicas com a Enfermagem e o cuidado a saúde do homem, buscando compreendê-la, pois, o ser humano apresenta-se em constante equilíbrio e desequilíbrio no cuidado à saúde.

3 | METODOLOGIA

Estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. O cenário foi no ambulatório de Enfermagem de cirurgia de cabeça e pescoço do Hospital de Câncer I do Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva, Ministério da Saúde, Município do Rio de Janeiro, Brasil. Presta assistência oncológica em todas as modalidades de tratamento clínico e cirúrgico as pessoas com câncer no país. Os participantes foram 25 homens adultos em tratamento cirúrgico. Os homens que não atenderam aos critérios de inclusão, como estarem em tratamento cirúrgico exclusivo, não participou da pesquisa.

Todos os requisitos éticos propostos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde-Brasil, foram respeitados. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva, sob o nº 52647116430015274 em fevereiro de 2016.

Iniciou a coleta de dados, os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, resguardando sua autonomia e anonimato, foram identificados por códigos, como H1, H2,. O período foi de março a maio de 2016 nos turnos da manhã e tarde para cobrir todos os horários de atendimento no ambulatório de Enfermagem, e como instrumento de coleta de dados foi utilizado roteiro de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Os dados coletados foram analisados, pela técnica de análise de conteúdo⁽⁹⁾, seguindo-se a sistematização em temas e categorias temáticas.

4 | RESULTADOS

Os resultados da pesquisa foram analisados e apresentados no Quadro 01, conforme o nível de hierarquia das Necessidades Humanas Básicas, em Horta como as necessidades psicobiológicas; psicossociais e psicoespirituais que emergiram na construção de três categorias temáticas: necessidades humanas de cuidado à saúde do corpo físico; necessidades humanas de cuidado à saúde social e necessidades humanas de cuidado à saúde espiritual do homem com neoplasia de boca em tratamento cirúrgico. Discutidas a seguir:

Necessidades Psicobiológicas de	Categoria 1 - Necessidades humanas de cuidado a saúde do corpo físico	Necessidades Psicossociais de	Categoria 2- Necessidades humanas de cuidado à saúde social
Nutrição	Alimentação enteral via sonda gástrica	Autoimagem	Aparência alterada relacionada à cirurgia
Sexualidade	Informação sobre vida íntima		
Necessidades Psicoespirituais de	Categoria 3- Necessidades humanas de cuidado a saúde espiritual		
Filosofia de vida	Fé, renascimento,		

Quadro – 01 – Apresentação das Necessidades Humanas Básicas em Horta e das Necessidades de cuidados básicos à saúde do homem. HCI-INCA. Rio de Janeiro, RJ. Brasil 2016

Fonte: Dados da pesquisa

Categoria 1 - Necessidades humanas de cuidado à saúde no corpo físico

Nessa categoria, compreende a relação com as necessidades psicobiológicas de oxigenação; nutrição e sexualidade. A oxigenação relaciona-se com a utilização de uma traqueostomia com cânula metálica; a nutrição ligada à alimentação enteral via sonda gástrica e a sexualidade informação sobre a vida íntima.

Necessidade de cuidado básico na oxigenação

É o processo de utilização do oxigênio nos fenômenos de oxidação e redução das atividades vitais do ser humano⁽⁷⁾. No homem com câncer de boca em tratamento cirúrgico relaciona-se a traqueostomia com cânula metálica, pois, nas primeiras 24 – 48 horas após a cirurgia apresenta-se com edema ocorrendo perda da capacidade de respirar afetando a habilidade em satisfazer as necessidades, que seriam as manifestações evidenciadas como problemas de enfermagem.

A oxigenação e umidificação são consideradas como o primeiro cuidado de enfermagem ao paciente com traqueostomia, exigindo medidas para manter a via aérea desobstruída, assim como, a umidificação torna-se fundamental, por ser um cuidado que reduz a possibilidade de infecção causada pelas secreções traqueobrônquicas, que são um meio de cultura bacteriana. A oxigenação no paciente com cânula de traqueostomia também pode ser entendido como ar umidificado⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

As maneiras de manter a traqueostomia desobstruída, quais sejam limpar gentil e rapidamente as secreções expelidas, logo após o paciente ter tossido, constitui maneiras de cuidados para atender as necessidades básicas de oxigenação. Os dados demonstram que os homens permaneceram com a cânula e obtiveram ajuda dos familiares no cuidado para ajudar na oxigenação dos pulmões e, depois obtiveram autonomia. Observam-se abaixo:

[...] Usei cânula de traqueostomia, tinha um sobrinho que me ajudava com toda paciência, me ajudou muito [...] H3

[...] A cânula de traqueostomia minha irmã me ajudava a limpar, depois comecei a limpar sozinho [...] H4

[...] Fui para casa de traqueostomia minha esposa me ajudava a limpar a cânula. [...] H6

[...] Minha irmã me ajudava a limpar a cânula de traqueostomia, depois comecei a limpar sozinho [...] H 10

[...] Minha sobrinha me ajudava a limpar a cânula. Depois, fui limpando, fazendo no espelho conseguir limpar sozinho [...] H16

Evidencia-se a importância de estimular o cuidado à saúde relacionada à traqueostomia, pois, os homens mostraram uma independência no cuidado que lhe proporcionou uma via aérea pérvia com oxigenação, prevenindo assim, o ressecamento da mucosa traqueal e a formação de tampões de secreção traqueobrônquica.

O desequilíbrio orgânico com excesso de secreções traqueobrônquicas impede a oxigenação e ventilações adequadas, podendo comprometer a saturação de oxigênio do homem com traqueostomia, pois, o procedimento de aspiração traqueal deve ser realizado caso se comprove o comprometimento e o prejuízo da oxigenação e da ventilação.

Estudo evidenciou que as necessidades de aspiração de secreção traqueal e os critérios utilizados por uma equipe de enfermagem de UTI a maioria dos profissionais 73% não seguia um horário predeterminado para a aspiração, assim evitava que o paciente fosse desnecessariamente submetido ao estresse do procedimento⁽¹²⁾.

A necessidade de aspiração é determinada pela ausculta do tórax para constatar a presença de secreções ou tampões mucosos nas vias aéreas superiores, que devem ser avaliadas a cada duas horas, considerando a complexidade desse procedimento, a avaliação prévia da necessidade de aspiração é indispensável, pois se trata de procedimento invasivo e complexo que deve ser realizado mediante indicação criteriosa⁽¹³⁾.

Nesse sentido, a importância do conhecimento baseado em evidências científicas válidas, sobre os diferentes métodos e aspectos relacionados à função respiratória e oxigenação.

A umidificação adequada do ambiente e a oxigenação foram observadas como um das necessidades de cuidados básicos, a permeabilidade das vias áreas obtidas pela limpeza das secreções e o controle das vias aéreas superiores deve ser imediato, pois é a base da vida, encorajando-o a tossir e posicioná-lo para maximizar o potencial ventilatório como um cuidado resolutivo que favorece a manutenção do sistema respiratório.

