

---

ISSN 1984-753X  
ISSN (online) 2177-045x

# ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional

Volume 7 - Número 2 - 2015



Rua Mário Mamede, 609 · Bairro de Fátima  
CEP 60.415-000 · Fortaleza-Ceará-Brasil  
[www.coren-ce.org.br](http://www.coren-ce.org.br)  
55 85 3105 7850

## **INDEXAÇÃO/INDEXATION**

### **LATINDEX**

Sistema Regional de Informação em Línea para Revistas Científicas de America Latina, El Caribe – España y Portugal - Dados: [www.latindex.unem.mx](http://www.latindex.unem.mx)

### **BDEF**

### **REDALYC**

## **EDITORA CHEFE/HEAD EDITOR**

Mirna Albuquerque Frota

## **EDITOR EXECUTIVO/EXECUTIVE EDITOR**

Osvaldo Albuquerque Sousa Filho

## **EDITORES ASSOCIADOS/ASSOCIATE EDITORS**

Nébia Maria Almeida de Figueiredo – UNIRIO, Rio de Janeiro/RJ, Brasil

Iraci dos Santos – UERJ, Rio de Janeiro/RJ, Brasil

Salete Bessa Jorge – UECE, Fortaleza/CE, Brasil

Raimunda Magalhães da Silva – UNIFOR, Fortaleza/CE, Brasil

Lorena Barbosa Ximenes – UFC, Fortaleza/CE, Brasil

## **CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD**

### **NACIONAL/NATIONAL**

**Alacoque Lorenzini Erdmann** – UFSC, Florianópolis-SC

**Ana Fátima Carvalho Fernandes** – UFC, Fortaleza-CE

**Ana Karina Bezerra Pinheiro** – UFC, Fortaleza-CE

**Andrea Gomes Linard** – UNILAB, Redenção-CE

**Antonio Marcos Tosoli Gomes** – UERJ, Rio de Janeiro-RJ

**Augediva Maria Jucá Pordeus** – UNIFOR, Fortaleza-CE

**David Lopes Neto** – UFAM, Amazonas-AM

**Denise Guerreiro V. da Silva** – UFSC, Florianópolis-SC

**Dorisdaia Carvalho de Humerez** – UNIFESP, São Paulo-SP

**Eliany Nazaré Oliveira** – UVA, Sobral-CE

**Fátima Lunna P. Landim** – FIC, Fortaleza-CE

**Francisca Lucélia Ribeiro de Farias** – UNIFOR, Fortaleza-CE

**Gelson Luiz de Albuquerque** – UFSC, Florianópolis-SC

**Isabel Cristina Kowal Oln Cunha** – UNIFESP, São Paulo-SP

**Isaura Setenta Porto** – UFRJ, Rio de Janeiro-RJ

**Ivan França Júnior** – USP, São Paulo-SP

**Karla Maria Carneiro Rolim** – UNIFOR, Fortaleza-CE

**Lorita Marlena Freitag Pagliuca** – UFC, Fortaleza-CE

**Lucilane Maria Sales da Silva** – UECE, Fortaleza-CE

**Luíza Jane Eyre de Sousa Vieira** – UNIFOR, Fortaleza-CE

**Márcia Maria Tavares Machado** – UFC, Fortaleza-CE

**Maria Albertina Rocha Diógenes** – UNIFOR, Fortaleza-CE

**Mariana Cavalcante Martins** – UFC, Fortaleza-CE

**Maria de Fátima A. S. Machado** – URCA, Cariri-CE

**Maria de Jesus C. Sousa Harada** – Coren, São Paulo-SP

**Maria do Socorro Vieira Lopes** – URCA, Cariri-CE

**Maria Itayra Padilha** – UFSC, Florianópolis-SC

**Maria Vera Lúcia M. Leitão Cardoso** – UFC, Fortaleza-CE

**Maristela Inês Osawa Chagas** – UVA, Sobral-CE

**Marluce Maria Araújo Assis** – UEFS, Salvador-BA

**Mavilde de Luz Gonçalves Pedreira** – UNIFESP, São Paulo-SP

**Patrícia Neyva da Costa Pinheiro** – UFC, Fortaleza-CE

**Raimundo Augusto M. Torres** – UECE, Fortaleza-CE

**Rita de Cássia Chamma** – COFEN, Brasília, DF

**Rosimeire Ferreira Santana** – UFF, Rio de Janeiro-RJ

**Silvana Maria Mendes Vasconcelos** – UFC, Fortaleza-CE

**Sônia Maria Soares** – UFMG, Belo Horizonte-MG

**Thereza Maria Magalhães Moreira** – UECE, Fortaleza-CE

**Zélia Maria de Sousa Araújo Santos** – UNIFOR, Fortaleza-CE

**Zuila Maria de Figueiredo Carvalho** – UFC, Fortaleza-CE

### **INTERNACIONAL/INTERNATIONAL**

**Alcione Leite da Silva** – Portugal/Brasil

**Antonio José Nuñez Hernandez** – Espanha

**Denise Gastaldo** – Canadá

**Juan José Tirado Darder** – Espanha

**Maria Teresa Moreno Valdès** – Espanha

**Marta Lima Basto** – Portugal

**Sandra Haydée Petit** – Suécia

# SUMÁRIO



## CONTENTS

1535

### Editorial

Dra. Maria Verônica Sales da Silva

### Artigos Originais

1537

Consequências da Síndrome Pré-Menstrual em Acadêmicas de Enfermagem

#### ***Consequences Of Pre-Menstrual Syndrome In Academic Nursing***

Jéssica Marreiros Luz, Samara Maria Borges Osório, Ítala Mônica de Sales Santos, Yluska Macêdo Lôbo Piauilino, Valéria Lima de Barros e Ana Izabel Oliveira Nicolau.

1542

Caracterização dos Acessos Venosos Centrais para Hemodiálise

#### ***Characterization Of Central Venous Access To Hemodialysis***

Lorena Pontes Veras, Luciana MariaRodrigues da Silva, Islene Victor Barbosa, Francisca Lígia de Medeiros Martins, Virna Ribeiro Feitosa Cestari, Gabriela Nunes Monteiro, Vanessa Leitão Azevedo e Lorena Guimarães Oliveira.

1547

Características Clínicas de Infecção Urinária em Gestantes

#### ***Characteristics Of Infection In Clinical Urinary Pregnant Women***

Francisco Gilberto Fernandes Pereira, Vanessa Peres Cardoso Pimentel, Renata Raynan Pinheiro Silva, Marcos Daniel Oliveira e Silva, Juliana Faheina Moreira e José Osivan Mendonça Júnior.

1553

Perfil Epidemiológico de Pacientes com Câncer de Laringe Submetidos à Laringectomia em uma Instituição Hospitalar de Fortaleza

#### ***Epidemiological Profile Of Patients With Câncer Larynx Subject To Laryngectomy Institution In A Hospital Fortress***

Cristiane Carla da Silva Paiva, Aline de Souza Pereira, Rithianne Frota Carneiro, Laurineide Diniz de Fatima Cavalcante, Jeane Ribeiro Martins e Natália Conrado Saraiva.

1559

Invisibilidade Masculina na Utilização do Serviço de Atenção Básica

#### ***Male Invisibility In The Use Of Primary Care Service***

Edilberto Correia do Carmo, Bruna Bárbara Fernandes Moura, Danielle Teixeira Queiroz, Adriana Bezerra Brasil de Albuquerque e Valéria Freire Gonçalves.

1563

Experiência do Familiar com o Cuidado de Pessoas em Sofrimento Psíquico

#### ***Family Experience With People Care In Psychic Suffering***

Francisca Aldeniza Pereira Gadelha, Leandra Velyne Cardozo Martins, Pâmela Campelo Paiva, Bruna Caroline Rodrigues Tamboril, Thalita Soares Rimes e Fátima Luna Pinheiro Landim.

# SUMÁRIO



## CONTENTS

### Artigos de Revisão

- 1569** Tentativa de Suicídio e a Prática De Enfermagem: uma revisão integrativa  
***Suicide Attempt And The Practice Of Nursing: An Integrative Review***  
Eliany Nazaré Oliveira, Paulo Sérgio Ferreira Lima, Camila Bezerra de Lima Mendonça, Tamires Alexandre Felix, Suzana Mara Cordeiro Eloia, Maria Michele Bispo Cavalcante e Roberta Magda Martins Moreira.
- 1576** Produção do Conhecimento de Enfermagem Acerca da Violência Sexual: revisão integrativa  
***Knowledge Production Of Nursing About Sexual Violence: Integrative Review***  
Virna Ribeiro Feitosa Cestari, Marília Araripe Ferreira, Bárbara Pinto da Silva, Ana Karoliny Lima dos Santos, Islene Víctor Barbosa e Léa Maria Moura Barroso Diógenes.
- 1582** Consulta de Enfermagem em Puericultura: uma revisão integrativa  
***Nursing In Child Care Visit: An Integrative Review***  
Larissa Guimarães Lima, Marina Frota Lopes e Mirna Albuquerque Frota.

**1591** Institucional

**1592** Palavra do Presidente

**1593** Notícias

**1604** Normas de Publicação

## EDITORIAL



### **Dra. Maria Verônica Sales da Silva**

Conselheira do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará – COREN;  
 Coordenadora da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará;  
 Coordenadora e Professora do Curso de Especialização em Auditoria Pública e Privada em Saúde – CEQUALE/INET/RATIO.

**A** Revista Tendência de Enfermagem Profissional - ReTEP, em sua 7ª edição, destaca o papel da enfermagem no SUS e para a defesa do SUS, haja vista que o profissional de enfermagem tem ampliado seu campo de ação assumindo papel de destaque, seja na área técnica, administrativa, política ou social.

A gestão do SUS, cada vez mais, tem demandado a necessidade deste profissional por meio dos diversos planejamentos, seja na conformação das Redes de Atenção à Saúde, seja na construção do Contrato de Ação Pública - COAP, seja na Planificação da Atenção Primária à Saúde, a qual busca qualificar o nível básico da atenção para assumir a coordenação do cuidado colaborando com a consolidação das Redes de Atenção a fim de garantir o cuidado longitudinal e integral.

As Redes de Atenção à Saúde pretendem cumprir o que preceitua o princípio da integralidade, viabilizando a integração entre unidades e/ou entidades integrantes do SUS e instituições privadas de saúde, como forma complementar de assistência, implantando protocolos e rotinas diagnósticas, terapêuticas e de promoção e proteção da saúde. Por sua vez, estas redes têm a Estratégia Saúde da Família – ESF como centro de comunicação de rede, cabendo ao Enfermeiro, dentre outras atividades, a responsabilidade, enquanto supervisor do Agente Comunitário de Saúde, de desenvolver o mapeamento da área, fazendo descrição das condições e necessidades da população, juntamente com os demais membros da equipe.

Desta forma, a Enfermagem, indispensável para o desenvolvimento desse sistema, defende o SUS com qualida-

de na atenção à demanda do cidadão, com ênfase na necessidade de ampliar as discussões e a articulação entre as políticas de saúde e as garantias e direitos indispensáveis aos profissionais da enfermagem, os quais, conscientes quanto aos problemas da comunidade, articulam saberes e práticas para construção do SUS, já que este revela em sua estrutura organizacional maior demanda por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

O Enfermeiro, em sua prática profissional, possui complexo conhecimento do SUS, atuando na organização de serviços, ou seja, no planejamento, na coordenação e avaliação, bem como na prestação da assistência. Nesse sentido, assume, ainda, a supervisão do corpo técnico de enfermagem, atuando na retaguarda para uma assistência de qualidade e especializando-se em diversas áreas. Além disso, este profissional tem ocupado vários espaços na área de gestão do SUS, no entanto, ainda enfrenta algumas dificuldades. Diante desse contexto, a ReTPES configura-se como veículo de comunicação que disponibiliza espaço para discussão das teorias e práticas profissionais da Enfermagem e atualização de conhecimentos sobre gestão do cuidado no SUS.

Outrossim, o objeto de trabalho do enfermeiro compreende a assistência de enfermagem no processo saúde-doença e se estende à organização do trabalho no SUS e para o SUS, portanto, este profissional deve levantar a bandeira em defesa de uma saúde para todos, com foco na promoção, proteção e recuperação, bem como defender a humanização do atendimento com uma visão global do homem na plenitude de seus direitos de cidadão. ●



# CONSEQUÊNCIAS DA SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL EM ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM

CONSEQUENCES OF PRE-MENSTRUAL SYNDROME IN ACADEMIC NURSING

Artigo Original

Jéssica Marreiros Luz<sup>1</sup>  
Samara Maria Borges Osório<sup>1</sup>  
Ítala Mônica de Sales Santos<sup>1</sup>  
Yluska Macêdo Lôbo Piauilino<sup>2</sup>  
Valéria Lima de Barros<sup>2</sup>  
Ana Izabel Oliveira Nicolau<sup>3</sup>

## RESUMO

A Síndrome Pré-Menstrual (SPM) é um distúrbio altamente prevalente em mulheres em idade fértil, caracterizado por um conjunto de sintomas físicos, emocionais e comportamentais que ocorrem de forma cíclica no período fértil, podendo ser variáveis na quantidade e na intensidade. Com o objetivo de identificar a ocorrência da SPM em acadêmicas de enfermagem realizou-se um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, com uma amostra de 193 participantes. A história sexual e reprodutiva das acadêmicas evidenciou a precocidade da menarca, e uma maioria de mulheres com ciclos menstruais regulares. Os sintomas físicos e emocionais mais citados foram mamas inchadas e doloridas, irritabilidade, cólicas e impaciência. As alterações da SPM trazem consequências negativas no relacionamento familiar e conjugal e no cotidiano laboral ou acadêmico. É muito importante a percepção e compreensão de todo o processo do ciclo menstrual pelos profissionais de enfermagem, visando implementar ações

que promovam a melhoria na qualidade de vida das portadoras da SPM e no seu relacionamento interpessoal.

**Palavras-chave:** Ciclo Menstrual; Saúde da Mulher; Enfermagem.

## ABSTRACT

The Premenstrual Syndrome (PMS) is a highly prevalent disorder in women of childbearing age, characterized by a set of physical symptoms, emotional and behavioral disorders that occur cyclically in fertile period, may be variable in quantity and intensity. Aiming to identify the occurrence of PMS in nursing students held a descriptive, cross-sectional quantitative approach with a sample of 193 participants. The sexual and reproductive history demonstrated academic precocity of menarche, and a majority of women with regular menstrual cycles. The physical and emotional symptoms most commonly cited were swollen and painful breasts, irritability, cramping and restlessness. Changes in PMS bring negative

<sup>1</sup> Enfermeira formada pela Universidade Federal do Piauí (UFPI).

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora do Centro Universitário Estácio do Ceará.

E-mail: anabelpet@yahoo.com.br.

consequences on marital and family relationships and daily employment or academic. It is very important to perception and understanding of the whole process of the menstrual cycle by nursing professionals in order to implement actions to promote improvement in the quality of bearing life of the PMS and their interpersonal relationships.

**Keywords:** Menstrual Cycle; Women's Health; Nursing.

## INTRODUÇÃO

Durante muito tempo a Síndrome Pré-menstrual (SPM) foi considerada um problema puramente psicológico, sendo que as mulheres as quais manifestavam tal síndrome eram consideradas doentes mentais. Essa condição feminina era definida, ainda, como uma desvantagem biológica em relação aos homens e não era tratada com a devida seriedade.

A SPM é uma síndrome que dependendo da intensidade e duração das suas manifestações pode exigir atenção especial e tratamento dirigido. É mais conhecida como tensão pré-menstrual (TPM), e caracteriza-se como um conjunto de sintomas físicos, emocionais e comportamentais, que ocorrem de forma cíclica no período fértil, e podem ser variáveis na quantidade e na intensidade. Estes se manifestam durante a fase lútea tardia do ciclo menstrual que corresponde à semana anterior à menstruação e aliviam com o início do fluxo menstrual. Sintomas que não interferem na rotina diária, caracterizados como sintomas leves, apresentados, pela maioria das mulheres, no período pré-menstrual, não são considerados para o diagnóstico da SPM<sup>(1)</sup>.

Segundo a estimativa de pesquisas epidemiológicas, 75% a 95% das mulheres em idade reprodutiva experimentam alguns sintomas atribuídos à fase pré-menstrual do ciclo. Mais de 100 sintomas físicos e psicológicos vêm sendo reportados, mas muitas mulheres são capazes de administrá-los por meio de mudanças no estilo de vida e de terapias conservadoras<sup>(2)</sup>.

O diagnóstico da SPM é clínico, realizado pela anamnese, exame físico e exames complementares, quando necessários, para excluir outras patologias. Os sintomas são influenciados por fatores ambientais externos e psicogênicos, dentre os quais se incluem alterações emocionais, comportamentais, cognitivas, somáticas e motoras<sup>(3)</sup>.

Entre as maiores preocupações com relação à SPM está a influência dos seus sintomas nos relacionamentos interpessoais, que pode promover um desgaste transitório na vida social, o que torna a portadora mais vulnerável a acidentes e interfere no rendimento acadêmico e profissional durante um curto período de tempo<sup>(4)</sup>.

Devido ao predomínio do sexo feminino no curso de Enfermagem, onde as estudantes estão sujeitas a atividades diárias desgastantes que oferece vulnerabilidade ao desenvolvimento da SPM, aborda-se essa temática com acadêmicas de enfermagem a fim de ampliar seu conhecimento a cerca do problema.

A SPM traz limitações significativas à vida da mulher. A enfermagem como promotora do cuidado, deve contribuir na detecção e elaboração de plano de cuidados para amenizar seus efeitos, melhorando a qualidade de vida das portadoras. A SPM é pouco conhecida até mesmo pelos profissionais de saúde, que dispensam pouca atenção a esse tema, havendo a necessidade de maiores esclarecimentos sobre suas características e ocorrência. Assim este estudo objetiva identificar a ocorrência da SPM em acadêmicas de enfermagem, bem como seus principais sintomas e consequências, analisando a sua prevalência na população em foco.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal e de natureza quantitativa, realizado em uma instituição pública de ensino superior localizada no município de Picos-PI, entre as acadêmicas do curso de Enfermagem. Este curso foi escolhido pela prevalência do sexo feminino em sua composição.

A população foi composta por um total de 251 acadêmicas devidamente matriculadas no curso de Enfermagem, entre o primeiro e o sétimo semestre, com idade igual ou superior a 18 anos. Excluíram-se as estudantes com amenorreia (incluindo gravidez), ausentes no dia da coleta de dados e as matriculadas no oitavo e nono períodos do curso pela instabilidade de horários. A amostra final totalizou 193 participantes.

A coleta de dados foi realizada nos meses de março e abril de 2012 por meio da aplicação de um questionário adaptado contendo questões fechadas e estruturadas em tópicos para facilitar o ordenamento lógico das ideias<sup>(5)</sup>. O instrumento contemplou variáveis da história sexual e reprodutiva, os sinais e sintomas físicos e emocionais da SPM, e suas consequências no trabalho e/ou estudos e no relacionamento com os familiares.

As participantes foram abordadas em suas salas de aula, onde a pesquisadora explicava os objetivos da pesquisa e, após aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas acadêmicas, responderam individualmente ao instrumento autoaplicável.

Os dados coletados foram tabulados e analisados pelo programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 17.0. Para a apresentação dos resultados utilizou-se tabelas ilustrativas, contendo a frequência absoluta e relativa. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, sob o número de protocolo 0450.0.045.000-11.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

### Histórias sexual e reprodutiva das participantes do estudo

Com relação à história sexual e reprodutiva, as participantes foram questionadas sobre a idade da menarca, onde a maior parte (71,3%) referiu ter tido a primeira menstruação entre 11 e 13 anos. Em estudo desenvolvido em Embu das Artes no Estado de São Paulo sobre síndrome pré-menstrual e suas influên-



cias na equipe de enfermagem, a idade da menarca prevalente em 46,6%, das 30 entrevistadas foi entre 11 e 13 anos, con- dizendo com os dados deste estudo que também apresentou maioria nessa faixa.

De acordo com a referida pesquisa, a menarca não tem rela- ção com a SPM<sup>(6)</sup>. Outro estudo, entretanto, revelou que existe associação entre a idade da primeira menstruação e a existên- cia da SPM, sendo que, quanto menor a idade da menarca maior a probabilidade da presença da síndrome. Quanto à regulari- dade do ciclo, 69,9% dos sujeitos referiram ter ciclo regular. Tal dado já era esperado, pois alterações no ciclo nessa faixa etária podem representar alguma anormalidade que desperta preocupação e logo é tratada<sup>(4)</sup>.

Nesta pesquisa, ao relacionar o intervalo entre uma mens- truação e outra com a SPM, as mulheres que tinham ciclo de 26 a 30 dias (67,4%) apresentaram maior número de sintomas. Já outro estudo mostrou que ciclos mais longos (mais de 30 dias) estão mais associados com a SPM. Em relação à ocorrência de problemas ginecológicos, 23,3% responderam ter algum tipo, sendo que os mais citados foram: síndrome do ovário policístico, inflamação no colo uterino, candidíase vulvovaginal, ciclo menstrual irregular e gonorreia. Por serem alterações sem uma característica específica que dependem de vários elementos torna-se improvável a associação com a SPM sem a causa espe- cífica da patologia<sup>(3)</sup>.

Avaliando o uso de métodos contraceptivos, encontrou-se que 24,9% das participantes utilizavam a pílula anticoncepção- nal, sendo este o método mais citado, seguido do preservativo (23,3%). Grande parte ainda não passou pela coitarca (44%) ou não utiliza nenhum método contraceptivo (0,5%). Estudo semelhante mostra que não há um consenso quanto à influên- cia do uso de contraceptivos orais na SPM<sup>(7)</sup>.

Sobre o número de filhos, 94,3% responderam não ter fi- lhos. Todas as mulheres que tinham filhos mencionaram os sin- tomas da SPM. A síndrome é mais incidente nas mulheres que já passaram pelo ciclo gravídico-puerperal, ou seja, aquelas que já estiveram grávidas<sup>(7)</sup>.

Pode-se notar ligação da SPM com a menarca e com o fato de terem filhos. As mulheres que passaram pela primeira mens- truação com idades mais jovens referiram apresentar mais alterações físicas, emocionais e comportamentais nas duas semanas que antecedem a menstruação. No entanto, o relato de maior ocorrência dos sintomas pode ser pelo fato de estas mulheres já terem vivenciado um número maior de ciclos mens- truais, e consequentemente mais chances de sofrer alterações da síndrome.

Portanto, infere-se que as mulheres que já passaram por alterações ocorridas no ciclo gravídico-puerperal e as que tive- ram a menarca em faixa etária mais jovem estão mais ligadas à ocorrência da SPM.

### Sintomatologia física das participantes do estudo

A investigação sobre os sintomas físicos da SPM mostra que os mais relatados pelas participantes foram: mamas inchadas e doloridas com (77%), cólicas (67,9%), inchaço em alguma par- te do corpo (49,2%), dor de cabeça (43,5%), sensação de gan- ho de peso (34,7%), sensação de peso no abdômen (33,2%) e desejo por certos tipos de alimentos (30,1%).

A mastalgia cíclica pré-menstrual (MCPM) é um desconforto físico, causado pela dor nas mamas que ocorre periodicamente, associado a processos fisiológicos que surgem antes da mens- truação e cessam após a descida da mesma<sup>(8)</sup>.

Esta sintomatologia pode gerar medo nas mulheres em relação ao surgimento de doenças mamárias, bem como prejudicar o relacionamento a dois<sup>(9)</sup>. Corroborando com os achados desta pesquisa, estudo sobre prevalência e gravidade de sintomas da síndrome pré-menstrual evidenciam que cerca de 70% das en- trevistadas relatam a mastalgia<sup>(3)</sup>.

A cólica menstrual tem sua causa associada à ação dese- quilibrada de prostaglandinas e leucotrienos na hipercontra- tilidade uterina, diminuindo o fluxo sanguíneo e exacerbando a sensibilidade nervosa a dor<sup>(10)</sup>, sintoma muito prevalente em estudos semelhantes<sup>(11)</sup>.

O edema pré-menstrual, muito citado (54,4%) pelas parti- cipantes do estudo, ocorre devido ao hormônio progesterona que gera danos nos vasos sanguíneos prejudicando a drenagem e a retenção hídrica, o que causa a sensação de ganho de peso citado por 34,7% das mulheres<sup>(12)</sup>. A cefaleia, cujo tipo mais co- mum nesse período é a migrânea menstrual sem aura, tem sua intensidade e frequência aumentadas no período pré-mens- trual<sup>(13)</sup>.

O desconforto abdominal citado pode ser proveniente da dificuldade das mulheres diferenciarem esse quadro de cólica menstrual ou ser manifestação de processo congestivo pélvico, constipação intestinal ou distúrbio autonômico, sintoma pre- sente em estudo similar<sup>(14)</sup>.

O desejo por certos tipos de alimentos foi sintoma mais pre- valente neste estudo do que em semelhantes encontrados na literatura<sup>(3)</sup>, onde a inquietação gerada no período pré-mens- trual leva ao consumo de alimentos que aumentam os níveis de serotonina, causando um certo alívio.

### Sintomatologia emocional das participantes do estudo

Os sintomas emocionais que mais atingem as participantes estão expostos na tabela 1.

De acordo com a tabela 1, os sintomas emocionais da SPM mais citados foram: irritabilidade (73,1%), impaciência (66,3%), vontade de chorar (62,7%), ansiedade (55,4%) e de- pressão (48,2%).

Pesquisas trazem como sintoma mais mencionado a irrita- bilidade, corroborando com os achados deste estudo<sup>(14)</sup>. Outros sintomas também bastante mencionados, como a impaciência,

**Tabela 1.** Distribuição dos dados sociodemográficos dos pacientes em uso de cateter venoso central para hemodiálise. Fortaleza, 2011.

VARIÁVEL	N= 193	%
<b>DISTÚRBIOS EMOCIONAIS</b>		
Irritabilidade	141	73,1
Labilidade de humor	50	25,9
Depressão	93	48,2
Raiva	77	39,9
Vontade de chorar	121	62,7
Impaciência	128	66,3
Ansiedade	107	55,4
Angústia	64	33,2
Dificuldade de concentração	54	28
Distração	19	9,8
Insônia	27	14
Aumento do sono	53	27,5
Autopiedade	12	6,2
Tensão	61	31,6
Inquietação	80	41,5
Desânimo, autodesvalorização	50	25,9
Interesse diminuído pelo estudo/trabalho	41	21,2
Não se aplica	9	4,7

a vontade de chorar, a ansiedade e a depressão, apresentaram prevalência idêntica a estudos encontrados na literatura<sup>(3)</sup>.

#### Distúrbios emocionais da SPM no trabalho e/ou escola nas participantes

A análise dos distúrbios emocionais da SPM no trabalho ou na escola na semana que antecede a menstruação se baseou na Tabela 2.

Dentre as principais consequências geradas pela SPM na vida das acadêmicas estão: respostas hostis às pessoas (34,2%), gera clima tenso (25,9%), desorganiza seu modo costumeiro de estudar e/ou trabalhar (24,4%), não termina suas tarefas como de costume (20,2%), quietude (17,6%) e acidenta-se mais facilmente (15%).

A SPM não é a causa das alterações ocorridas no trabalho ou na escola, mas agrava as situações de vida levando-as a

**Tabela 2.** Caracterização das acadêmicas quanto aos distúrbios emocionais da SPM no trabalho e/ou escola na semana que antecede a menstruação. Picos, Piauí, 2012.

VARIÁVEL	N= 193	%
<b>DISTÚRBIOS EMOCIONAIS</b>		
Chega atrasada	15	7,8
Comete mais erros no trabalho/escola	20	10,4
Tira notas baixas nos trabalhos/provas	8	4,1
Desorganiza seu modo de trabalhar ou de estudar	47	24,4
Leva mais bronca	4	2,1
Responde de forma hostil as pessoas	66	34,2
Falta mais	11	5,7
Não consegue terminar suas tarefas como de costume	39	20,2
Acidenta-se mais facilmente	29	15
Quietude	34	17,6
Afronta mais o chefe e/ou professor	10	5,2
Gera clima de tensão	50	25,9
Perde ou já perdeu amizades	8	4,1
Não se aplica	49	25,4

perder o comando de suas ações, prejudicando seu desempenho, seu padrão de vida e as suas relações interpessoais<sup>(15)</sup>.

#### Distúrbios emocionais da SPM no relacionamento com familiares e com parceiros na semana que antecede a menstruação

Os dados sobre os distúrbios emocionais da SPM no relacionamento das participantes com seus familiares na semana que antecede a menstruação evidenciam que há ocorrência de mais brigas (69,4%), isolamento das relações familiares (14,5%), ignoram a própria família (13%) e rompem facilmente as relações com os mesmos (10,4%).

Tais alterações no convívio familiar podem ser consequências negativas dos sinais e sintomas da SPM. No âmbito familiar as emoções e os sentimentos são expressos de forma mais intensa por se sentirem mais à vontade, ao passo que o vínculo familiar pode ao longo do dia ser restaurado<sup>(11)</sup>.

Em relação aos distúrbios emocionais existentes no relacionamento com o marido ou namorado na semana anterior à menstruação, as participantes relataram que dentre as atitudes dos parceiros nesse período destacam-se a não percepção em relação às dificuldades pela qual a mulher passa no período pré-menstrual (25,58%) e o aumento das discussões (16,28%).

É perceptível a necessidade de informação e conscientização não só da mulher acerca dos sinais e sintomas e das mudanças e consequências geradas pelas alterações decorrentes do seu ciclo menstrual, mas também esclarecer as pessoas que mantêm uma relação interpessoal e social direta com elas sobre

as variações de comportamento que a mulher pode apresentar no período pré-menstrual.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer e tratar os sinais e sintomas da SPM são uma forma de aumentar a qualidade de vida da mulher que, uma vez portadora desta síndrome, pode sofrer com as suas consequências. O acompanhamento das mulheres deve ser realizado desde cedo, antes mesmo da menarca, a fim de ter maior conhecimento da idade que se iniciou seu ciclo menstrual, observando se os sintomas que surgem estão associados à quantidade de ciclos que vivenciam, e quais alterações a mulher pode apresentar ou agravar após seu ciclo gravídico-puerperal.

Apesar de não haver conclusões precisas para a etiologia dessa síndrome, com evidência de ligação de fatores ambientais, psicológicos e hormonais, ações para promoção da saúde já podem ser tomadas ao confirmar o diagnóstico da SPM. Dentre as medidas está a modificação alimentar, com uma dieta hiperprotéica, hipossódica, pobre em açúcar, evitando o abuso de gordura, xantinas, cafeína, bebidas alcoólicas e doces.

Acrescenta-se a prática de atividades físicas e, se preciso, a utilização de medicamentos para minimizar os sintomas.

É importante que os profissionais de enfermagem que atuam na saúde da mulher estejam atentos para perceber e compreender o processo do ciclo menstrual, e as variantes subjetivas a cada mulher. A enfermagem deve contribuir com o conhecimento das mulheres sobre a síndrome, alertando-as de que forma esta alteração pode trazer consequências negativas na sua vida diária, e na relação com marido ou namorado, filhos, colegas de trabalho ou de escola, ou seja, todos aqueles que são do convívio desta mulher.

Esta ação fará com que a mesma, por meio do conhecimento adquirido sobre a alteração, busque mudanças de comportamentos e práticas rotineiras visando uma melhoria na sua qualidade de vida e no seu relacionamento social.

## REFERÊNCIAS

1. Silva CML, Gigante DP, Carret MLV, Fassa AG. Estudo populacional de síndrome pré-menstrual. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(1): 47-56.
2. Valadares GC, Ferreira LV, Filho HC, Silva MAR. Transtorno disfórico pré-menstrual revisão-conceito, história, epidemiologia e etiologia. *Rev Psiq Clin*. 2006; 33(3): 117-23.
3. Rodrigues IC, Oliveira E. Prevalência e convivência de mulheres com síndrome pré-menstrual. *Arq Ciênc Saúde*. 2006; 13(3): 61-7.
4. Azevedo MRD, Saito MI, Berenstein E, Viegas D. Síndrome pré-menstrual em adolescentes: um estudo transversal dos fatores biopsicossociais. *Arq Méd ABC*. 2006; 31(1): 12-7.
5. Carvalho VCP, Cantilino A, Carreiro NMP, Sá LF, Sougey EB. Repercussões do transtorno disfórico pré-menstrual entre universitárias. *Rev Psiq RS*. 2009; 31(2):105-11.
6. Brêtas JRS, Tadini AC, Freitas MJG, Goellner MB. Significado da menarca segundo adolescentes. *Acta Paul Enferm*. 2011; 25(2): 249-55.
7. Sousa LWS, Damasceno AKC, Lopes EM, Aquino PS. Fatores relacionados à síndrome pré-menstrual em acadêmicas de enfermagem. *Rev Min Enfem*. 2010; 14(4): 548-53.
8. Luca LA, Gonçalves MFVS, Carvalho RS. Mastalgia cíclica pré-menstrual: placebo versus outras drogas. *Rev Assoc Med Bras*. 2008, 52(4): 265-9.
9. Nogueira CWM, Silva JLP. Prevalência dos sintomas da síndrome pré-menstrual. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2000; 22(6):347-51.
10. Oliveira PP, Eyang C, Zin RMA, Menegassi J. Dismenorreia membranosa: uma doença esquecida. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(6): 305-10.
11. Muramatsu CH, Vieira OCS, Simões CC, Katayama DA, Nakagawa FH. Consequências da síndrome da tensão pré-menstrual na vida da mulher. *Rev Esc Enferm., São Paulo*. 2001; 35(3):205-13.
12. Ferreira JJ, Machado AFP, Tacani R, Saldanha MES, Tacani PM, Liebano RE. Drenagem linfática manual nos sintomas da síndrome pré-menstrual: estudo piloto. *Fisioter e Pesq*, 2010; 17(1): 75-80.
13. Miziara L, Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Cefaleia menstrual. *Arq Neuropsiquiatr* 2003. 61(3): 596-600.
14. Rodrigues CFS, Gusmão LCB, Pereira GO, Bárbara GHS, Júnior DLB, Jesus SRR. Prevalência e gravidade de sintomas da síndrome pré-menstrual em reeducandas condenadas por crimes violentos. *J Bras Psiquiatr*, 2006; 55(1):58-61.
15. Espina NV, Fuenzalida AA, Urrutia MT. Relación entre rendimiento laboral y síndrome pré-menstrual. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2005; 70(2):113-18.

