

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

ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional
Volume 9 - Número 1 - Março/2017



Coren^{CE}
Conselho Regional de Enfermagem do Ceará

POLÍTICA EDITORIAL

A **REVISTA TENDÊNCIAS DA ENFERMAGEM PROFISSIONAL - ReTEP** do Coren-CE é um periódico científico trimestral, revisado por pares, com distribuição gratuita, que tem como objetivo publicar artigos procedentes da realidade da prática (do cuidar, do ensinar e da pesquisa) de saúde e enfermagem e/ou teóricos (reflexão e revisão) e notícias institucionais pertinentes ao desenvolvimento da categoria, contribuintes para reconstrução da enfermagem como ciência. Tem como missão incentivar e incrementar a produção do conhecimento em saúde e enfermagem, visando fortalecer a qualidade do atendimento do cuidar em enfermagem.

O corpo editorial da ReTEP não se responsabiliza pelos dados e opiniões expressos nos artigos, bem como propagandas inclusas, sendo esses da inteira responsabilidade dos autores.

A **ReTEP** é afiliada à Associação Brasileira de Editores Científicos - ABEC

ReTEP - Revista Tendências da Enfermagem Profissional – Vol. 1, n.1
(mai. 2009) – Fortaleza [CE]:
Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, 2009 - v.: il.

Trimestral
ISSN 1984-753
ISSN (online) 2177-045x
1. Enfermagem

CDD 610.73

DIRETORIA COREN GESTÃO 2015-2017

Presidente: Dr. Osvaldo Albuquerque Sousa Filho • **Conselheira Secretária:** Dra. Maria Dayse Pereira • **Conselheira Tesoureira:** Luiza Lourdes Pinheiro • **Conselho Efetivo:** Dra. Jacqueline Dantas Sampaio - Dr. Francisco Antonio da Cruz Mendonça - Marli Veloso de Menezes - Ana Lúcia de Assis • **Conselheiro Suplente:** Dra. Regina Cláudia Furtado Maia - Dra. Maria Celina Saraiva Martins - Dra. Nancy Costa de Oliveira - Dra. Maria Verônica Sales da Silva - Raimunda de Fátima Dantas - Maria de Fátima Ferreira de Sousa - Adailson Rodrigues de Moraes.

EQUIPE TÉCNICA

Projeto Gráfico e Editorial – E2 Estratégias Empresariais - www.e2solucoes.com - e2@e2solucoes.com
• Coordenação Editorial – Francílio Dourado Filho • Direção de Arte – Keyla Américo • Revisão Gramatical – Aurilene Luz Sampaio • Jornalista E2 Editora – Gabriela Dourado (MTB: 2324/CE) • Tiragem – 3000 exemplares
• Assessoria de Comunicação do COREN-CE – Flávio Liffeman • Periodicidade – Trimestral

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

ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional

Volume 9 - Número 1 - 2017



Rua Mário Mamede, 609 · Bairro de Fátima
CEP 60.415-000 · Fortaleza-Ceará-Brasil
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