Necessidade de cuidado básico na nutrição enteral

Nutrição tem como significado a ingestão, digestão e absorção de nutrientes essenciais à sobrevivência humana. A nutrição enteral é considerada quando o paciente mantém a função gastrintestinal intacta, porém com alteração das funções de mastigação e deglutição, é a administração de uma dieta líquida elementar com calorias, minerais e vitaminas ao trato gastrointestinal, por meio de sonda nasogástrica⁽¹⁰⁾.

No homem, as alterações temporárias de mastigação e deglutição causadas pelo procedimento cirúrgico da boca, ocasiona desequilíbrio nas necessidades de alimentação que podem ser evidenciadas como problemas de enfermagem que exigem uma solução.

Evidenciou-se que a necessidade de usar a sonda gástrica para dieta enteral caracterizou-se como repúdio e a retirada à revelia da sonda gástrica. Constata-se nos relatos abaixo:

[...] A sonda para alimentação foi à parte pior, a comida ficava pingando e nunca acabava, com dois meses de cirurgia, arranquei a sonda em casa. Não aguentava mais, aí comecei a comer pela boca. Quando voltei ao médico examinou a boca estava tudo bem [...] H14

[...] A dieta enteral não é ruim, te mantém vivo é isso... Queria retirar essa sonda estou doído para comer uma feijoada vou ficar forte de novo, seria melhor se estivesse sem a sonda, só vou ficar bom, quando retirar a sonda com certeza. [...] H6

*[...] Sonda para alimentação, foi um sufoco, porque só em saber que tinha que ficar com a sonda, a cada seis horas alimentação liquidificada foi difícil para toda família[...]*H18.

*[...] Detesto sonda para alimentação, prefiro fazer dez cirurgia do que colocar a sonda para alimentação. Aconteceu da sonda dobrar, precisei vir do município de Petrópolis ao hospital no Rio para resolver[...]*H20

Os homens apresentaram enfrentamento ineficaz relacionado com o desconforto imposto pela presença da sonda nasogástrica, ocasionando um desequilíbrio que exigiu cuidado para resolver a necessidade começa em apoiar e encorajar o paciente a aceitar as alterações físicas e a transmitir esperança que é possível a melhora diária progressiva, pois ajudar o paciente a aceitar a dieta enteral, a fim de que suas necessidades nutricionais sejam supridas.

A alimentação é fator importante na recuperação de saúde do paciente, que geralmente tem o apetite e os hábitos alimentares afetados pela doença ou tratamento oncológico. Nem sempre é fácil adaptar-se a alimentação que lhe é oferecida, por exemplo, a dieta enteral, as vezes diferentes de sua alimentação habitual⁽¹⁴⁾.

Dessa forma, o cuidado básico a necessidade de nutrição, inicia-se pela atenção da escuta ativa em relação à ansiedade relacionada à falta de conhecimento sobre os cuidados domiciliares e o tipo de alimentação; expectativas de logo recuperar a saúde, retirar a sonda e voltar a comer pela boca; explicar a finalidade da nutrição enteral, que devido o procedimento cirúrgico e a cicatrização da ferida operatória fica impossibilitado de alimentar-se por via oral, permanecendo em dieta zero para garantir a cicatrização da ferida intraoperatória; envolver a família no processo de cuidado; avaliar adaptação e enfrentamento do paciente com a nutrição enteral e integrar o cuidado no seguimento ambulatorial com a equipe de saúde.

Necessidade de cuidado básico na sexualidade

É a necessidade de integrar os aspectos somáticos, emocionais e sociais do ser, com o objetivo de obter prazer e consumir o relacionamento íntimo com a esposa⁽¹⁵⁾. No homem, em tratamento cirúrgico a necessidade de cuidado com a sexualidade, está relacionada com a informação sobre a vida íntima. Os dados da pesquisa mostram que os homens eram casados; união consensual e separados sendo caracterizado pela vida íntima prejudicada e demonstração de pouco desejo para expressar sobre a intimidade. Constata-se nos relatos abaixo:

[...] Vida íntima prejudicada, causada pelo meu estado emocional, estou em acompanhamento com a psicóloga, mas não estou vendo resultado [...] H7

Evidencia-se que o padrão na vida íntima está prejudicado relacionada às questões emocionais, que apesar de procurar cuidados psicológicos não estava obtendo resultados, pois o desequilíbrio de suas necessidades básicas está exigindo uma resolução de cuidado a vida íntima que está sendo verbalizada.

Os desafios emocionais e as implicações funcionais e estéticas do tratamento cirúrgico precisam ser cuidadosamente explorados com o homem e a esposa, como propor alternativas de uma terapeuta sexual, caso deseje; proporcionar uma ligação entre o casal que não havia acontecido antes do câncer. Padrões de sexualidade ineficazes são expressões de preocupação quanto à própria sexualidade⁽¹⁶⁾.

Estudo sobre sexualidade adulta e a atuação dos psicólogos desafios e contradições, evidenciou nas declarações que não se sentiam aptas para atender problemas sexuais e permitiram considerar que a falta de educação sexual em casa e no âmbito escolar, somada às experiências pessoais frustradas e parceiros sem habilidades sexuais, acabou por reforçar as dificuldades e o despreparo do profissional para atuar nessa área com o paciente⁽¹⁷⁾.

Constatou-se que os homens não desejava expressar sobre a questão da vida íntima. Restringindo-se somente a informação do estado civil e nada mudou na vida íntima após o procedimento cirúrgico na boca. Constata-se abaixo:

- [...] *Sou casado, boa relação com a esposa [...]* H1
- [...] *Moro com a esposa, tenho dois filhos [...]* H3
- [...] *Casado, esposa ajuda o tempo todo [...]* H4
- [...] *Quanto à sexualidade não mudou nada [...]* H 13
- [...] *Casado, não teve alterações na vida íntima [...]* H22
- [...] *Sou separado, fui para casa da minha mãe [...]* H25

Sexualidade caracteriza-se pelo conjunto de fenômenos ligados ao sexo, observáveis nos seres humanos, atividade sexual⁽¹⁸⁾.

O cuidado à necessidade de informação sobre sexualidade do homem em tratamento cirúrgico inicia-se por realizar uma avaliação de maneira abrangente e continuada, incluindo os aspectos físicos e psicossociais, visando identificar as necessidades causada pelo desequilíbrio psicológico relacionado a cirurgia da boca, de modo que o cuidado seja efetivo; como escuta ativa dos anseios, que possa expressar sobre o tratamento cirúrgico capazes de limitar o envolvimento na vida íntima; explicar a possibilidade de acompanhamento com terapeuta da saúde sexual ou mental; reafirmar a necessidade de proximidade com expressões de carinho, envolvendo a parceira em atividades de toque, massagem estimulando o bem-estar do casal.

Logo, os resultados nos permitiu considerar que as implicações para a Enfermagem nas necessidades psicobiológicas relacionadas à necessidade de cuidado a saúde do corpo físico no homem as mais afetadas foram, as necessidades de cuidado a oxigenação ligada a cânula de traqueostomia; as necessidades de cuidado com a nutrição enteral relacionada a impossibilidade de alimentação via oral, pela cirurgia na boca e as necessidades de cuidado com a sexualidade ligada a informação sobre vida íntima, tornando um desafio para a Enfermagem atender essas necessidades com um cuidado efetivo.