Recebido em: 09.03.2015

Aprovado em: 20.03.2015

# CARACTERIZAÇÃO DOS ACESSOS VENOSOS CENTRAIS PARA HEMODIÁLISE

CHARACTERIZATION OF CENTRAL VENOUS ACCESS TO HEMODIALYSIS

Artigo Original

Lorena Pontes Veras<sup>1</sup>  
Luciana Maria Rodrigues da Silva<sup>1</sup>  
Islene Victor Barbosa<sup>2</sup>  
Francisca Lígia de Medeiros Martins<sup>3</sup>  
Virna Ribeiro Feitosa Cestari<sup>4</sup>  
Gabriela Nunes Monteiro<sup>4</sup>  
Vanessa Leitão Azevedo<sup>4</sup>  
Lorena Guimarães Oliveira<sup>4</sup>

## RESUMO

Objetivou-se caracterizar os cateteres venosos centrais (CVC) duplo lúmen para hemodiálise e analisar os procedimentos de enfermagem referentes à manipulação do mesmo. Estudo exploratório, descritivo, de natureza quantitativa, desenvolvido em hospital público, situado em Fortaleza-CE. Participaram do estudo 11 profissionais de enfermagem e 50 pacientes com cateter para hemodiálise. Para a coleta de dados, utilizou-se um roteiro semiestruturado e um questionário. Verificou-se o predomínio de pacientes do sexo masculino (56%), com idade maior ou igual a 60 anos (44%). O local de implantação do CVC da maioria dos participantes (56%) foi na veia femoral direita. As soluções mais utilizadas na manipulação dos cateteres foram clorexidina alcoólica (48%) e PVPI (42%). Observou-se a necessidade de se estabelecer a padronização de procedimentos relacionados à manipulação do cateter por parte dos profissionais, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida desse paciente que dependerá da hemodiálise para sua sobrevivência.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Insuficiência Renal Crônica; Diálise Renal; Cateteres.

## ABSTRACT

This study aimed to characterize the central venous catheters (CVC) double lumen for hemodialysis and analyze nursing procedures related to its manipulation. Exploratory, descriptive study, with a quantitative nature, developed in a public hospital situated in Fortaleza-CE. The study included 11 nurses and 50 patients with catheter for hemodialysis. To collect data, we used a semi-structured guide and a questionnaire. There was a predominance of male patients (56%), with greater than or equal to 60 years (44%) age. The deployment location of the CVC of the majority of participants (56%) was in the right femoral vein. The solutions most commonly used in the manipulation of catheters were chlorhexidine (48%) and polyvinylpyrrolidone (PVPI) (42%). There was a need to establish the standardization related to catheter procedures of manipulation by professional, with a view to improving the quality of life of this patient who will depend on dialysis for survival.

**Keywords:** Nursing; Renal Insufficiency; Chronic; Renal Dialysis; Catheters.

<sup>1</sup> Enfermeira. Graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR. Enfermeira do Hospital Dr. José Frota. Líder do grupo de pesquisa Tecnologias e Intervenções de Enfermagem ao Paciente Crítico (TIEPC) da UNIFOR.

<sup>3</sup> Enfermeira. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Enfermagem pela UFC. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem pela UNIFOR.

<sup>4</sup> Discente do Curso de Graduação em Enfermagem pela UNIFOR. Membro pesquisador do grupo de pesquisa TIEPC pela UNIFOR. E-mail: virna.ribeiro@hotmail.com.

## INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) consiste na perda progressiva e irreversível da função renal, na qual há perda da capacidade do corpo em manter os equilíbrios metabólicos e hidroeletrólíticos, o que exige tratamento substitutivo como condição única para manutenção da vida. Devido aos aspectos fisiopatológicos, psicológicos e socioeconômicos, considera-se um problema de saúde pública, que caracteriza uma epidemia de crescimento alarmante<sup>(1)</sup>. No Brasil, dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia<sup>(2)</sup> estimam que, em 2012, o número de pacientes em tratamento dialítico era de 97.586.

As terapêuticas substitutivas da função renal envolvem a diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), diálise peritoneal automatizada (DPA), diálise peritoneal intermitente (DPI), hemodiálise (HD) e transplante renal (TX), com a finalidade de aliviar os sintomas da doença e preservar a vida<sup>(3)</sup>.

A hemodiálise é a terapêutica mais utilizada para tratamento, controle e manutenção vital de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em sua fase terminal. Esta remove os solutos urêmicos acumulados, o excesso de água e restabelece o equilíbrio eletrolítico e ácido-base do organismo<sup>(4)</sup>. Dentre as complicações oriundas desta terapêutica, aquelas relacionadas com o acesso vascular merecem destaque.

Os acessos vasculares para hemodiálise são constituídos, em sua maioria, pela fistula arteriovenosa (FAV). Quando esta não pode ser realizada, indica-se o uso do cateter de duplo lúmen (CDL), que permite a filtração do sangue através de um dialisador. O CDL de inserção percutânea é a opção de via de acesso venoso central indicada para a realização de hemodiálise por períodos curtos de tempo por ser rápida, segura e temporária. Além de ser indolor durante a sessão de hemodiálise, produz baixa resistência venosa<sup>(5)</sup>.

Diante dessa realidade, enfatiza-se a relevância do estudo com o intuito de investigar sobre as características dos acessos venosos centrais em pacientes que realizam hemodiálise, visto que na vivência prática observa-se o aparecimento de complicações inerentes à dificuldade de acesso apresentada pelo paciente, infecções decorrentes da manipulação desse cateter e pontua-se que a qualidade e adequação da diálise do paciente estão diretamente relacionadas com a qualidade do acesso utilizado<sup>(6)</sup>.

Assevera-se que a sobrevivência dos pacientes que estão em programa de hemodiálise, depende, sobretudo, do desempenho dos acessos venosos. Os CDL utilizados que acabam tendo uma permanência prolongada podem provocar intercorrências, como trombose venosa e infecções, o que exige, muitas vezes, a punção de outro acesso venoso, que pode comprometer a rede vascular do paciente<sup>(7)</sup>.

Espera-se que o estudo possa contribuir com a prática dos enfermeiros que atuam na área de nefrologia e com a

equipe multiprofissional, ao expor características relacionadas ao acesso venoso utilizado para a hemodiálise. Ademais, este deve ser conduzido com muita cautela diante das complicações relatadas que, posteriormente, podem comprometer a hemodiálise do paciente.

Assim, o presente estudo teve como objetivos caracterizar os cateteres venosos centrais (CVC) duplo lúmen para hemodiálise e analisar os procedimentos de enfermagem referentes à manipulação do mesmo.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de natureza quantitativa, desenvolvido em um hospital público conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), situado em Fortaleza-CE. A população do estudo foi composta por 11 profissionais de enfermagem responsáveis pela manipulação do cateter de hemodiálise e 50 pacientes com cateter central para realização da hemodiálise.

O critério de inclusão para os profissionais de enfermagem foi realizar a manipulação do cateter venoso central em pacientes que faziam hemodiálise e, para os pacientes, foram idade igual ou superior a 18 anos e estar com cateter central para hemodiálise. Solicitou-se, aos que aceitaram participar da pesquisa, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias.

Os dados foram coletados por meio de entrevista com os profissionais, durante os meses de fevereiro a março de 2011, utilizando-se um roteiro semiestruturado, contendo dados que permitissem a caracterização dos pacientes com cateter central fazendo hemodiálise, e um questionário para os profissionais de enfermagem acerca de procedimentos relacionados à manipulação dos cateteres.

A análise estatística e descritiva dos resultados foi realizada utilizando-se métodos tabulares através do estudo das frequências absolutas e relativas percentuais, no qual foi utilizado o *software* Excel 2007 e posteriormente foram discutidos com base na literatura que enfoca a temática.

Durante a realização do estudo, observaram-se os aspectos éticos, conforme a Resolução no 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que define as diretrizes e normas que regem a pesquisa com seres humanos. A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de desenvolvimento do estudo sob protocolo nº 091205/10.

## RESULTADOS

Dentre os profissionais de enfermagem, oito eram enfermeiros e três, técnicos de enfermagem. Os dados referentes à caracterização dos pacientes do estudo estão expostos na Tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição dos dados sociodemográficos dos pacientes em uso de cateter venoso central para hemodiálise. Fortaleza, 2011.

CARACTERÍSTICA	N	%
<b>SEXO</b>		
Feminino	22	56
Masculino	28	44
<b>FAIXA ETÁRIA</b>		
<40 anos	9	18
40 - 59 anos	19	38
≥ 60 anos	22	44
<b>NATURALIDADE</b>		
Fortaleza	24	48
Caucaia	4	8
Itapipoca	3	6
Camocim	2	4
Beberibe	2	4
Outros	15	30

Fonte: Elaboração própria.

Observou-se que a maioria dos participantes era do sexo masculino (56%), com predominância da idade igual ou superior a 60 anos (44%), oriundos de Fortaleza (48%).

Com relação às doenças de base, 32% apresentaram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *mellitus* (DM) associadas; 36% outras doenças causadas por afecções diretas nos rins; 20%, HAS; 8%, hipertrofia prostática; e 4%, DM, conforme Tabela 2.

**Tabela 2.** Distribuição das doenças de base dos pacientes com cateter. Fortaleza, 2011.

DOENÇAS DE BASE	N	%
Outras doenças causadas por afecções renais	18	36
HAS e DM	16	32
HAS	10	20
Hipertrofia prostática	04	08
DM	02	04
Total	50	100

Fonte: Elaboração própria.

Em análise aos dados relacionados ao local de implantação do cateter, explicitados na Tabela 3, observou-se que 56% foram inseridos na veia femoral direita, seguido de 22% na veia jugular interna direita. Enquanto que, as demais veias foram: veia femoral esquerda (10%), veia jugular interna esquerda (6%) e veia subclávia direita (6%). Ressalta-se que nenhuma inserção em veia subclávia esquerda foi observada.

**Tabela 3.** Distribuição do local de escolha para a implantação do cateter. Fortaleza, 2011.

LOCAL DE INSERÇÃO	N	%
Veia jugular interna direita	11	22
Veia jugular interna esquerda	03	06
Veia subclávia direita	03	06
Veia subclávia esquerda	0	0
Veia femoral direita	28	56
Veia femoral esquerda	05	10
Total	50	100

Fonte: Elaboração própria.

No tocante à manipulação do curativo, verificou-se o uso de diferentes soluções, conforme demonstrado na Tabela 4. Observou-se que o tipo de solução mais utilizado em 48% dos acessos foi a clorexidina, seguido do polivinilpovidona (PVPI) (42%).

**Tabela 4.** Distribuição das soluções utilizadas para a limpeza da pele no local de inserção do cateter. Fortaleza, 2011.

SOLUÇÃO	N	%
Clorexidina alcoólica 0,5%	24	48
PVPI 10%	21	42
Éter	03	06
Clorexidina degermante 2%	02	04
Total	50	100

Fonte: Elaboração própria.

Quanto às soluções utilizadas para o preenchimento das vias do cateter, que contribuem para a manutenção da permeabilidade do acesso, verificou-se o uso do soro fisiológico a 0,9% (56%) e da heparina (44%).

Em se tratando dos dados referentes à manipulação do curativo, observou-se que o mesmo foi realizado em 72% dos pacientes por enfermeiros, enquanto que em 28%, pelos técnicos de enfermagem.

## DISCUSSÃO

O presente estudo revelou não haver diferença significativa no que se refere ao sexo masculino e feminino. Com relação à faixa etária predominante, estudos afirmam que a idade média dos pacientes que desenvolvem a DCR é aos 60 anos, o que é indicativo do aumento da expectativa de vida entre os idosos em hemodiálise<sup>(8,9)</sup>. De acordo com o censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia<sup>(2)</sup>, a distribuição percentual de pacientes em diálise aos 60 anos, é de 62,6%; em pacientes com idade igual ou superior a 65 anos, esse percentual cai para 26,7%.

Os resultados indicam que as afecções renais foram consideradas como doenças de base em 36% dos pacientes,

seguida da HAS e DM combinadas (32%). Em tempos modernos as doenças crônicas ocupam espaço cada vez maior na preocupação da assistência em saúde e, entre essas, a DRC que consiste na perda brusca ou gradativa da função renal, na maioria das vezes associada à outras doenças, como diabetes mellitus e hipertensão arterial<sup>(3)</sup>.

O DM é a causa mais frequente de DRC no mundo e a segunda etiologia mais comum entre os pacientes em diálise no Brasil. A hiperglicemia é um fator de risco independente para nefrosclerose diabética<sup>(10)</sup>. Já a HAS e o rim interagem de forma íntima e complexa, podendo a primeira ser causa ou consequência de doença renal<sup>(11)</sup>. Uma alteração na função renal quase sempre está associada à patogenia da hipertensão primária, enquanto que a insuficiência renal crônica é a causa mais comum da hipertensão secundária<sup>(12)</sup>.

Constatou-se no presente estudo que não houve estabelecimento de um protocolo para local de punção do cateter para hemodiálise, sendo mais utilizada a veia femoral direita. O CDL para hemodiálise pode ser inserido através das seguintes veias em ordem de preferência: jugular, femoral e subclávia. Esta última deve ser evitada, sempre que possível, devido ao elevado risco de estenose e/ou oclusão, que prejudica o retorno venoso e inviabiliza a confecção de uma FAV nesse membro<sup>(13)</sup>.

A abordagem de acesso através da veia femoral permite um grande fluxo sanguíneo, sendo indicada para aféreses ou para a terapêutica de substituição renal contínua que é a hemodiálise. As suas maiores desvantagens são o aumento substancial do risco de infecção e as restrições de movimentos no leito impostas para o paciente<sup>(6)</sup>. Ressalta-se, ainda, que a veia femoral favorece que o curativo do cateter tenha mais umidade, o que pode causar acotovelamento baixando o fluxo da bomba de hemodiálise, e com isso resultar em novas punções<sup>(14)</sup>.

A falta de padronização também esteve presente quanto aos dados relacionados ao material utilizado para a remoção do curativo. Consenso<sup>(15)</sup> recomenda a utilização de clorexidina a 0,5% com álcool. Caso haja contra-indicação, recomenda-se tintura de iodo, um iodóforo ou álcool 70% como alternativas.

A densidade de microorganismos no local da inserção do cateter é um fator de risco para infecção relacionada a cateter e assepsia da pele é uma das mais importantes medidas preventivas<sup>(15)</sup>. Povidina-iodo e clorexidina são os agentes mais comumente utilizados como anti-séptico, ambos disponíveis em soluções aquosas e alcoólicas. A eficácia destes na prevenção de colonização e infecção da corrente sanguínea tem sido comparada no estudo<sup>(16)</sup>.

Ao considerar a execução do procedimento da equipe dos profissionais de enfermagem, observou-se que embora a literatura aponte para a eficácia do uso da clorexidina alcoólica, observou-se que a PVPI ainda é muito utilizada. Na prática não há consenso na solução, visto que foram

utilizadas diferentes soluções. Constatou-se, que mesmo a instituição possuindo um manual de procedimento operacional padrão (POP), este não é consultado e encontra-se desatualizado.

Esforços intensivos têm sido dispensados para a prevenção e controle das infecções relacionadas com o uso de cateter de longa permanência, por meio de agência local, estadual e federal, sociedades de profissionais, universidades, institutos de pesquisas, organizações nacionais e internacionais. Assim, programas educacionais baseados em evidências, juntamente com estratégias que reforcem o comportamento profissional desejado, figuram como instrumento valioso para modificar as atitudes dos profissionais que prestam cuidados à saúde<sup>(17)</sup>.

Quanto à manutenção dos lúmens do cateter, destaca-se a predominância do uso do soro fisiológico 0,9%. A manutenção do CDL para hemodiálise é considerada uma prática de importância fundamental, a qual é realizada predominantemente pela equipe de enfermagem, que depende da competência técnica e destreza do profissional, bem como da interação e comunicação entre esta, a equipe multiprofissional e o usuário, para garantir a qualidade, segurança do processo e sucesso da terapêutica<sup>(15)</sup>.

Autores afirmam que o uso do soro fisiológico a 0,9% reduz o risco de sangramento, no entanto aumenta o risco de formação de coágulos e consequente obstrução do cateter, o que comprometerá a hemodiálise<sup>(18)</sup>.

A heparina é um polissacarídeo sulfatado, utilizado para evitar formação do trombo através da antitrombina III ligação e inativação de fator Xa e trombina II na cascata de coagulação, mas está associado potenciais efeitos adversos graves incluindo trombocitopenia induzida pela heparina e riscos de sangramento<sup>(6)</sup>.

Enfatiza-se a importância da heparinização dos cateteres para prevenir obstrução, infecção e consequente remoção, causando desconforto para o paciente, aumentando o tempo de sua internação e complicações. Ressalta-se que a quantidade de heparina depende do tipo de cateter e do diâmetro do lúmen e que esse desse ser de exclusividade para hemodiálise.

O cuidado qualificado e o desenvolvimento de tecnologias para a manutenção do CDL e a detecção precoce de sinais e sintomas preditivos de infecção, contribuem para a eficácia e garantia de uma boa hemodiálise<sup>(5)</sup>. O CDL é um dispositivo, que requer cuidados específicos em seu manuseio, portanto, sua manipulação deve ser realizada atendendo os princípios da técnica estéril<sup>(15)</sup>.

Assevera-se que o desempenho dos profissionais de saúde atuantes no serviço de diálise, diz respeito a uma assistência capaz de garantir os melhores resultados para a manutenção da qualidade de vida do paciente.

A mudança no comportamento dos profissionais de saúde representa um grande desafio para o governo, instituições, gestores e demais profissionais que dedicam esforços nesse sentido. Enfatiza-se que um cuidado diferenciado prestado pelo enfermeiro qualifica a assistência, assim como também revela a importância do profissional na equipe multidisciplinar. Deste modo, recomenda-se à adesão de recomendações e protocolos com o intuito de proporcionar à segurança do paciente e do profissional para a realização dos procedimentos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo evidenciaram a predominância do sexo masculino, com idade superior ou igual a 60 anos. As doenças de base mais prevalentes foram: afecções renais, a HAS e DM. Não houve padronização quanto ao local de implantação do cateter e às soluções para manipulação do curativo. Para a manutenção da permeabilidade do acesso, o uso do soro fisiológico a 0,9% é utilizado para a maioria dos pacientes.

Há necessidade de se estabelecer uma padronização dos procedimentos relacionados à manipulação do cateter para a hemodiálise por parte dos profissionais que o fazem, pois seguindo-se as recomendações da literatura quanto ao local de inserção, manipulação e cuidados na manutenção da permeabilidade do cateter para a hemodiálise trará grande contribuição para a qualidade de vida desse paciente que dependerá da hemodiálise para sua sobrevivência.

Nessa perspectiva, esperou-se produzir evidências científicas consistentes que subsidiem a prática gerencial e assistencial, destacando para a importância da conformidade na execução dos procedimentos, sustentando melhorias contínuas no atendimento prestado.

Diante dessa realidade, conclui-se que novos estudos devem ser realizados com o intuito de expor à preservação do acesso venoso de pacientes que fazem hemodiálise visto que são as complicações vasculares que mais contribuem para o óbito de pacientes nessa modalidade de terapia renal substitutiva.

## REFERÊNCIAS

1. Cesarino CB, Borges PP, Ribeiro RCHM, Ribeiro DF, Kusumota L. Avaliação do risco cardiovascular de pacientes renais crônicos segundo critérios de Framingham. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(1): 101-7.
2. Brasil. Sociedade Brasileira de Nefrologia (BR). Censo dos Centros de Diálise do Brasil. São Paulo: 2013.
3. Mayer BLD, Ubessi LD, Stumm EMF, Kirchner RM, Barbosa DA. Sentimentos de pessoas renais crônicos e interferências em atividades sociais. *Rev Baiana Enferm.* 2013; 27(1):31-41.
4. Rodrigues TA, Botti NCL. Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22:528-30.
5. Nicole AG, Tronchin DMR. Indicadores para avaliação do acesso vascular de usuários em hemodiálise. *RevEscEnferm USP.* 2011; 45(1): 206-14.
6. Santos AA, Siqueira CC, Soria DAC. Padronização dos cuidados com acessos vasculares para terapia hemodialítica: cuidado essencial de enfermagem. R. pesq.: cuid fundam online. 2010; 2: 586-90.
7. Matos JPS, Lugon JR. Esquemas alternativos de hemodiálise. *J Bras de Nefrol.* 2010; 32(1): 114-9.
8. Frazão CMDQ, Tamos VP, Lira ALBC. Qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *RevEnferm UERJ.* 2011; 15(4): 577-82.
9. Orlandi FS, Pepino BG, Pavarini SCI, Santos DA, Mendiondo MSZ. Avaliação do nível de esperança de vida de idosos renais crônicos em hemodiálise. *RevEscEnferm USP.* 2012; 48(4): 900-6.
10. Bastos MG, Bregman R, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *RevAssocMed Bras.* 2010; 56(2): 248-53.
11. Sarmiento C, Pereira T, Maldonado J, Conde J. Doença arterial periférica e função renal na hipertensão arterial. *ArqBrasCardiol.* 2013; 100(4).
12. Santos JC, Moreira TMM. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(5):1125-32.
13. Torres GV, Santos SCLC, Leal LP, Mendonça AEO, Barreto AFG, Costa IKF. Incidência de infecção em pacientes com cateter temporário para hemodiálise. *Rev Enferm UFPE online.* 2010; 4(1): 173-80.
14. Frasca D, Dahyot-Fizelier C, Mimos O. Prevention of central venous catheter-related infection in the intensive care unit. *Critical Care.* 2010; 14.
15. Grothe C, Belasco AGS, Bittencourt ARC, Vianna LAC, Sesso RCC, Barbosa DA. Incidência de infecção da corrente sanguínea nos pacientes submetidos à hemodiálise por cateter venoso central. *Rev Latino-AmEnferm.* 2010; 18(1): 8 telas.
16. Casey AL, Elliott TS. Prevention of central venous catheter-related infection: update. *Brit J Nurs.* 2010; 19(2):78-87.
17. Junior MAN, Melo RC, Junior AMOG, Pretta TR, Almeida CC, Fernandes AR, et al. Infecções em cateteres venosos centrais de longa permanência: revisão da literatura. *J Vasc Bras.* 2010; 9(1): 46-50.
18. Moncaio ACS, Figueiredo RM. Conhecimentos e práticas no uso do cateter periférico intermitente pela equipe de enfermagem. *RevEletrEnferm.* 2009; 11(3):620-7.

Recebido em: 12.03.2015

Aprovado em: 29.03.2015



# CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE INFECÇÃO URINÁRIA EM GESTANTES

CHARACTERISTICS OF INFECTION IN CLINICAL URINARY PREGNANT WOMEN

Artigo Original

Francisco Gilberto Fernandes Pereira<sup>1</sup>

Vanessa Peres Cardoso Pimentel<sup>2</sup>

Renata Raynan Pinheiro Silva<sup>2</sup>

Marcos Daniel Oliveira e Silva<sup>3</sup>

Juliana Faheina Moreira<sup>4</sup>

José Osivan Mendonça Júnior<sup>5</sup>

## RESUMO

Objetivou-se descrever as características clínicas das infecções urinárias diagnosticadas em gestantes acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família, por meio de um estudo descritivo, transversal e quantitativo. Os dados foram coletados mediante um questionário, entre julho e setembro de 2012 em uma Unidade Básica de Saúde de Fortaleza-Ceará, com 150 gestantes, e analisados por meio da estatística descritiva. Foram seguidas as recomendações bioéticas sob o protocolo nº 08622795-5. Os dados demonstraram que 37,4% tinham mais de 30 anos, 68,6% tiveram de 3 a 4 gestações, 73,4% referiram um ou mais sintomas, e, 41,4% apresentaram bacteriúria assintomática durante o primeiro trimestre. Identificou-se um decréscimo das infecções ao longo da gestação. Destaca-se que o tratamento foi iniciado com base nos sintomas clínicos em 85,5%, e laboratorialmente no terceiro trimestre com 60%. Conclui-se que é tardio o diagnóstico laboratorial das infecções, sendo necessário um diagnóstico precoce e tratamento mais efetivo.

Palavras-chave: Gestantes; Cuidado Pré-Natal; Sistema Urinário.

## ABSTRACT

The objective was to describe the clinical characteristics of urinary infections diagnosed in pregnant women assisted by the Family Health Strategy, through a descriptive, transversal and quantitative study. Data were collected through a questionnaire from July to September 2012 in a Basic Health Unit in Fortaleza, Ceará, with 150 pregnant women, and analyzed using descriptive statistics. Were followed bioethical recommendations under the Protocol 08622795-5. The data showed that 37.4% had more than 30 years, 68.6% were 3 to 4 pregnancies 73.4% reported one or more symptoms, and 41.4% were asymptomatic bacteriuria during the first trimester. Identified a decrease in infections during pregnancy. It is noteworthy that treatment was initiated on the basis of clinical symptoms in 85.5%, and laboratory in the third quarter with 60%. It follows that is slow laboratory diagnosis of infections, requiring early diagnosis and treatment more effective.

Keywords: Pregnant; Prenatal care; Urinary tract.

<sup>1</sup> Enfermeiro. Centro Universitário Estácio do Ceará.

<sup>2</sup> Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem. Centro Universitário Estácio do Ceará.

<sup>3</sup> Enfermeiro. Secretaria Municipal de Saúde de Severiano Melo - RN.

<sup>4</sup> Enfermeira. Hospital Regional UNIMED Ceará.

<sup>5</sup> Enfermeiro. Hospital Geral de Fortaleza.

## INTRODUÇÃO

Infecção Aguda do Trato Urinário (ITU) é uma importante e incidente afecção clínica que se desenvolve com frequência em indivíduos que experimentam algum grau de imunodepressão, seja por condições patológicas, ou fisiológicas, como no caso da gestação, o que provoca, desta forma, um quadro de complicações que podem desencadear futuros problemas ao feto e a mãe<sup>(1)</sup>.

As lesões de graus variáveis do trato urinário estão relacionadas ao elevado número de multiplicações de bactérias dentro do trato urinário, e pode se manifestar de quatro formas clínicas diferentes, levando em consideração a sua localização anatômica e sítio de proliferação bacteriana, sendo elas: bacteriúria assintomática, uretrite, cistite e pielonefrite<sup>(2)</sup>.

Entre as infecções que podem acometer a mulher em seu ciclo vital, a ITU apresenta-se como a complicação clínica mais frequente no período gestacional, e ocorre em aproximadamente 17 a 20% das mulheres, neste período, e está relacionada ao trabalho de parto prematuro, à corioamnionite, ao baixo peso ao nascer, ao aborto e a infecção neonatal<sup>(3)</sup>.

Pesquisas estimam que 10 a 20% de mulheres já tiveram infecção urinária e 50 a 80% podem experimentar quadros de reinfecção<sup>(4)</sup>. Nos EUA as ITU são responsáveis por cerca de 5,5 a 7 milhões de consultas médicas anuais, e resulta em um custo de aproximadamente 1 bilhão de dólares por ano<sup>(2)</sup>. No Brasil, por meio de uma análise seccional no estado do Rio de Janeiro na rede do SUS, com 1.091 gestantes, 501 foram diagnosticadas com infecção do trato urinário<sup>(5)</sup>.

Alguns mitos permeiam a ocorrência de ITU no período gestacional, o que retarda o diagnóstico precoce e implementação de um tratamento eficaz. No entanto, se sabe que não há correlação significativa desta infecção com a frequência de atividade sexual nem com uso de anticoncepcional, mas sim, apresenta estreitas relações com as adaptações anatômicas femininas neste período<sup>(6)</sup>.

Além desses aspectos culturais e fisiológicos, a precariedade do sistema de atenção à saúde evidenciada pela baixa resolutividade no acompanhamento de complicações gestacionais, a escassez de profissionais especializados na área obstétrica, e a ínfima cobertura laboratorial, têm contribuído para o diagnóstico deficiente ou tardio das ITU.

Frente ao impacto que essa infecção pode gerar a gestação e ao elevado indicador epidemiológico desta morbidade, considera-se que a realização das consultas de pré-natal deve ter como objetivo não somente ser um momento de avaliação clínica da gestante e feto, como também se configurar em oportunidade de apresentar por meio de uma relação dialógica entre profissional e mulher, comportamentos que podem reduzir a probabilidade dessas infecções acontecerem ou se tornarem graves.

Considera-se relevante a pesquisa sobre esse tema, pois sendo a Atenção Básica a porta de entrada da gestante ao serviço de saúde, compreende-se que o diagnóstico realizado precocemente permite a redução das complicações gestacionais e perinatais, bem como implica em um ciclo gravídico saudável.

Assim, objetivou-se descrever as características clínicas das infecções urinárias diagnosticadas em gestantes acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritivo-exploratória, transversal com abordagem quantitativa<sup>(7)</sup>, realizada entre os meses de julho e setembro de 2012 em uma Unidade Básica de Saúde da Secretaria Executiva Regional VI no Município de Fortaleza-Ceará.

A amostra de 150 gestantes que era atendidas na referida unidade foi selecionada por conveniência, estas foram convidadas a participar do estudo mediante comparecimento às consultas de pré-natal. Os critérios de inclusão foram: estar em acompanhamento pré-natal na unidade e ter diagnóstico médico de infecção urinária, comprovado clínica ou laboratorialmente. Foram excluídas aquelas que na ocasião do estudo estivessem recebendo alta do tratamento de ITU.

Os dados foram coletados na sala de espera das consultas, por meio de um questionário estruturado contendo informações socioeconômicas, gineco-obstétricas e relativas a situação da ITU (tipo, tratamento, tempo de duração, método diagnóstico). As informações foram armazenadas em um banco de dados no programa Microsoft Excel versão 2010, e organizadas em tabelas para facilitar a distribuição das frequências relativa e absoluta.

Foram seguidas as recomendações bioéticas da Resolução 466/12<sup>(8)</sup>, tendo o estudo recebido aprovação do comitê de ética da Universidade Estadual do Ceará, sob o protocolo nº 08622795-5. Ressalta-se que todas as gestantes assinaram o Termo e Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Após análise dos dados foi possível delinear, de acordo com a Tabela 1, o seguinte perfil: 14% eram adolescentes, e 37,4% tinham acima de 30 anos de idade. Quanto ao grau de escolaridade 32% tinham ensino fundamental incompleto, 24,7% concluíram o ensino médio, sendo que destes 24,7% apenas 2% concluíram o ensino superior. Ao considerar a renda mensal, 40,7% viviam com menos de um salário mínimo, 52,7% com renda entre 1 a 7 salários e 6,6% acima de 7 salários mínimos. Percebeu-se que com relação a paridade, a maioria 68,6%, já haviam tido entre 3 a 4 gestações e no momento da aplicação do instrumento 51,4% viviam em uma união estável, 28,6% eram casadas e 20% solteiras.

Sabe-se que a maioria dos processos infecciosos tem um período de latência, onde os sintomas não são percebidos pela pessoa infectada, o que contribui para retardar o diagnóstico e tratamento. No caso das gestantes, este período é ainda mais crítico, devido a diminuição dos anticorpos e das adaptações anatomo-fisiológicas, fazendo com que alguns sinais e sintomas passem despercebidos, ou sejam confundidos com aspectos normais do período gestacional.

**Tabela 1.** Características de mulheres gestantes assistidas no pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde da Secretaria Executiva Regional VI no Município de Fortaleza, 2012.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
<b>IDADE</b>		
15 A 20 anos	21	14%
21 a 25 anos	40	26,6%
26 a 30 anos	33	22%
31 a 35 anos	36	24%
Acima de 36 anos	20	13,4%
<b>Nº DE GESTAÇÕES</b>		
1 a 2	28	18,6%
3 a 4	103	68,6%
Acima de 5	19	12,8%
<b>NÍVEL DE ESCOLARIDADE</b>		
Analfabeto	18	12%
Ensino Fundamental Incompleto	30	20%
Ensino Fundamental Completo	50	33,3%
Ensino Médio Incompleto	15	10%
Ensino Médio Completo	23	15,3%
Ensino Superior Incompleto	11	7,4%
Ensino Superior Completo	03	2%
<b>RENDA MENSAL DOMÉSTICA</b>		
Menos de 1 salário mínimo	61	40,7%
De 1 a 3 salários mínimos	66	44%
De 4 a 7 salários mínimos	13	8,7%
Acima de 7 salários mínimos	10	6,6%
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Casada	43	28,6%
União estável	77	51,4%
Solteira	30	20%

Fonte: pesquisa de campo.

Nesse sentido, é importante destacar que das 150 gestantes, 73,4% referiram um ou mais sintomas, os mais frequentes relatados foram polaciúria 21,3%, disúria 18,6%, anúria e urgência miccional ambas com 9,3%, e 26,6% apresentaram-se assintomáticas, conforme demonstrado na Tabela 2.