BDEF

REDALYC

EDITORA CHEFE/HEAD EDITOR

Mirna Albuquerque Frota

EDITOR EXECUTIVO/EXECUTIVE EDITOR

Osvaldo Albuquerque Sousa Filho

EDITORES ASSOCIADOS/ASSOCIATE EDITORS

Nêbia 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

Artigos Originais

- 2083** Fatores Preditivos de Lesão Renal Aguda em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva
Factors of Kidney Injury in Hospitalized Patients indicative acute in Intensive Care Unit
Elizabeth Mesquita Melo, Aglauvanir Soares Barbosa, Aline Mota Marques, Felícia Maria Matias Silveira, Lorena Naiane de Araújo Fernandes, Maria Alana Ferreira de Abreu, Maria Pacheco da Rocha, Nicole Silva França, Romana Maria Rodrigues Ponte Araújo e Suylane Saraiva Araújo.
- 2089** Gestação de Mulheres portadoras de Transtorno Mental
Pregnancy in Women with Mental Disorders
Adriano Rodrigues de Souza, Milena de Holanda Mendes, Tálita Valentim Ximenes, Ana Débora Assis Moura, Guldemar Gomes de Lima e Aline Rodrigues Feitoza.
- 2095** Compreensão de Homens Nordestinos sobre Sexualidade
Understanding of Northeastern Men on Sexuality
Bruna Barbara Fernandes Moura Baía, Ana Angélica Viana Diniz Sampaio, Ticiane Santana Gomes, Geisy Lanne Muniz Luna, Valéria Freire Gonçalves e Danielle Teixeira Queiroz.
- 2099** Conhecimento do Enfermeiro para Prevenção da Pneumonia associada à Ventilação Mecânica em Terapia Intensiva
Nursing Knowledge for Prevention of Pneumonia Associated with Mechanical Ventilation in Intensive Care
Nataly Tavares Fernandes e Fábria Maria de Souza Paula.
- 2103** Correção das Informações e Clareza de Vocabulário em Blogs sobre Aleitamento Materno
Correction of information and clarity of vocabulary in blogs on breastfeeding
Felipe Carlos da Cruz, Francisca Katiane Nogueira Matos, Maria Vanda Rodrigues Silva, Rosiléa Alves de Sousa e Quitéria Clarice Magalhães Carvalho.
- 2109** Perfil dos Pacientes em Cuidados Paliativos acompanhados em um Hospital de Fortaleza
Profile of Patients in Palliative Care Accompanied at a Hospital of Fortaleza
Ianny Celly da Silva Leandro, Adna Ribeiro Braquehais e Tatiana de Medeiros Colletti Cavalcante.

SUMÁRIO



CONTENTS

Artigos de Revisão

2115

A Importância do Acompanhante no Cenário do Parto e Nascimento: revisão da Literatural
A Companion of Importance in Childbirth and Birth Scene: review of the Literature

Maria Luiza Soares De Amorim, Aline Rodrigues Feitoza, Francisca Alice Cunha Rodrigues, Régia Christina Moura Barbosa, Sabine Rodrigues Feitoza e Lorena Damasceno Alves Bezerra.

2122

Cuidados de Enfermagem na utilização da Bota de Unna: revisão integrativa da Literatura
Nursing Care in Use of Unna Boot: integrative literature review

Ronny Anderson de Oliveira Cruz, Cízone Maria Carneiro Acioly e Vannucia Karla de Medeiros da Nóbrega.

2128

Repercussões Psicológicas e Adaptação Social em Mulheres Mastectomizadas: revisão integrativa
Repercussions Psychological and Social Adaptation in Women Mastectomy: integrative reviewe

Nara Borges Gonçalves Lima, Rochelle da Costa Cavalcante, Antonio Dean Barbosa Marques, July Grassiely de Oliveira Branco, Samira Rêgo Martins de Deus e Rosendo Freitas de Amorim.

2135

Cuidados Clínicos de Enfermagem na Prevenção do Câncer do Colo Uterino
Clinical Care of Nursing in the Prevention of Uterine Column Câncer

Francisco Antonio Carneiro Araújo, Glícia Mesquita Martiniano Mendonça, Francisca Alanny Rocha Aguiar, Francisca Bertília Chaves Costa e July Grassiely de Oliveira Branco.

2140

Normas de Publicação

FATORES PREDITIVOS DE LESÃO RENAL AGUDA EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

FACTORS OF KIDNEY INJURY IN HOSPITALIZED PATIENTS INDICATIVE ACUTE IN INTENSIVE CARE UNIT

Artigo Original

Elizabeth Mesquita Melo¹
Aglauvanir Soares Barbosa²
Lorena Naiane de Araújo Fernandes²
Nicole Silva França²
Suylane Saraiva Araújo²
Maria Alana Ferreira de Abreu²
Aline Mota Marques³
Felícia Maria Matias Silveira⁴
Maria Pacheco da Rocha⁵
Romana Maria Rodrigues Ponte Araújo⁵