Categoria - 2 Necessidades humanas de cuidado à saúde social

Nessa categoria, as necessidades psicossociais caracteriza-se pela autoimagem alterada relacionada ao procedimento cirúrgico na boca.

Necessidade de cuidado básico na autoimagem

Autoimagem é o conceito de si com o conhecimento que o indivíduo tem de si. A autopercepção que a pessoa tem de sua estrutura e função corporal como algo dinâmico e diferente de todas as outras pessoas é um componente de auto conceito⁽¹⁹⁾

As mudanças reais percebidas na estrutura e função do corpo relacionado

com o tratamento cirúrgico na região da boca são consideradas desequilíbrio das necessidades de cuidado básico na autoimagem. No homem, as manifestações evidenciadas consideradas problemas de enfermagem foram: a aparência incomodava e tinha vergonha de sair de casa.

O tratamento cirúrgico na neoplasia de boca, geralmente está associado às alterações faciais, como por exemplo, cirurgia na região da mandíbula, que pode proporcionar comportamentos negativos nas relações psicossociais como, vergonha e isolamento social. Abaixo:

[...] Tinha vergonha de ir num churrasco, num aniversário, mudou muito. Evito ir aos lugares... São coisas que dar para evitar. [...]. H9

[...] Fiquei meio constrangido na hora que sai do hospital para casa. Quando recebi alta fiquei de repouso em casa, fiquei alguns meses sem sair no portão, por causa da aparência [...]. H4

[...] Ficava preocupado com a minha aparência, porque, perdi onze quilos, não queria aparecer muito para as pessoas que não me conheciam, porque tem gente que é muito invasiva fica te olhando. Isso me incomodava às vezes [...]. H5

[...] Minha aparência mudou, estou com essa sonda há sete meses depois que operei a garganta [...]. H7

[...] Minha aparência me incomoda um bocado, porque o meu pescoço ficou com uma diferença, o lado da cirurgia ficou fundo, [...]. H10

[...] Minha aparência me incomoda, porque, ficou um buraco no queixo, o osso da mandíbula está exposto, por isso preciso fazer curativo, isso mexe como auto estima incomoda, a minha boca está torta e a língua pressa[...]. H17.

[...] Aparência mudou muito, hoje em dia se olhar uma foto minha antes da cirurgia e hoje, os meus amigos que não me veem muito tempo, não vão me reconhecer porque a aparência mudou totalmente[...]. H23

As consequências inevitáveis do tratamento cirúrgico exacerbam a preocupação e o sofrimento físico e emocional do paciente. A perda ponderal alterou a imagem corporal, pois os vizinhos curiosos questionavam a aparência, mas ainda assim, demonstrava-se com atitude de otimismo, se colocando a disposição para explicar a alteração da imagem.

Estudo que analisou gênero e adoecer de câncer evidenciou a ausência nos depoimentos dos sujeitos masculinos a descrição de momentos dolorosos relacionados apenas ao tratamento oncológico, pois, os homens parecem encarar este momento com tranquilidade apesar de não manifestarem esperança de cura ao tratamento⁽²⁰⁾.

Os procedimentos cirúrgicos envolvendo a cavidade oral geralmente são invasivos podendo causar alterações estéticas previstas irrecuperáveis além de comprometer algumas funções como a mastigação e a fala: perda temporária da fala; em função

disso, o cuidado deve ser direcionado a dimensão psicossocial para a recuperação de saúde.

O cuidado básico no desequilíbrio na alteração da autoimagem do homem, direciona-se para a questão psicossocial como, providenciar visitas de grupo de apoio ao paciente com experiência na cirurgia que foi proposta, por exemplo, da boca; incentivar atividades de autocuidado, cuidado da aparência pessoal; pentear os cabelos, mantê-los cortados e barbear-se diariamente; incentivar a ressocialização de modo progressivo, através da deambulação; aconselhamento sobre questões financeiras, trabalhistas dentre outras.

Categoria -3 Necessidades de cuidado básico à saúde espiritual

Essa categoria relaciona-se com as necessidades de cuidado psicoespirituais de filosofia de vida com presença da fé e crenças espirituais. No homem, o desequilíbrio da saúde espiritual com necessidade de cuidado foi caracterizado pelo enfrentamento para lidar com o diagnóstico de neoplasia de boca e o tratamento cirúrgico proposto, identificados como problemas de enfermagem exigindo resolução.

O procedimento cirúrgico foi como marco de um recomeço na vida dos homens que buscaram forças nas energias Divinas, como estratégias de enfrentamento e superação com a cabeça erguida no tratamento cirúrgico oncológico. Estudo de Freitas⁽²¹⁾ teve resultados similares de homens com traqueostomia por câncer de laringe, revelou que não se entregaram lutaram para viver. O agradecimento à Deus pela vida, conforto por não sentir mas dor; proporcionou um bem estar espiritual. Abaixo:

[...] Depois da cirurgia, foi um renascimento para mim, agradeço á Deus por isso e pela minha saúde [...] H04

[...] O importante que estou vivo, comecei a sair no portão e depois na rua [...]H10

[...] Se não morrer agora, vou morrer mais tarde, a questão é que vou lutar para viver, se não dê, um dia vou ter que morrer [...] H12

[...] Não tenho o que reclamar, graças a Deus, está dando para levar à vida [...] H13

[...] Depois que fiz a cirurgia, nunca mais sentir dor. Deus é muito bom para mim [...] H14

[...] Estou tranquilo de bem com a vida, se a gente reclamar a coisa fica pior. Creio, se a agente reclamar da vida, vai procurar mais problemas [...] H15

[...] Tudo que acontece com nós e para nosso crescimento espiritual e pessoal. Serviu como uma ancora, pedia à Deus para me tirar do jogo de bicho desse meio. [...]H17

Espiritualidade é um marco para a nova era, especialmente a partir do momento em que as crenças religiosas e espirituais, têm demonstrado ser de forte impacto como estratégia no enfrentamento das diversas situações de desequilíbrio orgânico e suporte na recuperação da saúde⁽²²⁾. Nesse contexto, abre-se espaço para pensar o papel da espiritualidade na enfermagem.

Em 1988, Organização Mundial de Saúde (OMS), incluiu a dimensão espiritual no conceito multidimensional de saúde, remetendo as questões como significadas e sentido da vida, e não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa⁽²³⁾.

Espiritualidade caracteriza-se em uma dimensão de cuidado, pois, deve-se reconhecer que os homens expressaram as necessidades espirituais de forma sutil e, por vezes, a neoplasia da boca e o tratamento cirúrgico configuram-se num contexto vivencial desencadeador de sofrimento humano, pois, a resposta ao processo de saúde-doença-cuidado deve ter um foco de atenção às necessidades de cuidado básico a dimensão psicoespiritual do homem.

De acordo com Martins⁽²⁴⁾ conclui que os cuidados nas dimensões espirituais aos pacientes em sofrimento emocional incluem: encaminhar para o líder espiritual; rezar/orar; respeitar as crenças pessoais; fomentar a fé; estar presente; aumentar a esperança; proporcionar música; ouvir com atenção; falar e apoiar; respeitar a dignidade e privacidade da pessoa como ser humano; incentivar a procura de significados; leitura; contato com familiares, amigos e natureza; toque terapêutico; meditação; imaginação guiada; humor e risos.