**Tabela 2.** Distribuição de gestantes segundo os sintomas referente a infecção urinária em uma Unidade Básica de Saúde da Secretaria Executiva Regional VI no Município de Fortaleza, 2012.

SINTOMAS	N*	%
Polaciúria	32	21,3%
Disúria	28	18,6%
Mudança na coloração da urina	10	6,6%
Oligúria	11	7,3%
Anúria	14	9,3%
Urgência miccional	14	9,3%
Febre	10	6,6%
Plenitude vesical	7	4,6%
Dor no baixo ventre	7	4,6%
Assintomática	40	26,6%

\* Mais de um sintoma pode ter sido declarado pela mesma gestante. Portanto, o n refere-se quantidade de vezes que o sintoma foi reportado.

Fonte: pesquisa de campo.

Com relação a idade gestacional observou-se que durante os três trimestres de gestação 37,4% apresentaram bacteriúria sintomática, 41,4% bacteriúria assintomática, 8,6% cistite, 8% pielonefrite e 3,3% uretrite. Sobre a evolução das infecções a bacteriúria sintomática apresentou um considerável decréscimo, passando de 21,3% no primeiro trimestre para 7,5% no terceiro trimestre, bem como a bacteriúria assintomática observada em 32% das gestantes no primeiro trimestre e mantendo-se em 4,7% nos dois trimestres seguintes (Tabela 3).

Esses resultados opõem-se aos crescentes valores apresentados por outras infecções como é o caso da cistite manifestada no primeiro trimestre em 2% e 6,6% no terceiro trimestre, a uretrite encontrada em 1,3% dos casos no segundo trimestre e 8% no terceiro e por fim a pielonefrite observada em 3,3% das pacientes apenas no último trimestre (Tabela 3).

Relacionando-se a idade gestacional ao início de intervenção medicamentosa, destaca-se que o tratamento foi iniciado com base nos sintomas clínicos em 85,5%, 40,9%, e 40% dos casos no primeiro, segundo e terceiro trimestre, respectivamente, quando, levando em consideração os resultados dos exames laboratoriais o tratamento se deu início em 14,5%, 59,1%, e 60% dos casos apresentados no mesmo período gestacional (Tabela 3).

**Tabela 3.** Variáveis dos tipos de infecções urinárias em gestantes no primeiro trimestre em uma Unidade Básica de Saúde da Secretaria Executiva Regional VI no Município de Fortaleza, 2012.

VARIÁVEIS TIPO DE INFECÇÃO	TRIMESTRE GESTACIONAL					
	1º		2º		3º	
	N	%	N	%	N	%
Bacteriúria sintomática	32	21,3%	13	8,6%	11	7,5%
Bacteriúria Assintomática	48	32%	7	4,7%	7	4,7%
Cistite	3	2%	-	-	10	6,6%
Pielonefrite	-	-	-	-	5	3,3%
Uretrite	-	-	2	1,3%	12	8%
PARÂMETRO PARA INÍCIO DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO						
Tratamento iniciado por meio dos sintomas clínicos	71	85,5%	9	40,9%	18	40%
Tratamento iniciado após realização de exames laboratoriais	12	14,5%	13	59,1%	27	60%

Fonte: pesquisa de campo.

## DISCUSSÃO

A realização de estudos abrangentes com gestantes diagnosticadas com infecção urinária constitui uma demanda importante na sociedade, pois a frequência de ITU na gravidez se tornou frequente e reconhecida entre as mulheres. O Ministério da Saúde orienta o atendimento no período da gravidez no mínimo de seis consultas, e pode ser aumentada a frequência em casos de ITU diagnosticadas<sup>(3,9)</sup>.

Apesar de ser uma doença prevenível e de fácil tratamento, a ITU está presente entre 17 a 20% das mulheres no período gestacional, e suas diversas formas clínicas apresentam-se como causa mais frequente de internação neste período<sup>(10)</sup>.

Ao considerar que no período gestacional o corpo feminino é acometido de modificações anatômicas e fisiológicas específicas no trato urinário como: dilatação das pelvis renais e ureteres, redução do tônus vesical que favorece a estase urinária e o refluxo vesico-uretral, capacidade renal de concentrar urina diminuída, pH da urina mais alcalino e aumento das taxas de progesterona e estrógeno<sup>(2)</sup>, é prudente considerar que o avanço da faixa etária associado a gestação podem se consolidar como agravantes para a ocorrência de ITU, conforme os resultados demonstrados neste estudo.

Outros autores concordam que existe uma relação entre a maior incidência da infecção e o avanço da idade, assimilando o alto índice de mulheres acima de 30 anos, sobretudo, aquelas com a vida sexual ativa. Assim, considera-se que há relação entre a ITU e o ato sexual, quando utilizado um espermicida e diafragma no intercurso, havendo uma maior colonização vaginal por uropatógenos, facilitando a colonização e a entrada de bactérias e microrganismos da bexiga no momento da relação sexual, tornando um fator de risco para ITU<sup>(1,11)</sup>.

Fatores sociais também estão envolvidos no desenvolvimento de ITU, principalmente aqueles relacionados à educação e a renda<sup>(12)</sup>. Os valores elevados de gestante com baixa

renda familiar e baixo grau de escolaridade verificados neste estudo, corroboram com aqueles encontrados em pesquisas nacionais e internacionais<sup>(9,12)</sup>, as quais demonstram que a falta de informação, o baixo letramento, a dificuldade financeira de adquirir alimentos e produtos de higiene, influenciam o aumento do índice de ITU expressados em 33,3% de gestantes com ensino fundamental completo e 40,7% com menos de um salário mínimo.

Essa constatação remete à necessidade de oportunizar o pré-natal como um momento de ensino, humanização, amparo e extremo cuidado, independente em que hemisférios de vida social a gestante se encontra, deve-se procurar adaptar as orientações obstétricas ao grau de letramento e condição econômica do nicho familiar.

Especialistas em obstetrícia<sup>(13)</sup> confirmam que a intensidade das relações sexuais e a multiplicidade de parceiros podem constituir em fator agravante para a ocorrência de ITU na gestação. Neste estudo, houve um predomínio de mulheres vivendo em união estável, o que pode denotar a realização de práticas sexuais rotineiramente desprotegidas, o que favorece a transmissão de agentes patogênicos do parceiro.

Ao considerar a quantidade de gestações e o número de ITU diagnosticadas, não houve diferenças entre os resultados neste cenário de estudo com outros locais, ratificando, desta forma que mulheres multíparas apresentam índice elevado para ITU associado a incontinência urinária<sup>(14)</sup>. A gestação aumenta a tensão sobre a musculatura da pelve feminina, e, além disso, durante o parto pode haver estiramento e ruptura das fibras musculares do períneo, deslocando a bexiga e a uretra de suas posições normais e causando incontinência. Ao mesmo passo que ocorre a incontinência, torna-se um meio suscetível pelo vazamento involuntário da urina, e proporciona um meio fácil para colonização de bactérias da bexiga para o introito vaginal e em principal a cistite, acometendo a bexiga e a uretra pela *Escherichia coli*<sup>(2)</sup>.

Dentre os sintomas característicos frequentes entre as gestantes, a maioria referiu mais de um sintoma, corroborando com outra pesquisa<sup>(15)</sup>. Ao analisar isoladamente, constatou-se que a polaciúria e a disúria foram os mais comuns entre as 150 gestantes do estudo, despertando os mesmos motivos de infecção justificados na incontinência urinária, pela frequência de micções e a suscetibilidade infecciosa, caracterizado pelo jato médio que pode conter coliformes *Staphylococcus* e *Pseudomonas aeruginosa*<sup>(14)</sup>.

Por outro lado, 26,6% das gestantes eram assintomáticas, um quantitativo maior do que aquele apresentado em outras pesquisas que é de 2 a 10% das gestantes, sendo um número ainda elevado diante da facilidade de acesso ao tratamento se o mesmo for realizado a tempo. Ressalta-se que a BA, quando não tratada em tempo oportuno, pode evoluir para pielonefrite em 20 a 40 % dos casos, quando o tratamento é realizado, essa porcentagem diminui para 3%<sup>(3,16)</sup>.

Como se sabe, a pielonefrite refere-se a uma infecção nos rins causada por bactérias (vindas comumente da bexiga), se a mesma não for diagnosticada e tratada a tempo, pode desenvolver na gestante parto prematuro, além de outras complicações. Mulheres com ITU (forma grave) apresentam taxa de parto prematuro mais elevado que as que não apresentam a infecção, 15,1% contra 7,8%, respectivamente. Além disto, no mesmo estudo, percebeu-se que os recém-nascidos do grupo com ITU apresentaram baixo peso ao nascer quando comparados aos de gestantes sem ITU, 13,2% contra 8%<sup>(17)</sup>.

Analisou-se variáveis dos tipos de infecções urinárias nas gestantes de acordo com o trimestre gestacional, neste aspecto percebeu-se que a BA está presente em 32% no início da gestação, e diminui até o terceiro trimestre. Desse modo, este estudo está em consonância com os estudos realizados pela federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, Infectologia, Medicina Familiar e Comunidade e Nefrologia<sup>(13)</sup>, onde mostra que, quando diagnosticada no início da gestação e tratada da maneira correta a BA tem seu progresso retardado, e diminui com isso a possibilidade de complicações maiores, no estudo da federação citada, é perceptível que cerca de 20 a 3% das gestantes bacteriúricas assintomáticas não tratadas podem desenvolver pielonefrite, porém, quando tratadas, essa porcentagem diminui para 1 a 4%.

Ao analisar as gestantes bacteriúricas sintomáticas, 21,3% relataram essa complicação no primeiro trimestre, diminuindo para 8,6% e 7,5% no segundo e terceiro trimestres respectivamente, a lógica para que essa diminuição acontecesse, segue a mesma da BA, quanto mais precoce for o início do tratamento, menor será o progresso e apresentação da doença.

Já a uretrite, não foi variável relatada pelas gestantes no primeiro trimestre, porém, no segundo trimestre 1,3% das gestantes citaram esta complicação, tendo a mesma progressão para 8% no terceiro trimestre. Sabe-se, que a etiologia da uretrite advém de microrganismos da própria flora vaginal, no

entanto, com o avanço da gestação, o útero desenvolve compressão mecânica em órgãos como a bexiga e a uretra o que pode ser fator predisponente para o desenvolvimento desta complicação<sup>(15)</sup>.

A cistite ocorreu em 2% das gestantes estudadas no primeiro trimestre, não havendo casos no segundo e progressão para 6,6% no terceiro. A diminuição do tônus muscular, a polaciúria associada à quantidade diminuída de urina retida na bexiga, dentre outros fatores já descritos anteriormente, predispõe a bexiga ao acometimento da cistite<sup>(11)</sup>.

Quanto ao início do tratamento percebe-se que 85,5% das gestantes iniciaram o tratamento logo no primeiro trimestre de gravidez, ressalta-se que o tratamento foi embasado apenas na apresentação clínica dos sinais e sintomas. Este percentual diminuiu para 40% nos segundo e terceiro trimestres, o que mostra que ao se diagnosticar e tratar de maneira eficaz as complicações apresentadas pelas gestantes, pode-se reduzir de modo efetivo as possíveis complicações<sup>(3)</sup>.

As mulheres grávidas que iniciaram o tratamento após a realização de exames laboratoriais foram de 14,5% no primeiro trimestre, 59,1% no segundo e 60% no terceiro trimestre. Estes dados faz pensar sobre a assistência na qual a gestante recebe durante as consultas de pré-natal. Ademais, os profissionais de saúde devem estar atentos às queixas relatadas pelas gestantes durante as consultas, para que possa investigar de maneira criteriosa, e agir em tempo oportuno para prevenção de complicações materna fetal<sup>(3)</sup>.

Para se reduzir as taxas de infecção urinária e suas complicações durante a gravidez, destaca-se que várias etapas devem ser consideradas, em diversos pontos da assistência obstétrica: considerar as variáveis socioeconômicas e antecedentes obstétricos; avaliação clínica e solicitação de urocultura precocemente no pré-natal, para diagnosticar e tratar os casos de bacteriúria assintomática; utilizar o tratamento antimicrobiano mais eficaz; propiciar o seguimento no pré-natal de alto risco e garantir o tratamento das complicações maternas e perinatais, em hospitais com condições adequadas para isto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou a nitidez sob a relevância do diagnóstico e tratamento precoce da ITU a fim de evitar possíveis complicações maternas e perinatais, o que traz a necessidade de uma maior atenção dos profissionais integrantes da equipe de saúde, sobretudo, dos enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família. Tendo em vista que estes são os responsáveis pela condução do pré-natal de baixo risco na qualidade do serviço prestado no que diz respeito a percepção não apenas dos sintomas característicos da infecção, assim como também da importância de atividades educativas e anamnese qualitativa tendo em vista que 26,6% apresentaram infecção assintomática.

## REFERÊNCIAS

---

1. Oladeinde BH, Omoregie R, Oladeinde OB. Asymptomatic Urinary Tract Infection among Pregnant Women Receiving Ante-Natal Care in a Traditional Birth Home in Benin City, Nigeria. *Ethiop J Health Sci.* 2015 Jan; 25(1): 3-8.
2. Fernando F, et al. Rotinas em obstetrícia. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Duarte G, et al. Infecção urinária na gravidez: análise dos métodos para diagnóstico e do tratamento. *Rev Bras de Ginecol e Obstet.* 2002 Ago; 24(7): 471-7.
5. Vettore MV, Dias M, Vettore MV, Leal MC. Avaliação do manejo da infecção urinária no pré-natal em gestantes do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro. *Rev. bras. epidemiol.* 2013; 16(2): 338-51.
6. Dachi SP, Coutinho MSSA, Stamm AMNF, Nassar SM. Fatores de risco para infecção urinária em mulheres: um estudo caso-controle. *Arq. Cat. Med.* 2003; 32(1): 52-8.
7. Polit DF; Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 466/12: dispõe sobre a pesquisa com seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
9. Duarte G, et al. Infecção urinária na gravidez. Análise dos métodos para diagnóstico e do tratamento. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002; 24(7): 471-7.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico: gestação de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
11. Borges AA, et al. Infecção urinária em gestantes atendidas em um laboratório clínico de Goiânia-GO entre 2012 e 2013. *Rev Estudos* 2014; 41(3): 637-48.
12. Rajaratnam A, Baby NM, Kuruville TS, Machado S. Diagnosis of asymptomatic bacteriuria and associated risk factors among pregnant women in mangalore, karnataka, India. *J Clin Diagn Res.* 2014 Sep; 8(9):OC23-5.
13. Rossi P, et al. Bacteriúria assintomática. Diretrizes clínicas na saúde suplementar. AMB-ANS; 2011.
14. Lin KL, Shen CJ, Wu MP, Long CY, Wu CH, Wang CL. Comparison of low urinary tract symptoms during pregnancy between primiparous and multiparous women. *Biomed Res Int.* 2014; 2014:303697.
15. Baumgarten MCS, et al. Infecção urinária na Gestação: uma revisão de literatura. *UNOPAR. Cient Ciênc Biol Saúde.* 2011; 13(Esp): 333-42.
16. Duarte G, et al. Infecção urinária na gravidez. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008; 30(2):93-100.
17. Sheiner E, Mazor D, Levy A. Asymptomatic bacteriuria during pregnancy. *J Matern fetal Neonatal Med.* 2009; 22:423-7.

---

Recebido em: 11.04.2015

Aprovado em: 22.04.2015

# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM CÂNCER DE LARINGE SUBMETIDOS À LARINGECTOMIA EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR DE FORTALEZA

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH CÂNCER LARYNX SUBJECT TO LARYNGECTOMY INSTITUTION IN A HOSPITAL FORTRESS

Artigo Original

Cristiane Carla da Silva Paiva<sup>1</sup>

Aline de Souza Pereira<sup>2</sup>

Rithianne Frota Carneiro<sup>3</sup>

Laurineide Diniz de Fatima Cavalcante<sup>4</sup>

Jeane Ribeiro Martins<sup>5</sup>

Natália Conrado Saraiva<sup>6</sup>

## RESUMO

Objetivou-se caracterizar o perfil epidemiológico de pacientes com câncer de laringe submetido à laringectomia em uma instituição hospitalar localizada município de Fortaleza, Ceará. Estudo transversal de natureza descritiva com abordagem quantitativa. A população do estudo foi constituída de 24 pacientes submetidos à laringectomia parcial ou total nos meses de março e abril de 2014. Entre os participantes houve um predomínio de indivíduos do sexo masculino, totalizando 18 homens e 6 mulheres, correspondendo a 75% e 25% dos casos respectivamente. A população na faixa etária entre 55 a 74 anos foi a mais atingida pela doença. Conclui-se que a maior incidência de câncer de laringe é em homens, situação que pode ser influenciada, pelos hábitos de vida do paciente, antecedentes familiares, dentre outros. Esta prevalência pode ser influenciada pela pouca preocupação do mesmo com sua saúde, por negligenciar os sintomas iniciais e assim não procurar a Atenção Básica de Saúde, assim como fazem as mulheres.

Palavras-chave: Neoplasias Laríngeas; Perfil de Saúde; Enfermagem.

## ABSTRACT

This study aimed to characterize the epidemiological profile of patients with laryngeal cancer underwent laryngectomy in a hospital located northeast of Brazil. It is a cross-sectional study of descriptive nature with quantitative approach. The study population consisted of 24 patients undergoing partial or total laryngectomy in March and April 2014. Among the participants there was a predominance of males, totaling 18 men and 6 women, accounting for 75% and 25% cases respectively. The population in the age group between 55-74 years has been the hardest hit by the disease. It is concluded that the higher incidence of laryngeal cancer is in men, which might be influenced by the lifestyle of the patient, family history, among others. This prevalence may be influenced by the same little concern about their health, by neglecting the initial symptoms and thus do not seek primary health care, as do women.

Keywords: Laryngeal Neoplasms; Health Profile; Nursing.

<sup>1</sup> Enfermeira pela Faculdade do Nordeste (FANOR | DeVry Brasil).

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva (UNIFOR). Docente da FANOR | DeVry Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Bolsista CAPES- PROSUP/PRODAD. Docente da FANOR | DeVry Brasil. E-mail: rithiannefrota01@hotmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Docente da FANOR | DeVry Brasil.

<sup>5</sup> Discente do curso de Enfermagem da FANOR | DeVry Brasil.

<sup>6</sup> Discente do curso de Enfermagem da FANOR | DeVry Brasil).

## INTRODUÇÃO

Atualmente o câncer de laringe é o tipo mais comum de câncer de cabeça e pescoço, o que constitui um problema de saúde pública. Sua etiologia está relacionada à associação de diversos fatores, podendo destacar o tabagismo, sobretudo, quando associado ao álcool como fator principal para o desenvolvimento da doença<sup>(1)</sup>.

Entre as substâncias existentes no tabaco estão as que possuem ação citotóxica, mutagênica e carcinogênica, além da nicotina que causa dependência. Existem aproximadamente 1,25 bilhão de fumantes no mundo, estando no Brasil cerca de 27,9 milhões desses fumantes, representando os homens 16,7 milhões e 11,2 milhões são representados por mulheres. Estes dados somente nos levam a entender o porquê da incidência tão alta do Câncer de laringe e cabeça e pescoço<sup>(2)</sup>.

Dentre os cânceres de cabeça e pescoço, o carcinoma de células escamosas ou carcinoma espinocelular são considerados o tipo histológico mais comum, pois acometem 90% dos pacientes<sup>(3)</sup>. Outro tipo de tumor evidenciado na literatura está descrito no estudo de escala, que refere-se ao tumor de células glandulares como uma neoplasia rara, mas que quando ocorre, frequentemente acomete a região de cabeça e pescoço, localizando-se na língua, seguida da laringe, representando 6% a 10% dos casos e por último nos pilares amigdalianos<sup>(4)</sup>.

O carcinoma epidermóide é o tipo histológico mais comum que acomete a laringe. Embora seus sintomas manifestem-se precocemente, fatores como negligência do paciente em relação aos sintomas e demora em procurar atendimento podem levar ao diagnóstico em fase mais tardia da doença. Além do tempo pela espera do diagnóstico que pode certamente influenciar no prognóstico do paciente<sup>(5)</sup>. Entre os sinais e sintomas mais frequentes no câncer de laringe estão a rouquidão, disfagia, dor ao deglutir e dispnéia. Os sintomas podem variar de acordo com a localização da lesão<sup>(6)</sup>.

Como já foi descrito anteriormente, o câncer de laringe acomete mais a população masculina que a feminina e existem regiões em que a incidência do câncer de Laringe em homens são ainda mais altas, como é o caso de países como França, norte da Itália, Espanha, Portugal, Europa, Sul do Brasil, Uruguai e Ásia ocidental, destacando a cidade de São Paulo que apresenta uma das mais altas incidências da doença no mundo.

Os pacientes quando diagnosticados com câncer de laringe encontram-se na faixa etária entre 50 a 70 anos de idade. E em relação a sobrevida desses pacientes, são menores a expectativa de vida dos que vivem em países em desenvolvimento do que os que vivem em países desenvolvidos<sup>(7)</sup>.

Os fatores de risco mais importantes relacionados ao câncer de laringe são o tabagismo e álcool, embora existam ainda outros fatores que podem estar associados ao desenvolvimento da doença, como exposições a agentes cancerígenos ocupacionais, bem como influência da dieta, fatores genéticos, entre

outros. O risco para desenvolver este câncer é 14,3 vezes maior em indivíduos fumantes do que nos não fumantes<sup>(8)</sup>.

Um estudo brasileiro realizado no centro de oncologia oral – UNESP, em Araçatuba – SP identificou que dos pacientes com câncer de laringe atendidos, 97% eram homens, destes 88% eram brancos, apresentavam idades entre 50 a 69 anos, a maioria com baixo nível socioeconômico e educacional<sup>(9)</sup>.

Ao avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer de laringe submetidos a tratamento cirúrgico, observou que existe um perfil comum nessa população, pois são pessoas de baixa renda, com baixa escolaridade, com idade acima de 51 anos, atuantes da religião católica e sendo a maioria são casados<sup>(10)</sup>.

O diagnóstico do câncer de laringe é baseado na história clínica, no exame físico detalhado do paciente e exame histopatológico, no qual se faz necessária endoscopia ou laringoscopia direta para realização de biópsias<sup>(5)</sup>. Porém, através de alguns sintomas pode-se suspeitar do câncer de laringe, como é o caso da rouquidão persistente, que nunca melhora, não tem causa específica e quando não detectado precocemente pode evoluir para o aparecimento de nódulos e dor. O estudo mostrou ainda que o tratamento do câncer de laringe pode ser realizado através de quimioterapia, radioterapia e cirurgia. A quimioterapia é o tratamento sistêmico do câncer que é realizado de acordo com esquemas terapêuticos, a radioterapia consiste no tratamento local onde a área afetada pelo câncer é irradiada.

O tratamento cirúrgico quando recomendado consiste na retirada do tumor da laringe. Além do médico e a equipe de enfermagem, o paciente acometido por câncer de laringe necessita de um atendimento multidisciplinar, abrangendo farmacêutico, nutricionista, radiologista, psicologia clínica, cuidados de reabilitação, principalmente no que se refere à qualidade da respiração e qualidade da voz que é prejudica pela lesão provocada nas cordas vocais. Entre outros profissionais que de alguma forma podem estar envolvidos nos cuidados prestados ao paciente<sup>(6)</sup>.

Percebe-se através dos dados estatísticos que a incidência deste tipo de câncer acomete mais homens que mulheres. Diante do exposto, surgiu o seguinte questionamento: Qual o perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de laringe submetidos a laringectomia em uma instituição hospitalar de Fortaleza?

O interesse na pesquisa surgiu durante o estágio curricular em hospital de referência no tratamento de pacientes com câncer. Ao final do estágio me questionei se os pacientes, principalmente os homens, têm conhecimento sobre o que é a doença, como preveni-la, se sabem da importância do diagnóstico precoce e quais foram os hábitos de vida desses pacientes até o diagnóstico. Buscando conhecer mais sobre o perfil desse público através da pesquisa contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida destes pacientes, uma vez que conhecendo o caminho percorrido desde pacientes antes do diagnóstico, será possível planejar ações de promoção e cuidados de saúde com maior propriedade.



Assim, pesquisar pacientes acometidos por câncer de laringe é relevante, visto que a enfermagem pode realizar planejamentos eficazes tanto para o tratamento do cliente quanto para ações de promoção da saúde, trazendo informações para pacientes e familiares acerca da importância da prática de hábitos de vida saudáveis para prevenção de doenças, controle de agravos e melhor qualidade de vida.

Espera-se que o estudo possa trazer novas estratégias para um cuidado de Enfermagem eficaz, baseado em evidências científicas, uma vez que o perfil dos pacientes será conhecido pelos profissionais. Além da produção de conhecimento científico que favorece a Enfermagem que lida com pacientes portadores de câncer de laringe nas mais diversas áreas de atuação.

Desse modo, objetivou-se caracterizar o perfil epidemiológico de pacientes com câncer de laringe submetido à laringectomia em uma instituição hospitalar localizada município de Fortaleza, Ceará.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de natureza descritiva com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em um hospital do município de Fortaleza. Atualmente a instituição conta com recursos do SUS e de doações, além do apoio de instituições de ensino superior às quais possui convênio através da oferta de estágios. Realiza por mês mais de 10.000 atendimentos, sendo a maioria destes atendimentos destinados a pacientes do SUS.

A população do estudo foi constituída de 26 pacientes submetidos à laringectomia parcial ou total nos meses de março e abril de 2014. Durante o período da coleta de dados foram encontrados 26 prontuários de pacientes submetidos à laringectomia relacionada a neoplasia laríngea no período de abril e maio de 2014, porém, após análise e utilização dos critérios de inclusão e exclusão foram eliminados 2 prontuários, pois os mesmos possuíam diagnóstico inconclusivo de câncer de laringe, restando 24 prontuários para realização do estudo.

Os critérios de inclusão foram: terem sido internados no setor que atende os pacientes da especialidade de cirurgia de cabeça e pescoço para tratamento de câncer de laringe. Os dados foram coletados através do prontuário, no qual foi utilizado como instrumento de coleta formulários contendo questões objetivas e subjetivas. E as perguntas foram formuladas, levando-se em conta aspectos que ajudaram a alcançar o objetivo desta pesquisa, respondendo a variáveis como: gênero, faixa etária, etnia, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar, procedência, antecedentes pessoais e/ou familiares, diagnóstico, motivo da internação e tratamento.

A coleta de dados para realização da pesquisa foi iniciada somente após receber parecer favorável do CEP (comitê de ética em pesquisa). Os dados coletados nos prontuários foram utilizados estritamente para atender aos objetivos da pesquisa e as informações dos participantes serão mantidas em sigilo e asseguradas sua privacidade.

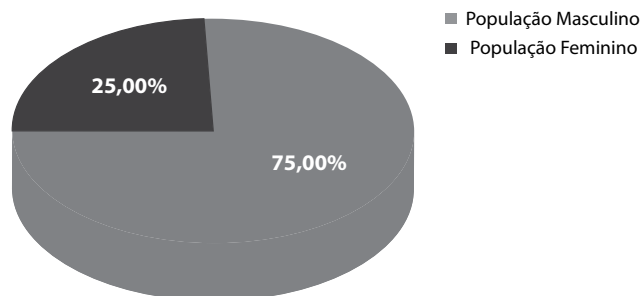
Inicialmente entramos em contato com o hospital solicitando autorização para realizar a pesquisa que foi autorizada pelo presidente da comissão de ética e pela diretoria técnica do hospital e encaminhada ao comitê de ética em pesquisa – IPADE (Instituto para o desenvolvimento da Educação Ltda – Faculdade de Christus), sob o nº 30452414.9.0000.5049.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram analisados os prontuários de 24 pacientes e os dados foram coletados por meio de formulários contendo informações relativas aos aspectos biopsicossociais de pacientes com neoplasia laríngea que estiveram internados na instituição hospitalar em estudo para realização de laringectomia.

No gráfico 1, verifica-se que o sexo predominante é masculino, sendo representado por 75 %, cuja idade predominante está entre 55-65 anos.

**Gráfico 1.** Distribuição da população com câncer de laringe quanto ao gênero. Fortaleza, 2014.



Fonte: elaborado por autora - 2014.

Verifica-se através do gráfico 1 que houve um predomínio de indivíduos do sexo masculino, totalizando 18 homens e 6 mulheres, correspondendo a 75% e 25% dos casos respectivamente, fato que corrobora com a literatura que aponta o sexo masculino como o mais acometido pela doença<sup>(12)</sup>.

Em estudo<sup>(14)</sup> realizado para conhecer a prevalência dentre os tipos de neoplasias laríngeas encontrados em pacientes residentes no extremo sul catarinense e constatou que em 96% dos casos, os pacientes eram do sexo masculino. Resultado semelhante ao encontrado em outro estudo<sup>(11)</sup> que avaliou a prevalência de alterações laríngeas em um ambulatório de endoscopia respiratória alta e concluiu que dos 7 pacientes diagnosticados com câncer de laringe, todos pertenciam ao sexo masculino, tal evidência pode estar associada ao uso do tabaco pelos indivíduos do sexo masculino, como pode ser visto na tabela 1.

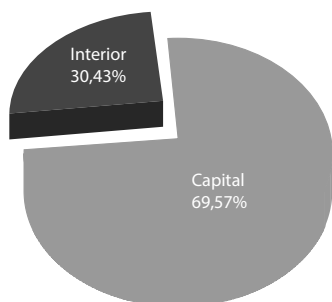
**Tabela 1.** Distribuição da população quanto a gênero e faixa etária. Fortaleza, 2014.

FAIXA ETÁRIA	Masculino		Feminino	
	Qtde.	%	Qtde.	%
18-39	1	4,17%	0	0,00%
40-54	3	12,50%	1	4,17%
55-65	6	25,00%	5	20,83%
66-74	5	20,83%	0	0,00%
>75	3	12,50%	0	0,00%
Total	18	75,00%	6	25,00%

Fonte: elaborado por autora - 2014.

Percebe-se que a população na faixa etária entre 55 a 74 anos foi a mais atingida pela doença, sendo dividida nos grupos de pacientes entre 55 e 65 anos de idade do sexo masculino (25%), pacientes entre 55 e 65 anos do sexo feminino (20,83%), e de 66 e 74 anos de idade, sendo este grupo responsável por 20,83% dos casos, o que somados representam 66,6% dos casos de câncer de laringe.

**Gráfico 2.** Distribuição da população com câncer de laringe quanto a procedência. Fortaleza 2014.



Fonte: elaborado por autora - 2014.

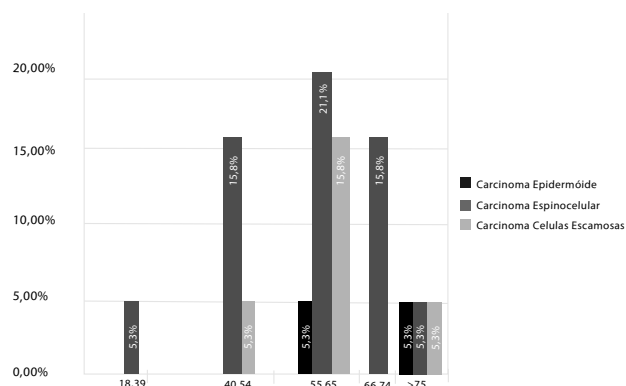
Fonte: elaborado por autora - 2014.

Observa-se a partir do gráfico 2 que 69,57% dos pacientes que fizeram parte do estudo, são provenientes da capital e 30,43% do interior do estado. O Sertão do estado detém a maior área de concentração de mortes por neoplasias malignas da laringe. Esse fato se justifica pela dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde, bem como precários serviços de saúde especializados que não garantem continuidade do tratamento<sup>(12)</sup>.

Verifica-se mediante o gráfico 3 que o carcinoma espinocelular esteve presente em todas as faixas de idades, atingindo o maior percentual (21,1%) na faixa etária de 55 e 65 anos. E nas faixas de idade de 40 e 54 e 66 e 74 anos corresponderam a 15,8% em ambas. Os tipos histológicos mais frequentes nos tumores malignos da laringe são o carcinoma espinocelular,

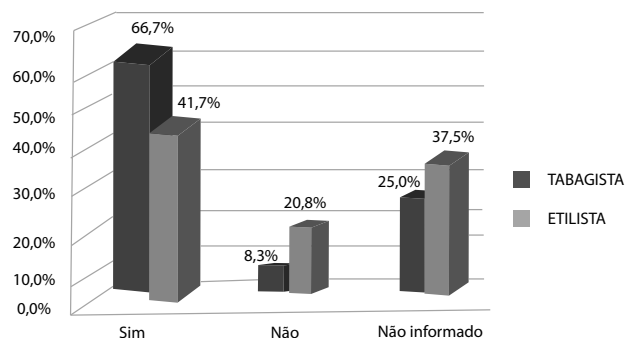
carcinoma epidermoide ou de células escamosas, responsável por mais de 95% dos casos.

**Gráfico 3.** Distribuição por tipo histórico e idade. Fortaleza 2014.



Fonte: elaborado por autora - 2014.

**Gráfico 4.** Caracterização dos pacientes com câncer de laringe quanto ao hábito de tabagismo e etilismo. Fortaleza, 2014.