RESUMO

Objetivou-se avaliar o desenvolvimento de lesão renal aguda em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de doenças infecciosas. Estudo exploratório descritivo, quantitativo, realizado na UTI de um hospital público, referência em doenças infecciosas, Fortaleza-Ceará, com 26 pacientes. Dados coletados de dezembro de 2013 a junho de 2014, analisados pela estatística descritiva. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética da instituição. A maioria dos pacientes era do sexo masculino, predominando a faixa etária de 40 a 59 anos. O principal diagnóstico médico foi a Aids. Foi identificada acidose metabólica nas 48 horas anteriores ao início da Hemodiálise (HD), com piora nas 24 horas anteriores ao tratamento. Não foram comprovadas alterações patológicas nos valores do

sódio (Na) e potássio (K), no intervalo de 48 e 24 horas antes da HD. Como fatores indicativos de lesão renal destacaram-se o aumento da ureia e creatinina, e a presença de acidose metabólica.

Palavras-chave: Lesão Renal Aguda; Indicadores; Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

NAimed evaluate the development of Acute Kidney Injury in ICU patients of infectious diseases. A descriptive, exploratory study, quantitative, performed in the Intensive Care Unit (ICU) of Hospital public, Fortaleza-Ceará, with 26 patients. Data collected from December

¹ Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Enfermeira do Hospital São José de Doenças Infecciosas e Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura. Coordenadora do Grupo de Ensino e Pesquisa em Assistência de Enfermagem a Pacientes Críticos (GPAEPC). Líder do Grupo de Pesquisa Tecnologias na Assistência Clínica (TEAC)/CNPq/UNIFOR). E-mail: elizjornet@yahoo.com.br

² Discente de Enfermagem da UNIFOR. Bolsista do Programa Aluno Voluntário de Iniciação Científica (PAVIC). Membro Efetivo do GPAEPC e do Grupo de Pesquisa TEAC.

³ Discente de Enfermagem da UNIFOR. Bolsista CNPq/PIBIC. Membro Efetivo do GPAEPC e do Grupo de Pesquisa TEAC.

⁴ Enfermeira graduada pela UNIFOR. Discente de Especialização em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro Efetivo do GPAEPC e do Grupo de Pesquisa TEAC.

⁵ Enfermeira graduada pela UNIFOR. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva.

2013 to June 2014, analyzed using descriptive statistical. The study was approved by the Ethics Committee of the institution. Most patients were male, predominant age range was 40-59 years. The main identified medical diagnosis was sida. The results indicated the occurrence of metabolic acidosis in 48 prior to the start of hemodialysis (HD), with worsening within 24 hours prior to treatment. As to the amounts of electrolytes sodium (Na) and potassium (K), pathological changes have not been proven or increased between 48 and 24 hours before hemodialysis. Predictors of renal damage stood out the increase in urea and creatinine, and the presence of metabolic acidosis.

Keywords: Acute Kidney Injury; Indicators; Intensive Care Units.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) objetiva prestar atendimento a pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis, que exijam assistência médica ininterrupta⁽¹⁾. No atendimento aos pacientes críticos internados em UTI, é essencial que haja o trabalho de uma equipe multiprofissional capacitada para o atendimento a essa clientela. Nesse contexto, cita-se a equipe de enfermagem como fundamental para a recuperação desses pacientes, por permanecerem mais continuamente com o paciente e, portanto, serem capazes de identificar alterações de forma mais precoce.

Levando em conta a gravidade e a instabilidade clínica do estado de saúde do paciente internado em UTI, é de vital importância sua avaliação diária pelo enfermeiro. Os procedimentos a que esses pacientes geralmente são submetidos justificam a necessidade desse controle, cabendo ao enfermeiro executar minuciosamente a avaliação clínica diária do paciente, podendo ser necessária sua realização mais de uma vez ao dia, caso o paciente apresente alguma alteração em seu quadro clínico⁽²⁾.