Por outro lado, os homens agradeceram aos familiares pela ajuda no cuidado com a vida e na recuperação da saúde, no processo de transição saúde-doença-cuidado numa relação de preocupação do familiar doente, um fator importante.

Os homens participantes dessa pesquisa adotaram a dimensão espiritual como forma de gratidão todos que os ajudaram de forma direta ou indiretamente na recuperação e no cuidado a saúde, pois as crenças e valores espirituais se modificam em resposta a doença e ao tratamento cirúrgico oncológico.

Logo, a Enfermagem sustentada inegavelmente em princípios éticos, exige que reconheça as suas competências em responder às necessidades de cuidado na dimensão espiritual, tal como Caldeira⁽²⁵⁾ exemplifica ao refletir acerca do rezar/orar enquanto cuidado, pois, o reconhecimento da equipe de enfermagem de si próprio é fundamental na atenção à dimensão espiritual do paciente.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As necessidades humanas básicas de cuidado à saúde e de enfermagem ao homem com neoplasia de boca em tratamento cirúrgico constitui-se na aplicação dos conhecimentos científicos combinando com criatividade, sensibilidade e reinventando

os cuidados na prática de cuidar numa contribuição para a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem implantada no Brasil pelo Ministério da Saúde em 2008.

Evidenciou-se que se torna possível oferecer cuidado ao homem baseado nas necessidades humanas básicas de saúde respeitando as especificidades masculinas. Esta pesquisa apresenta as limitações de uma pesquisa qualitativa, contextualizada no tempo de investigação e uma instituição, mas podem contribuir para direcionar na prática de cuidar, bem como os dados possibilitam reflexões a respeito da necessidade de cuidado específico que afetam a saúde do homem com câncer de boca, e trazem implicações para a prática de Enfermagem; pesquisa; ensino; área da saúde; sociedade masculina e geral.

Com base nos achados da pesquisa, recomenda-se a continuação de pesquisas, a fim de ampliar os conhecimentos técnicos e científicos, com os elementos envolvidos no processo de cuidado a saúde do homem, tanto nas instituições de saúde quanto nas unidades básicas de saúde, que visem não somente as necessidades psicobiológicas, mas também as necessidades psicossociais e as necessidades psicoespirituais assistindo o paciente como ser humano completo.

REFERÊNCIAS

1. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2017. Atlanta: American Cancer Society; 2017
2. Ministério da Saúde (Br) Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2017: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2016.
3. Ministério da Saúde (Br) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília (DF); 2008
4. Alvarenga WA, Silva SS, Silva MEDC, Barbosa LDCS, Rocha SS. Política de saúde do homem: perspectivas de enfermeiras para sua implementação. Rev Bras Enferm, Brasília 2012 nov-dez; 65(6): 929-35.
5. Couto MT. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Comunicação Saúde e Educação. 2010; (14): 257-70.
6. Volkweis MR, Bloes MC, Zanin R, Zamboni R. Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer bucal em um CEO. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac Camaragibe. 2014; 14 (2) :63-70.
7. Horta, WA. Processo de enfermagem. EPU: São Paulo;1979.
8. Japiassú H, Marcondes D. Dicionário básico de filosofia. Editora: Jorge Zahar; 1996
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
10. Carpenito, MLJ. Planos de cuidados de enfermagem e documentação: diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos. Artmed: Porto Alegre, 2011.
11. Ricz HMA, Mello-Filho FV, Conti de Freitas LC, Mamede RCM. Traqueostomia. Medicina [Internet].2011 [acesso em 2017 fev 10];44(1):63-9. Disponível em <http://www.fmrp.usp.br/revista>
- 12- Paes GO, Mello ECP, Leite JL, Mesquita MGR, Oliveira FT, Carvalho SM . Protocolo de cuidados

ao cliente com distúrbio respiratório: ferramenta para tomada de decisão aplicada à enfermagem. Esc Anna Nery 2014 ;18(2):303-310

13 - Favretto DO, Silveira RCCP, Canini SRMS, Garbin LM, Martins FTM, Dalri MCB. Aspiração endotraqueal em pacientes adultos com via aérea artificial: revisão sistemática. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2012 set; [acesso em:12/04/2014]; 20 (5): [10 telas]. Disponível em:<http://www.eerp.usp.br/rlae>

14. Amaral ACF, Rodrigues LA, Furlan RMMM, Vicente LCC, Motta ARM. Fonoaudiologia e nutrição em ambiente hospitalar: análise de terminologia de classificação das consistências alimentares CoDAS 2015;27(6):541-9.

15. Bonfante EG, Sexualidade e hanseníase aspectos psicossociais. Bauru (SP): Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2010.

16. North American Nursing Diagnosis Association. Nursing Diagnoses: definitions & classification, 2009-2011. Oxford: Wiley-Blackwell; 2008.

17. mariussi ER, Vermelho SC. A sexualidade adulta: um estudo sobre a atuação do psicólogo. Desafios e contradições. Revista Brasileira de Sexualidade Humana. 2014; 25(2): 67-76.

18. Houaiss, A. Minidicionário Houaiss da língua portuguesa. S/C Ltda Rio de Janeiro 2003

19. Mostardeiro SCTS, Pedro ENR. Pacientes com alteração da imagem facial: circunstâncias de cuidado. Rev. gaúcha enferm. 2010; 31 (1):100 -07.

20. Xavier, ATF, Ataíde MBC, Pereira FGF, Nascimento VD. Análise de gênero para o adoecer de câncer. Revista Brasileira de Enfermagem. 2010; 63 (6): 921-926.

21. Freitas AAS. Os cuidados cotidianos aos homens adultos hospitalizados com traqueostomia por câncer na laringe. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2012.

22. Penha RM, Silva MJP. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2012 June [cited 2017 Mar 10]; 21(2): 260-268. Available from: <http://www.scielo.br/scielo>.

23. World Health Organization. Division of mental health and prevention of substance abuse. WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB). Genève: 1998 (Report on WHO consultation).

24. Martins C. O enfermeiro e o alívio do sofrimento: uma revisão de literatura. Pensar Enfermagem. 2010;11(1) : 34-41

25. Caldeira S, Branco Z C, Vieira M. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. Revista de Enfermagem Referência. 2011; III (5) : 145-152

HOMENS NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS UROLÓGICAS: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDAR EM ENFERMAGEM

Rafael Carlos Macedo Souza

Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro – RJ

Anna Maria Oliveira Salimena

Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem
Juiz de Fora – MG

Heloisa Campos Paschoalin

Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem
Juiz de Fora – MG

Natália Beatriz Lima Pimentel

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro – RJ

evidenciaram que os principais sentimentos vividos são: preocupação, ansiedade, medo e dificuldade em buscar assistência para seus problemas de saúde. Os pacientes não receberam informações adequadas sobre o procedimento proposto, sendo estas superficiais, relacionadas apenas às técnicas operatórias e fornecidas pelo cirurgião. Apesar da falta de informações, afirmaram confiança e segurança na realização do procedimento devido à fé em Deus. **Considerações Finais:** Evidenciou-se a importância da sistematização das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem e do papel do enfermeiro na identificação das necessidades do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de enfermagem. Saúde do Homem. Enfermagem Perioperatória.