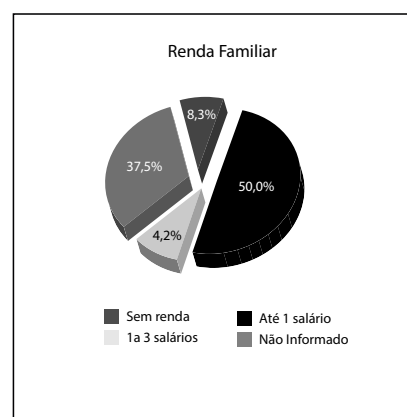
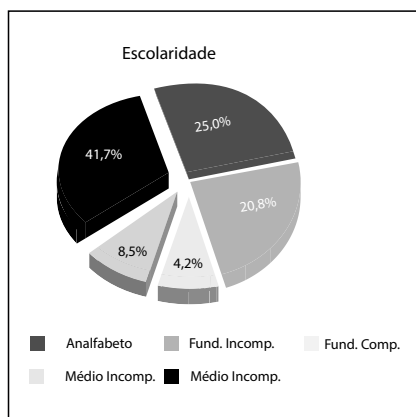
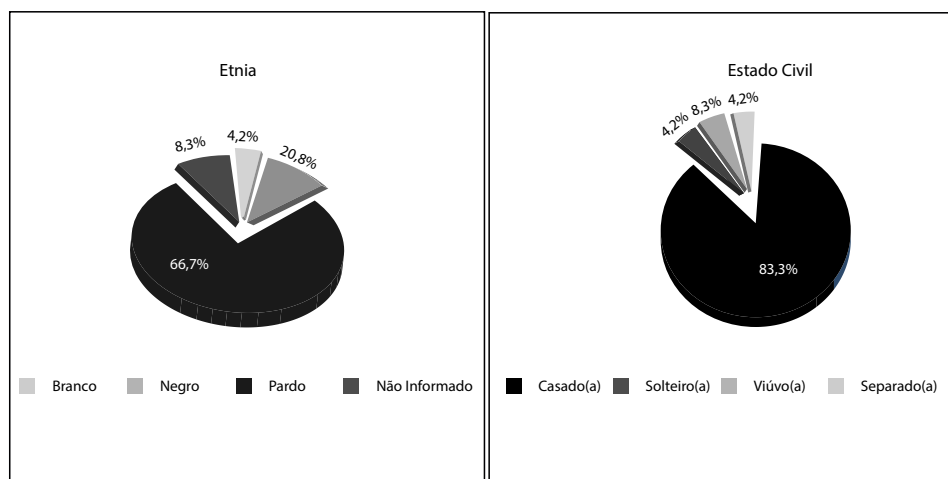


Fonte: elaborado por autora - 2014.

Verifica-se através do gráfico 4 que o tabagismo e etilismo foram hábitos bem presentes na vida da maioria dos pacientes acometidos por câncer de laringe, com destaque para o tabagismo, que esteve presente em 66,7% dos casos. Este percentual poderia aumentar consideravelmente se não fosse a ausência dessa informação em 25% dos prontuários, assim como a ausência da informação relacionada ao etilismo que representou 39,1%. Sabe-se que há uma diversidade de fatores que são considerados como de risco para o desenvolvimento do câncer de laringe, mas o hábito de fumar e o consumo de bebidas alcoólicas são considerados seus principais agentes etiológicos<sup>(7,8)</sup>.

Atualmente existem programas direcionados à prevenção do câncer de laringe que são realizados através de ações educativas com ênfase no combate ao tabagismo. Destaca-se o Programa Nacional de Controle do Tabagismo que inclui além das ações educativas, ações legislativas e econômicas, por meio de campanhas de comunicação em unidades de saúde, escolas e

**Gráfico 5.** Distribuição da população com câncer de laringe quanto a etnia, estado Civil, escolaridade, ocupação e renda familiar. Fortaleza, 2014.



Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

ambientes de trabalho, através do apoio a projetos de lei que restrinjam o uso do tabaco, bem como a divulgação dos malefícios causados pelo uso desta droga. Em relação às ações econômicas, as medidas realizadas baseiam-se no aumento de impostos e dos preços dos produtos derivados do tabaco<sup>(1)</sup>.

Quanto a etnia há uma predominância da cor parda entre a população estudada, o que corresponde ao percentual de 66,7%, fato que pode estar associado a diversidade da mistura entre as raças na região nordeste, com prevalência da cor parda por esta compor a maior parte da população de nossa região. Quanto ao estado civil, os casados representaram 83,3% dos pacientes. Em relação a escolaridade os analfabetos corresponderam ao percentual de 41,7%, seguidos do fundamental incompleto 20,8%, que somados representam 62,5% dos pacientes, percentual, ressalta-se que em 25% dos prontuários esta informação estava ausen-

te. Percebe-se então que há um baixo nível de escolaridade entre os pacientes com câncer de laringe.

Em relação a ocupação, os aposentados correspondem a 45,8% dos pacientes com câncer de laringe, fato que pode ser explicado pela ocorrência da doença principalmente a partir dos 50 anos de idade. Os empregados correspondem a 12,5% dos pacientes e fazem parte da faixa etária mais jovem acometida pela doença e 33,3% não consta essa informação no prontuário, tornando esta variável pouco confiável para a pesquisa.

Quanto a renda familiar, 50% dos pacientes vivem com uma renda de até 1 salário mínimo, 8,3% fazem parte dos que não possuem renda, e o percentual de 37,5% corresponde a ausência dessa informação no prontuário. Diante do exposto, pode-se identificar a cor parda como a mais prevalente entre pacientes, sendo a maioria destes casados, aposentados, com baixo nível de escolaridade e baixa renda.

As ações de prevenção realizadas por meio da política de controle do tabagismo, devem atingir toda a população, principalmente aquelas com baixo nível de escolaridade e com piores condições socioeconômicas, pois são as que apresentam as taxas mais altas de tabagismo<sup>(11)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maior incidência do câncer de laringe em homens foi evidenciada neste trabalho. Esta situação pode ser influenciada por fatores, como: hábitos de vida, antecedentes familiares, dentre outros. No entanto, sua prevalência pode estar relacionada a negligência do mesmo com sua saúde, por ignorar os sintomas iniciais e assim não procurar a Atenção Básica de Saúde, como fazem as mulheres.

Dessa modo, os profissionais de saúde podem atuar contribuindo não só no tratamento da doença e controle de agravos,

mas também na promoção de mudanças comportamentais em relação aos hábitos de vida e de saúde desses pacientes com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida e de certa forma influenciar de maneira positiva nos hábitos de seus familiares para a prevenção de doenças.

Conclui-se que a pesquisa contribui de forma significativa para reafirmar dados já presentes na literatura e para conhecer um pouco mais acerca do perfil de pacientes com câncer de laringe, especificamente, no contexto biossociocultural. Além disso, gera subsídios para que o enfermeiro, bem como os demais profissionais da saúde promovam estratégias de cuidados eficazes para o tratamento do cliente, e proporcionar uma atenção integral e individualizada, que respeite suas limitações e explore seu potencial em qualquer aspecto para que o mesmo possa ser protagonista ou ao menos participante do seu autocuidado.

## REFERÊNCIAS

1. Alvarenga LM. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. São Paulo 2008; 74(1).
2. Hortense FTP. O significado do tabagismo no contexto do câncer de laringe. *Revista Brasileira de Enfermagem – REBEN*. Brasília, 2008.
3. Leme CVD. Análise dos genes Gstm1 e Gstt1 em pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço. *Revista da Associação Médica Brasileira*. São José do Rio Preto, SP: 2010.
4. Scala WAR. Tumor de células granulares da laringe na infância: relato de caso. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 2008.
5. Amar A. et al. Diagnostic and therapeutic delay in patients with larynx cancer at a reference public hospital. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. São Paulo, 2010.
6. INCA. Instituto Nacional de Câncer. ABC do câncer: Abordagens Básicas para o Controle do Câncer. 2 ed. Págs. 17 e 18, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: ([http://bvsms.saude.gov.br/bvs/controle\\_cancer](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/controle_cancer)).
7. Filho VW. The epidemiology of laryngeal cancer in Brazil. *São Paulo Medical Journal*, 2004.
8. Grün TB. Stress e Habilidades Sociais em Pacientes com Câncer de Laringe. Campinas: 2008.
9. Goiato MC, Fernandes AUR. Risk factors of laryngeal cancer in patients attended in the oral oncology center of Araçatuba. *Brazilian Journal of Oral Sciences*, 4(13), São Paulo: 2005.
10. Achette D. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com câncer de Laringe no pós-operatório tardio. 3 ed. Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia, 2009.
11. Filho VW. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. São Paulo, 2010.
12. Pernambuco LA, Vilela MBR. Estudo da mortalidade por câncer de laringe no estado de Pernambuco - 2000-2004. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. São Paulo, 2009; 75(2).
13. Freitas AAS. Saúde do homem, masculinidades e a relação com câncer de laringe: implicações para a enfermagem. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*. Rio de Janeiro, 2013.
14. Padial MB. Perfil epidemiológico das neoplasias malignas da laringe em um laboratório de anatomia patológica de Criciúma - SC no período de 2006 a 2010. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. Santa Catarina, 2011; 40(4).

Recebido em: 03.04.2015

Aprovado em: 17.04.2015

# INVISIBILIDADE MASCULINA NA UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA

MALE INVISIBILITY IN THE USE OF PRIMARY CARE SERVICE

Artigo Original

Edilberto Correia do Carmo<sup>1</sup>

Bruna Bárbara Fernandes Moura<sup>2</sup>

Danielle Teixeira Queiroz<sup>2</sup>

Adriana Bezerra Brasil de Albuquerque<sup>3</sup>

Valéria Freire Gonçalves<sup>4</sup>

## RESUMO

Objetivou-se identificar a concepção do usuário masculino com o atendimento recebido na Atenção Básica à Saúde. Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em uma instituição privada de ensino superior no ano de 2012. A coleta dos dados se deu por meio de uma entrevista semiestruturada com 13 homens, mediante consentimento prévio. Os dados foram categorizados e discutidos à luz da literatura sobre a temática. Evidenciou-se que 54% dos homens só procuram atendimento de saúde quando doentes, dando preferência aos ambulatórios das urgências hospitalares e 46% afirmaram procurar a farmácia mais próxima de sua casa. Dentre as dificuldades, ressalta-se a falta de acesso aos serviços de saúde para população descrita. Portanto, faz-se necessário uma remodelagem no programa de saúde do homem em base local, melhorando sua captação. É fundamental a capacitação dos profissionais para abordagem masculina nos serviços de Atenção Básica.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Atenção Básica; Saúde do Homem.

## ABSTRACT

This study aimed to identify the male user design with the care received in primary health care. Descriptive study with qualitative approach, performed at a private institution of higher education in 2012. Data collection was through an interview semistructured with 13 men by prior consent. The data were categorized and discussed in light of literature on the subject. It was demonstrated that 54% of men only seek health care when sick, selecting the clinics at the hospital emergency room and 46% said they look for the nearest pharmacy of your home. Among the difficulties, the study highlights the lack of access to health services for the population described. Therefore, a remodeling in man's health program in local base

<sup>1</sup> Graduado em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

<sup>2</sup> Discente do Curso de Graduação de Enfermagem da UNIFOR. Membro do grupo de pesquisa em Saúde Coletiva da UNIFOR.

<sup>3</sup> Enfermeira Assistencial da UAPS PIO XII. Docente da UNIFOR. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UFC/UECE/UNIFOR.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

<sup>5</sup> Enfermeira. Discente da UNIFOR. Epidemiologista da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Doutora em Saúde Coletiva pela UFC.

it is necessary, improving their uptake. Professional training for male approach to primary health care is essential.

**Keywords:** Health Promotion; Primary Care; Human Health.

## INTRODUÇÃO

É relativamente recente o interesse da saúde coletiva por questões relacionadas à saúde do homem. Com o intuito de alcançar maior equidade de gênero, as pesquisas têm contribuído de forma sistemática para as mudanças no perfil de saúde dessa população. Dentro de uma perspectiva de masculinidade, os homens adotam comportamentos considerados pouco saudáveis. Este fato, se deve, muitas vezes, as características históricas a ele instituídas, o que pode produzir déficit de saúde nesta população<sup>(1)</sup>.

Dissemina-se a ideia de que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) oferecem serviços destinados quase que exclusivamente para mulheres, crianças e idosos. Assim, para a pouca presença masculina nestes serviços, muitas são as suposições e/ou justificativas. Por um lado, associa-se esta ausência a uma característica da identidade masculina, tais como a pouca sociabilidade, dificuldade de conversar sobre assuntos relacionados aos problemas relacionados a sua saúde, o que ocasiona, muitas vezes, uma deficiência no autocuidado. Por outro lado, afirma-se que os homens preferem utilizar serviços de saúde, como farmácias ou prontos-socorros, de forma emergencial, por oferecerem um atendimento rápido para o problema que surgiu repentinamente<sup>(2)</sup>.

Assim, quando procuram atendimento em uma UBS, próximo as suas residências, são encaminhados a outros centros, o que acarreta sentimentos de raiva, frustração e a crença em que estão perdendo tempo. O uso dos serviços de saúde por parte deles difere daquele procurado pelas mulheres, concentrando-se na assistência a patologias ora instaladas, acidentes ou lesões ou serviço odontológico<sup>(3)</sup>.

O interesse pela temática surgiu durante os estágios em UBS, por perceber que o homem pouco participa deste contexto, e ao observar a realidade vivenciada no ambiente de trabalho de um dos pesquisadores que é composto exclusivamente por homens que resistem em procurar os serviços de saúde. Além disso, a temática representa uma lacuna na produção científica quando se relaciona homem x promoção da saúde x rede básica de saúde.

Desse modo, pretende-se efetuar uma discussão sobre a percepção do homem em relação ao atendimento recebido nas Unidades Básicas de Saúde e fazer um paralelo da prática de promoção da saúde, para se entender as dificuldades ou motivos que os impedem de procurar os serviços. Com base nesta premissa, objetivou-se identificar a concepção do usuário masculino com o atendimento recebido na Atenção Básica à Saúde.

## METODOLOGIA

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Optou-se por esta abordagem, particularmente, por expressar melhor as

subjetividades dos sujeitos, e identificar a partir dos relatos, sua vivência e experiência com o fenômeno investigado<sup>(4)</sup>. As pesquisas qualitativas exploram os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais das experiências humanas<sup>(5)</sup>.

O estudo foi realizado em uma instituição privada de nível superior, localizada em Fortaleza, Ceará, Brasil. Foi escolhido o setor da Unidade de Segurança Patrimonial, pelo fato de a maioria dos empregados serem do sexo masculino. A quantidade dos sujeitos que participaram foi obtida por saturação das informações, que de acordo com estudo<sup>(6)</sup>, suspende a inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.

Realizou-se 13 entrevistas semi-estruturadas durante o ano de 2012. Estas foram gravadas em profundidade com todos os homens pertencentes à equipe de segurança patrimonial da referida instituição. Esses foram selecionados intencionalmente, por compor um grupo pertencente a uma população vulnerável, que de acordo com o histórico institucional não procuram com tanta frequência o serviço de saúde, sendo, também, considerados critérios para inclusão aqueles que tenham procurado assistência em UBS nos seis meses anteriores à pesquisa.

Os entrevistados se dispuseram a participar da pesquisa de forma voluntária e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a coleta das informações foi utilizado um roteiro semiestruturado contendo quatro questões norteadoras: 1) Alguma vez você precisou procurar o posto de saúde? Comente sua experiência? 2) Tem algum motivo que o impede de procurar esse tipo de assistência? Fale sobre sua experiência? 3) O que você entende sobre promoção da saúde? 4) Você tem algum conhecimento sobre programa de saúde do homem nessa cidade, comente? As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos sujeitos investigados com duração média de 40 minutos.

Na realização do estudo, foram seguidos os princípios bio-éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, referente à pesquisa envolvendo seres humanos e mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza sob o número 138/11. Para garantir o anonimato e a confidencialidade da pesquisa, os entrevistados foram identificados no texto com as denominações H1 a H11.

A análise dos depoimentos foi iniciada com a construção das informações sociocultural e econômica dos participantes do estudo. Posteriormente transcritos na íntegra para leitura atenta iniciou-se a primeira etapa do processo embasado na análise temática<sup>(7)</sup>: Pré-análise – consiste na organização, no intuito de conduzir a um esquema preciso de exploração sistemática dos documentos; Exploração do material – consiste essencialmente em operações de codificação e decomposição dos achados e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação – os resultados brutos são tratados de maneira a ser significativos e válidos, permitindo estabelecer resultados condensados e assim dispor

de dados significativos e fiéis capazes de serem concluídos e interpretados.

Após elaboração dos temas, os significados foram discutidos usando a interlocução da experiência masculina com o referencial teórico sobre masculinidade, promoção da saúde e acessibilidade aos serviços de saúde.

Em seguida a análise das treze entrevistas, foram construídas quatro temáticas, são elas: *Carência de recursos humanos, Acessibilidade e barreiras institucionais, Motivos para não procura dos serviços de atenção básica e desconhecimento sobre promoção da saúde.*

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização dos sujeitos

O grupo dos sujeitos entrevistados foi composto por treze homens, com idade variando entre 26 a 54 anos, dos quais doze (12) são casados. O grau de escolaridade mais prevalente foi ensino médio completo. O grupo total dos homens possui o curso profissionalizante de vigilante patrimonial.

Em relação ao tipo de atendimento procurado pelos entrevistados quando estão doentes, ficou evidenciado que a maioria, 54% (7) dos homens procura atendimento médico, dando preferência aos ambulatórios das urgências hospitalares, e o restante, 46% (6), afirmou se automedicar ou procurar a farmácia mais próxima de casa.

Na seção a seguir serão reveladas as temáticas e sua interlocução com os conceitos chaves da pesquisa.

### Carências de recursos humanos

Ao questionar sobre as experiências durante a procura às UBS, pôde-se perceber por meio dos depoimentos que não houve atendimento por falta de médico.

*“...Tem posto de saúde que não presta por falta de médicos e outras coisas como mal atendimento”. H4*

*“muitas vezes não tem médico e o tempo de espera é muito grande”. H6*

*“A pior possível, nem médico tinha”. H11*

Estudo, realizado em dois municípios brasileiros aponta uma proporção de médicos por habitantes bem mais reduzida na Atenção Primária à Saúde(8). No Brasil, há poucos estudos que avaliam isoladamente o componente recurso humano dificultado assim a comparação com esses achados.

É sabido que quando um homem procura assistência, ele quer receber atenção imediata e de forma resolutiva, uma vez que precisa romper com uma das suas concepções de masculinidade, que retrata o homem como ser inatingível em termos de doença. Percebe-se o fato de que este procura o cuidado imediato, o que justifica o desapeço pela prevenção.

### Acessibilidade e barreiras institucionais

Nessa categoria evidenciou-se que a dificuldade de acesso da população masculina ao serviço de atenção básica é dificultado pelas poucas de vagas às consultas médicas, ou limitado devido a estas vagas, muitas vezes, serem destinadas a conhecidos ou parentes de funcionários do serviço. Outra dificuldade relatada faz referência ao horário de funcionamento do serviço, que por conseguinte, choca com seu horário de trabalho. Essa percepção foi destacada como entraves na busca pelo atendimento de saúde por parte dos homens. Os relatos a seguir evidenciam tais afirmações:

*“[...] atendimento ruim, na marcação das consultas médicas só funciona na amizade”. H1*

*“[...] muito demorado, desorganizado, falta de qualificação. Mal atendimento.” H4*

*“Horário ruim de funcionamento do posto.” H13*

*“Muita burocracia, as dificuldade de acesso a qualquer unidade perto de casa”. H9*

Para eles o principal motivo da não adesão ao serviço de saúde é que o horário de funcionamento dos serviços não atende as suas demandas, por coincidir com a carga horária de trabalho<sup>(1)</sup>. Não se pode negar que a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social, o que reforça o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família.

A compreensão das barreiras socioculturais e institucionais é importante para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção<sup>(9)</sup>.

### Motivos para não procura dos serviços de atenção básica

Percebe-se pelos depoimentos que a principal barreira para a não procura do atendimento foi à desumanização, o mau atendimento, a falsa impressão de o serviço ser voltado exclusivamente para as mulheres, crianças e idosos, além da carência de insumos. É notório a carência de recursos humanos nos serviços de saúde, sobretudo na Estratégia de Saúde da Família (ESF). O profissional médico continua sendo um dos recursos humanos mais escassos na atenção básica.

*“[...] o mau atendimento dos funcionários do posto de saúde”. H1*

*“O péssimo atendimento” H2*

*“O mau atendimento, o tempo de espera”. H4*

*“Atendimento péssimo nunca tem medicamentos..” H11*

*“Atendimento de péssima qualidade” H5*

*“Falta de médico” H13*

*“Atendimento voltado para as mulheres” H8*

*“Atendimento voltado para as mulheres, sem espaço para os homens”. H6*

A humanização aqui relatada demonstra a indiferença e o distanciamento do serviço de saúde com a comunidade, implicando em atendimento de baixa qualidade, desvalorizando a escuta no ato assistencial, e o sujeito na sua essência. De acordo com alguns autores a humanização admite o reconhecimento da realidade interna, a sensibilidade ao sofrimento do outro, tendo compaixão, empatia e tolerância com a fragilidade humana<sup>(10)</sup>.

Quanto ao aspecto do serviço ser estruturado para o atendimento feminino, estudos têm chamado atenção pela forte evidência das formas de prevenção à saúde da mulher, produzido pelo Ministério da Saúde<sup>(11)</sup>. Essa atuação, inocentemente dificulta o acesso masculino aos serviços.

### Desconhecimento sobre promoção da saúde

Esta categoria de análise demonstrou o desconhecimento, por parte dos sujeitos entrevistados, em relação ao termo promoção da saúde, e como consequência as ações que podem ser realizadas para o alcance desta.

*“Não, mas acho que e algum tipo de programa de governo para melhorar a saúde em postos comunitários” H1*

*“Não. Mais creio que seja algo sobre o trabalhador da área da saúde e promovido” H4*

*“Não”. H5*

*“Não”. H6*

*“Não tenho conhecimento da promoção” H10*

A deficiência de conhecimento, da maioria dos homens, sobre as atividades desempenhadas em uma UBS, é o ponto mais sustentável da precariedade da promoção, que desencadeia um acesso insatisfatório e, conseqüentemente, uma precariedade das ações de promoção da saúde do homem<sup>(12)</sup>.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é um marco, porque reconhece que os homens adentram o sis-

tema de saúde por meio da atenção especializada e tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. É necessário fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis<sup>(9,10)</sup>.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo nos faz refletir sobre o atendimento realizado nas UBS, mostrando como a população masculina é excluída. Percebe-se que falta espaço, horário e agenda para o atendimento do homem de forma humanizada. Os profissionais de saúde não conseguem dar respostas para imensa demanda, e por vários motivos acabam comprometendo a saúde dos usuários masculinos.

A insatisfação com o atendimento e as barreiras encontradas para o não acesso ao serviço foram muitas, tais como: carência de recursos humanos, principalmente do profissional médico, falta de acesso às consultas, exames e medicamento, horário de funcionamento competindo com horário de trabalho e falta de humanização dos profissionais da recepção. Observa-se que as causas não diferem da apontada pela literatura, porém a realidade permanece inalterada.

O estudo permitiu também observar o desconhecimento sobre promoção da saúde, por parte dos homens, levando a ideia de inacessibilidade de informação e ou orientação sobre o assunto. Essa falta de acesso pode ser compreendida pelas barreiras culturais e sociais existentes na sociedade.

Diante de tantas lacunas, há uma necessidade urgente e crescente de se reformular os serviços de saúde para melhor atender essa clientela, deixando esse espaço mais humanizado para melhor acolhê-lo.

### REFERÊNCIAS

1. Gomes R, Nascimento EF, Araujo FC. 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*. 2007; 23(3): 564-75.
2. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2005; 10(1): 105-109.
3. Couto MT, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2010; 14(33): 257-70.
4. Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29.ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
5. Dyniewicz AM. *Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes*. São Caetano do Sul: Difusão Editora; 2009.
6. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(1): 17-27.
7. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2009.
8. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2010; 10(1): 569-81.
9. Ministério da Saúde (Brasil). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes)*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 94 p.
10. Puccini PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(5): 1-16.
11. Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Rev. Saúde Coletiva*. 2009; 19(3): 659-78.
12. Alves EL, Sousa HL. Promoção da saúde masculina na atenção básica. *Rev. UEMA*. 2009; 17(2): 32-41.

Recebido em: 03.04.2015

Aprovado em: 17.04.2015



# EXPERIÊNCIA DO FAMILIAR COM O CUIDADO DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

FAMILY EXPERIENCE WITH PEOPLE CARE IN PSYCHIC SUFFERING

Artigo Original

Francisca Aldeniza Pereira Gadelha<sup>1</sup>  
Leandra Velyne Cardozo Martins<sup>1</sup>  
Pâmela Campelo Paiva<sup>2</sup>  
Bruna Caroline Rodrigues Tamboril<sup>3</sup>  
Thalita Soares Rimes<sup>4</sup>  
Fátima Luna Pinheiro Landim<sup>5</sup>

## RESUMO

Objetivou-se compreender a experiência com a doença mental e os itinerários terapêuticos. Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado junto a sete familiares cuidadores de pessoa em sofrimento psíquico, em um Centro de Atenção Psicossocial, em Fortaleza-Ce. O processamento de dados utilizou a técnica da análise de conteúdo, resultando em cinco categorias. Evidenciamos que um evento psíquico pode se desenvolver a partir de várias vertentes, como também em qualquer fase da vida. A (re)inserção da pessoa com algum transtorno psíquico em redes de socialização continua sendo um sério problema para as famílias. Diante dos discursos observamos a falta de qualificação dos profissionais para atenderem em saúde mental. Conclui-se que adentrar no universo dos CAPS por meio do discurso dos familiares ajuda a conhecer suas dificuldades, necessidade e interesses; favorecendo com isso a pensar na melhor integração dos dispositivos da rede de assistência em saúde mental, tendo como porta de entrada a atenção básica.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Enfermagem em Saúde Pública; Família.

## ABSTRACT

This study aimed to understand the experience with mental illness and therapeutic itineraries. Descriptive study with a qualitative approach, conducted with seven family caregivers of people in mental suffering, in a Psychosocial Care Center in Fortaleza-Ce. Data processing used the technique of content analysis, resulting in five categories. We showed that a psychic event can develop from various aspects, as well as at any stage of life. The (re) integration of people with some mental disorders in socialization networks remains a serious problem for families. Before the speeches noted the lack of qualification of professionals to meet mental health. We conclude that enter the universe of CAPS by the families of speech helps to know their difficulties, needs and interests; favoring with that thinking about better integration of the service network facilities in mental health, and as a gateway to primary care.

**Keywords:** Mental Health; Public Health Nursing; Family.

## INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil constitui movimento na direção de superar o modelo hospitalocêntrico, ou seja, o ce-

<sup>1</sup> Enfermeira.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda em saúde coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Bolsista FUNCAP.

<sup>3</sup> Enfermeira. Bolsista de Apoio técnico - FUNCAP. E-mail: carolinebcrt@gmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista FUNCAP.

<sup>5</sup> Enfermeira. Estágio pós-doutoral em Saúde Coletiva. Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará.

nário histórico percebido como sendo de desassistência e de maus-tratos à pessoa em sofrimento psíquico, criando novos espaços políticos, jurídicos e de intervenção/assistência no campo da saúde mental<sup>(1)</sup>.

Os principais desafios da Reforma Psiquiátrica, entretanto, evidenciam-se em números: somam 3% de toda a população mundial os que necessitam de cuidados contínuos em saúde mental devido a transtornos severos e persistentes, acrescentem-se mais 10-12% que precisam de cuidados em saúde mental na forma de consulta médica-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem<sup>(1)</sup>. Tende a se esperar agravamento desse quadro na medida em que a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem registrando em todo o globo aumentos gradativos das doenças crônicas, considerando-se incluídos nesse rótulo os transtornos mentais<sup>(2)</sup>.

A saúde, a doença e o tratamento são representações que facilmente se modificam pela influência direta com as crenças, percepções, religiosidade, hábitos tradicionais e relações de poder. Assim é sabido que a população circula entre os saberes empíricos (populares) e científicos (profissionais de saúde), construindo itinerários particulares de cuidado com a saúde<sup>(3)</sup>.

Dessa forma, a esse movimento, que se determinou conhecer como “itinerários terapêuticos”, seguem-se sequenciados acontecimentos e tomadas de decisões muitas vezes difíceis do ponto de vista prático, como também subjetivo – isso porque envolve aspectos culturais de cada indivíduo, além das condições socioeconômicas e de dificuldades de acesso aos serviços formais de assistência<sup>(4)</sup>.

Ainda, as escolhas feitas pela pessoa na perspectiva de manter-se saudável ou de curar o corpo enfermo são baseadas em uma avaliação de custo-benefício, ou seja, a opção pelo “tratamento” (e por retornar ou permanecer/aderir) leva também em conta, dentro da pluralidade de ofertas, o dispêndio de recursos e de forças versos o alívio trazido pela escolha feita (a resolutividade)<sup>(5)</sup>. Na seleção aparentemente pessoal do itinerário terapêutico a ser seguido parece ser determinante, portanto, as estruturas socioeconômicas desse sujeito.

Tanto no passado quanto na nova organização do atendimento à pessoa em sofrimento psicológico se faz necessário o apoio familiar no sentido de conduzir/acompanhar o cidadão em seus itinerários, principalmente nos momentos de crise. Alguns artigos sinalizam que houve um aumento das dificuldades para as famílias decorrentes de um processo acentuado da desinstitucionalização<sup>(6)</sup>.

Concorda-se, portanto, que o ideal de modelo de atenção em saúde mental vem, em grande escala, sendo abordado a partir do ponto de vistas dos profissionais, não se preocupando com os questionamentos e as insatisfações de usuários e, muito menos, de seus familiares cuidadores. Decorreu daí a escolha por trabalhar a Experiência com a doença e itinerários terapêuticos na percepção de familiares de pessoas em sofri-

mento psíquico, considerando o escopo definido por contextos pessoais, familiar, cultural, econômico e sociais; e embutindo uma análise das facilidades, dificuldades e limitações de acesso à rede de dispositivos formais de assistência.

Ainda, produzir material de estudo respaldado no discurso de familiares de pessoas em sofrimento psíquico pode permitir compreender como esses atores percebem e influenciam na nova organização social que tem como ponto central o atendimento realizado.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter descritivo-exploratório. O estudo qualitativo visa à construção da realidade, mas que se preocupa com as ciências sociais em um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de crenças, valores, significados e outros construtos profundos das relações que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis<sup>(7)</sup>.

O estudo foi realizado nos CAPS da regional VI, junto a sete familiares de pessoas em sofrimento psíquico. Como critérios de inclusão, portanto, adotou-se a idade igual ou superior a 18 anos e que realmente quisesse participar. Através de entrevistas semiestruturadas o mês de março de 2014, em única etapa.

Após a coleta de dados, as informações foram analisadas conforme a proposta operativa de Bardin<sup>(8)</sup>, na qual utilizamos a análise temática. Os dados foram agrupados, categorizados e sequencialmente discutidos a partir da compreensão sobre esses resultados.

O Componente ético esteve presente em todas as fases da pesquisa como preconiza o Ministério da Saúde através da Resolução 466/2012, sob parecer Nº 573.555. Mantendo sempre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras a qual rege a pesquisa envolvendo seres humanos e que requer observância dos quatro princípios básicos da bioética que são: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, assegurando os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado<sup>(9)</sup>.

Foram seguidos os princípios éticos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, aprovado com o protocolo nº 151775.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1 Episódio desencadeador do fenômeno psíquico

A categoria episódio desencadeador da doença foi composta por informações advindas de cuidadores familiares de pessoa cuja crise tem explicação em algum evento traumático.

A forma de (re)agir é diferente de pessoa para pessoa, guardando também relação com o meio cultura e os contextos em que o sujeito se encontra inserido. Toda pessoa em algum

momento da sua vida tem problemas, podendo estes estarem ligados a fatos vividos anteriormente, tornando-as assim mais desprotegidas. Nestes termos, ante a condição de estresse ou de agressão, uma pessoa pode reagir bem ou não; voltando à normalidade ou permanecendo em choque. Fala-se aqui da capacidade de resiliência, fenômeno psicológico que se dá pela a capacidade de sair fortalecido de uma prova que poderia ter sido traumática, com uma força renovada<sup>(10)</sup>.

Por outro lado, determinados episódios críticos tem o poder de afetar psicologicamente as pessoas de modo irreversível. Nesse caso, existe um ingrediente patológico, a predisposição. De acordo com alguns autores<sup>(11)</sup> os eventos estressores da vida podem desempenhar um papel etiológico sobre o surgimento de sintomas de depressão ou ansiedade; fenômeno estreitamente relacionado com uma predisposição genética para lidar de forma inadequada com esses eventos. Os autores<sup>(11)</sup> falam ainda de uma vulnerabilidade aumentada resultante de efeitos ambientais de doença mental parental.

Diante do exposto, ao abordar o caso informado por Maria pode-se acreditar que o episódio envolvendo seu pai, serviu para desencadear um fenômeno mórbido em relação ao qual ele possuía predisposição.

Muito embora Maria fale do ponto de vista vivido/experimentado, ou seja, sem que se assente em referenciais psicológicos de explicação, a relação que faz entre o acontecido e a resposta traumática advinda do pai denota muita lucidez, merecendo destaque – inclusive pela necessidade de intervenção profissional subsidiada.