Ressalta-se que esses pacientes não raramente desenvolvem deterioração na função renal, sendo denominada Lesão Renal Aguda (LRA), decorrente de complicações no seu quadro clínico, as quais podem estar relacionadas à doença de base ou ao tratamento estabelecido.

A LRA pode ser definida como a redução da função renal, potencialmente reversível, independentemente de sua etiologia, ocorrendo o acúmulo de substâncias nitrogenadas como ureia e creatinina. Esse estado refere-se, principalmente, à diminuição do ritmo de filtração glomerular, disfunções do equilíbrio hidroeletrólítico e acidobásico, sendo também caracterizado por um volume de diurese inferior a 400 ml em 24 horas, o que se configura como oligúria⁽³⁾.

A função renal é primordial para o equilíbrio e o funcionamento do organismo, podendo ser afetada por várias patologias, causando alterações leves, moderadas e críticas. Dentre os cuidados de enfermagem prestados ao paciente com alterações renais internados em UTI está a diálise⁽⁴⁾.

Desse modo, a equipe atuante em UTI deve estar atenta aos sinais que possam indicar alterações precoces na função renal do paciente, os quais podem ser representados por alterações no nível de consciência, alterações nos exames laboratoriais (eletrólitos, ureia e creatinina), presença de distúrbios no equilíbrio acidobásico, dentre outros.

Na UTI, quando a deterioração da função renal do paciente é diagnosticada como LRA, o mesmo é submetido a tratamento clínico, por meio de diuréticos e a tratamento dialítico, sendo a hemodiálise geralmente a primeira opção.

A diálise é empregada para remover líquidos e produtos residuais urêmicos do organismo quando os rins não são capazes de fazê-lo. Pode ser utilizada para tratar pacientes com edema que não respondem a outros tratamentos, coma hepático, hipercalcemia, hipercalemia, hipertensão e uremia⁽³⁾.

O desenvolvimento do estudo poderá gerar informações importantes sobre os pacientes com falência renal em UTI, direcionando a assistência aos mesmos, além de possibilitar a identificação de fatores preditivos da LRA, contribuindo para o estabelecimento precoce de terapias substitutivas.

Diante do exposto, o estudo tem como objetivos: levantar os fatores preditivos que indicaram o tratamento hemodialítico desses pacientes; e conhecer o desfecho clínico dos pacientes.

METODOLOGIA

Estudo exploratório descritivo, prospectivo, com abordagem quantitativa. As finalidades dos estudos descritivos incluem a observação, descrição e documentação dos aspectos de uma determinada situação⁽⁵⁾. Os estudos quantitativos permitem a quantificação e o dimensionamento do universo pesquisado, sendo os resultados apresentados por meio de relatórios estatísticos⁽⁶⁾.

O local eleito para a realização do estudo foi um hospital público especializado em doenças infecciosas, localizado em Fortaleza-Ceará. A população foi representada pelos pacientes internados na UTI no período de dezembro de 2013 a junho de 2014, que evoluíram com LRA, sendo a amostra constituída por 26 pacientes, definida pelos critérios de inclusão: existência de exames laboratoriais que indicassem a falência renal (gasmometria arterial, ureia, creatinina, sódio e potássio); e que apresentasse registro sobre a realização de terapia renal substitutiva, especificamente a hemodiálise (HD). Como critérios de exclusão foram estabelecidos: permanência do paciente na UTI por um período inferior a 48 horas; e inconsistência de informações ou dados incompletos.

Os dados foram coletados no período de dezembro de 2013 a junho de 2014, com um roteiro de levantamento de dados contendo dados sociodemográficos e dados relacionados à história clínica do paciente, a partir dos prontuários dos pacientes, quando estes se encontravam internados na UTI. Os dados foram organizados em uma planilha no Excel, analisados com base na estatística descritiva e expostos em figuras.