RESUMO: Objetivo: conhecer os sentimentos vivenciados por homens no período pré-operatório de cirurgias urológicas. **Método:** Pesquisa de natureza qualitativa realizada em um Hospital Universitário da Zona da Mata Mineira; a coleta das informações ocorreu nos meses de março a maio de 2015 por meio de uma entrevista aberta com a participação de nove homens. **Resultados:** Da análise compreensiva emergiram as Unidades de Significados: Sentimentos vivenciados; Informações recebidas sobre o processo cirúrgico; Deus como suporte para o enfrentamento. Os resultados

ABSTRACT: Objective: to comprehend the feelings experienced by men in the preoperative period of urological surgeries. **Method:** Qualitative research performed at a Teaching Hospital in Zona da Mata Mineira; information collection was carried out from March to May 2015 through an open-ended interview; study sample was nine men. **Results:** From the comprehensive analysis the Units of Signification have emerged: Experienced feelings; Information received concerning the surgical process; Addressing God as a support for coping. The results have shown that the

main feelings experienced are: worry, anxiety, fear and difficulty in seeking assistance for their health problems. Patients did not receive adequate information about the proposed procedure, only superficial advices related to operative techniques provided by the surgeon. Despite the lack of information, they reported feeling confident and safe in undergoing the procedure due their faith in God. **Conclusion:** It was highlighted the importance of the systematization of the activities performed by the nursing team and the role of nurses in identifying the patient's needs.

KEYWORDS: Nursing care. Men's Health. Perioperative Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

No contexto das políticas de saúde, a população masculina começa a receber destaque e fortalecer o desenvolvimento de respostas para suas singularidades, com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Ressalta-se que a política foi construída a partir das perspectivas de relações de gênero, considerando as diferenças de cuidado, atenção e promoção de saúde entre a população masculina e a feminina (BRASIL, 2009; LIMA et al, 2018; SCUSSEL; MACHADO, 2017).

Sabe-se que os homens acessam o sistema de saúde de maneira diferente das mulheres; no geral, buscam pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, assim como pelos setores de emergência. Tal comportamento contribui para o aumento do número de enfermidades graves, que demandam tratamentos prolongados e de alto custo. Esta situação poderia ser evitada com cuidados preventivos e com busca sistemática da população masculina aos serviços de atenção primária à saúde (BRASIL, 2009; SCUSSEL; MACHADO, 2017).

A PNAISH emerge neste contexto com o objetivo de melhorar o acesso da população masculina aos serviços de assistência integral à saúde, diminuindo a busca pela assistência especializada e possibilitando queda na morbidade e mortalidade dessa população. Entretanto, devido à resistência masculina ao procurar cuidados preventivos, observa-se grande número de procedimentos cirúrgicos realizados na atenção especializada (ARRUDA; MARCON, 2018; BRASIL, 2009; SCUSSEL; MACHADO, 2017).

O procedimento cirúrgico, ainda que como tratamento resolutivo aos problemas de saúde, pode causar transtornos emocionais ao homem e sua família. A cirurgia está relacionada com o desconhecido, como a técnica cirúrgica e a anestésica, com o ambiente físico do Centro Cirúrgico e com o prognóstico esperado no pós-operatório (ROCHA; IVO, 2015).

Em se tratando das cirurgias urológicas que compreendem e correlacionam o sistema urinário e o sistema reprodutor, esse evento pode se tornar ainda mais traumático para o homem. Dependendo do procedimento proposto, é possível que ele

apresente preocupações excessivas com as possíveis complicações e principalmente com seu prognóstico no pós-operatório, visto que a cirurgia pode resultar em uma incontinência urinária ou até mesmo em uma disfunção sexual (VIEIRA, 2010).

Considerando a complexidade das cirurgias urológicas em homens e que todos os pacientes necessitam de uma adequada avaliação e assistência de enfermagem no período pré-operatório, tornou-se objetivo deste estudo conhecer os sentimentos vivenciados por homens no período pré-operatório de cirurgias urológicas.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa, pois buscou-se compreender os sentimentos vivenciados por homens, fenômeno que não pode ser reduzido às formas de operações matemáticas, sendo ressaltada a importância do significado atribuído pelos próprios depoentes ao objeto em estudo (MINAYO, 2010).

O cenário da investigação foi um Hospital Universitário da Zona da Mata Mineira, referência no atendimento a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal cenário apresenta trabalho de excelência na área da saúde, englobando os níveis primário, secundário e terciário de atendimento, e interligando atividades de pesquisa, ensino e extensão. O setor cirúrgico possui uma área destinada para internação de homens e outra para internação de mulheres.

Foram incluídos no estudo os pacientes do sexo masculino, internados no setor de cirurgia do referido hospital, maiores de 18 anos e que se encontravam no período pré-operatório de cirurgias urológicas. O critério de exclusão foi não conseguir se expressar verbalmente para responder as questões norteadoras.

Participaram do estudo nove homens; a coleta dos seus depoimentos ocorreu durante os meses de março a maio de 2015, os quais foram colhidos no próprio setor de cirurgia, em um espaço reservado, buscando manter um local adequado para coleta das informações. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa durante sua internação no pré-operatório, sendo os mesmos abordados no próprio setor, após indicação dos possíveis participantes pelos enfermeiros do setor cirúrgico. O momento para encerrar a coleta das informações ocorreu quando, após transcrever cada entrevista, observou-se a repetição nas informações, decidindo assim por findar a coleta dos depoimentos.

Os depoimentos foram colhidos por meio de entrevista aberta e gravada em áudio, almejando manter a fidedignidade das informações. Inicialmente, buscou-se caracterizar os participantes por meio de um questionário social e, posteriormente, valeu-se das questões norteadoras: Como o senhor está se sentindo diante da cirurgia que vai realizar? Quais informações recebeu sobre a cirurgia? O que o senhor espera da cirurgia?

Os participantes foram codificados como “E” de entrevistado e acompanhados

de uma numeração por ordem de realização das entrevistas (E1, E2, E3...). Após a transcrição das entrevistas na íntegra, as mesmas foram lidas e relidas atentivamente, grifadas as estruturas essenciais e agrupadas por proximidade de significados, buscando o desenvolvimento de uma Análise Compreensiva (MINAYO, 2010). Emergiram assim as unidades de significados: Sentimentos vivenciados; Informações recebidas acerca do processo cirúrgico; Deus como suporte para o enfrentamento.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, de acordo com o parecer 909.053 e número CAAE 39088414.6.0000.5147. Foram assegurados o anonimato e todos os direitos dos participantes, em consonância com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes encontravam-se na faixa etária entre 52 e 76 anos, oito deles estudaram até o ensino fundamental (1ª a 4ª série) e um não frequentou a escola. Quatro eram economicamente ativos, a saber, dois trabalhando como pedreiro, um lavrador, um microempresário, e cinco eram aposentados.

Dos participantes, cinco já haviam vivenciado experiências cirúrgicas anteriores e sete já haviam sido internados. Das cirurgias propostas, cinco delas eram mutiladoras, em que se realiza a retirada total ou parcial de um órgão (prostatectômica, nefrectômica), três indicadas para remoção de cálculos e uma para remoção de tecidos da próstata.