*O que ele fala é que foi para o hospital de Messejana porque passou mal, porque parece que bateu (sua bicicleta) em um carro. Não sei o que foi, o que o homem disse para ele: se ameaçou ele (MARIA).*

A pessoa quando se envolve em um acidente de trânsito, numa situação de assalto ou de sequestro, pode perder o controle físico e psicológico da situação, tendo a oportunidade de adentrar em níveis elevados de ansiedade, que alteram os padrões normais da bioquímica, permitindo com isso alteração na cognição, afeto e comportamentos<sup>(12)</sup>.

Também, a depender do evento traumático sofrido pela pessoa, ela poderá desenvolver o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). O TEPT é uma psicopatologia que se manifesta através de uma resposta a um estressor traumático, real ou imaginário, com importância emocional significativa, desencadeando eventos psicológicos e neurobiológicos significativos<sup>(12)</sup>.

Já no depoimento de Mateus, ele relaciona a doença mental desenvolvida por sua esposa a uma briga conjugal que levou o casal a separar-se. Esse período de afastamento que tiveram, Mateus o admite como um episódio de estresse desencadeador da clínica psíquica. Assim informou em seu depoimento: *Foi mais ou menos em 2001. Na época que a gente se separou (Mateus).*

Situações conflituosas e imprevisíveis podem acontecer, e estas têm a ver com os desgastes diários. Dessa forma, desarrajos, agressões verbais e físicas, são indicadores que podem causar o desequilíbrio no paciente<sup>(13)</sup>. Mateus segue o seu depoimento expondo esse tipo de situação:

*Eu e ela vivíamos brigando, ela era muito ciumenta e eu não aguentava, não tinha paciência com as crises de ciúme. A gente começou a se agredir assim de murro mesmo, por mais que eu a amasse não tinha como ficar junto. Depois eu sai de casa e resolvemos nos separar, ela ficou muito triste, chorava demais. A mãe dela me ligava desesperada, mas não tinha como voltar, eu já tava tendo outra vida – até com outra mulher eu já estava. Eu trabalho com confecção sabe! É uma vida muito sacrificada pra viver com problema em casa também (Mateus).*

A repercussão de um evento traumático é acionada a partir dos efeitos funcionais nas cognições, comportamentos e reações fisiológicas. Dependendo da proporção do evento traumático, os mecanismos compensatórios são capazes de superar ou esgotar o trauma, ou ainda serem incapazes de restaurarem a homeostase, evidenciando uma patologia, conforme foi visto no caso acima<sup>(14)</sup>.

Dentro da mesma categoria, percebeu-se que o sofrimento psíquico de caráter genético pode ser desencadeado desde o nascimento ou no decorrer da menor infância – tratando-se de situação bastante delicada, em virtude das expectativas em relação à criança que está sendo gerada ou acompanhada em seu crescimento e desenvolvimento “normais”<sup>(15)</sup>. De acordo com as entrevistadas, a manifestação da doença foi, por muitas vezes, notada por elas nos primeiros dias de vida da criança ou ainda durante a infância. As mães percebiam suas crianças com “comportamentos” diferentes das outras, ou seja, fora do padrão de normalidade esperado para as respectivas faixas etárias. É o que se pode constatar por meio dos depoimentos expostos a seguir:

*A doença se manifestou quando ele era pequeno; já nasceu doente, ele sempre foi meio esquisito, diferente dos outros, mas ninguém sabe por que (Ester).*

*Desde que nasceu... Quando ela chegou aos meus braços eu já vi que era diferente das outras crianças que nasceram lá (Sara).*

*Desde criança ela já tinha um comportamento diferente (Priscila).*

Pesquisadores<sup>(16)</sup> acreditam não ser fácil conviver com a realidade de ter um filho “diferente”. O processo requerido é o de adaptação; em que a família para acostumar-se passa por fases muito delimitadas, além do que cada uma delas apresenta reações diferentes para compreender e aceitar esse filho.

Esse mesmo autor<sup>(16)</sup> infere, como primeira fase do processo de aceitação, a condição de “choque”; Quando a família ou o cuidador principal, no caso a mãe, procura “culpados” para o ocorrido com seu filho. É o caso de Sara:

*Eu entendo que faltou ou aumentou algo. Não sei se é porque o pai dela bebia muito e eu sentia muito depressão, muita tristeza. Mas, graças a Deus, ela é um presente que Deus me deu! Eu amo ela! Foi a rosa que o Papai do céu me deu (Sara).*

Como segunda fase, tem-se a “negação”. As pessoas tendem a alimentar crenças de que o diagnóstico médico está equivocado. Vem ao encontro dessa perspectiva o depoimento dado por Pedro: *“Pra mim é só um laudo médico! Pra mim, não é doença! Pra mim ela é normal, não tem doença.” (Pedro).*

Ainda existe uma terceira fase, a colérica, na qual se vivencia um estado de luto. A quarta fase é um estágio entre aceitação e rejeição do filho “deficiente”. Finalmente, na quinta fase criam-se expectativas frente ao futuro da pessoa em sofrimento psíquico.

Além do trauma emocional, o trauma físico/mecânico também poderá desencadear consequências psíquicas que se prolongam por toda a vida. O trauma desencadeia no organismo uma categoria de respostas que podem compensar o desequilíbrio, na tentativa de reaver o desgaste energético<sup>(14)</sup>.

Nessa direção, tem-se o caso em que uma criança foi vítima de trauma cranioencefálico (TCE), sendo que o depoimento da mãe associa o evento às consequências psíquicas manifestadas pelo filho após o acidente. Rebeca responde assim à pergunta “quando a doença se manifestou” em seu filho:

*Desde criança! Ele sofreu um acidente quando tinha 4 anos, teve trauma na cabeça e foi feita duas cirurgias. Ele já cresceu assim (Rebeca).*

Dessa forma, as incapacidades causadas pelo TCE podem ser físicas, cognitivas e emocionais/comportamentais<sup>(17)</sup>. Porém, outros quadros patológicos podem agravar a situação após a lesão cerebral: dor, distúrbio de sono, alcoolismo e abuso de substâncias, estressores relacionados à família e ao trabalho, desordem de stress pós-traumático, depressão e ansiedade<sup>(18,19)</sup>.

O TCE pode mesmo ter provocado no filho de Rebeca severas alterações com repercussão para vida toda. Dessa forma, autores<sup>(20)</sup> apontam que os TCE são frequentemente responsáveis por alterações anatômicas do crânio, assim como complicações funcionais de meninges, encéfalo e vasos do qual resulte em alterações cerebrais, momentâneas ou permanentes, de origem cognitiva ou funcional.

### 3.2 Ser cuidador de pessoa com sofrimento psíquico no dia a dia e na relação com outras pessoas

Com a reforma psiquiátrica, a ideia ultrapassada de que a pessoa tida como “louca” era tratada somente nos hospitais, não existe mais. Em virtude dessa mudança e da observação dos profissionais, a família tornou-se cada vez mais próxima do seu doente, influenciando de forma positiva no prognóstico da doença. A família mesmo sendo detentora de conflitos ela é única e possui surpreendente importância no que diz

respeito ao desenvolvimento social, do afeto e do bem-estar físico dos seus membros, principalmente durante a infância e a adolescência<sup>(21)</sup>.

A partir dessa relação de familiar/cuidador surgem demandas que acabam por sobrecarregar devido às mudanças que ocorrem na vida cotidiana dos envolvidos. A vantagem dessa relação é que ela é benéfica ao paciente, pois este desenvolve confiança e passa a se sentir seguro e amparado. Mateus em sua entrevista diz prestar cuidados a sua esposa a algum tempo, sendo ele o seu “porto seguro”. Isso é evidenciado na fala abaixo:

*Eu estou com ela, cuidando desde 2003. O médico disse que eu tinha que ficar com ela pra trazer ela pro nosso mundo, porque se não ela só ia... E não voltava mais. Cuido dela! A gente interage muito. Ela confia em mim. Nos trabalhamos juntos. E com os outros ela também se dá bem; só que não pode ficar sem a medicação, porque senão o estresse é muito grande (Mateus).*

Extraí-se da fala de Mateus que o vínculo família/cuidador é extremamente necessário no quesito evitar as crises de estresse da sua esposa. Dando ênfase ao que foi mencionado acima, alguns autores<sup>(22)</sup> relatam que a família é responsável por evitar, suportar e melhorar o problema de saúde, sendo atribuída a ela a função de promover conforto, proporcionar confiança e contribuir na recuperação da saúde do paciente.

Quando relacionamos familiar/cuidador a sentimentos, percebe-se que devido a uma série de incertezas estes vivenciam emoções que envolvem gratidão, carinho, raiva, tristeza, medo e rejeição. Esses sentimentos podem ser observados em algumas respostas de familiares que aparentam um enorme grau de sobrecarga:

*Eu acho muito ruim, não tenho tempo. E ele tem consciência de que tem que tomar todos os medicamentos sete da manhã e sete da noite. Mas é o seguinte: ele não tem melhora e agora que ele está sem remédio... Há uns dois meses, não tinha ninguém pra vir aqui, então larguei o trabalho para poder vir hoje (Maria).*

*[...] pra mim é trabalho demais (Ester).*

*Pra mim é difícil! É apavorante, ver seu filho com uma coisa que ninguém tem. Eu fiquei apavorada não conhecia a doença, não tinha a menor idéia (Rebeca).*

O convívio com o paciente que tem transtorno mental provoca um desgaste pela convivência, isto porque, os familiares/cuidadores sofrem de forma física e mental com os sintomas da doença e com a privação da sua própria vida na tentativa de prestar a melhor assistência ao seu doente. Assim, a família que possui uma pessoa com transtorno mental torna-se por completo abalada. Afirma ainda que o desgaste familiar ocorre de forma grave independentemente de a doença ser mental ou orgânica, basta que seja de curso demorado e com reações que os tornem incapazes de realizar atividades do dia-a-dia<sup>(23)</sup>.

O momento de crise das pessoas com transtorno mental acarreta problemas tanto para eles como para os familiares, pois como característica dessa doença geralmente existe a agressividade. Dessa forma, agressividade pode ser compreendida por reações físicas ou psíquicas contra si mesmo ou contra outras pessoas. Afirma ainda que a agressão psíquica possa proporcionar efeitos negativos a autoestima de quem recebe. Essas agressividades podem ser observadas em algumas respostas<sup>(24)</sup>:

*É cruel, ele tem 17 anos; ele sabe que é doente, ele entende que é doente. Hoje tem muita coisa ruim, vontade de queimar as coisas quer matar a gente, se cortar (Ester).*

*Ele tá ficando muito agressivo e não tem quem faça entrar em um carro para vir à consulta. Ele chora, como por exemplo, se ele for falar com você ele só fala desse negócio de carro e moto (Maria).*

É possível entender pelas falas acima que os momentos de crise dos pacientes com transtornos mentais realmente desestruturam o curso de vida dos familiares. Para isso, faz-se necessário que os envolvidos com o cuidado do paciente tenham entendimento e compreendam esses momentos de fragilidade<sup>(25)</sup>. Mas, sobretudo é requerida sensibilidade por parte dos profissionais de saúde para trabalhar planos terapêuticos voltados também para o cuidador familiar.

### 3.4 A ineficácia medicamentosa e a necessidade de profissionais com visão holística no atendimento à pessoa em sofrimento psíquico

Esta categoria demonstra as expectativas do paciente em relação à terapia medicamentosa, mostra que existe o lado positivo e o negativo com relação ao uso do remédio. Uma parte dos familiares respondem que é essencial a medicação, porém, a outra metade constata que existe uma ineficácia do medicamento<sup>(26)</sup>.

Rebeca informa que o remédio age de forma negativa, pois mesmo tomando de acordo com a prescrição não existe melhora, permanecendo seu familiar a se sentir mal.

*Que eles possam fazer uma análise do caso dele por que às vezes ele toma remédio, mas mesmo assim se sente mal (Rebeca).*

Já Maria diz que o medicamento não tem mais efeito, pois não há resultado.

*O que eu quero é que ele possa mudar os medicamentos, porque eu acho que esse medicamento não está mais dando para ele porque não está dando resultado; ele continua a mesma coisa (Maria)*

Assim como os medicamentos, os familiares são essenciais na vida da pessoa com transtorno psíquico. Porém não podemos deixar por menos a fundamental importância dos profissionais na promoção da saúde do paciente, como também na vida dos familiares. Os profissionais são indispensáveis nesse

acompanhamento, para manter o equilíbrio do paciente, assim como propostas de serviços adequados<sup>(27)</sup>.

Os próprios familiares/cuidadores se preocupam com a eficácia da terapia medicamentosa e principalmente com a presença dos profissionais não somente nos momentos de crise, assim como no próprio acolhimento do diário. Dessa forma diz os entrevistados:

*Eu quero que não falte medicamento e médico (Ester).*

*O que tinha pra ser feito já foi! É só não deixar de fazer o acompanhamento com o médico (Mateus).*

A aproximação dos familiares a pessoa com transtorno psíquico é uma das principais necessidades deste, pois está se mantendo presente durante todo processo de tratamento e fica responsável pela inserção dele na sociedade, mesmo com amplas dificuldades. Sabe-se que muitas mudanças nos serviços ocorreram, portanto para contribuir com essa inclusão social é necessário que se tenha um serviço de referência para dar um maior suporte aos pacientes não deixando-os desamparados e sem assistência<sup>(28)</sup>. Em resposta a necessidade de inclusão social o entrevistado diz:

*Espero que eles continuem dando esse acompanhamento e tente inovar só que agora foi que ela foi começar essa terapia, falta uma comunicação e uma interação com os pacientes e com o meio para tentar fazer uma inclusão (Pedro).*

Pedro relata sobre a necessidade da sua mãe estar melhor inserida nas atividades do serviço de saúde. Dessa forma, o paciente com transtorno mental necessita estar incluso na sociedade para se sentir verdadeiramente valorizado e com o seu lado emocional e afetivo supridos, não deixando de lado a sua participação no trabalho e no lazer<sup>(28)</sup>.

Cada pessoa nasce, cresce e se desenvolve de uma forma diferente. Ninguém é igual e isso é imprescindível para se entender que é necessário haver respeito entre as pessoas. Respeito a um indivíduo, significa reconhecer as suas habilidades e reações, dando-lhe aquisição de escolhas individuais para tomar suas próprias atitudes embasadas nos seus valores pessoais e culturais<sup>(29)</sup>.

Os familiares de pessoas com transtorno mentais preocupam-se com o bem-estar deles, isso devido as “barreiras” dos preconceitos. Priscila expõe dessa forma sua angústia:

*Porque existe um preconceito muito grande as pessoas já olham pra ela com um olhar de crítica como se ela fosse fazer algum mal e num entanto se ela recebe do governo tratamento ela pode ser uma pessoa normal ela vai poder trabalhar fazer faculdade, mas o pior mesmo é a sociedade (Priscila).*

Ainda hoje, as pessoas que possuem transtorno mental são excluídas da sociedade e recebem rótulos de “loucos”, sendo privados dos vínculos sociais<sup>(30)</sup>. Alguns autores<sup>(31)</sup> afirmam que muitas vezes os familiares limitam-se da vida social

devido ao preconceito existente entre as pessoas com relação ao paciente, pelas mudanças de relações familiares e pelo receio de vê-lo sofrendo pela exclusão e pelo preconceito.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Adentrar no universo dos CAPS por meio do discurso dos familiares fez entender que é preciso inserir a saúde mental num contexto mais amplo e com recursos que maximizem positivamente a qualidade de vida tanto da pessoa em sofrimento psíquico, como também daqueles que acompanham seu cotidiano, tendo em vista que o convívio com a pessoa em sofrimento psíquico ou com transtorno mental impõe aos seus familiares e/ou cuidadores um contexto de sofrimento e consequente ado-

ecimento, sendo necessário assim, maior atenção e apoio para esse público alvo.

A busca por soluções pautadas na perspectiva medicamentosa tiveram abordagens diferentes, sendo mantida como resolutiva para alguns e de pouca eficácia para outros, trazendo à tona a necessidade uma maior ênfase nos cuidados alternativos, para além da perspectiva farmacológica.

Fala-se, aqui, de uma rede assistencial que melhor integre dispositivos da saúde mental com a atenção básica, e comprometida, portanto, com as intervenções territoriais, podendo contribuir dessa forma com inserção social desses sujeitos, lhes oferecendo possibilidades de resgatar a confiança, autodeterminação e independência.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde.(BR). Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: relatório de gestão 2003-2006. Brasília, Ministério da Saúde; 2007.
2. Brasil. (OMS) - Organização Mundial Da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, DF, 2003.
3. Guerin GD, Rossoni E, Bueno D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(11): 3003-3010.
4. Cabral ALLV, Martinez-Hemáez A, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(11):4433-4442.
5. Marques ALM. Itinerários Terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso de álcool em um centro de atenção psicossocial. Dissertação. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010
6. Duarte RA. Tratando a família: reflexos e reflexões sobre família e saúde mental. Dissertação. Fundação Educacional de Divinópolis (FUNEDI), Universidade Estadual de Minas Gerais (UEMG) - Divinópolis, 2008.
7. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009.
9. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012 de 12 de dez. de 2012. [Acesso em: 20 out. 13] Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
10. Laranjeira CASJ. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: Revisão de literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2007; 23(3): 327-332.
11. Margis R, Picon P, Cosner FA, Silveira RO. "Relação entre estressores, estresse e ansiedade". *Revista Psiquiátrica*. 2003; 25(1): 65-74.
12. Knapp P, Caminha RM. Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático". *Rev. Bras. Psiquiat*. 2003; 25(1): 31-36.
13. Alonso SG. Falando sobre a reintegração psiquiátrica: a voz das pacientes. Dissertação - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
14. Perry BD, Pollard R. Homeostasis, stress, trauma and adaptation a neurodevelopment view of childhood trauma. *J Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 1998;7(1):33-51.
15. Souza LGA, Boemer MR. O ser-com o filho com deficiência mental: alguns desvelamentos. *Paidéia*. 2003; 13(26): 209-219.
16. Cerveny CM. O. (Org.). Família e... São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
17. Podell K, Gifford K, Bougakov D, Goldberg E. Neuropsychological assessment in traumatic brain injury. *Psychiatr.Clin. N. Am*. 2010; 33(4):855-876.
18. Flynn FG. Memory impairment after mild traumatic brain injury.Continuum: Lifelong Learn. *Neurol*. 2010;16(6):79-109.
19. Rassovsky Y. et al. Functional outcome in TBI: neuropsychological, emotional, and behavioral mediators. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2006; 28(4):567-580
20. Menon DK, Schwab K, Wright DW, Maas AI. Position statement: definition of traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Philadelphia. 2010; 91(11):1637-1640.
21. Pitta AMF. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.
22. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria clínica*. 9. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2007.
23. Cavalheri SC. Acolhimento e orientação à família: importância da família na saúde mental. [Acesso em: 20 set. 2014]. Disponível em: <<http://www.webartigos.com>>.
24. Sadock BJ, Sadock VA. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
25. Hamolia CC. Prevenção e manejo do comportamento agressivo. In: Stuart GW, Laraia MT. *Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas*. Tradução Dayse Batista. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 654-675.
26. Monteschi M, Vedana KGG, Miaso AI. Terapêutica medicamentosa: Conhecimento e dificuldades de Familiares de pessoas idosas com Transtorno afetivo bipolar. *Texto Contexto - Enferm*. 2010; 19(4).
27. Waidman M.A.P, Rocha AF, Páschoa ARZ, Radovanovic CAT. Vivenciando problemas de saúde em família: a implementação de uma proposta teórica metodológica de cuidado. *Online Braz J Nurs*. 2007; 6:1-10. [Acesso em: 5 maio 2014]. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/rt/printerFriendly/648/151>>.
28. Silva FM. O significado do processo de desospitalização dos indivíduos com transtorno mental na visão das famílias. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 56., 2005, Gramado. *Anais eletrônicos*. Gramado: ABEn, 2005. [Acesso em: 13 mar. 2014]. Disponível em: <http://www.bstorm.com.br/enfermagem/index-p2.php?cod=76762&popup=1>.
29. Cohen C, Marcolino JAM. Relação médico-paciente. In: Segre M, Cohen C. *Bioética*. São Paulo: Edusp, 1995.
30. Maciel SC, Maciel CMC, Barros DR, Nora Sá RC, Camino LF. Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. *Psico-USF*. 2008;13(1):115-124.
31. Almeida ACMCH, Felipe L, Dal Pozzo VC. O impacto causado pela doença mental na família. [periódico na Internet]. 2011 Dez [Acesso em 12 marco 2014]; (6): 40-47. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602011000200007&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602011000200007&lng=pt). Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2011.P, n. 6, , dez.

Recebido em: 03.04.2015

Approved em: 17.04.2015

# TENTATIVA DE SUICÍDIO E A PRÁTICA DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

SUICIDE ATTEMPT AND THE PRACTICE OF NURSING: AN INTEGRATIVE REVIEW

Artigo de Revisão

Eliany Nazaré Oliveira<sup>1</sup>  
Paulo Sérgio Ferreira Lima<sup>2</sup>  
Camila Bezerra de Lima Mendonça<sup>2</sup>  
Tamires Alexandre Felix<sup>3</sup>  
Suzana Mara Cordeiro Eloia<sup>4</sup>  
Maria Michele Bispo Cavalcante<sup>5</sup>  
Roberta Magda Martins Moreira<sup>6</sup>

## RESUMO

Objetivou-se identificar as evidências científicas na literatura acerca do perfil de pessoas que tentaram suicídio e associar os resultados à assistência de enfermagem. Optou-se pelo método de revisão integrativa tendo como suporte as bases de dados SCIELO, LILACS e BDEF. Foram identificados 26 artigos que atenderam aos critérios de inclusão. A revisão proporcionou a evidência de cinco dimensões: perfil; epidemiológico das pessoas que tentam ou cometem suicídio; fatores de risco para a tentativa de suicídio; meios utilizados nas tentativas de suicídio; dinâmica familiar no contexto da tentativa de suicídio e assistência de enfermagem no contexto familiar da tentativa de suicídio. Observaram-se poucas publicações que abordem a assistência em saúde e o cuidado familiar no contexto que envolve o suicídio ou sua tentativa.

Palavras-chave: Suicídio; Saúde Mental; Enfermagem.

## ABSTRACT

This study aimed to identify scientific evidence in the literature on the profile of people who attempted suicide and associate the results to nursing assistance. An integrative review method was chosen by using SCIELO, LILACS and BDEF databases. Twenty-six articles that met the inclusion criteria were identified. The review provided evidence in five dimensions: profile; epidemiology of people who attempted or committed suicide; risk factors for suicide attempt; means used in suicide attempts; family dynamics in the context of suicide attempt and nursing assistance in family context of suicide attempt. Few publications, which address health assistance and family care in the context that involves suicide or suicide attempts, were observed.

Keywords: Suicide; Mental Health; Nursing.

<sup>1</sup> Enfermeira. Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: elianyy@hotmail.com.

<sup>2</sup> Discente de Enfermagem da UVA. Bolsista de pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Sobral-Ceará.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família pela UFC. Preceptora do PET Saúde Redes de Atenção, Sobral, Ceará, Brasil.

<sup>4</sup> Discente de Enfermagem da UVA. Bolsista da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela UFC. Preceptora do PET Saúde Redes de Atenção em Sobral-Ceará.

<sup>6</sup> Discente de Enfermagem da UVA. Bolsista da FUNCAP.

## INTRODUÇÃO

O suicídio é um ato de violência auto-infligido que está, na maioria dos países, entre as dez principais causas de morte e entre as duas ou três mais frequentes em adolescentes e adultos jovens, constituindo-se num problema de saúde pública. O Brasil encontra-se no grupo de países com baixa taxa de suicídio, mas como é um país populoso, atinge o nono lugar em números absolutos<sup>(1)</sup>.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), suicídio constitui-se em um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal<sup>(2)</sup>. Verifica-se assim que se convencionou chamar de suicídio apenas as mortes em que a pessoa, voluntária e conscientemente, executou um ato ou adotou um comportamento, que acreditava levá-la à morte<sup>(3)</sup>. Estima-se que em 2020 aproximadamente 1,53 milhão de pessoas no mundo morrerão por suicídio e um número de 10 a 20 vezes maior de pessoas tentará suicídio<sup>(4)</sup>.

Estudo revela que 24 pessoas morrem diariamente por suicídio no Brasil, sendo que essa informação acaba por não ser divulgada. Assim, o impacto do suicídio é obscurecido pelos homicídios e pelos acidentes de trânsito, que excedem em seis e quatro vezes, em média e respectivamente, o número de suicídios<sup>(5)</sup>. No período de 2000 a 2008 foram registrados 73.261 óbitos por suicídios no Brasil, onde 57.937 eram homens e 15.324 eram mulheres, o que significa 22 mortes por dia<sup>(5,6)</sup>.

Além do crescente aumento das mortes por suicídio, as tentativas de suicídio são prevalentes. Estima-se que estas sejam cerca de 20 vezes mais frequentes na população geral<sup>(7,8)</sup>. Resultados do *National Comorbidity Survey* (NCS) indicam que cerca de 5% da população geral norte-americana tentou o suicídio em algum momento da vida. De modo similar, tentativas de suicídio estão associadas a significativas morbidades e constituem um preditor maior de suicídio posterior<sup>(9,10)</sup>.

Bahls e Botega<sup>(11)</sup> definem as tentativas de suicídio e o comportamento suicida como atos intencionais de autoagressão que não resultam em morte, podendo envolver atos mais graves, para os quais são necessárias hospitalizações. Algumas autoagressões podem, ainda, não necessitar de atendimento médico, o que dificulta a realização de estudos acerca das tentativas de suicídio.

Para a WHO<sup>(12)</sup>, na população jovem de 15 a 44 anos, as lesões ou traumas decorrentes das tentativas de suicídio são a sexta maior causa de problemas de saúde e incapacitação física. Esses dados colocam as tentativas de suicídio como um grave problema de Saúde Pública mundial que vem atingindo cada vez mais jovens e gerando sérios danos à saúde, incluindo os psicológicos e socioeconômicos.

Nessa perspectiva a taxa mundial de tentativas de suicídio é de 16 casos para cada 100 mil habitantes, variando de acordo com sexo e idade. No Brasil, essa taxa gira em torno de nove casos para 100mil habitantes<sup>(13)</sup>. No período de 1997 a 2005

foram registrados, no banco de dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), 137.189 casos de tentativas de suicídio por intoxicação voluntária, sendo os medicamentos o agente mais frequente (57,32%)<sup>(14)</sup>.

As taxas de mortalidade por suicídio no Ceará registraram ascensão significativa no período de 2000 a 2004. As mortes por suicídio representaram 9,4% dos óbitos registrados em 2004. No grupo de 15 a 29 anos, a taxa de mortalidade passou de 5,1/100.000 habitantes para 7,6/100.000 habitantes. Na faixa etária entre 30 e 59 anos, cresceu de 6,0/100.000 habitantes em 1998, para 9,7/100.000 habitantes em 2004. Entre as pessoas de 60 anos e acima desta idade, a mortalidade foi de 6,6/100.000 habitantes no primeiro ano estudado e de 7,3/100.000 habitantes em 2004, havendo concentração desses eventos no sexo masculino<sup>(15)</sup>.

No município de Independência no Ceará, entre 2000 e 2004, a taxa de mortalidade por suicídio sofreu variações que oscilaram de 11,7/100.000 habitantes em 2002 a 3,8/100.000 habitantes em 2004. Em 2005, a mortalidade foi de 23,0/100.000 habitantes, significativamente maior do que as registradas nos anos anteriores<sup>(16)</sup>.

É de fundamental importância à assistência de enfermagem junto a pacientes que tentaram o suicídio, ajudando-os a exteriorizar sua agressividade, seus sentimentos e a suportar suas experiências. Estabelecendo uma aliança terapêutica, mantendo a capacidade de relacionar-se com o paciente para ajudá-lo a sair amadurecido desse episódio<sup>(17)</sup>.

O profissional de enfermagem está entre os primeiros profissionais de saúde a receber o paciente nas emergências hospitalares após um episódio de tentativa de suicídio. Portanto, esta categoria deve estar qualificada a prestar um atendimento ético, uma relação profissional empática, escuta ativa livre de preconceitos, expressando o respeito à singularidade do paciente, oferecendo-lhe respostas adequadas, tolerar seus desvios de comportamento, estimular suas atitudes positivas, cuidado de enfermagem resolutivo e eficaz<sup>(18,19)</sup>.

É de fundamental importância a realização de estudos epidemiológicos sobre o suicídio, a fim de visualizar a questão de forma mais científica e, assim, poder sugerir possíveis formas de enfrentar esse problema<sup>(20)</sup>. Estudos epidemiológicos podem também propiciar informações com o objetivo de criar estratégias específicas no controle, bem como no desenvolvimento de centros especializados para a assistência de familiares e/ou indivíduos que tenham propensão para a ideação suicida ou tentativas anteriores<sup>(21)</sup>.

Refletindo sobre esta temática, ressalta-se a necessidade de discutir, com base em produções científicas, estudos que respondam as seguintes questões norteadoras: Qual o perfil epidemiológico das pessoas que tentam ou cometem suicídio? Quais os principais causas envolvidas nesta questão? Quais são os meios utilizados? De que forma estas informações podem qualificar o cuidado de enfermagem a pessoas que tentaram suicídio?



Esta revisão integrativa busca reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre o tema em questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento a respeito desse assunto. Para tanto, objetivou-se apresentar dados acerca do perfil de pessoas que tentaram suicídio e associar os resultados à assistência de enfermagem prestada.

## METODOLOGIA

O presente estudo trata de uma revisão integrativa da literatura, que é uma técnica que reúne e sintetiza o conhecimento produzido por meio da análise dos resultados evidenciados em estudos independentes. Esta revisão seguiu a descrição das fases percorridas para a elaboração de uma revisão integrativa, a saber: 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<sup>(22)</sup>.

Realizou-se a busca preliminar utilizando os descritores “suicídio”, “tentativa de suicídio” e “enfermagem” nos bancos de dados da SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*); LILACS (*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*) e BDEF (Banco de Dados em Enfermagem). Em seguida estes descritores foram cruzados com o *and* e com o *or*. Assim, obtiveram-se os estudos incluídos nesta revisão integrativa.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: artigos disponíveis completos; publicados em português nos bancos de dados referidos anteriormente e no período de 2007 a 2011 e que abordassem os assuntos de suicídio assim como a tentativa desse relacionado com a prática de enfermagem. Como critérios de exclusão os artigos que não abordavam a temática em questão, os encontrados em mais de uma base de dados e que não se enquadravam na modalidade de artigo científico.

Optou-se nessa fase do estudo por elaborar um quadro sinóptico, para sintetizar e organizar os dados dos artigos incluídos nesta revisão, apresentando um panorama geral das referidas publicações. Dessa maneira foram encontrados e analisados 73 produções, destas 47 foram excluídas por não se enquadrarem nos critérios de inclusão e as demais 26 produções foram incluídas nesse trabalho.

A partir dos artigos encontrados procedeu-se a leitura do título e do resumo de cada artigo científico a fim de verificar a sua conformidade com as questões norteadoras da presente investigação. Após a seleção dos artigos procedemos à categorização dos mesmos por meio de uma técnica de extração dos principais assuntos abordados nas produções após uma leitura criteriosa gerando categorias temáticas que apresentam de forma resumida e didática o perfil dos estudos.

Fundamentando-se nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos realizou-se a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa. Os estudos foram analisados de

forma conjunta relacionando resultados semelhantes e conflitantes diante das categorias temáticas encontradas.

O quadro seguinte descreve a categorização dos estudos incluídos nesta revisão integrativa de acordo com as expressões-chave, que caracterizam os respectivos estudos.

**Quadro 1.** Categorização dos estudos de acordo com as respectivas áreas temáticas, encontrados nas bases de dados SCIELO; LILACS e BDEF no período de 2007 a 2011.

CATEGORIZAÇÃO	Nº DE ESTUDOS
Perfil Epidemiológico do Suicídio e Lesões Autoprovocadas	14
Fatores de Risco para a Tentativa de Suicídio	06
Meios Utilizados nas Tentativas de Suicídio	02
Assistência de Enfermagem no Contexto Familiar da Tentativa de Suicídio	04
TOTAL	26

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

### Perfil das Produções

Avaliando o perfil de produções identificou-se, dentro da série temporal abordada no estudo que compreende o intervalo entre os anos de 2007 a 2011, um maior número de publicações no ano de 2009 (n=09). No ano de 2008, 06 publicações. No ano de 2010 identificou-se o número de 05 artigos. Em 2011, somente 04 artigos constavam nas bases de dados investigadas e em última colocação o ano de 2007 apresentou o menor quantitativo de produções (n=2). Observa-se que a temática ganhou espaço no cenário científico, no entanto o número de produções declinou entre 2009 e 2011.

O número elevado de produções em 2009 corresponde a cerca de 35% dos estudos incluídos nesta revisão pode ser atribuído à publicação e divulgação de um manual do Ministério da Saúde alertando sobre a temática intitulado: Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais da saúde da atenção básica. Além dos índices crescentes de mortalidade principalmente na população jovem.

Com relação à distribuição geográfica dos estudos: nenhuma das pesquisas foi realizada na região norte; duas na região centro-oeste; no nordeste, seis produções foram encontradas; na região sul, seis produções e oito na região sudeste. Quatro pesquisas envolveram o âmbito nacional como cenário de investigação.

O quadro seguinte mostra o somatório dos artigos incluídos nesta revisão integrativa, traz os trabalhos produzidos de acordo com a região e o respectivo ano.

**Quadro 2:** Distribuição geográfica das produções incluídas nesta revisão de acordo com os respectivos anos nas bases de dados SCIELO; LILACS e BDEFN no período de 2007 a 2011.