Para a realização do estudo, foram respeitadas as normas e princípios para pesquisas envolvendo seres humanos⁽⁷⁾. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o protocolo nº. 272.409.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em relação aos dados sociodemográficos, a maioria dos pacientes era do sexo masculino (80,8%), predominando a faixa etária de 40 a 59 anos, seguida da faixa de 18 a 39 anos. Quanto ao estado civil, metade da amostra era de pacientes solteiros e a maioria (76,9%) era proveniente da capital. Com relação ao intervalo de tempo entre a admissão hospitalar do paciente na instituição até o encaminhamento para UTI, foi verificada uma média de 5,2 dias.

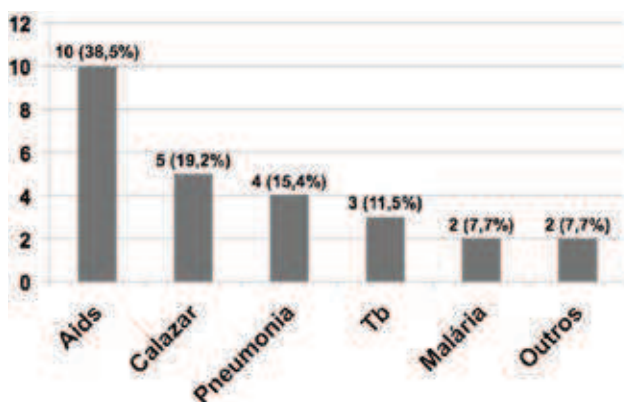


Figura 1. Distribuição dos pacientes segundo o diagnóstico médico. Fortaleza, 2014.

Na figura 1, destacou-se como o diagnóstico mais prevalente entre os pacientes a Aids (38,5%), seguida do Calazar (19,2%), Pneumonia (15,4%), Tuberculose (11,5%) e Malária (7,7%). Outros diagnósticos constatados (7,7%) incluíram a Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

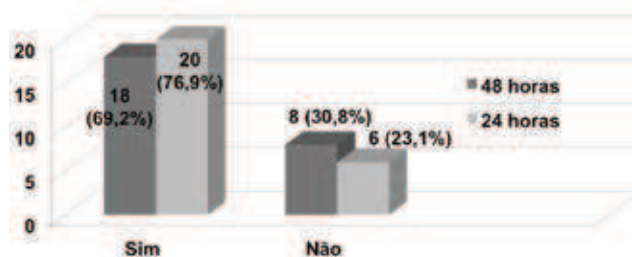


Figura 2. Distribuição dos pacientes segundo a presença de acidose metabólica. Fortaleza, 2014.

Nota-se a ocorrência de acidose metabólica entre os pacientes nas 48h e nas 24h antecedentes ao início do tratamento hemodialítico, sendo revelado piora no quadro dos pacientes, pois nas 48 horas, 18 pacientes (69,2%) apresentavam esse distúrbio acidobásico, e nas 24 horas esse número aumentou para 20 (76,9%), como observado na figura 2.

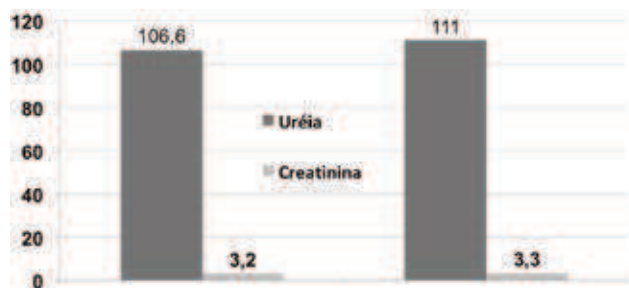


Figura 3. Média dos valores de ureia e creatinina nas 48h e 24h antes do início da hemodiálise. Fortaleza, 2014.

Na figura 3, observa-se elevação dos níveis de ureia e creatinina ao longo da piora da função renal do paciente, visto que nas 48h antes da primeira sessão de HD, o valor médio da ureia e da creatinina entre os pacientes era de 106,6 e 3,2, respectivamente. Já nas 24h antes da primeira HD, evidenciou-se um aumento, com os valores médios de ureia e creatinina de 111 e 3,3, respectivamente.