Da reunião das estruturas essenciais das falas dos participantes e pela proximidade de sentido das mesmas, emergiram as Unidades de Significados:

3.1 Os sentimentos vivenciados

Estudos mostram que a realização de um procedimento cirúrgico está associada a sentimentos negativos que podem interferir no processo de recuperação do paciente (COSTA; SAMPAIO, 2015; ROCHA et al, 2016; ROCHA; IVO, 2015). Neste estudo, confirmou-se que vários sentimentos são vivenciados, sejam esses positivos ou negativos. Houve contradições em alguns depoimentos, pois, apesar de expressarem tranquilidade diante da situação pré-operatória, relataram ansiedade ou tensão relacionada à cirurgia, enfatizando que esses sentimentos “fazem parte” de todo ser humano, descrevendo-os como normal e esperado nessa situação. Mas se mostraram apreensivos, preocupados e anunciaram sentir medo:

“Um pouco de medo. Acho que todo ser humano sente medo. Falou que vai mexer com o organismo ou com um troço qualquer a pessoa sente medo.” (E1)

“Somente de ver o pessoal de roupa branca já dá este tipo de reação. Este tipo de sentimento, de medo.” (E9)

O momento cirúrgico consiste para o paciente em um evento de extrema importância e preocupação. O novo e o desconhecido mexem com o imaginário das pessoas fazendo com que o medo e o temor aflorem (COSTA JUNIOR et al, 2012).

A Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (BRASIL, 2009, p. 5-6) apresenta três afirmações: “os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica; Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer e não se pode negar que na preocupação masculina a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social” que foram evidenciadas nestes recortes dos depoimentos:

“A pessoa fica pensando muito no serviço e vai deixando e deixando, aí vai complicando mais as coisas.” (E4)

“Fiquei triste por não fazer a cirurgia... fiquei internado e não saiu a vaga. Voltei para minha roça porque as plantas estavam estragando tudo.” (E7)

Outro destaque relacionado ao medo foi a preocupação com a anestesia:

“A gente fica meio cabreiro. Fico preocupado não é tanto com a cirurgia, me preocupo é com a anestesia. Acho que o efeito da anestesia pode ser pior que o da cirurgia. É algo que apaga a gente. É estar apagado e não saber o que está acontecendo”. (E8)

“Vou entrar para tomar uma anestesia geral, não sei se volto ou se não volto. Somente Deus sabe. Este é meu problema. É como uma morte, eles fazem da gente o que querem. É isto que eu sinto.” (E9)

Os pacientes que têm algum tipo de medo relacionado ao ato anestésico apresentam-se por diversas vezes com grau elevado de ansiedade, seja pelo medo de não acordar ou ainda de sentir dor durante o ato cirúrgico. Evidencia-se a necessidade da visita de enfermagem durante o momento pré-operatório. O enfermeiro precisa tornar-se próximo do seu paciente a fim de conquistar confiança e estreitar os laços, tanto com o paciente como com sua família. É possível desmistificar estes medos durante a visita de enfermagem e deixar o paciente mais tranquilo para enfrentar o ato anestésico-cirúrgico (COSTA; SAMPAIO, 2015; ROCHA et al, 2016).

“A gente não pode ficar pensando muita coisa, tem que passar por isto mesmo, não tem outra saída. Preciso desta cirurgia porque está incomodando. É como diz o ditado: preciso fazer, preciso mesmo.” (E5)

Percebe-se neste depoimento que a realização da cirurgia se tornou a única saída apresentada ao paciente para sanar seus problemas. Assim, o mesmo optou por encarar o procedimento cirúrgico e foi criando estratégias para aceitar as consequências e se tranquilizar. Portanto, o enfermeiro, durante a visita pré-operatória de enfermagem, pode orientar e esclarecer adequadamente o paciente, almejando

que ele vivencie o ato cirúrgico com maior tranquilidade (COSTA; SAMPAIO, 2015; OLIVEIRA; MENDONÇA, 2014).

Neste contexto, compete a toda a equipe de enfermagem desmistificar tudo aquilo que se encontra no fantasioso da pessoa sobre o procedimento cirúrgico, pautado num cuidado humanístico, observando todas as suas necessidades biológicas, sociais, espirituais e emocionais. Percebe-se que é de extrema importância a aplicabilidade de ações que alcancem todas as necessidades dos pacientes, ainda que muitas vezes a equipe de enfermagem tenha dificuldades de ultrapassar o cuidado ao físico e biológico. Não se pode focar o atendimento apenas em cuidados físicos, pois não se cuida de patologias, cuida-se de pessoas que se encontram com alguma patologia e que vivenciam diversos sentimentos que precisam ser observados e atendidos (GONÇALVES; CEREJO; MARTINS, 2017; OLIVEIRA; MENDONÇA, 2014).

É necessário que a pessoa tenha suas dúvidas sanadas, que seja explicado sobre o funcionamento do hospital, do centro cirúrgico, da sala de recuperação anestésica, centro de tratamento intensivo e que seja também informado sobre os membros da equipe que prestarão sua assistência (GONÇALVES; CEREJO; MARTINS, 2017; OLIVEIRA; MENDONÇA, 2014). A necessidade deste cuidado foi evidenciada da seguinte forma:

“O que a gente deseja é isso, que o doente quer é ser tratado muito bem, tanto faz de palavras boas e como atos agradáveis, todo mundo alegre e cumprimentando. É isto que eu espero até o final.” (E3)

Sendo assim, é imprescindível criar vínculo entre enfermeiro e paciente, observar a sua multidimensionalidade de forma que o permita se sentir bem, seja com um simples gesto de segurar sua mão, ouvi-lo ou confortá-lo (GONÇALVES; CEREJO; MARTINS, 2017; OLIVEIRA; MENDONÇA, 2014; ROCHA et al, 2016).

3.2 Informações recebidas sobre o processo cirúrgico

Os pacientes que se encontram no período pré-operatório de qualquer tipo de cirurgia devem ter total conhecimento sobre todos os detalhes acerca do procedimento cirúrgico a que se submeterão. Sabendo os riscos e os benefícios sobre o procedimento, é possível atingir um aumento na autonomia e nas possibilidades de colaborar com o plano terapêutico proposto (GONÇALVES; CEREJO; MARTINS, 2017; OLIVEIRA; MENDONÇA, 2014).

Foi possível observar que os participantes não receberam as informações necessárias acerca do pré, trans e pós-operatório e que, quando alguma informação lhes foi transmitida, na maioria das vezes foi de maneira técnica, dificultando o entendimento, seja pelos termos técnicos utilizados ou pelo nível de escolaridade dos pacientes. A falha na transmissão das informações por parte da equipe de enfermagem

e a equipe multiprofissional sobre o ato cirúrgico favoreceu a continuidade das dúvidas durante todo o período de internação.

A efetiva comunicação entre pacientes/familiares e profissionais de saúde pode preparar o indivíduo para o enfrentamento de todo o processo operatório, seja reduzindo a dor, o medo, a ansiedade e até mesmo todo o sofrimento em relação às preocupações com o desconhecido (GONÇALVES; CEREJO; MARTINS, 2017; OLIVEIRA; MENDONÇA, 2014). Neste estudo, as orientações recebidas foram mínimas, o que gerou sentimento de medo, ansiedade, dúvidas e até mesmo preocupações desnecessárias relacionadas ao ato anestésico-cirúrgico.