CATEGORIZAÇÃO	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Nº TOTAL DE PRODUÇÕES</b>	<b>02</b>	<b>06</b>	<b>09</b>	<b>05</b>	<b>04</b>
Região Norte	-	-	-	-	-
Região Centro-Oeste	-	-	-	01	01
Região Nordeste	02	02	02	01	01
Região Sul	-	02	01	03	01
Região Sudeste	-	02	06	-	01

No que se refere à distribuição dos óbitos por suicídio no Brasil, verifica-se que os coeficientes variam muito entre as regiões do país. Enquanto a Região Sudeste concentra 50% dos registros de suicídio, a Região Norte apresenta os menores índices, não sendo, contudo, possível afirmar precisamente qual a relação entre esses dados e os problemas relacionados à qualidade do registro das informações<sup>(23)</sup>.

De acordo com as considerações deste autor é possível associar a escassez literária da região norte ao perfil cultural e às taxas menores de óbitos por suicídio. Em paralelo, o número elevado de registros de suicídio na região sudeste desencadeia aumento da investigação acerca da temática na comunidade científica.

#### Perfil Epidemiológico dos Pacientes que Tentam ou Cometem Suicídio

Com relação a variável sexo, estudos que incluíram dados de tentativas de suicídio e suicídios consumados obtiveram praticamente o mesmo resultado: prevalência de indivíduos do sexo masculino correspondendo a 78% do total de suicídios. Dessa maneira a razão entre os coeficientes padronizados por gênero indicam uma proporção média de 3:1 entre homens e mulheres<sup>(18,19,23,24)</sup>. Estudos mostraram ainda uma frequência mais alta de casos no sexo masculino em relação ao sexo feminino, com uma proporção de cinco homens para cada mulher<sup>(25,26)</sup>.

Quanto à faixa etária há prevalência, em números absolutos, das mortes por suicídio na faixa entre 20 e 49 anos<sup>(19)</sup>. Este fato é comprovado pelo estudo de caráter retrospectivo realizado no setor de urgências psiquiátricas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP) que evidenciou entre os casos de tentativa de suicídio no período de 1988 a 2004, 1.377 casos envolvendo adolescentes com idade entre 10 e 24 anos<sup>(24)</sup>.

No entanto, um estudo apresentou resultado discordante. Almeida<sup>(21)</sup> investigando sobre as tentativas de suicídio encontrou uma razão homem/mulher na faixa etária entre 16 a 34 anos de 1:1, 5. Portanto, para a realidade local em que o estudo foi realizado, considerando a população jovem, prevaleceu o sexo feminino.

Com relação à faixa etária, verificou-se que 78,1% dos óbitos por suicídio eram de pessoas com idade entre 20 a 59 anos, destacando-se que, entre as mulheres, 2,3% possuíam idade entre 15 e 49 anos<sup>(18,23)</sup>.

Os altos índices de suicídio indicam que os jovens brasileiros estão morrendo cada vez mais por causas violentas. Um fator relevante que deve ser considerado no contexto da crise suicida é a condição socioeconômica, pois uma situação profissional mais desfavorável, como desemprego, capacitação insuficiente aumento da competitividade no mercado de trabalho tornam a população jovem brasileira particularmente vulnerável ao risco de suicídio<sup>(25-29)</sup>. Dessa maneira, é oportuno ressaltar que as tentativas de suicídio que ocorrem entre as pessoas de mais idade constituem um grupo particular, cujas características se aproximam mais às dos suicídios completos do que as tentativas. Dessa forma, qualquer gesto de intenção autodestrutiva nesse grupo populacional, por menor que seja, deve ser considerado com absoluta seriedade, pois as tentativas entre elas terminam com mais frequência em um ato suicida fatal<sup>(24)</sup>.

Os grupos mais susceptíveis às tentativas de suicídio por sobre-dose intencional de medicamentos são homens e mulheres de 20-25 anos e 31-35 anos desempregados. Este dado inclui as variáveis socioeconômicas como determinantes para a ocorrência de suicídio tais como, desemprego, acesso restrito a educação de qualidade, baixo poder aquisitivo e falta de apoio social<sup>(14)</sup>.

As características sociodemográficas mais prevalentes nas pessoas que cometeram suicídio foram baixo nível educacional, desemprego, pobreza, condição de solteiro, divórcio ou viuvez<sup>(20,28,29)</sup>.

Quanto à situação conjugal observou-se maior prevalência de ideação suicida, ao longo da vida entre as mulheres, entre 30 a 44 anos e que vivem sozinhas (solteiros, viúvos, desquitados e separados)<sup>(28)</sup>.

A presença de algum tipo de deficiência (física, mental, visual, auditiva, outras deficiências/síndromes) pode levar a tentativa de suicídio. No entanto os índices não apresentam dados relevantes, por exemplo, do suicídio em indivíduos cadeirantes ou com limitações visuais<sup>(30)</sup>.

## Fatores de Risco para a Tentativa de Suicídio

O episódio depressivo maior, abuso/dependência de substâncias psicoativas, transtorno de estresse pós-traumático, abuso/dependência de álcool, esquizofrenia, uso do álcool no momento do agravo, perdas afetivas e a estrutura familiar abalada são fatores de risco para a tentativa de suicídio ou o suicídio<sup>(27)</sup>. Esse estudo está em consonância com outros estudos no tocante ao uso abusivo de álcool como fator de risco para a tentativa de suicídio<sup>(31,32)</sup>.

O comportamento suicida está atrelado a transtornos de humor, como: histórico de abuso sexual na infância associado a comportamento suicida posterior; perdas afetivas; situações de estresse como acidentes, demissões, envolvimento em processos e demais questões legais; morte; mudança brusca de rotina; conflitos de religião; surgimento de enfermidades graves<sup>(33)</sup>. Doenças crônicas como a renal com consequente hemodiálise é um fator que pode desencadear atitudes suicidas<sup>(34)</sup>. Considera-se, ainda, como fator de risco, o baixo nível educacional e econômico, ser jovem, história de tentativas de suicídio anteriores e história de tratamento psiquiátrico/psicológico anterior<sup>(25)</sup>.

Em relação aos sintomas depressivos mais associados ao suicídio podemos considerar o importante prejuízo da autoestima, os sentimentos de desesperança e à incapacidade de enfrentar e resolver problemas. Nesse contexto estes sintomas podem não estar presentes no início do quadro, mas à medida que a depressão vai se tornando mais grave, a baixa da autoestima piora, consequentemente surgindo sentimentos de inutilidade e, gradualmente, o indivíduo vai ficando mais desesperado, podendo dessa maneira tentar o suicídio<sup>(35)</sup>.

Estudo evidenciou a instabilidade familiar como fator de risco para tentativa de suicídio: “dos adolescentes que tentaram suicídio a maioria provinha de “lares desfeitos”, isto é, haviam sofrido perdas parentais em fases precoces do desenvolvimento”<sup>(24)</sup>. Problemas familiares (vícios do parceiro, diferenças de idade, pouca compreensão do parceiro, bigamia, falta de interesse familiar), carência afetiva e casamentos prematuros são as razões mais importantes que levam ao suicídio por queimadura, particularmente entre mulheres<sup>(36)</sup>.

## Meios Utilizados nas Tentativas de Suicídio

Pessoas com condutas diferentes do padrão social e emocionalmente instáveis costumam variar os meios de tentativas de suicídio sequenciadas. O enforcamento, o uso de armas de fogo e a intoxicação por veneno são os métodos mais escolhidos entre os homens, enquanto os meios mais utilizados pelas mulheres são o enforcamento seguido de intoxicação/veneno e queimaduras<sup>(19,23,26-28)</sup>. Identifica-se também o uso de ansiolíticos, corte dos pulsos e ingestão de inseticida organoclorado nas tentativas de suicídio<sup>(1)</sup>.

Pode-se identificar ainda a prevalência de queda de altura na tentativa de suicídio, estando estas relacionadas com os ambientes próximos ao local de residência, como pontes viadu-

to, telhados e sacadas<sup>(2,27)</sup>. O atropelamento intencional também é usado na tentativa de suicídio, sendo mais frequente no sexo masculino<sup>(32)</sup>. Evidencia-se ainda o afogamento como um meio para a tentativa de suicídio<sup>(2)</sup>.

Estudo analisando a incidência, as características, a conduta e a taxa de mortalidade de pacientes com queimaduras por autoagressão na Unidade de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte (DF/Brasil) no período de fevereiro de 2008 a fevereiro de 2009, constatou-se que o método mais escolhido para cometer o suicídio foi queimaduras com o uso de álcool, seguido de gasolina e solvente orgânico e o local escolhido para tentativa de autoextermínio foi o domicílio<sup>(36)</sup>.

A ingestão de pesticida foi também um importante método utilizado nas tentativas de suicídio, especialmente entre os homens; dos indivíduos que utilizam pesticida como meio de suicídio, a maioria ingere a fórmula denominada “chumbinho”. Este fato contribui para que a ingestão de pesticidas constitua a terceira maior causa de intoxicação aguda no Brasil<sup>(25,37)</sup>.

O uso de produtos químicos sanitários (substâncias destinadas à higienização e desinfecção), produtos químicos Industriais (sanitários), Cosméticos, Produtos de Higiene e Perfumes também constituem métodos utilizados na tentativa de suicídio. Observou-se, também, a utilização de psicotrópicos em overdose é mais frequente em mulheres<sup>(38)</sup>.

Estudo constatou que de acordo com a região e a cultura os meios utilizados na tentativa de suicídio variam, por exemplo, na região Nordeste o enforcamento, envenenamento e armas de fogo foram os métodos de suicídio predominantes. No Sudeste, enforcamento e armas de fogo predominaram. Nos casos de suicídio por envenenamento, destacou-se o uso de pesticidas, particularmente nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste. As maiores taxas de suicídio com o método da ingestão proposital de sobredoses de medicamentos foram encontradas nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste. Os homens predominaram em todos os métodos utilizados, com a exceção do uso de medicação, no qual as mulheres registraram porcentagens mais altas<sup>(29)</sup>.

Alguns meios não são tão comuns, mas devem ser citados, pois consistem demandas aos serviços de saúde como precipitação de lugares altos, colisão proposital com veículos, ingestão de substâncias corrosivas entre outros, sendo estes mais prevalentes em regiões distritais.

## Assistência de Enfermagem no Contexto Familiar da Tentativa de Suicídio

A assistência de enfermagem junto ao paciente que tentou suicídio deve compreender o seguinte: ouvi-lo para entrar no mundo dos seus sentimentos e concepções pessoais, aceitá-lo totalmente, tolerar seus desvios de comportamento e estimular suas atitudes positivas, estabelecer uma aliança terapêutica mantendo a capacidade de relacionar-se com o paciente para ajudá-lo a sair amadurecido desse episódio<sup>(39)</sup>.

O cuidado a família do indivíduo que tentou suicídio pode ser construído através de uma linha de apoio emocional, mantendo-a informada e amparada psicologicamente. Com estas práticas o enfermeiro pode ir além de suas rotinas assistenciais estabelecendo assim uma linha de cuidado humanizado a todos os indivíduos participantes deste momento aflitivo, além de ajudar a minimizar o sofrimento e angústia presentes com frequência nestas famílias<sup>(23)</sup>.

A finalidade do atendimento de enfermagem a usuários com comportamento suicida, é realizar prevenção, educar e promover a saúde para melhorar o autocuidado dos usuários, atender integralmente as famílias e trabalhar na qualidade de vida. Sendo importante manter um acompanhamento adequado por meio do vínculo e da escuta, visto que os usuários têm necessidade de conversar e expor seus problemas e sentimentos<sup>(40)</sup>.

Sabe-se que a realidade brasileira é de superlotação nas unidades hospitalares do SUS (Sistema Único de Saúde), principalmente no setor de emergência. Em paralelo a essa situação observa-se a carência de profissionais nessas instalações hospitalares em relação à demanda, dificultando assim, uma atenção diferenciada por parte da enfermagem a essa clientela específica, bem como a seus familiares. Destaca-se também, a necessidade de uma interação com os CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) para uma maior resolução dessa problemática, juntamente a um serviço de prevenção ao suicídio e das tentativas de suicídio no âmbito da atenção básica de saúde.

Pacientes que esboçam planos para cometer o ato suicida demonstram isto às pessoas que estão próximas a ele, por isso é importante orientar às famílias<sup>(40)</sup>. Estudo investigando adolescentes em crise suicida revelou que estes pacientes comunicaram suas intenções suicidas diretamente às pessoas de seus núcleos sócio-familiares anteriormente ao comportamento autodestrutivo<sup>(24)</sup>.

A partir dessa percepção que transcorre vida e morte é que se acredita na importância de um atendimento humanizado,

em que a interação e integração possibilitem novos olhares ao enfermeiro, delimitado como cuidador de indivíduos que tentaram suicídio bem como de sua família<sup>(23)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização do estudo observou-se que as produções científicas ainda permeiam bastante em torno da caracterização de indivíduos que tentam ou cometem suicídio com poucas considerações publicadas com relação à assistência em saúde e o cuidado em saúde mental principalmente em relação à categoria da enfermagem. Reafirma-se que a temática possui relevância no cenário atual e que, portanto, demanda embasamento teórico para qualificar a assistência.

As categorias permitiram discutir de forma mais didática o conteúdo das produções incluídas no estudo identificando que há divergências nos perfis epidemiológicos desta clientela de acordo com a região abordada, no entanto prevalece o sexo masculino e a faixa etária jovem em praticamente todo Brasil.

Os dados mostram também uma consonância entre os meios utilizados nessa prática, como envenenamento, enforcamento, o uso de armas de fogo, sobredose medicamentosa e queimaduras. Além disso, as causas atribuídas à tentativa e ao suicídio coincidem em vários dos estudos apresentados.

Valoriza-se a utilização do método da Revisão Integrativa para produzir conhecimentos baseados em evidências e preencher lacunas de investigação que permitam aos profissionais de saúde valorizar sua capacidade de um cuidado humanizado.

Aponta-se, assim, a necessidade de se desencadear discussões acerca de programas, tratamento e prevenção para os grupos mais vulneráveis, os quais podem e devem ser detectados e acompanhados tanto pelo serviço de atenção básica em saúde quanto por aqueles da rede especializada.

## REFERÊNCIAS

1. Krüger LL, Werlang BSG. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *Psico-USF* (Impr.) [periódico na Internet]. 2010 Jan/Apr [acesso em 2013 apr 05];15(1):[aproximadamente 12 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v15n1/07.pdf>.
2. Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental – nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS; 2001.
3. Cassorla RMS. Suicídio e autodestruição humana. In: Werlang BSG, Botega NJ, organizadores. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 21-33.
4. Macente LB, Santos EG, Zandonade E. Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura Pomerana no interior do estado do Espírito Santo. *J Bras Psiquiatr* [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2013 apr 05];58(4):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n4/a04v58n4.pdf>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. *Datasus* [base de dados na Internet] [acesso em 2013 jul 30]. Informações de Saúde (TABNET) – Estatísticas Vitais [aproximadamente 1 p.]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>.
6. Souza F. Suicídio – dimensão do problema e o que fazer. *Rev Debates Psiquiatria Hoje* [periódico na Internet]. 2010, Sept/Oct [acesso em 2013 aug 22];[aproximadamente 3 p.]. Disponível em: [http://www.abp.org.br/download/Debates\\_SetOut2010.pdf](http://www.abp.org.br/download/Debates_SetOut2010.pdf).
7. Cutcliffe JR. Research endeavours into suicide: a need to shift the emphasis. *Br J Nurs*. 2003;12(2):92-9.
8. Blackmore ER, Munce S, Weller I, Zagorski B, Stansfeld SA, Stewart DE, et al. Psychosocial and clinical correlates of suicidal acts: results from a national population survey. *Br J Psychiatry*. 2008;192(4):279-84.
9. Diaconu G, Turecki G. Family history of suicidal behavior predicts impulsive-aggressive behavior levels in psychiatric outpatients. *J Affect Disord*. 2008;113(1-2):172-8.
10. World Health Organization. *Suicide Prevention* [homepage na Internet]. WHO; 2007. [acesso em 2013 aug 23]. Disponível em: [http://who.int/mental\\_health/prevention/suicideprevent/en/](http://who.int/mental_health/prevention/suicideprevent/en/).
11. Bahls SC, Botega NJ. Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 151-71.
12. World Health Organization (WHO). *World report on violence and health*. Geneva: WHO; 2002.
13. World Health Organization (WHO). *Prevention of suicidal behaviors: a task for all*. In: *Mental and behavioral disorders*. Geneva; WHO; 2004.

14. Bernardes SS, TuriniCA, MatsuoT. Perfil das tentativas de suicídio por sobre-dose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. *CadSaude Publica* [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2013 apr 06];26(7):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n7/15.pdf>.
15. Ceará. Secretaria da Saúde do Estado. Doenças e agravos não transmissíveis - DANT no Ceará: situação epidemiológica, 1998 a 2004. Fortaleza: SESA; 2006.
16. Pordeus AMJ, Cavalcanti LPG, Vieira LJES, Coriolano LS, Osório MM, Ponte MSR, et al. Tentativas e óbitos por suicídio no município de Independência, Ceará, Brasil. *Cien Saude Colet*[periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2013 apr 06];14(5):[aproximadamente 10 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/14.pdf>.
17. Travelbee J. *Interventionenfermeriapsiquiátrica*. Colômbia: Carvajal AS; 1982.
18. MacenteLB, Zandonade E. Estudo da série histórica de mortalidade por suicídio no Espírito Santo (de 1980 a 2006). *J BrasPsiquiátr* [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2013 apr 07];60(3):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n3/01.pdf>.
19. Schmitt R, Lang MG, Quevedo J, Colombo T. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. *Revista de psiquiatria do RGS*[periódico na Internet]. 2008 [acesso em 2013 apr 07];30(2):[aproximadamente 9 p.].Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a07.pdf>.
20. Schnitmana G, Kitaokaa EG, Aroucaa GSS, Liraa ALS, Nogueira D, Duarte MB. Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras. *Revista bahiana de saúde pública*[periódico na Internet]. 2010[acesso em 2013 may 02];34(1):[aproximadamente 16 p.]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n1/a1418.pdf>.
21. Almeida SA, Guedes PMM, Nogueira JA, França UM, Silva ACO. Investigação de risco para tentativa de suicídio em hospital de João Pessoa- PB. *Revista eletrônica de enfermagem*[periódico na Internet]. 2009[acesso em 2013 apr 20];11(2):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em:<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a20.htm>.
22. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enfermagem* [periódico na Internet]. 2008[acesso em 2013 apr 05];17(4):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.
23. BuriolaAA, Arnauts I, Decesaro MN, Oliveira MLF, Marcon SS. Assistência de enfermagem às famílias de indivíduos que tentaram suicídio. *Escola Anna Nery revista de enfermagem*[periódico na Internet]. 2011[acesso em 2013 apr 05];15(4):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a08v15n4.pdf>.
24. FicherAMFT, Vansan GA. Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004. *Estudos de psicologia* [periódico na Internet]. 2008[acesso em 2013 apr 09];25(3): [aproximadamente 14 p.]. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n3/a05v25n3.pdf>.
25. SantosAS, Lovisi G, Legay L, Abelha L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *CadSaude Publica* [periódico na Internet]. 2009[acesso em 2013 apr 05];25(9):[aproximadamente 11 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/20.pdf>.
26. Parente ACM, Soares RB, Araújo ARF, Cavalcante IS, Monteiro CFS. Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. *RevBrasEnferm*[periódico na Internet]. 2007[acesso em 2013 apr 05];60(4):[aproximadamente 5 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a03.pdf>.
27. SOUZA, V. S. et al. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. *J BrasPsiquiátr* [periódico na Internet]. 2011[acesso em 2013 apr 05];60(4):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n4/a10v60n4.pdf>.
28. Botega NJ, Marín-León L, Oliveira HB, Barros MBA, Silva VF, Dalgalarondo P. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *CadSaude Publica* [periódico na Internet]. 2009[acesso em 2013 apr 08];25(12):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n12/10.pdf>.
29. Lovisi GM, Santos AS, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *RevBrasPsiquiátr* [periódico na Internet]. 2009[acesso em 2013 apr 08];31(supl 2):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s2/v31s2a07.pdf>.
30. Sá NNB, Oliveira MGC, Mascarenhas MDM, Yokota RTC, Silva MMA, Malta DC. Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, Brasil, 2007. *Revista médica de Minas Gerais*[periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2013 apr 08];20(2):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/view/235/218>.
31. Ponce JC, Andreuccetti G, Jesus MGS, Leyton V, Muñoz DR. Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo. *Revista de psiquiatria clínica* [periódico na Internet]. 2008[acesso em 2013 may 02];35(supl 1):[aproximadamente 4 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35s1/a04v35s1.pdf>.
32. Lima DD, Azevedo RCS, Gaspar KC, Silva VF, Mauro MLF, Botega NJ. Tentativa de suicídio entre pacientes com uso nocivo de bebidas alcoólicas internados em hospital geral. *JBrasPsiquiátr*[periódico na Internet]. 2010[acesso em 2013 may 09];59(3):[aproximadamente 6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a01v59n3.pdf>.
33. Chachamovich E, Stefanello S, Botega N, Turecki G. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio?. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [periódico na Internet]. 2009[acesso em 2013 apr 05];31(supl 1):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s1/a04v31s1.pdf>.
34. Moura Junior JA, Souza CAM, Oliveira IR, Miranda RO, Teles C, Moura Neto JA. Risco de suicídio em pacientes em hemodiálise: evolução e mortalidade em três anos. *J BrasPsiquiátr*[periódico na Internet]. 2008[acesso em 2013 apr 20];57(1):[aproximadamente 9 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a09.pdf>.
35. Vieira KFL, Coutinho MPL. Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. *sicologia - Ciência E Profissao* [periódico na Internet]. 2008[acesso em 2013 apr 06];28(4):[aproximadamente 14 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n4/v28n4a05.pdf>.
36. Macedo JLS, Rosa SC, Silva MG. Queimaduras autoinfligidas: tentativa de suicídio. *RevColBrasCir* [periódico na Internet]. 2011[acesso em 2013 apr 05];38(6):[aproximadamente 5 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v38n6/04.pdf>.
37. Vieira LJES, Silva DSM, Lira SVG, Abreu RNDC, Pinheiro, MCD. Relato de dois casos de intoxicação intencional em adolescentes. *CiencCuidSaude* [periódico na Internet]. 2007[acesso em 2013 may 02];6(3):[aproximadamente 9 p.]. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4065/2724>.
38. Damas FB, ZanninM, Serrano AI. Tentativas de suicídio com agentes tóxicos: análise estatística dos dados do CIT/SC (1994 a 2006). *Revista Brasileira de Toxicologia* [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2013 apr 30];22(1-26):[aproximadamente 6 p.]. Disponível em: [http://www.sbtox.org.br/Revista\\_SBTox/V22\[1-2\]2009/V22%20n%201-2%20Pag%2021-26.pdf](http://www.sbtox.org.br/Revista_SBTox/V22[1-2]2009/V22%20n%201-2%20Pag%2021-26.pdf).
39. Avanci RC, Furegato ARF, Scatena MCM, Pedrão LJ. Relação de ajuda enfermeiro-paciente pós-tentativa de suicídio. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas* (Edição português) [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2013 may 02];5(1):[aproximadamente 15 p.].Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v5n1/05.pdf>.
40. Kohlrausch E, Lima MADs, Abreu KP, Soares JSF. Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermeiras de unidades de saúde. *CiencCuidSaude* [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 2013 apr27];7(4):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6628/3906>.

Recebido em: 19.04.2015

Aprovado em: 11.04.2015

# PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM ACERCA DA VIOLÊNCIA SEXUAL: REVISÃO INTEGRATIVA

KNOWLEDGE PRODUCTION OF NURSING ABOUT SEXUAL VIOLENCE: INTEGRATIVE REVIEW

Artigo de Revisão

Virna Ribeiro Feitosa Cestari<sup>1</sup>

Marília Araripe Ferreira<sup>1</sup>

Bárbara Pinto da Silva<sup>1</sup>

Ana Karoliny Lima dos Santos<sup>1</sup>

Islene Victor Barbosa<sup>2</sup>

Léa Maria Moura Barroso Diógenes<sup>2</sup>

## RESUMO

Objetivou-se caracterizar a produção científica de enfermagem, nacional e internacional, sobre a violência sexual. Tratou-se de uma revisão integrativa realizada no mês de agosto de 2014, com busca de publicações indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde, por meio dos descritores “violência sexual” e “enfermagem”, de modo que 12 artigos compuseram a amostra do estudo. Emergiram três categorias de análise, assim especificadas: violência sexual contra grupos vulneráveis, percepção da violência sexual e atendimento/assistência de enfermagem à vítima de violência sexual. Os resultados encontrados e categorias emergidas com a análise contribuem para novas reflexões sobre esta temática, tendo em vista o incentivo ao aprimoramento do cuidado. O acolhimento direcionado à vítima de violência sexual, bem como aos seus familiares, deve ser feita

de forma mais delicada o possível, e, ainda assim, sistematizada pelo processo de enfermagem.

**Palavras-chave:** Violência Sexual; Estupro; Assistência Integral à Saúde; Enfermagem.

## ABSTRACT

The objective of the study was to characterize the nursing scientific production, national and international, on sexual violence. This was an integrative review conducted in August 2014, with search of publications indexed in the Virtual Health Library, using the key words “sexual violence” and “nursing”, so that 12 articles were included in the study sample. Three categories analysis emerged, and specified: Sexual violence against vulnerable groups, Perception of sexual violence and Nursing care to victims of sexual violence. The results

<sup>1</sup> Discentes do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR. Enfermeira do Hospital Dr. José Frota.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR.

and categories that emerged with the analysis contribute to new thinking on the subject, with a view to encouraging the improvement of care. The host directed to the victim of sexual violence and their families, should be made of more delicate way possible, and yet systematized by the nursing process.

**Keywords:** Sexual Violence; Rape; Comprehensive Health care; Nursing.

## INTRODUÇÃO

A violência representa um problema histórico, social e de saúde, de grande magnitude e transcendência mundial. Encontra-se diluída na sociedade, polimorfa e multifacetada, e seus reflexos, decorrentes de lesões e traumas, são percebidos pelos custos econômicos com assistência médica, sistema judiciário e penal, além dos custos sociais decorrentes da queda de produtividade<sup>(1)</sup>.

Dentre os diversos tipos de violência, a violência sexual é uma das mais frequentes, caracterizada como um fenômeno universal<sup>(2)</sup>. É definida como uma ação que obriga uma pessoa a praticar ou submeter-se à relação sexual mediante o uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule ou limite a vontade pessoal<sup>(3)</sup>. Acomete crianças, adolescentes, mulheres e homens de todas as idades, de diferentes níveis econômicos e sociais, em espaço público ou privado e em qualquer fase de sua vida<sup>(4)</sup>.

Pesquisas revelam que 20% das mulheres e 10% dos homens foram vítimas de abuso sexual na infância, e 30% das primeiras experiências sexuais são forçadas. A prevalência global de estupro é em torno de 2 a 5%, com uma incidência de 12 milhões de vítimas a cada ano<sup>(5)</sup>. Contudo, destaca-se que os dados disponíveis são inferiores ao real. Autores afirmam que a falta de denúncia se deve, sobretudo, por esta violência ocorrer em ambiente familiar ou pessoas conhecidas, bem como pela sensação de culpa das vítimas, o desconhecimento da legislação e o descrédito na Justiça<sup>(6)</sup>.

As vítimas de abuso sexual podem desenvolver desde alterações comportamentais, emocionais e cognitivas até quadros psicopatológicos. Algumas alterações envolvem a ansiedade, sintomas depressivos, culpa, vergonha, ódio, medo, raiva, ideação e comportamento suicidas, abuso de substâncias, baixa autoestima, comportamentos agressivo e regressivo, isolamento sexual. Em crianças e adolescentes, somam-se o comportamento sexual inadequado à faixa etária, furtos, fuga do lar, prejuízo no desempenho escolar, alterações do apetite, dentre outros<sup>(1,5)</sup>.

Diante da complexidade do tema, percebe-se a necessidade de se preparar o profissional para prestar assistência a essa população. A vítima de violência sexual necessita de acolhimento para que se estabeleça um relacionamento entre o profissional e o cliente, buscando a humanização da assistência à saúde<sup>(4)</sup>.

A enfermagem, como ciência do cuidar, é capaz de aprofundar as discussões sobre sua prática, tornando-se hábil para realizar um cuidado humanizado, com poder transformador, buscando uma assistência ao indivíduo vítima de violência sexual nas dimensões técnica, de acolhimento e da existência humana<sup>(7)</sup>.

Esse trabalho justifica-se em virtude da prevalência da violência sexual, por ser uma das principais causas de morbimortalidade feminina, dos distúrbios ocasionados pela mesma e pela ameaça que esta oferece à qualidade de vida das vítimas. Espera-se, portanto, que esse estudo possa contribuir com a ampliação do conhecimento acerca da temática, assim como direcionar a prática assistencial do enfermeiro.

A partir do exposto, objetivou-se caracterizar a produção científica de enfermagem, nacional e internacional, sobre a violência sexual.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método de pesquisa utilizado na prática baseada em evidências que permite a incorporação de subsídios na prática clínica<sup>(8)</sup>. Foram seguidas seis etapas inerentes a este método, quais sejam o estabelecimento da questão de pesquisa, a busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e apresentação da revisão<sup>(9)</sup>.

A questão norteadora desta revisão foi: Quais as evidências, disponíveis na literatura nacional e internacional, publicadas por enfermeiros sobre a violência sexual? A estratégia de identificação e seleção dos estudos foi a busca de publicações indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no mês de agosto de 2014. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) selecionados foram: “violência sexual” e “enfermagem”. Os descritores foram analisados de forma associada, a fim de realizar uma aproximação das produções encontradas para elucidação do objetivo apresentado.

Os critérios de inclusão das publicações selecionadas para o estudo foram: artigos completos disponíveis na íntegra para análise; produzidos por enfermeiros, em parceria ou não com outros profissionais da saúde; que contemplassem o objetivo proposto; publicados no período de 2009-2014 (últimos cinco anos); e nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, trabalhos publicados em anais de evento, teses, dissertações e monografias.

Obteve-se, inicialmente, 135 artigos, foi realizada uma leitura minuciosa de cada artigo, destacando aqueles que responderam ao objetivo proposto por este estudo, a fim de organizar e tabular os dados. Seguindo os critérios de seleção, 12 estudos foram selecionados para análise, apresentando-se de forma descritiva.

Em seguida, realizou-se a análise para caracterização dos estudos selecionados. Posteriormente, foram extraídos os con-

ceitos abordados em cada artigo. Os trabalhos foram comparados e agrupados por similaridade de conteúdo, sendo construídas três categorias de análise, assim especificadas: violência sexual contra grupos vulneráveis, percepção da violência sexual e atendimento/assistência de enfermagem à vítima de violência sexual.

Os estudos foram, ainda, classificados quanto aos níveis de evidências: nível I – as evidências são provenientes de revisão sistemática de estudos randomizados controlados ou oriundas de revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados; nível II – evidências derivadas de revisões sistemáticas randomizadas individuais ou observacionais; nível III – evidências

obtidas de estudos sem randomização controlados, coorte ou de seguimento; nível IV – evidências provenientes de caso-controle bem delineados, estudos de caso e longitudinais; nível V – evidências originárias de estudos descritivos<sup>(10)</sup>.

## RESULTADOS

O Quadro 1 revela a distribuição dos artigos por variável de análise. Verificou-se que todos os artigos selecionados, 12 (100%), foram produzidos por brasileiros. Quanto aos periódicos, 11 (91,7%) estudos foram publicados em revistas nacionais e apenas um (8,3%), em um periódico internacional.

**Quadro 1:** Distribuição geográfica das produções incluídas nesta revisão de acordo com os respectivos anos nas bases de dados SCIELO; LILACS e BDEF no período de 2007 a 2011.

TÍTULO	PERIÓDICO/ANO DE PUBLICAÇÃO	TIPO DE ESTUDO	CATEGORIA	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Sexual violence against children and vulnerability	Associação Médica Brasileira, 2014	Descritivo, quantitativa	Violência sexual contra grupos vulneráveis	V
Violência sexual contra mulheres portadoras de necessidades especiais: perfil da vítima e do agressor	Cogitare Enfermagem, 2012	Traversal, quantitativa	Violência sexual contra grupos vulneráveis	V
Conhecimento dos enfermeiros frente ao abuso sexual	Avances em Enfermería, 2012	Descritivo, qualitativa	Percepção da violência	V
Violência sexual contra adolescentes: notificações nos conselhos tutelares, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil	Revista Gaúcha de Enfermagem, 2011	Descritivo, retrospectivo, quantitativa	Violência sexual contra grupos vulneráveis	V
Abordagem do profissional de enfermagem à mulher vítima de violência sexual	Revista de pesquisa Cuidado é Fundamental Online, 2011	Exploratório-descritivo, qualitativa	Atendimento/assistência de enfermagem	V
Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes	Revista Brasileira de Enfermagem, 2011	Bibliográfico, qualitativa	Atendimento/assistência de enfermagem	V
Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil	Texto e Contexto Enfermagem, 2010	Transversal, quantitativa	Violência sexual contra grupos vulneráveis	V
Atendimento de enfermagem às mulheres que sofrem violência sexual	Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2010	Descritivo, retrospectivo, quantitativa	Atendimento/assistência de enfermagem	V
O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual	Texto e Contexto Enfermagem, 2010	Reflexivo, qualitativa	Atendimento/assistência de enfermagem	V
Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 2010	Exploratório-descritivo, qualitativa	Atendimento/assistência de enfermagem	V
Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico	Revista Escola de Enfermagem da USP, 2010	Fenomenológico, qualitativa	Percepção da violência	V
Abuso sexual infantil: percepção de mães em face do abuso sexual de suas filhas	Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2009	Descritivo, qualitativa	Percepção da violência	V



Destacaram-se importantes revistas nacionais e uma internacional, dentre as quais merece evidência a Revista Texto e Contexto da Enfermagem e Revista Latino-Americana de Enfermagem, com duas (16,7%) publicações cada. No tocante ao ano de publicação, constatou-se uma maior produção de artigos científicos no ano de 2010, com cinco (41,7%) publicações.