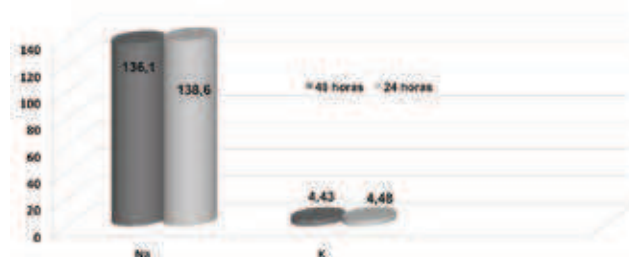


Figura 4. Média dos valores de Na e K nas 48h e 24h antes do início da hemodiálise Fortaleza. 2014.

No que diz respeito aos valores médios de sódio (Na) e potássio (K), não foi notada grande diferença no intervalo de 48h e 24h antes da HD, destacando-se um aumento de 2,5 no valor médio do Na e apenas 0,05 no valor médio do potássio, de acordo com a figura 4.

É conveniente salientar que não houve piora importante no volume urionário dos pacientes, pois nas 48h antes da HD, foram identificados 14 pacientes com oligúria ou anúria, sendo o mesmo número observado nas 24h antecedentes à HD.

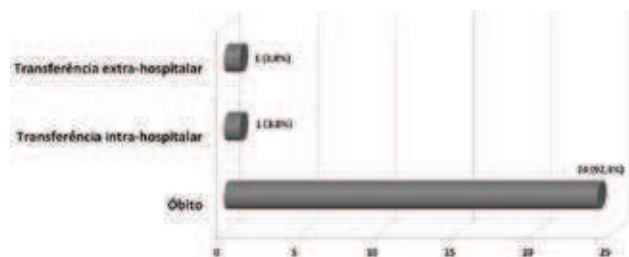


Figura 5. Distribuição dos pacientes segundo a evolução clínica. Fortaleza, 2014.

Em se tratando do desfecho clínico dos pacientes, os resultados apontam que a quase totalidade tiveram como desfecho o óbito (92,3%). Enfatiza-se que um paciente foi transferido para uma unidade na própria instituição e o outro para uma instituição hospitalar externa, de acordo com a figura 5.

Os resultados possibilitaram o conhecimento dos dados sociodemográficos dos pacientes, sendo notado que a maioria era do sexo masculino, com predominância da faixa etária de 40 a 59 anos, corroborando estudo anterior realizado em unidade crítica, o qual demonstrou média de idade de 54,7 anos entre os pacientes⁽⁸⁾. No que se refere ao estado civil, prevaleceram pacientes solteiros e a maioria proveniente da capital.

Um dado investigado no estudo, diz respeito ao intervalo de tempo entre a internação do paciente no hospital e sua admissão na UTI, tendo sido verificado uma média de 5,2 dias, sendo o principal diagnóstico médico associado à internação na UTI a Aids, seguida do Calazar e da Pneumonia.

A Aids representa uma epidemia mundial e embora pesquisas demonstrem que a doença vem sendo controlada de forma eficaz, a experiência assistencial com pacientes críticos, portadores de doenças infecciosas, demonstra que a doença ainda está bastante presente na população, respondendo por elevado número de internações em UTI.

Segundo o Ministério da Saúde, a infecção pelo HIV vem se tornando de caráter crônico evolutivo e potencialmente controlável, desde o surgimento da terapia antirretroviral combinada (TARV) e da disponibilização de marcadores biológicos, como CD4 e carga viral, para o monitoramento de sua progressão⁽⁹⁾.

A deterioração da função renal nos pacientes críticos é um evento comum, tendo em vista as mudanças homeostáticas relacionadas à doença de base ou ao tratamento estabelecido na UTI. Os marcadores de lesão renal englobam sinais clínicos, mas também alterações nos exames laboratoriais.