Nos depoimentos, foi possível observar que as orientações não foram adequadas sobre o procedimento cirúrgico e suas consequências:

“Por enquanto é uma raspagem na próstata, até hoje foi isto. Por enquanto não estou sabendo mais informação nenhuma. A informação é que amanhã as 10:30h vai fazer a cirurgia.” (E3)

“Ele falou comigo que tenho que fazer a cirurgia, se eu não fizer vai cada vez inflamar mais e vai acabar me prejudicando, então eu vou ter que tirar este rim fora mesmo, praticamente eu sei isto.” (E5)

“É que eu tinha que me submeter a esta cirurgia, porque eu estava com um câncer na próstata, esta é a realidade. O Doutor falou que eu posso ficar tranquilo que vai correr tudo bem.” (E6)

“A informação que eu tive é que é tranquila, não tem nada de anormalidade, coisa simples. O médico que eu tratei primeiro disse que tinha dois tipos de cirurgia, uma pelo canal e este pelo corte que eu vou fazer. E que todos dois eram tranquilos de fazer.” (E8)

A maioria das informações recebidas por estes pacientes foram incompletas quanto à complexidade do procedimento proposto, pois foram informados apenas que deveriam se submeter ao processo cirúrgico e que o procedimento seria ‘tranquilo’. É necessário que a orientação não seja ritualizada e repetitiva, deve-se respeitar a individualidade de cada pessoa e deve-se tratá-la como um ser único, merecedor de uma orientação clara e objetiva que atenda aos seus anseios pessoais (COSTA; SAMPAIO, 2015; GONÇALVES; CEREJO; MARTINS, 2017; OLIVEIRA; MENDONÇA, 2014; SALIMENA; SOUZA, 2010).

Observou-se que vários pacientes se sentiram constrangidos quando responderam sobre seu nível de escolaridade. É possível acreditar que muitos deles se sentiram constrangidos durante as orientações recebidas, pois não houve a possibilidade de demonstrar seus anseios e esclarecer suas dúvidas.

O entendimento dos termos técnicos utilizados nas informações foi praticamente nulo, não favorecendo a compreensão plena do tratamento cirúrgico proposto.

“Por enquanto não falaram nada... somente o doutor falou que é uma cirurgia feita no pênis e que é a laser.” (E4)

“Talvez vai ser uma cirurgia no ‘leis’ ou precisar cortar. O doutor falou: pode ficar tranquilo que isto é uma operação tranquila, não precisa ter medo.” (E2)

Percebe-se que a informação de modo geral foi muito superficial, não possibilitando aos pacientes uma perfeita compreensão acerca da cirurgia. Os médicos até descrevem as opções de técnicas cirúrgicas, porém não consideram a capacidade de entendimento do paciente sobre cada uma delas. É necessário que esta comunicação se torne mais efetiva a fim de permitir que todas as questões conflitantes possam ser esclarecidas e que o paciente se sinta realmente preparado para vivenciar o ato cirúrgico (GONÇALVES; CEREJO; MARTINS, 2017; OLIVEIRA; MENDONÇA, 2014; ROCHA; IVO, 2015).

Constatou-se que a maioria dos pacientes obteve as informações por parte da equipe médica e que o enfermeiro não foi citado em nenhum depoimento. Este resultado também foi encontrado na pesquisa realizada por Tenani e Pinto (2007) com pacientes em pré-operatório. Ao serem questionados sobre quais profissionais realizaram algum tipo de orientação cirúrgica no período pré-operatório, 75% deles informaram que apenas a equipe médica forneceu algum tipo de orientação. Os pesquisadores destacam ainda que uma das atividades inerentes a todos os profissionais de saúde é o ato de orientar e educar.

Portanto, o enfermeiro também possui a responsabilidade ética de ensinar seus pacientes, ajudando assim na aderência ao tratamento terapêutico proposto, mas é possível que o Enfermeiro tenha negligenciado seu papel importante como um educador em saúde. Faz-se necessária a utilização do Processo de Enfermagem e das visitas de enfermagem pré-operatória para que resultados eficazes sejam alcançados, possibilitando assim alcançar os objetivos durante a assistência proposta. Neste sentido, o trabalho de toda a equipe de enfermagem poderia se tornar visível e efetivo, possibilitando ainda atendimento integral e humanizado, que se torne capaz de ir ao encontro das expectativas dos pacientes durante o período de internação (GONÇALVES; CEREJO; MARTINS, 2017; OLIVEIRA; MENDONÇA, 2014; ROCHA; IVO, 2015).

3.3 Deus como suporte para o enfrentamento

Diversas são as situações que criam algum tipo de estresse na vida das pessoas. Desta forma, muitos indivíduos encontram estratégias de enfrentamento para lidar com os estressores da vida, e uma das maneiras encontradas é o apoio espiritual e religioso (FORNAZARI; FERREIRA, 2010).

Segundo Koenig, King e Carson (2012), religião é o sistema organizado por meio de crenças, práticas, símbolos designados para o acesso ao sagrado, e a espiritualidade está ligada a uma busca individual para compreender as questões da vida e o relacionamento com o sagrado, podendo ou não levar a uma prática religiosa. Sendo assim, a espiritualidade é algo intrínseco no ser humano, estando ligada ou não a uma determinada religião.

É necessário observar que a parte espiritual do ser humano é uma das dimensões dos cuidados que deve ser prestado pela equipe de enfermagem. Nesse sentido, o estudo de Scorsolini-Comin (2018) destaca que a espiritualidade vem sendo considerada uma dimensão a ser incluída no cuidado integral ao paciente. Os autores descrevem ainda que a Organização Mundial de Saúde (OMS) têm aprofundado em pesquisas sobre a espiritualidade, incluindo o aspecto espiritual no conceito multidimensional de saúde (SCORSOLINI-COMIN, 2018).

O enfermeiro deve investigar todas as necessidades dos pacientes, inclusive as espirituais e a busca pelo auxílio do sagrado. É importante ao refletir sobre espiritualidade que o enfermeiro se torne capaz de auxiliar seus pacientes a refletir sobre as suas necessidades e os ajudar na busca de estratégias adequadas (GOMES; ESPINHA; BEZERRA; 2015; SCORSOLINI-COMIN, 2018; VILELA, 2017).

Emergiu nos depoimentos a presença de um apoio em Deus por meio da Fé como importante suporte para enfrentar o estresse relacionado com a cirurgia e forte apoio emocional.

“Espero passar bem, se Deus quiser. Sou católico e acredito muito em Deus.” (E2)

“Espero muito que Deus ilumine meus caminhos e dos médicos, que em nome de Jesus tudo dê certo.” (E5)

“Confio muito em Deus e em Nossa Senhora Aparecida que vai correr tudo certinho.” (E6)

“Espero ficar curado... que seja a última coisa, se Deus quiser.” (E3)

É essencial que o profissional de saúde, especialmente o profissional enfermeiro, seja esclarecido acerca da importância da espiritualidade e da religiosidade para os pacientes e a necessidade de se valorizar adequadamente as mesmas. Mesmo com o aumento dos estudos relacionados a esta temática, percebe-se a dificuldade dos profissionais em tratar o assunto (GOMES; ESPINHA; BEZERRA, 2015; SCORSOLINI-COMIN, 2018; VILELA, 2017).