Em análise ao tipo de estudo, seis (50%) eram descritivos; dois (16,7%) exploratório-descritivos; dois (16,7%) transversais; um (8,3%), fenomenológico; e um (8,3%), reflexivo. Com relação à abordagem utilizada, observou-se a prevalência de publicações de natureza qualitativa, sete (58,3%).

Analisando as categorias emergidas, verificou-se o predomínio de artigos envolvendo o atendimento/assistência de enfermagem à vítima de violência sexual, com cinco (45,4%) publicações, seguidas da violência sexual contra grupos vulneráveis, com quatro (36,4%), e a percepção da violência sexual, com três (25%).

No tocante aos níveis de evidência, observou-se que todos os artigos foram classificados no nível V (100%).

## DISCUSSÃO

### Violência sexual contra grupos vulneráveis

A violência contra crianças e adolescentes é uma realidade antiga e estima-se que menos de 10% dos casos de violência contra essa população seja denunciada. Nos artigos investigados para a elaboração desta revisão integrativa, verificou-se que seis (50%) tinham como população estudada a criança e o adolescente.

As práticas eróticas e sexuais são impostas às crianças ou adolescentes por meio da violência física, ameaças ou através da indução de sua vontade. Os comportamentos variam do contato físico (assédio, exibicionismo) aos diferentes tipos de contato físico sem penetração (sexo oral, intercurso, interfemoral, carícias) ou com penetração (dedos, objetos, genitais ou coito anal)<sup>(2)</sup>. Autores acrescentam, ainda, a prostituição e pornografia<sup>(11)</sup>.

Evidencia-se, portanto, a importância da realização de estudos localizados para a contribuição do conhecimento da ocorrência deste evento na população infanto-juvenil. Nessa perspectiva, estudo recente buscou descrever as características do abuso sexual de crianças e adolescentes, bem como as características do agressor<sup>(12)</sup>.

Os autores verificaram que, de 186 casos, as vítimas foram predominantemente do sexo feminino, com idade de 10 anos. Quanto à caracterização dos agressores, constatou-se que 97,3% eram do sexo masculino. A maior parte dos abusos ocorreu na residência da vítima e durou menos de seis meses. As sequelas oriundas da prática foram físicas e psicológicas.

Esses dados corroboram com os encontrados na literatura. Autores afirmam que entre os principais agressores

estão o pai, padrasto, avô, tio ou outra pessoa de confiança da família. Com relação às sequelas, a experiência de abuso sexual pode afetar o desenvolvimento de crianças e adolescentes de diferentes maneiras, desde sequelas mínimas, sem nenhum efeito colateral aparente, ao desenvolvimento de distúrbios emocionais, sociais e/ou problemas psiquiátricos<sup>(2)</sup>.

Evidenciou-se, ainda, a vulnerabilidade de mulheres ao abuso sexual em cinco (45,4%) publicações, sendo, em uma (9,1%), a mulher portadora de necessidades especiais. O estudo caracterizou 19 vítimas de violência sexual<sup>(3)</sup>. Os autores verificaram que as vítimas tinham, em sua maioria, deficiência intelectual, eram solteiras, com idade entre 12 a 19 anos e baixa escolaridade, sendo os agressores conhecidos da família.

### Percepção da violência sexual

É preciso tentar compreender a percepção das vítimas e familiares com relação à violência sexual, já que esta envolve, além dos problemas físicos, as situações conflituosas, permeadas por diferentes sentimentos, entre eles o medo, a raiva, o prazer, a culpa, o desamparo<sup>(13)</sup>.

A violência sexual contra a mulher afeta seu ser e estar no mundo, sua expressão de seu corpo. A percepção construída a partir do real possibilita conhecer a sua subjetividade, a fim de orientar as ações expressivas do cuidado. Ao abordar esta visão, pesquisa fenomenológica buscou compreender o significado da violência sexual na manifestação da corporeidade em mulheres vítimas de violência sexual<sup>(6)</sup>. Analisando-se o discurso das mulheres, verificou-se que o medo influenciou a vida social, gerou insegurança, e afetou o ser e estar no mundo e sua corporeidade.

Outro estudo objetivou apreender a percepção de mães cujas filhas foram vítimas de abuso sexual infantil<sup>(14)</sup>. Os resultados evidenciaram percepções relacionadas a culpa arraigada pelo mito materno, a dor do insuperável e o desespero como consequência do sentimento de impotência.

Verifica-se, portanto, a necessidade de intervenções voltadas não só para as vítimas, como também aos familiares<sup>(6)</sup>. Ainda, acrescenta-se a importância de se implementar os cuidados necessários relativos a este problema, a partir de uma educação/capacitação permanente dos profissionais, para que estes possam ser promotores da saúde da família<sup>(4)</sup>.

Nesse sentido, é preciso que o tratamento envolva a família, a escola, a comunidade, a rede de suporte social e as políticas de saúde voltadas para os casos de violência sexual e abuso infantil<sup>(13)</sup>. Uma abordagem multiprofissional no atendimento a esta clientela, diretamente relacionada à complexidade da situação e a multiplicidade de consequências impostas às vítimas<sup>(6)</sup>.

## Atendimento/assistência de enfermagem à vítima de violência sexual

O significado do cuidar em enfermagem significa compreender o indivíduo em sua plenitude, ouvi-lo com sensibilidade, criatividade e solidariedade, o que caracteriza a qualidade de enfermagem. Quando relacionado à vítima de violência sexual, o cuidado exige mais do que as habilidades técnicas: requer atenção individualizada que transcenda o sentido de curar e tratar<sup>(7)</sup>.

As mulheres vítimas de violência sexual anseiam mais que a simples aplicação de protocolos; elas esperam receber um tratamento digno, respeitoso e acolhedor, que as protejam da revitimização. Nesse interim, sistematizar, individualizar, administrar e assumir papel de prestador do cuidado de enfermagem junto à equipe, embasando-se cientificamente, deve ser uma meta para o enfermeiro<sup>(16)</sup>.

O enfermeiro acolhe o cliente vítima de violência, realiza anamnese, executa a prescrição médica, como a anti-concepção de emergência (AE) e quimioprofilaxia para as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) virais e não virais; realiza intervenções de enfermagem, de acordo com os diagnósticos de enfermagem identificados e orientações relacionadas ao tratamento médico.

Em se tratando da assistência à criança e adolescente vitimizados sexualmente, verifica-se a importância de uma atenção especial, dadas as peculiaridades biológicas e psicológicas e as características próprias desse grupo populacional, necessidade de recursos materiais e humanos especializados para o atendimento<sup>(15)</sup>.

Dessa forma, a utilização de protocolos para a assistência de enfermagem, que garantam a continuidade de um trabalho integrado com a equipe multiprofissional, atuando na orientação e no acolhimento dos familiares, a aplicação do processo de enfermagem e capacitação profissional são imprescindíveis para o cuidado integral desta clientela<sup>(16)</sup>. Destacam-se, ainda, como cuidados de enfermagem o diagnóstico precoce, tratamento dos agravos resultantes da violência, ações educativas e notificação do agravo<sup>(15)</sup>.

Estudos evidenciam a necessidade da qualificação do profissional enfermeiro para este tipo de atendimento<sup>(7,15)</sup>. A busca por medidas educativas é sugerida por autores, visto que, como profissional educador, o enfermeiro deve capacitar sua equipe para a realização do cuidado dentro do contexto de trabalho em que estão inseridos, e a realização de treinamentos pode instrumentalizar, fortalecer e encorajar a equipe para este atendimento, trazendo benefícios para o paciente<sup>(16)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo evidenciaram o predomínio de artigos publicados em periódicos nacionais, de estudos descritivos, com natureza qualitativa, sendo o ano de 2010 o de maior número de publicações. O nível de evidência prevalente foi o V. As categorias identificadas envolveram a violência sexual contra grupos vulneráveis, a percepção da violência sexual e atendimento/assistência de enfermagem à vítima de violência sexual.

Apesar da violência sexual está presente em todas as esferas da sociedade, ela ainda é uma temática pouco discutida no meio social. O reconhecimento da violência sexual como um importante agravo à saúde exige uma maior qualificação e especialização dos serviços e profissionais que atendem a estas vítimas.

Uma assistência permeada pela racionalidade e sensibilidade possibilitará um atendimento humanizado, ético e solidário e poderá ajudar essas vítimas a transcender o vivido e a encontrar um novo sentido para sua existência.

Os resultados encontrados e categorias emergidas com a análise contribuem para novas reflexões sobre esta temática, tendo em vista o incentivo ao aprimoramento do cuidado. O acolhimento direcionado à vítima de violência sexual, bem como aos seus familiares, deve ser feita de forma mais delicada o possível, e, ainda assim, sistematizada pelo processo de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. Leite MTS, Figueiredo MFS, Dias OV, Vieira MA, Souza LPS, Mendes DC. Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. *Rev Latino-Am. Enferm.* 2014; 22(1):85-92.
2. Trindade LC, Linhares SMGM, Nanrell JP, Godoy D, Martins JCA, Barbas SMAN. Sexual violence against children and vulnerability. *Rev Assoc Med Bras.* 2014; 60(1):70-74.
3. Souto CMRM, Bragam VAB. Vivências da vida conjugal: posicionamento das mulheres. *RevBrasEnferm.* 2009;62(5): 670-4.
4. Couto N, Paes GK, Oliveira NCM, Daher MJE, Vidal LL. Abordagem do profissional de enfermagem à mulher vítima de violência sexual. *R. pesq.: cuid. fundam. online.* 2011;3(2): 1841-47.
5. Facuri CO, Fernandes AMS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2013; 29(5): 889-98.
6. Labrocini LM, Fegadoli D, Correa MEC. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. *RevEscEnferm USP.* 2010; 44(2): 401-8, 2010.
7. Moraes SCR, Monteiro CFS, Rocha SS. O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. *Texto Contexto Enferm.* 2010; 19(1): 155-60.

8. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *RevEscEnferm USP*. 2014; 48(2): 335-345.
9. 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):758-64.
10. Howick J. OCEBM Levels of Evidence Working Group. "The Oxford Levels of Evidence 2". Oxford Centre for Evidence-Based Medicine The Oxford 2011 Levels of Evidence. Disponível em: <http://www.cebm.net/index.aspx?0=5653>. Acesso em: 02 de setembro de 2014.
11. Justino LCL, Ferreira SRP, Nunes CB, Barbosa MAM, Gerk MAS, Freitas SLF. Violência sexual contra adolescentes: notificações nos conselhos tutelares, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32(4).
12. Martins CBG, Jorge MHPM. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. *Texto Contexto Enferm*. 2010; 19(2): 246-55.
13. Ávila JA, Oliveira AMN, Silva PA. Conhecimento dos enfermeiros frente ao abuso sexual. *AvEnferm*. 2012;30(2): 47-55.
14. Reis MJ, Lopes MHBM, Higa R, Bedone AJ. Atendimento de enfermagem às mulheres que sofrem violência sexual. *Rev Latino-AmEnferm*. 2010; 18(4): 09 telas.
15. Silva LMP, Ferriani MGC, Silva MAI. Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(5): 919-24.
16. Woiski ROS, Rocha DLB. Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010; 14(1): 143-50.

---

Recebido em: 11.05.2015

Aprovado em: 26.05.2015

# CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

NURSING IN CHILD CARE VISIT: AN INTEGRATIVE REVIEW

Artigo de Revisão

Larissa Guimarães Lima<sup>1</sup>

Marina Frota Lopes<sup>2</sup>

Mirna Albuquerque Frota<sup>3</sup>

## RESUMO

O estudo tem por objetivo analisar artigos científicos relativos ao papel atribuído ao enfermeiro durante a consulta de puericultura e a qualidade de seus serviços. Trata-se de uma revisão integrativa, realizada na biblioteca virtual BIREME e na base de dados LILACS E BDEF. O levantamento de dados da pesquisa ocorreu no último trimestre de 2015. Para orientar este estudo foi formulada a seguinte questão norteadora: "A consulta de Enfermagem em puericultura é realizada de forma satisfatória"? Foram analisados 8 artigos que compuseram a amostra do estudo. Observou-se que o enfermeiro está cada vez mais voltado para as atividades administrativas, um dos fatores que pode levar à sobrecarga de trabalho e a perda da qualidade da atenção à saúde, especialmente a saúde da criança. Os fatores que influenciam na consulta de enfermagem é a falta de capacitação, participação e envolvimento dos profissionais das instituições de saúde.

**Palavras-chave:** Cuidado da Criança; Saúde da Criança; Saúde da Família; Enfermagem Familiar.

## ABSTRACT

The study aims to analyze scientific articles concerning the role assigned to nurses during a routine visit and the quality of its services. This is an integrative review, carried out in the virtual library BIREME and LILACS and BDEF database. The survey research data occurred in the last quarter of 2015. To guide this study was formulated the following guiding question: "The childcare Nursing consultation is carried out in a satisfactory manner"? 8 articles were analyzed in the sample of the study. He noted that nurses are increasingly facing administrative activities, one of the factors that can lead to work overload and loss of health care quality, especially children's health. Factors that influence the nursing consultation is the lack of training, participation and involvement of professionals in the health institutions.

**Keywords:** Child Care; Child Health; Family Health; Family Nursing.

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva da UNIFOR. Bolsista FUNCAP.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR.

## INTRODUÇÃO

O termo Puericultura possui etimologia latina e de ampla significação (puer – criança; cultos – criação ou cuidados dispensados a alguém), é definido pelo acompanhamento periódico e sistemático das crianças, que visam proporcionar um perfeito desenvolvimento físico, psíquico e social da criança<sup>(1,2)</sup>.

Constata-se que o crescimento infantil é um processo que deve ser avaliado de forma contínua, pois, muitas vezes, oportunidades de resolutividade são perdidas nessa fase. Porém, é um dos melhores indicadores de saúde infantil, onde pode ter influência direta de fatores ambientais, como: alimentação, patologias, condições de saneamento básico e habitação, como o acesso aos serviços de saúde, cuidados de higiene e gerais<sup>(3)</sup>.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD) da criança (de 0 a 6 anos) deve ser avaliado de forma integral, envolvendo acompanhamentos periódicos do peso, altura, desenvolvimento neuropsicomotor, estado nutricional, vacinação, bem como orientações à mãe e a família sobre os cuidados com a criança, quanto à higiene individual e ambiental, estimulação e prevenção de acidentes domésticos. Esse acompanhamento é eficaz na detecção precoce de riscos no desenvolvimento infantil<sup>(3,4,5)</sup>.

Na Estratégia de Saúde da Família, foi desenvolvido o Programa de Puericultura, um dos instrumentos mais utilizados no cuidado da saúde das crianças, que integra um conjunto de ações e cuidados preventivos, capazes de orientar na promoção da saúde e no bem-estar, assim como viabilizar a resolutividade dos problemas que o afetam<sup>(6)</sup>.

O Ministério da Saúde<sup>(3)</sup> recomenda sete consultas de rotina durante o primeiro ano de vida, além de duas consultas no segundo ano de vida, e a partir desse, consultas anuais. Com atuação dos profissionais, de forma intercalada, pela consulta médica e pela consulta de enfermagem.

A consulta de enfermagem é uma das estratégias da Puericultura, que possui como objetivo a promoção, prevenção e recuperação da saúde da criança, onde são identificados os problemas de saúde e doença, prescrição de medicamento, quando necessário, além dos cuidados gerais de enfermagem, como a vacinação. Essa prática assistencial foi legalizada pela lei nº 7.498/86 que regulamentou o Exercício da Enfermagem e estabeleceu como uma atividade privativa do enfermeiro<sup>(7,8)</sup>.

O enfermeiro durante a consulta deve observar o desenvolvimento, o ganho ponderal, a estatura, a situação alimentar, a imunização, o sono e repouso, o lazer, o relacionamento da família, fazendo os registros na Caderneta de Saúde da Criança, tornando possível a identificação individual de cada criança, possibilitando a prescrição dos cuidados de enfermagem<sup>(9)</sup>.

As anotações de enfermagem é a forma de comunicação escrita das informações relacionadas ao paciente entre outros profissionais. É de grande importância no processo do cuidado humano, e deve ser escrito conforme a realidade a ser documentada, onde permite a comunicação da equipe, planejamento de estratégias, pesquisas, processos jurídicos, avaliação da qualidade de serviço prestado ao paciente, entre outros<sup>(10)</sup>.

Essa pesquisa intenciona uma compreensão do papel da enfermagem na consulta de Puericultura, pondo foco na qualidade do serviço prestado, principalmente relacionado ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento saudável da criança. Considera-se essa temática relevante por permitir e inserir um novo olhar para o cuidado da atenção integral à criança.

Diante das considerações, objetivou-se analisar artigos científicos relativos ao papel atribuído ao enfermeiro durante a consulta de puericultura e a qualidade de seus serviços.

## METODOLOGIA

O estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura científica. Esse tipo de estudo é um método que inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica. Dessa forma, possibilita a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos<sup>(11)</sup>.

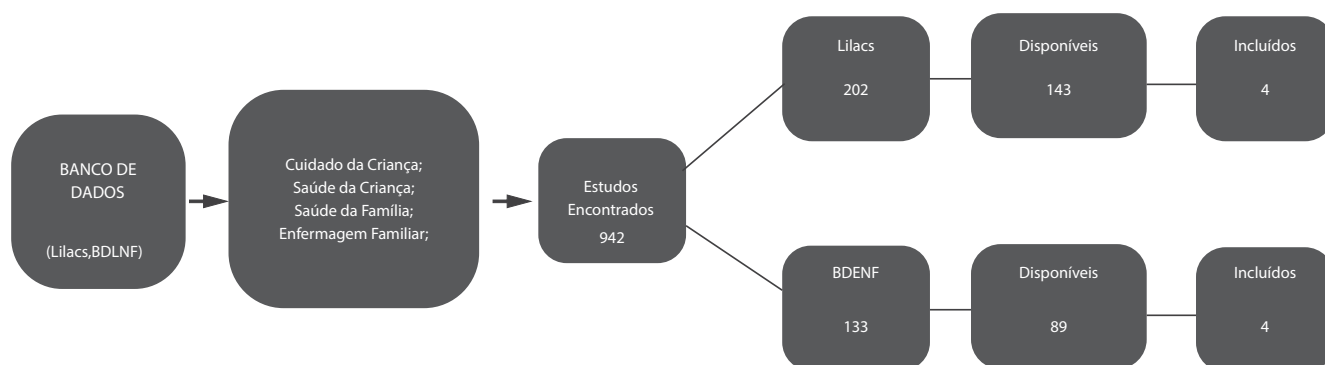
A revisão integrativa é composta por seis etapas: elaboração da questão norteadora do estudo; critérios para a seleção da amostra; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na pesquisa; análise de dados e resultados e síntese do conhecimento evidenciado nos artigos<sup>(12)</sup>.

Para orientar este estudo foi formulada a seguinte questão norteadora: “A consulta de Enfermagem em puericultura é realizada de forma satisfatória?”

O levantamento bibliográfico foi realizado via internet, por meio da biblioteca virtual em saúde (BIREME). A escolha por essa base de dados ocorreu por ser uma das maiores bases de dados para a busca publicações brasileiras. Realizou-se uma busca sistemática de artigos científicos que retratavam os objetivos da pesquisa. A seleção dessa amostra é essencial para identificação da representatividade dos artigos incluídos. O levantamento de dados da pesquisa ocorreu no último trimestre de 2015.

Utilizaram-se como descritores: cuidado da criança; saúde da criança; saúde da família; enfermagem familiar. Foi realizada uma busca avançada entre saúde da criança, cuidado da criança, saúde da família e enfermagem familiar. Obtivemos resultados de artigos nas bases de dados Lilacs, BDEF.

Figura 1: Bases de dados.



Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

Para compor a amostra foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis nas bases de dados selecionadas, publicados na íntegra, no idioma português, e nos anos de 2010 a 2015.

Foram excluídos estudos editoriais, manuais de saúde, cartas ao editor, dissertações e artigos que não abordassem temática relevante ao alcance do objetivo da revisão. Após a análise e leitura dos artigos, a amostra final apresentou 08 publicações (Figura 1).

Os achados evidenciam que a maior parte dos estudos com os descritores: Cuidado da Criança, Saúde da Criança, Saúde da Família e Enfermagem Familiar estão indexados na biblioteca virtual BIREME. Alguns dos artigos disponíveis foram excluídos, não se obteve acesso ao arquivo completo por serem pagos ou não disponíveis online. Em relação à escolha das bases de dados, foi devido ao interesse em compreender a construção desse conhecimento no Brasil.

Na categorização dos estudos foi utilizado um instrumento de coleta de dados com o intuito de extrair as informações principais de cada artigo selecionado. O instrumento de coleta de dados contou com os seguintes itens: identificação do estudo; título; categoria profissional dos autores; periódico em que foi publicado; ano de publicação; tipo de estudo; amostra do estudo; principais resultados e principais conclusões. Para tornar mais acessível à recuperação dos dados colhidos, os artigos foram divididos em categorias, que possibilitou uma visão mais clara das transformações e evolução do fenômeno estudado.

Na fase de avaliação, os estudos selecionados foram avaliados de forma sistemática, de modo a analisar de maneira criteriosa cada artigo quanto à legitimidade, qualidade metodológica, relevância da informação e representatividade. Após a leitura de todos os artigos escolhidos e a coleta dos principais dados por meio do instrumento de coleta, foi possível construir quadros com informações detalhadas de cada estudo, permitindo a análise dos artigos para atender aos objetivos propostos.

A fase de análise dos estudos teve como finalidade realizar a comparação dos dados evidenciados nos artigos incluídos na revisão integrativa com o conhecimento teórico, identificando lacunas pertinentes ao assunto, servindo de sugestão para futuras pesquisas.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Essa revisão integrativa teve como objetivo buscar os destaques científicos disponíveis acerca da consulta de enfermagem em puericultura. Tendo como meta resumir o conhecimento já produzido nessa temática.

O quadro 1 descreve a relação dos estudos selecionados com os respectivos títulos, autores, categoria profissional dos autores, tipos de estudo, amostra do estudo, periódico em que foi publicado e ano de publicação.

Observou-se que, em relação ao ano de publicação dos artigos, que os anos de 2011 e 2013 apresentaram maior índice de publicações, cerca de 75% dos estudos selecionados. Em relação aos periódicos, todos os artigos estavam publicados nos periódicos de enfermagem (100%).

**Quadro 1:** Perfil dos artigos científicos. Lilacs, BDEF jun – jul, 2015.

CÓDIGO/ ARTIGO	AUTORES/ ANO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO	PERIÓDICO	AMOSTRA	CATEGORIAL PROFISSIONAL DOS AUTORES
E1	TEIXEIRA, E. et al./ 2011	Cuidados com a saúde da criança e validação de uma tecnologia educativa para famílias ribeirinhas.	Estudo Qualitativo (Fase 1) e Estudo quantitativa (Fase 2)	Rev. bras. Enferm.	Fase 1: 15 indivíduos responsáveis pelas crianças de 0 a 5 anos (homens e mulheres) Fase 2: 5 juízes-especialistas e 13 mães	Enfermagem
E2	BARBOZA, C. L., et al./ 2012	Registros de puericultura na atenção básica: estudo descritivo.	Estudo descritivo, de natureza quantitativa.	Online braz j nurs	181 crianças	Enfermagem
E3	VASCONCELOS, V. M., et al./ 2012	Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família.	Pesquisa - ação	Esc Anna Nery	11 mães primíparas de crianças menores de dois anos	Enfermagem
E4	SOUZA, R. S., et al./ 2013	Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da saúde da família.	Estudo Qualitativo	Rev Min Enferm.	5 enfermeiros coordenadores das unidades básicas de saúde	Enfermagem
E5	ASSIS, W. D. de, et al./ 2011	Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família.	Estudo Qualitativo	Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)	3 enfermeiras que atuavam nas USF	Enfermagem
E6	CAMPOS, R. M. C., et al./ 2011	Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família.	Estudo Qualitativo	Rev Esc Enferm USP	7 enfermeiros	Enfermagem
E7	MOREIRA, M. D. de S.; GAÍVA, M. A. M.	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: análise dos registros das consultas de enfermagem.	Estudo Documental	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online	Prontuários e Cadernetas de Saúde da Criança de 22 crianças	Enfermagem
E8	LIMA, S. C. D., et al./ 2013	Puericultura e o cuidado de enfermagem: percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família.	Estudo Descritivo – Transversal, abordagem qualitativa	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online	13 enfermeiros	Enfermagem

**Fonte:** Elaborado pelas pesquisadoras.

**Quadro 2:** Vivência do enfermeiro na consulta de puericultura.

CÓDIGO/ ARTIGO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
E1	Conhecer os saberes e modos de cuidar das famílias ribeirinhas relacionados à saúde da criança de 0 a 5 anos e validar uma tecnologia educacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os enfermeiros precisam fazer aproximações sucessivas das comunidades onde atuam</li> <li>- Presença e ausência de informações sobre o cuidado com as crianças de 0 a 5 anos</li> <li>- Os profissionais de enfermagem precisam ser criativos e persistentes na busca pela melhoria de vida das pessoas</li> <li>- Dificuldade de acesso aos serviços de saúde</li> </ul>
E2	Investigar, a partir de registros de prontuários, como a puericultura é realizada é realizada pelas equipes da ESF atuantes em uma UBS no município de Maringá, Paraná, e identificar quais atividades são realizadas rotineiramente pelos profissionais na puericultura.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deficiência importante nos registros referentes às variáveis da anamnese</li> <li>- Constatou-se que, de uma forma geral, apenas em pouco mais da metade dos prontuários havia registros das doses de vacina que a criança havia recebido</li> <li>- Não chegaram a ser realizados nem dois atendimentos por criança durante o primeiro ano de vida</li> </ul>
E3	Descrever a vivência das mães sobre cuidados prestados aos seus filhos, bem como a percepção destas em relação à consulta de puericultura.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta de puericultura feita de forma satisfatória</li> <li>- Orientações às mães quanto ao cuidado com as crianças</li> <li>- Aproximação do profissional com as mães e entre a comunidade</li> </ul>
E4	Analisar a prática de enfermeiros, bem como as facilidades e dificuldades, para a operacionalização do Programa de Acompanhamento do Desenvolvimento e Crescimento da Criança na Unidade de Saúde da Família.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta de puericultura feita de forma satisfatória</li> <li>- Orientações às mães quanto ao cuidado com as crianças</li> <li>- Dificuldade na realização da consulta de enfermagem por conta das crenças e a cultura dos indivíduos</li> <li>- Consulta de enfermagem em visita domiciliar, proporcionando ao profissional conhecer as condições reais de vida e saúde das famílias</li> </ul>



CÓDIGO/ ARTIGO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
E5	Analisar o processo de trabalho da enfermeira que desenvolve ações de puericultura em Unidades de Saúde da Família; apreender a dinâmica do trabalho da enfermeira nessas ações; analisar como o modo de organização do processo de trabalho desta influencia o desenvolvimento das ações de puericultura na atenção à saúde da criança.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiras não realizam as consultas de enfermagem conforme preconizado pelo Ministério da Saúde</li> <li>- Não há uma prática de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento</li> <li>- Não utilização dos equipamentos como balança e régua antropométrica</li> <li>- Diálogos entre usuários e profissionais escassos</li> <li>- Falta de preparo e sensibilidade dos profissionais</li> <li>- Acompanhamento contínuo e flexível de cada criança</li> <li>- Sobrecarga de atendimentos para a enfermeira</li> </ul>
E6	Compreender o significado atribuído pelo enfermeiro à realização da consulta de enfermagem em puericultura, no contexto da ESF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientações às mães</li> <li>- Aproximação do profissional com as famílias e as comunidades</li> <li>- Dificuldade na realização da consulta de enfermagem por conta das crenças e a cultura dos indivíduos</li> <li>- Enfrenta dificuldades como: não ter local adequado para realizar as consultas</li> <li>- Falta de material adequado</li> <li>- Sobrecarga de atividades para o enfermeiro</li> <li>- Falta de preparo do enfermeiro</li> <li>- Recebendo treinamento e estudando para conseguir realizar a consulta e puericultura</li> </ul>
E7	Analisar os registros do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança menor de dois anos no município de Cuiabá, MT.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registros incompletos</li> <li>- Ausência dos gráficos de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento</li> </ul>
E8	Conhecer a percepção do enfermeiro da ESF sobre a puericultura, descrevendo as ações implementadas durante a consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de adesão das mães ao comparecimento aos agendamentos</li> <li>- Orientações às mães</li> <li>- Investir em visitas domiciliares</li> </ul>

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

No que se refere à instituição de origem, 100% dos estudos foram realizados em Unidades Atenção Primárias à Saúde. No que tange à formação dos autores, os oitos foram realizados por enfermeiros.

A abordagem metodológica predominante nos artigos avaliados foi à qualitativa, encontrada em quatro (50%) trabalhos publicados. Esses tipos de estudo permitiram um conhecimento mais profundo sobre a vivência dos enfermeiros nas consultas de puericultura. Na caracterização da amostra dos estudos, encontrou-se que quatro (50%) estudaram apenas os enfermeiros.

No intuito de responder à questão norteadora desta pesquisa, o quadro 2 foi elaborado para melhor compreender a consulta de enfermagem em puericultura segundo os artigos selecionados.

A consulta de enfermagem em puericultura é uma estratégia fundamental e indispensável para o acompanhamento infantil. Percebe-se que, em geral, essa prática precisa de uma atenção merecida.

Segundo uma pesquisa realizada nas UBS localizadas na zona leste da capital paulistana os resultados referentes aos dados mensurados na consulta de enfermagem, como o peso e comprimento da criança (110%), ao registro destas medidas no Gráfico de Acompanhamento do Crescimento (86%) e a anotação do peso no Cartão da Criança (84,2%) foram animadores. Esse estudo demonstrou que a maioria das mães não levavam as Cadernetas de Saúde da Criança para as consultas, e que menos de 10% destes apresentavam o registro do peso e menor porcentagem ainda para a curva de crescimento desenhada no gráfico da CSC, o que evidencia uma baixa utilização desses dados no monitoramento do crescimento infantil pelos profissionais<sup>(13)</sup>.

Para a avaliação do desenvolvimento infantil é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento sobre esse processo e utilizar algum instrumento com recurso para esta avaliação. A avaliação adequada do desenvolvimento infantil deve ser ampla, necessitando que durante a entrevista, a coleta de informações sobre as condições de vida, rotina diária, formas de relacionamento familiar e a interação com outras crianças, pois para desenvolver uma determinada habilidade, tornando fundamental a vivência dessas situações para favorecer a conquista da mesma<sup>(14)</sup>.

Segundo Ceará<sup>(4)</sup> o enfermeiro é o profissional que realiza o monitoramento da evolução das crianças, apoiando, orientando e interagindo com a família, compreendendo e sabendo lidar com os efeitos culturais, sociais, e ambientais, intervindo de forma apropriada e necessária para manter uma vida saudável. Em estudo realizado por Saporoli e Adami<sup>(13)</sup>, os profissionais não utilizavam testes e escalas para avaliação da criança, identificando alguns dos principais marcos do desenvolvimento esperado

para primeiro ano de vida, a partir do seu conhecimento e experiência sobre esse processo.

O enfermeiro será capaz de cuidar melhor de cada membro familiar, uma vez que passa a conhecer sua cultura e as necessidades financeiras e sociais de cada um. Com isso, poderá influenciar nas mudanças comportamentais, buscando assim a prevenção e a promoção a saúde em benefício de uma saúde bem mais qualificada, como também a contribuição para que essas famílias saibam a importância da puericultura<sup>(15)</sup>.

O enfermeiro está cada vez mais voltado para as atividades administrativas, um dos fatores que pode levar à sobrecarga de trabalho e a perda da qualidade da atenção à saúde, especialmente a saúde da criança. Segundo as enfermeiras do estudo, para que a consulta de enfermagem seja prestada com qualidade é necessária uma maior interação com a mãe, diminuindo o preenchimento de papéis, disponibilidade de materiais e equipamentos necessários para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil<sup>(16)</sup>.

Em um estudo realizados nas UBS da capital paulistana verificou que dos nove materiais considerados indispensáveis pelo MS, seis estavam presentes nos consultórios, faltando apenas, uma quantidade adequada de cadeiras, estetoscópio infantil e o esfigmomanômetro anaeróide infantil, desatendendo assim os critérios referentes à existência desses materiais<sup>(17,18)</sup>.

Sucupira e Zuccolotto<sup>(19)</sup> ressaltam que as enfermeiras que não possuíam o estetoscópio infantil, utilizavam o estetoscópio adulto para realizar a ausculta, presentes em todos os consultórios. É importante a utilização de um estetoscópio apropriado, com um diâmetro reduzido, pois possibilita uma melhor delimitação das áreas que devem ser exploradas nas técnicas de ausculta pulmonar e cardíaca.

Na pesquisa realizada em UBS de dois municípios do Vale do Paraíba – SP, os profissionais de enfermagem reconhecem ter dificuldades de realizar a consulta pela falta de consultório próprio, sendo necessário fazer adaptações nem sempre adequadas, devido algumas unidades funcionarem em casas adaptadas, com salas desprovidas de privacidade e conforto para a entrevista com as mães das crianças<sup>(20)</sup>.