A LRA é uma das mais importantes complicações observadas em pacientes que estão hospitalizados. Sua incidência varia de acordo com as condições clínicas dos pacientes, sendo maior em UTI (20 a 40%) e menor em unidades de cuidados intermediários (1 a 7%)⁽¹⁰⁾.

Estudo sobre a injúria renal aguda em UTI evidenciou que a avaliação do paciente com essa complicação tem dois objetivos principais: determinar a etiologia e a extensão das complicações, através da história, exame físico e exames laboratoriais. Os exames laboratoriais iniciais abrangem a medida dos níveis séricos de ureia, creatinina, sódio, cloreto, potássio e bicarbonato. Os exames laboratoriais são importantes tanto para fins diagnósticos, como para a avaliação das complicações da LRA⁽¹¹⁾.

Os desequilíbrios de ácidos e bases estão comumente presentes em pacientes críticos, decorrentes de alterações respiratórias e metabólicas relacionadas a doenças ou a distúrbios nos sistemas, intervenções e tratamentos como ventilação mecânica, sistema aberto de drenagem gástrica e infusões de medicamentos, como sedativos, opióides e diuréticos⁽¹²⁾.

Nesse sentido, os pacientes foram investigados quanto à presença de acidose metabólica, uma vez que esses pacientes costumam apresentar tal distúrbio. Os resultados apontaram ocorrência de acidose metabólica nas 48h anteriores ao início do tratamento renal substitutivo, no caso a HD, em 69,2%, evoluindo com piora desse distúrbio, pois nas 24 horas anteriores ao tratamento, o percentual de pacientes com essa alteração se elevou para 76,9%.

Estudo sobre os distúrbios do equilíbrio acidobásico ressalta que a avaliação do estado acidobásico do sangue é rotineiramente realizada nas enfermarias e na grande maioria dos doentes atendidos em UTI. Qualquer que seja a doença de base, essa avaliação é fundamental, pois, além dos desvios do equilíbrio acidobásico propriamente dito, fornece dados sobre a função respiratória e as condições de perfusão tecidual⁽¹³⁾.

Os principais marcadores na atualidade indicativos da falência renal incluem a ureia e a creatinina, considerados parâmetros para o estabelecimento de medidas terapêuticas, como o uso de medicamentos que estimulem a função dos rins ou o tratamento substitutivo.

Desse modo, destaca-se que foi observada aumento nos níveis de tais marcadores no decorrer da evolução do quadro renal agudo do paciente, a julgar que nas 48 horas antecedidas à primeira sessão de HD, os pacientes apresentaram o valor médio de ureia de 106,6 e creatinina de 3,2. Ao ser comparado esses valores com os das 24 horas anteriores à HD, verificou-se elevação, com os valores médios de ureia e creatinina de 111 e 3,3, respectivamente.

As manifestações clínicas da LRA são incipientes, silenciosas e se confundem com sinais clínicos de diversas outras morbidades, sendo frequentemente percebidas quando constatadas alterações em exames laboratoriais de rotina, como a ureia e principalmente a creatinina. Elevações nos níveis séricos da creatinina são atualmente os sinais mais indicativos de comprometimento da função renal. Apesar de representar a principal estratégia de identificação dessa síndrome, a creatinina é considerada um teste específico, entretanto tardio, pouco sensível e impreciso, visto que se altera quando já existe perda de aproximadamente 50% da função renal⁽¹⁴⁾.

A creatinina corresponde a um parâmetro importante para diagnosticar problemas renais, representando um exame bastante solicitado em laboratórios de análises clínicas. A mesma é um composto orgânico nitrogenado não proteico formado a partir da desidratação da creatina, sendo um

exame específico para constatação da LRA, com valores normais para o indivíduo adulto inseridos entre 0,6 a 1,3 mg/dl⁽¹⁵⁾.