Tomasso, Beltrame e Lucchetti (2011) realizaram uma pesquisa sobre as atitudes de docentes e discentes de enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde. Concluíram que 96% dos entrevistados consideraram importante a relação da espiritualidade com a saúde do paciente e que 77% deles gostariam de abordar o assunto com os pacientes. Porém, a mesma pesquisa aponta que apenas 33% dos entrevistados julgavam-se preparados para tratar o tema. As principais barreiras apresentadas foram a falta de familiaridade com o assunto, o medo de impor suas próprias crenças, a falta de tempo e até mesmo o medo de ofender os pacientes.

Percebe-se a importância de incluir, nas grades curriculares dos cursos de saúde, momentos que permitam uma abordagem adequada para os futuros profissionais, possibilitando que se preste uma assistência mais integrada e humanizada, que busque superar as dificuldades para implementar essa dimensão ímpar no cuidado prestado e que valorize assim todos os aspectos do humano, inclusive o espiritual.

4 | CONCLUSÃO

Percebeu-se que enfrentar o procedimento cirúrgico ocasionou nos homens diversos sentimentos. Eles conviveram com a ansiedade, medo dos atos anestésico e cirúrgico e demonstraram que necessitavam serem ouvidos em relação aos seus medos, temores, além de serem esclarecidos e tranquilizados, considerando sempre sua capacidade de compreensão e entendimento.

Evidenciou-se que não foram orientados de forma adequada pelos profissionais de saúde sobre a cirurgia proposta, desconheciam os riscos que envolviam o procedimento cirúrgico e ainda os específicos relacionados às cirurgias urológicas. Comprovou-se a importância da sistematização das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem e do papel do enfermeiro na identificação das necessidades do paciente.

Espera-se que o resultado exposto contribua significativamente para a assistência, o ensino, a pesquisa e também para a reflexão de todos os profissionais de saúde, especialmente para enfermeiros e os futuros profissionais da enfermagem. Recomenda-se a continuidade de estudos relacionados a este tema, tanto por sua relevância como por sua influência na qualidade de vida dos pacientes cirúrgicos que enfrentam diversas dificuldades durante este momento único em suas vidas.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, G.O.; MARCON, S.S. **Comportamentos de riscos à saúde de homens da região sul do Brasil**. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v. 27, n. 2, p. e2640014, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200311&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde/MS. **Resolução n. 466/12**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília, 2012. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**. Brasília, 2008. 40p. Disponível em:<http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/images/stories/saudedetodosnos/arquivos/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.

COSTA JUNIOR, A. I. et al. **Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos**. Estud. Psicol, v. 29, n.2, p. 271-284, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n2/a13v29n2.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.

COSTA, T.M.N.; SAMPAIO, C.E.P. **As orientações de enfermagem e sua influência nos níveis de ansiedade dos pacientes cirúrgicos hospitalares**. Revista Enfermagem UERJ, v. 23, n. 2, p. 260-265, 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/16534>>. Acesso em: 15 out. 2018.

FORNAZARI, S.A.; FERREIRA, R.R. **Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 26, n. 2, p. 265-272, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a08v26n2.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.

GOMES, E.T.; ESPINHA, D.C.M.; BEZERRA, S.M.M.S. **Religiosidade e crença em Deus no período pré-operatório de cirurgia cardíaca: estudo exploratório**. Online Brazilian Journal of Nursing, v.

14, n. 3, p. 273-283, 2015. ISSN 1676-4285. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5138>>. Acesso em: 15 out. 2018.

GONÇALVES, M.A.R.; CERREJO, M.N.R.; MARTINS, J.C.A. **A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória.** Rev. Enf. Ref., v. serIV, n. 14, p. 17-26, 2017. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832017000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2018.

KOENIG, H.; KING, D.; CARSON, V.B. Handbook of religion and health: A century of research reviewed. Oxford: University Press. 2012.

LIMA, F.A.C. et al. **Gênero e sexualidade em Saúde Coletiva: elementos para a discussão acerca da produção do cuidado integral ao usuário masculino.** Interface (Botucatu), v. 22, n. 64, p. 29-41, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2018.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

OLIVEIRA, M.M.; MENDONÇA, K.M. **Análise da visita pré-operatória de enfermagem: revisão integrativa.** Rev. SOBECC, v. 19, n. 3, p. 164-172, 2014. Disponível em: http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site_sobecc_v19n3/08_sobecc.pdf . Acesso em: 15 out. 2018.

ROCHA, D.R.; IVO, O.P. **Assistência de enfermagem no pré-operatório e sua influência no pós-operatório.** Revista Enfermagem Contemporânea, v.4, n.2, p.170-178, 2015. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/631/545>>. Acesso em: 15 out. 2018.

ROCHA, N.M.C. et al. **Sentimentos vivenciados por pacientes do pré-operatório.** R. Interd. v. 9, n. 2, p. 178-186, 2016. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/903/pdf_325>. Acesso em: 15 out. 2018.

SALIMENA, A. M. O. ; SOUZA, I. E. O. **Cotidiano da mulher pós-histerectomia à luz do pensamento de Heidegger.** Rev Bras Enferm, Brasília, v. 63, n. 2, p.196-202, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/05.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.

SCORSOLINI-COMIN, F. **The religiosity/spirituality in health.** Revista Ciências em Saúde v8, n2, 2018. Disponível em:<http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/view/752/417>Acesso em: 15 out. 2018.

SCUSSEL, M.R.R.; MACHADO, M.D. **Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem: uma revisão integrativa.** Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, v. 5, n.2, p. 235-244, 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497952553008>>. Acesso em: 15 out. 2018.

TOMASSO, C.S.; BELTRAME, I.L.; LUCCHETTI, G. **Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde.** Rev Latino-Am Enfermagem, v. 19, n. 5, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_19.pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.

VIEIRA, A.C.O.A. **O impacto da doença e tratamento cirúrgico em homens acometidos por câncer de próstata:** estudo exploratório de qualidade de vida. 113f. Dissertação (Mestrado em ciências), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5153/tde-27052010-171637/pt-br.php>>. Acesso em: 15 out. 2018.

VILELA, R.P.B. **Espiritualidade e cuidados de enfermagem: uma análise crítica.** CuidArte Enfermagem, v. 11, n. 1, p. 147-149, 2017. Disponível em:<<http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2017v1/20%20ARTIGO%20Resenha%20Espiritualidade.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.

SOBRE A ORGANIZADORA

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra - Enfermeira. Doutoranda em Obstetrícia - UNIFESP/UFC (DINTER). Mestre em Saúde Coletiva PPSAC/UECE. Especialização em Saúde Pública - UECE. Especialização em Enfermagem Obstétrica e Saúde da Mulher - 4 Saberes (em conclusão). Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará e do Centro Universitário Pitágoras de Fortaleza

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-167-1



9 788572 471671