Outros fatores que influenciam na consulta de enfermagem é a falta de capacitação, participação e envolvimento dos profissionais das instituições de saúde que constituem empecilhos para a estabilização de processos de qualidade, onde depende de desempenho e esforços individual e coletivo<sup>(21)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que a compreensão da puericultura pelo enfermeiro consiste em um acompanhamento periódico e

sistemático da criança que contempla o seu desenvolvimento e crescimento, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde.

Foi observado que os principais fatores que influenciam na realização da consulta de puericultura são a falta de um consultório próprio e materiais, sendo necessário fazer adaptações nem sempre adequadas. Existe à carência dos registros na CSC que deveriam ser realizados durante a consulta de puericultura, a dificuldade dos profissionais de realizar esse preenchimento, o conhecimento insuficiente por conta dos mesmos, além da carência de orientações às famílias.

Um aspecto preocupante em um dos artigos analisados foi o fato dos registros, independente do profissional que os realizavam, apresentarem inadequados pela ausência, fragmentação ou desconexão das informações. A equipe

de saúde precisa se sensibilizar sobre a importância dos registros nos prontuários ou nas CSC, e assim, analisar e planejar uma assistência adequada, de modo a permitir um preenchimento completo.

Enfatiza-se a importância da educação continuada, do processo contínuo de capacitação e atualização dos profissionais de enfermagem, no sentido de orientar e ampliar a qualidade da consulta de puericultura e promoção dos serviços quanto à organização de educação em saúde.

O estudo é de amplo aprimoramento e conhecimento no âmbito acadêmico na área da enfermagem e da saúde coletiva. A partir desta revisão, estratégias específicas às condições da consulta de enfermagem em puericultura poderão ser elaboradas, além de estimular a realização de novas análises que aprofundem e ampliem esta temática para buscar uma mudança dessa realidade deficiente.

## REFERÊNCIAS

1. Correia WTF, Rodrigues AFSF; Mesquita VLS. A Assistência de Enfermagem na puericultura frente a casos de escabiose. *Rev. APS, Juiz de Fora*, 2010; 13(2): 224-230. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/513/318>>. Acesso em: 20 ago. 2015.
2. Assis WD, Collet N, Reichert APS, Sá LD. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. *Rev. Bras. Enferm. Brasília*, 2011; 64(1): 38-46. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a06.pdf>>. Acesso em: 20 agosto 2015.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_compro\\_crianca.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2015.
4. CEARÁ. Secretaria do Estado da Saúde. Manual de normas para saúde da criança na atenção primária: módulo I: puericultura. Fortaleza; 2002.
5. Formiga CKMR, Linhares MBM. Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, Ribeirão Preto/SP*, 2009; 43(2): 472-480.
6. FRANCO TR. Avaliação do programa de puericultura na unidade básica de saúde centro social urbano, pelotas/RS. In: XVI Congresso de Iniciação Científica, 2007, Pelotas. Anais. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas [Internet]. 2007. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/.../2692.pdf>>.
7. Caixeta CRCB. Consulta de Enfermagem em Saúde da Família. 2009. 40 f. Monografia (Especialização) - Curso de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba (MG), 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2260.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.
8. BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 25 jun. 1986. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>>. Acesso em: 20 ago. 2015.
9. Oliveira VC, Cadete MMM. A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. *Reme - Rev. Min. Enf.* 2007; 11(1): 77-80
10. Matsuda LM et al. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2006, 8(3): 415-421. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7080/5011>>. Acesso em: 20 ago. 2015.
11. Mendes K dal S, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto de Enfermagem*. Florianópolis, 2008; 17(4): 758-764.
12. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, São Paulo, 2010; 8(1): 102-106.
13. Saporoli ECL, Adami NP. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, 2007; 20(1): 55-56.
14. Sucupira ACSL, Werner JJ, Resegue R. Desenvolvimento. In: Sucupira ACSL, Bricks LF, Kobinger MEBA, Saito MI, Zuccolotto SMC, coordenadores. *Pediatria em consultório*. 4a ed. São Paulo: Sarvier; 2000. p.22-39.
15. Campos RMC, Ribeiro CA, Silva CV da, Saporoli ECL. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, 2011; 45(3): 566-574.
16. Silva ICA, Rebouças CBA, Lúcio IML, Bastos MLA. Consulta de enfermagem em puericultura: uma realidade de atendimento. *Rev enferm UFPE online*, Recife, 2014; 8(4): 966-973.
17. Saporoli ECL, Adami NP. Avaliação da estrutura destinada à consulta de enfermagem à criança na atenção básica. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, 2010; 44(1): 92-98.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Equipamentos para estabelecimentos assistenciais de saúde: planejamento e dimensionamento. Brasília, DF, 1994.
19. Sucupira ACSL; Zuccolotto SMC. Semiologia da criança normal In: Marccondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y, coordenadores. *Pediatria básica: pediatria geral e neonatal*. 9ª ed. São Paulo: Savier; 2002. t.1, p. 148-57.
20. Campos RMC. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro do Programa de Saúde da Família [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2006.

## REFERÊNCIAS

---

21. Kurcgant P, Tronchin DMR, Melleiro MM. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, 2006; 19(1): 88-91.
22. Barboza CL, Barreto MS; Marcon SS. Registros de puericultura na atenção básica: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal Of Nursing*, Maringá, 2012; 11(2): 359-375. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3687>>. Acesso em: 20 ago. 2015.
23. Lima SCD, Jesus ACP, Gubert F do A, Araújo TS de, Pinheiro PNC, Vieira NFCV. Puericultura e o cuidado de enfermagem: Percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família. *Journal Of Research Fundamental Care On Line*. Maranhão, 2013; 5(3): 194-202.
24. Moreira MDS, Gaíva MAM. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: análise dos registros das consultas de enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, Cuiabá, 2013; 5(2): 3757-3766.
25. Souza RS; Ferrari RAP; Santos TFM, Tacla MTGM. Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da saúde da família. *Rev Min Enferm*, Paraná, 2013; 17(2): 331-339.
26. Teixeira E, Siqueira AA, Silva JP, Lavor LC. Cuidados com a saúde da criança e validação de uma tecnologia educativa para famílias ribeirinhas. *Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn*, Brasília, 2011; 64(6): 1003-9, 2011.
27. Vasconcelos VM, Frota MA, Martins MC, Machado MMT. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery*, Ceará, 2012; 16(2): 326-331.

---

Recebido em: 20.05.2015

Aprovado em: 10.05.2015

# ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional

INSTITUCIONAL



2015



**Dr. Osvaldo Albuquerque Sousa Filho**

Presidente do Coren-CE  
 Enfermeiro do Instituto Dr. Jose Frota e da  
 Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

**P**rofissionais de Enfermagem, esse espaço institucional da Revista ReTEP é também um canal de comunicação com a comunidade acadêmica e profissional. Estamos completando 06 (seis) meses à frente da Gestão do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará e queremos convidá-los para uma participação maior de interação com o Coren-CE.

Em abril, as eleições do Conselho Federal de Enfermagem elegeram um novo plenário para coordenar as ações da Enfermagem em todo o País. Para nossa grata satisfação, o enfermeiro Manoel Carlos Neri da Silva foi conduzido a presidência do Cofen. Pela segunda vez, o rodoniense Manoel Neri, assume a presidência da entidade. A Enfermagem brasileira acompanha há anos o trabalho sério e profícuo daquele que conduziu o processo de redemocratização do sistema Cofen/Conselhos Regionais, com avanços políticos e administrativos, pautados pelos princípios da Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade e Eficiência.

Foi na gestão de Manoel Neri que a sede do Cofen foi transferida para o Distrito Federal, cumprindo previsão legal. Em sua gestão, os conselhos de Enfermagem foram além de sua missão de fiscalizar e normatizar a profissão, abraçando a luta pela aprovação

de projetos fundamentais para o futuro da categoria, como a regulamentação da jornada em 30h e o piso salarial nacional.

Aberto ao diálogo, o Cofen não toma decisões arbitrárias ou monocráticas. Todas as decisões passam pela avaliação, julgamento e decisão de um colegiado, formado por representantes da Enfermagem do País.

A Enfermagem brasileira conhece de perto a luta, trabalho e honradez de Manoel Carlos Neri da Silva. Acreditamos que sua gestão trará benefícios para a Enfermagem e para a saúde brasileira. A campanha da semana de Enfermagem deste ano, traz como tema: A GENTE AMA A ENFERMAGEM. A reflexão traz à tona a luta diária dos 1,8 milhão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de uma profissão que abraça e responsável por 71% das ações de atendimento ao SUS, sistema único de saúde. Na próxima edição da ReTEP, traremos a apresentação da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil com dados exclusivos sobre a profissão no Ceará. Ela servirá de base para estudos, reflexão e ações diretas para o crescimento da profissão.

Um grande abraço. ●

# COFEN HOMENAGEIA OSVALDO ALBUQUERQUE POR SERVIÇOS PRESTADOS À ENFERMAGEM



O Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho, foi homenageado pelo Conselho Federal de Enfermagem pelos serviços prestados à Enfermagem.

A honraria foi entregue pelo presidente do Cofen, Manoel Carlos Neri da Silva e pela vice-presidente, Irene do Carmo Alves Ferreira, durante a solenidade de posse da nova Gestão do Conselho Federal em Brasília.

Osvaldo Albuquerque, que assumiu a presidência do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará em janeiro deste ano, já tem carreira consolidada na profissão e na atuação em defesa da Enfermagem.

Foi presidente do Conselho Federal, nos anos 2013 e 2014. Representante do COFEN no combate à corrupção nas eleições, tendo participado diretamente na criação do projeto de Lei que originou a Lei da Ficha Limpa.

Foi Conselheiro Regional do Coren-CE e em 2009, eleito Conselheiro Federal Suplente do Conselho Federal de Enfermagem. Efetivado, ocupou a pasta de segundo tesoureiro.

Durante a gestão assumiu como presidente interventor no Coren-CE/2010 e posteriormente a Coordenação

da Junta Interventora do Coren-PA/2011. Foi ainda presidente da Junta Governativa do Coren-RS.

Sua atuação à frente do Cofen registrou notáveis conquistas para a Enfermagem e a incessante luta pela aprovação das 30 Horas e do piso salarial para a categoria. ●



## PRESIDENTES DO COFEN E COREN-CE ABREM SEMANA DA ENFERMAGEM NO CEARÁ



O Presidente do Conselho Federal de Enfermagem, Manoel Carlos Neri da Silva, participou de três eventos importantes da Semana da Enfermagem do Coren-CE, acompanhado do Presidente da Autarquia Regional, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho e da Conselheira Federal, Mirna Frota.

O primeiro deles, a Abertura da Semana da Enfermagem, ocorreu no auditório do Coren-CE, com a presença dos colaboradores do Conselho e inscritos. Neri destacou o trabalho realizado pelos Coren-CE e do apoio que o Conselho Federal vem conferindo às autarquias que compõem o Sistema Cofen/Conselhos Regionais.

Ainda na programação, Manoel Carlos Neri participou como palestrante das atividades em comemoração ao Dia do Enfermeiro da Universidade de Fortaleza. Com a temática de “Avanços e Desafios da Enfermagem no Brasil”, o presidente apresentou um cenário atual da profissão com números da pesquisa Perfil da Enfermagem, lançada no último dia 6 de maio, em Brasília e que faz um raio-X da situação dos profissionais no país.

Manoel Neri foi homenageado pela Assembleia Legislativa, durante Sessão Solene em dedicada aos profissionais da Enfermagem. A honraria que aconteceu no



Plenário 13 de Maio foi entregue pela conselheira federal cearense, Mirna Frota e pelo deputado Renato Roseno, que presidiu a sessão solene em nome do deputado Leonardo Pinheiro, autor da homenagem.

Na solenidade, receberam também homenagem da Assembleia Legislativa, as enfermeiras Luiza de Marilac Bessa Leite, Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e Raimunda Magalhães da Silva, coordenadora do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (Unifor). ●



# EXPOSIÇÃO ITINERANTE CONTA HISTÓRIA DA ENFERMAGEM



A história da Enfermagem e a evolução do cuidar foram ilustradas na exposição itinerante que o Conselho Regional de Enfermagem do Ceará trouxe à Fortaleza, entre os dias 14 a 20 de maio. Com acervo do Museu Nacional da Enfermagem Anna Nery, o público teve oportunidade de conhecer as técnicas rudimentares do cuidar, os procedimentos de primeiros socorros prestados pela patrona da profissão no Brasil, Anna Nery, durante a Guerra do Paraguai, até as evoluções científicas. Atendimentos de saúde integraram o evento, aberto para visitação, no térreo do Shopping Benfica, com entrada gratuita.

No primeiro dia de exposição, o público foi recepcionado por bonecas vivas, vestidas com uniformes usados na guerra. Os trajes fazem referência a atuação de duas mulheres que foram importantes para a evolução histórica da profissão.

A primeira delas é Florence Nightingale, que em 1854 participou da Guerra da Crimeia e quebrou o preconceito contra a participação feminina no exército. Ela é considerada a criadora da enfermagem moderna. Nightingale quebrou esse estigma, ao acreditar em um meticuloso cuidado quanto à limpeza do ambiente e pessoal, boa nutrição e repouso, com manutenção do vigor do paciente



para a cura. Com esses procedimentos, Florence conseguiu reduzir as taxas de mortalidade entre os soldados britânicos durante a Guerra.

O Brasil também tem seu símbolo da profissão, é Anna Nery. Ela dá nome ao museu nacional, fundado em 2005 pelo Conselho Federal de Enfermagem e localizado em Salvador, que preserva a história da profissão. Anna serviu como voluntário na Guerra do Paraguai. Em sua casa, montou uma enfermaria limpa e modelo.

A exposição comemora a Semana da Enfermagem, em alusão ao dia do enfermeiro (12 de maio) e ao dia do técnico e auxiliar de enfermagem (20 de maio). O evento é nacional. ●

# CÂMARA PROMOVE SOLENIDADE EM COMEMORAÇÃO AO DIA DO ENFERMEIRO



A Câmara Municipal de Fortaleza realizou na quarta-feira, dia 20 de maio, às 19h30, no Auditório Ademar Arruda, uma solenidade em homenagem ao Dia Mundial do Enfermeiro. A autoria do vereador Iraguassu Teixeira (PDT).

A Semana da Enfermagem, por sua vez, foi instituída pela Escola de Enfermagem Anna Nery, em 1940, tendo como idealizadora a então diretora da instituição Lais Netto dos Rays. É realizada anualmente sempre com início do dia 12 de maio, quando se comemora o Dia Mundial da Enfermagem. No Brasil, em 1960, o então Presidente Juscelino Kubitschek, assinou o Decreto 48/202, oficializando a Semana da Enfermagem.

“O reconhecimento a essa categoria de profissionais que trabalham de forma incansável e determinada, prestando socorro a todas as pessoas que necessitam é mais que justo. é preciso exaltar o valioso papel que cada enfermeiro desenvolve no cuidar da vida humana. O profissional de enfermagem é possuidor de um olhar amplo que direciona o acompanhamento direto com o paciente, sendo a única classe que permanece 24 horas ao lado dele”, afirma o vereador na justificativa do projeto.

Foram homenageados o presidente do Coren-CE, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho, que até o ano passado presidia o Cofen e a técnica de Enfermagem Valnice Maria de Jesus Cavalcante, agraciada pelo trabalho desenvolvido no Hospital Universitário Walter Cantídio.

A solenidade marcou o encerramento das comemorações da Semana da Enfermagem, que em todo o País, homenageou a categoria e os profissionais pela dedicação a arte do cuidar. Participaram da Sessão Solene os vereadores Deodato Ramalho e Márcio Cruz. ●



## PRESIDENTE DO COREN-CE ENTREGA RELATÓRIO AO GOVERNADOR CAMILO SANTANA



**A**tendendo a convite do Governador do Ceará, Camilo Santana, o Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho, participou na manhã do dia 21/05 de uma reunião, no Palácio da Abolição, para tratar da situação da saúde nos Hospitais de Emergência no Ceará.

Durante o encontro Osvaldo Albuquerque entregou ao Governador um relatório emergencialmente elaborado com resultado das fiscalizações do Conselho Regional, demonstrando tecnicamente a realidade dos processos de assistência e as vulnerabilidades dos maiores hospitais de emergência do Estado e do município de Fortaleza.

O relatório aponta as difíceis condições em que pacientes e profissionais de Enfermagem se encontram. Além do plano físico, de insumos e dos riscos biológicos, o relatório trata das condições de trabalho nas quais os profissionais se deparam ao prestar cuidados, não deixando de focar nas condições éticas da assistência onde pacientes, por falta de leitos, estão sendo alojados nos corredores e áreas comuns dos Hospitais.



Camilo Santana propôs a criação de um Comitê formado por profissionais da saúde, pelo Ministério Público, Conselhos de Classe, Sindicato, sociedade civil e equipe do Governo Estadual para otimizar a melhoria das ações da saúde no Ceará. Osvaldo Albuquerque, em nome do Plenário do Coren-CE, colocou o Conselho à disposição do Governo em prol de todas as ações que venham beneficiar à população. ●

## COREN-CE RECEBE FORMAÇÃO DOS NOVOS ANJOS DA ENFERMAGEM



O Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, recebeu ao longo da semana, a Formação dos Anjos da Enfermagem, destinada para os novos acadêmicos que ingressaram no Projeto na seleção ocorrida em março, no Coren-CE.

A Formação trabalha todas as atividades que os alunos de enfermagem da Fanor Devry e Universidade de Fortaleza (UNIFOR) irão praticar ao longo da sua participação no programa, período este que compreende um ano.

Eles irão atuar de forma lúdica, levando brincadeiras e promoção de saúde às crianças internadas em duas unidades de saúde em Fortaleza: Hospital Waldemar de Alcântara e Hospital Infantil Albert Sabin.

Ao longo da formação, conselheiros regionais participaram com palestras compartilhando suas experiências. ●



# PERFIL DA ENFERMAGEM NO BRASIL-CEARÁ É LANÇADA EM FORTALEZA



O Conselho Regional de Enfermagem do Ceará lançou a Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil – Ceará, mostrando a situação dos Profissionais da Enfermagem em nosso Estado. O evento ocorreu com a presença do Presidente do Regional Ceará, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho, da Conselheira Federal do Ceará, Mirna Frota.

O encontro contou também com participação de representações de classe e sociedade civil, entre elas a Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem Seção Ceará, Euclea Gomes Vale, o Presidente da Comissão de Saúde da OAB, Ricardo Madeiro, do vereador de Fortaleza Vicente Pinto, além de representantes de autoridades municipais e estaduais.

O estudo foi realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e apoio do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará. No evento, a coordenadora geral do estudo e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), Maria Helena Machado, relatou a importância e dimensão da pesqui-

sa. “Traçamos o perfil da grande maioria dos trabalhadores que atuam do campo da saúde. Trata-se de uma categoria presente em todos os municípios, fortemente inserida no SUS e com atuação nos setores público, privado, filantrópico e de ensino. Isso demonstra a dimensão da pesquisa, que não contempla apenas os que estão na ativa, mas a corporação como um todo”, disse.

A pesquisa foi realizada em todo o estado do Ceará, ouvindo auxiliares, técnicos e enfermeiros, num total de mais de 56 mil profissionais. A enfermagem hoje no Ceará é composta por um quadro de 75% de técnicos e auxiliares e 25% de enfermeiros.

## ONDE TRABALHAM

No quesito mercado de trabalho no Ceará, 71,3% das equipes de enfermagem encontram-se no setor público; 21,7% no privado; 8,8% no filantrópico e 7,5% nas atividades de ensino.

No Ceará, 61,2% da equipe de enfermagem declararam desgaste.



### RENDA MENSAL

Considerando a renda mensal de todos os empregos e atividades que a equipe de enfermagem exerce, constata-se que 6,1% de profissionais na equipe recebem menos de um salário-mínimo por mês. A pesquisa encontra um elevado percentual de pessoas (36%) que declararam ter renda total mensal de até R\$ 1.000. Dos profissionais da enfermagem, a maioria (64,3%) tem apenas uma atividade/trabalho.

Os quatro grandes setores de empregabilidade da enfermagem (público, privado, filantrópico e ensino) apresentam subsalários. O privado (51,2%), o filantrópico (56,8%), o público (31,2%) e o de ensino (21%) praticam salários com valores de até R\$ 1.000. Nestes, os vencimentos de mais de 78% (filantrópico) e 59% (público), e de 49% (ensino) e 79% (privado) do contingente lá empregado não passa de R\$ 2.000.

### MASCULINIZAÇÃO

A equipe de enfermagem no Ceará é predominantemente feminina, sendo composta por 88,2% de mulheres. É importante ressaltar, no entanto, que mesmo tratando-se de uma categoria feminina, registra-se a presença de 11,2% dos homens. "Pode-se afirmar que na enfermagem está se firmando uma tendência à masculinização da categoria, com o crescente aumento do contingente masculino na composição. Essa situação é recente, data do início da década de 1990, e vem se firmando", afirma a coordenadora.

### PROFISSIONAIS QUALIFICADOS

O desejo de se qualificar é um anseio do profissional de enfermagem do Ceará. Os trabalhadores de



nível médio (técnicos e auxiliares) apresentam escolaridade acima da exigida para o desempenho de suas atribuições, com 23,9% reportando nível superior incompleto e 8,5% tendo concluído curso de graduação.

### DESEMPREGO ABERTO

Dificuldade de encontrar emprego foi relatada por 67,7% dos profissionais de enfermagem. A área já apresenta situação de desemprego aberto, com 8,6% dos profissionais entrevistados relatando situações de desemprego nos últimos 12 meses.

### CONCENTRAÇÃO NA CAPITAL

Mais da metade da equipe de enfermagem (68,1%) se concentra na Capital. ●

# NAPEN OFERECE CURSOS GRATUITOS NA ÁREA DE ENFERMAGEM



O Núcleo de Aperfeiçoamento dos Profissionais de Enfermagem/Coren-CE (Napen) ampliando sua atuação lançou 04 (quatro) cursos de qualificação para os profissionais e acadêmicos de Enfermagem, tanto a nível de graduação como para alunos de curso técnico alcançando o interior do estado.

- Farmacologia Cardiopulmonar aplicada à Enfermagem;
- Atualização em Saúde Pública com enfoque no Sistema Único de Saúde;
- Atualização em Imunização – 02 (duas) turmas.

Os cursos acontecem nos municípios de Baturité e Santa Quitéria. Os cursos oferecidos pelo Napen/Coren-CE ocorrem periodicamente e são divulgados no site: [www.coren-ce.org.br](http://www.coren-ce.org.br). Já as inscrições devem ser feitas pelo e-mail: [inscricoesnapen@gmail.com](mailto:inscricoesnapen@gmail.com). O candidato deverá colocar no título do e-mail o nome do curso ao qual está pretendendo se inscrever e enviar as seguintes informações:

- Nome Completo;
- Telefone fixo/celular;
- E-mail;
- Nº de registro junto ao Coren-CE;
- RG;
- CPF;
- Data de nascimento.

Para acadêmicos é necessário enviar declaração do curso. Para estes é obrigatório estar no 5º Semestre ou superior (enfermagem) ou ter 50% da carga horária cursada (para técnicos/auxiliares). E-mails sem declaração da faculdade confirmando matrícula e as situações acima citadas não serão aceitos.

## CONFIRA OS CURSOS

### Farmacologia Cardiopulmonar Aplicada à Enfermagem

- Carga horária: 20h
- Período: 15 e 16 de junho de 2015
- Horário: 08h às 18h.
- Local: Auditório A2 do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

### Atualização em Saúde Pública com enfoque no SUS

- Carga horária: 40h
- Período e Horário: 12/06, 13/06, 19/06, 20/06 (08 às 12h /13 às 18h) e 26/06 (08h às 12h).
- Local: Auditório do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará (COREN-CE).

### Atualização em Imunização em Santa Quitéria

- Carga horária: 20h
- Período: 19 e 20 de junho.
- Horário: 08h às 18h
- Local: Auditório da secretaria de Educação de Santa Quitéria

### Atualização em Imunização em Baturité

- Carga horária: 20h
- Período: 26 e 27 de junho.
- Horário: 08h às 18h
- Local: Auditório da Câmara Municipal de Baturité. ●

## COFEN RECEBE REUNIÃO DO MOVIMENTO DE COMBATE À CORRUPÇÃO ELEITORAL - MCCE



**E**stratégias de mobilização pela “Reforma Política Democrática – Eleições Limpas” foram debatidas em reunião do Comitê Nacional do Movimento de Combate à Corrupção Eleitoral (MCCE), na quinta-feira (26/3), no auditório do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), em Brasília.

O projeto, de iniciativa popular, proíbe o financiamento empresarial das campanhas políticas, fortalece mecanismos de democracia direta e propõe eleições proporcionais em dois turnos, com paridade de sexo.

São necessários quase 1,5 milhão de eleitores para levar o projeto ao Congresso Nacional. Integrante do MCCE e da coalizão Reforma Política Democrática, o Cofen apoiou a criação da Lei da Ficha Limpa, que impede a candidatura de políticos condenados em 2ª instância, e está mobilizado pela aprovação do projeto. “Entendemos que é um avanço importante para a democracia, atacando raízes da corrupção eleitoral” explica o representante do Cofen, Osvaldo Albuquerque.

No encontro, o pesquisador Rubens Moraes apresentou os principais pontos da sua dissertação “Ação

coletiva e inovação social na esfera pública: a experiência do Movimento de Combate à Corrupção Eleitoral (MCCE)”.

A análise do debate sobre corrupção desde a década de 1980 revela um fortalecimento dos atores sociais e da visão preventiva, além de uma crescente responsabilização dos corruptos.

A partir dos novos marcos legais, como a Lei da Compra de Votos (1999) e a Lei da Ficha Limpa (2010), os políticos emergem como protagonistas de escândalos e cassações.

Sua assinatura pode virar lei – Apoie o projeto de reforma política democrática e ajude a aperfeiçoar mecanismos de controle trazidos pela Lei da Compra do Voto e Lei da Ficha Limpa, ambas de iniciativa popular.

Você também pode coletar assinaturas dos vizinhos, colegas de trabalho, e de todos os que apoiam o projeto. ●



# COFEN APROVA CRIAÇÃO DA COMISSÃO NACIONAL DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM



O Conselho Federal de Enfermagem aprovou, nesta sexta-feira (24/4), a criação da Comissão Nacional de Técnicos de Enfermagem – (Conatenf), que atuará como porta-voz do nível médio no Cofen.

A nova comissão objetiva a melhoria da interlocução com os profissionais de nível médio, uma das propostas da nova gestão (2015-2018), aprovada já em sua primeira Reunião Ordinária de Plenária (ROP).

A Conatenf contará com cinco membros titulares e cinco suplentes. Foram criadas, ainda, duas novas comissões, com três conselheiros federais.

A Comissão de Nacional de Relações Institucionais estreitará relações com o Congresso Nacional, com o Ministério da Saúde, a Anvisa e outras instituições que têm interface com o Cofen.

A Comissão de Relações Internacionais busca otimizar a relação com outros países para a troca de experiências que tragam benefícios para a Enfermagem.

A plenária propôs alteração na Lei 5905/73, que dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem. Sugestões de mudanças serão encaminhadas pelos conselheiros federais para a CTLN (Câmara Técnica de Legislação e Normas), em um prazo de 30 dias.

Com base nessas colaborações, a CTLN vai elaborar a minuta de proposta, que será avaliada pela plenária do Cofen e futuramente encaminhada ao Congresso Nacional.

A nova gestão avalia que a lei, promulgada no Regime Militar, necessita de atualização para modernizar o Sistema. “Conseguimos, já em nossa primeira Reunião Ordinária de Plenária, encaminhar algumas das principais propostas de campanha. Espero que o trabalho tenha continuidade neste ritmo, aprimorando a gestão do Sistema Cofen/Conselhos Regional e contribuindo para a melhoria dos serviços de Saúde prestados à população brasileira”, afirmou o presidente do Cofen, Manoel Neri. ●

## NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A Revista Tendências da Enfermagem Profissional – ReTEP, é um periódico científico trimestral, revisado por pares. Os autores são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar o trabalho. Os manuscritos submetidos podem ser redigidos em português, inglês ou espanhol, e destinar-se exclusivamente à ReTEP, organizados segundo as indicações a seguir.

**Artigo Original:** Investigação baseada em dados empíricos, utilizando metodologia científica, incluindo introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências.

**Artigo de Revisão:** Análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes na enfermagem e na saúde e a elaboração de hipóteses para futuras pesquisas.

**Atualidade:** Texto reflexivo ou informativo sobre assunto relevante e atual, com perspectiva de interesse para a enfermagem e a saúde.

**Resenha:** Revisão crítica da literatura científica publicada em livros, orientando o leitor quanto as suas características e usos potenciais. Deve conter a referência completa do trabalho comentado.

Todas as modalidades de textos aceitos pela Revista deverão ser digitados em processador de texto Word for Windows, limitados a 15 páginas impressas em papel tamanho A4, em espaço 1,5, parágrafos de 1,25, fonte Times New Roman, tamanho 12, com formatação de margens superior, inferior, esquerda e direita de 3 cm.

Não deverá ser utilizada nenhuma forma de destaque no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água, aspas), exceto para títulos e subtítulos. Utilize apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto impresso.

A apresentação dos trabalhos deve seguir a seguinte ordem:

### 1. Folha de Rosto

Título em português e inglês, em negrito, centralizado e em caixa alta, não devendo exceder 15 palavras; deve ser conciso, explicativo e representativo do conteúdo do trabalho.

O tipo de colaboração enviada (original, de revisão, atualidade ou resenha).

Nome completo e filiação institucional de cada autor.

Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor responsável pela correspondência.

Fonte financiadora da pesquisa (se houver).

Se o manuscrito foi baseado em tese/dissertação, colocar o título, o nome da instituição, ano de defesa e número de páginas.

### 2. Resumo em português e inglês

Deve conter entre 100 e 150 palavras. Ao final deve constar 03 a 06 palavras-chave, em português e inglês, digitadas em caixa alta e baixa e separadas por ponto e vírgula. Devem ser empregados preferencialmente aqueles que constam na Lista de Descritores em Ciências da Saúde, da BIREME (<http://decs.bvs.br>).

### 3. Corpo do Texto

Deve começar em uma nova página. Não inicie uma nova página a cada subtítulo, separe-os utilizando uma linha em branco. Em trabalho original, o texto deve ter uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por um sistema de títulos e subtítulos que reflitam esta organização. Os títulos deverão estar em negrito e caixa alta, e os subtítulos deverão ser destacados em negrito e letras maiúsculas apenas na primeira letra de cada palavra e antecedentes por uma linha em branco. As referências no texto a figuras e tabelas deverão ser acompanhadas do número respectivo. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

### 4. Agradecimentos

Incluir, de forma sucinta, colaborações que não autoria, como auxílios técnicos, financeiros e materiais, incluindo auxílios ins-

titucionais, governamentais ou privados, e relações que possam implicar em potencial conflito de interesse.

### 5. Referências

As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE).

A formatação da lista de referências deve adotar espaço 1,5 e tamanho de fonte 12, sem parágrafo, recuo ou deslocamento das margens; o sobrenome dos autores em letras minúsculas, à exceção da primeira letra. Numerar as referências de forma consecutiva, conforme a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto e identificá-las pelo mesmo número sempre que citadas.

Citações no texto: as citações indiretas deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda apresentar a numeração em sobrescrito antes da pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula). Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal<sup>(7)</sup>.

Citações oriundas de 2 ou mais autores apresentadas de forma sequencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador<sup>(1-5)</sup>.

Citações diretas (transcrição na íntegra) de até três linhas devem ser delimitadas por aspas e numeradas de acordo com a ordem de citação no texto; indicando o número da referência e a página da citação. Exemplo: “[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas”<sup>1:30-31</sup>.

Citação literal com mais de três linhas deve ser apresentada em bloco próprio e sem aspas, começando em nova linha, com recuo de 2,5cm da margem esquerda. Fonte 12, sem destaque. Não utilizar os termos op. cit, id. Ibidem. A expressão apud é a única que é utilizada no texto ou notas. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer na lista de referências.

Citações de pesquisa qualitativa (verbatim) serão colocadas em itálico, sem aspas, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...] envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais [...] (e7);

**Notas de rodapé:** o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: \*primeira nota, \*\*segunda nota, \*\*\*terceira nota.

### Envio de manuscritos

1. O material a ser submetido a avaliação para publicação deverá ser encaminhado, por e-mail ou correio, para os endereços citados no final deste texto.
2. Manuscritos originais encaminhados através do correio deverão ser acompanhados em CD Rom contendo todos os arquivos. Se a opção de remessa for e-mail, todos os arquivos (texto, figuras e tabelas) deverão ser anexados à mensagem em attach-file.
3. Anexar cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, uma carta de encaminhamento autorizando o processo editorial do manuscrito, transferindo os direitos autorais para a ReTEP - Revista Tendências da Enfermagem Profissional e garantindo que todos os procedimentos éticos exigidos em lei foram observados. Essa carta deverá ser assinada por todos os autores.

**POR CORREIO COMUM:** ReTEP – Revista Tendências da Enfermagem Profissional Conselho Regional de Enfermagem do Ceará – Coren/CE. Rua Mário Mamede, 609 – Bairro de Fátima - CEP: 60.415-000

- Fortaleza-Ceará

**POR E-MAIL:** [retep@coren-ce.org.br](mailto:retep@coren-ce.org.br) ●