A ureia é outro exame, também solicitado em caso de suspeita de LRA; sintetizada no fígado a partir de CO₂ e amônia, a ureia é o principal produto do metabolismo proteico, circulando no sangue e sendo filtrada através dos rins, tendo a maior parte excretada na urina. Entretanto, não é tão específica para avaliação da função renal como a creatinina⁽¹⁵⁾.

Outro aspecto relevante e enfatizado neste estudo diz respeito aos valores dos eletrólitos do paciente, especificamente Na e K, em virtude destes estarem ligados a alterações renais. Porém, não foram comprovadas alterações patológicas, nem aumento no intervalo de 48 horas e 24 horas antes da HD.

Em relação ao volume urinário, é conveniente salientar que não houve piora importante nos pacientes, visto que nas 48 horas, foram identificados 14 pacientes que apresentavam oligúria ou anúria, sendo o mesmo número observado nas 24 horas antecedentes à HD.

Por último, foi investigado o desfecho clínico dos pacientes, sendo o principal desfecho o óbito, com a quase totalidade dos pacientes (92,3%). Pesquisa anterior que investigou a mortalidade em pacientes com LRA internados em UTI, não verificou diferenças estatísticas de mortalidade dos pacientes nos grupos dialíticos (42,1%) e não dialíticos (33,3%), embora o risco relativo de morte seja maior (26%) no grupo submetido a tratamento dialítico, demonstrando ainda que o tempo de permanência na UTI foi significativamente maior no grupo dialítico⁽¹⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A LRA aguda é uma das responsáveis pela alta taxa de mortalidade hospitalar, especialmente em UTI, todavia não deve ser colocada, de forma única, como fator isolado para as complicações dos pacientes, mas também como consequência da doença de base e de suas complicações.

Entre os fatores preditivos que se destacaram na pesquisa, encontra-se uma maior prevalência na Aids, seguida pelo Calazar e Pneumonia, o que pode indicar que os pacientes com imunossupressão são fortes candidatos a desenvolverem a falência renal, mas também, é importante afirmar que determinadas doenças de origem infecciosa já promovem alterações renais pela sua própria natureza, a exemplo do Calazar.

Os resultados apontam a ureia e a creatinina como marcadores importantes da função renal. Foram verificadas alterações importantes nos exames de ureia e creatinina nos pacientes do estudo, sendo que houve aumento visível das 48h antes do tratamento substitutivo até as 24h anteriores. Já no que concerne aos valores de Na e K, não foram observadas alterações em nenhum momento.

Um aspecto que merece destaque é a presença de distúrbio acidobásico pelos pacientes, no caso acidose metabólica, no período de 48h antes do início da HD, evoluindo com piora desse distúrbio, o que, com certeza, representou parâmetro essencial para a decisão pelo início do tratamento renal substitutivo.

O principal desfecho clínico dos pacientes foi o óbito, tendo em vista sua gravidade, associada à deterioração da função renal, a qual, na maioria das vezes, poderia ser detectada e diagnosticada precocemente, priorizando-se a avaliação diária dos pacientes como medida fundamental, reforçando a necessidade de prevenção efetiva e cuidadosa desta patologia.

REFERÊNCIAS

1. Jeronimo RAS, Cheregatti AL. Unidade de terapia intensiva – histórico e contexto atual. In: Jeronimo RAS, Cheregatti AL, Barreto APM, Gonçalves CCS, Oliveira EACM. Técnicas de UTI. São Paulo: Rideel;2011. p.9-18.
2. Ducci AJ, Bento SCT, Krokosczyk DVC, Nogueira LS, Padilha KG. Avaliação do paciente crítico. In: Padilha KG, Vattimo MFF, Silva SC, Kimura M. Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico. Barueri, SP: Manole;2010. p. 3-24.
3. Smeltzer SC, Bare AG. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2009.
4. Morton PG. Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2007.
5. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas;2011.
6. Creswell J. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. São Paulo: Artmed; 2007.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Informe Epidemiológico SUS. 2012,3:67-35.
8. Oliveira SM, Burgos MGPA, Santos EMC, Prado LVS, Petribú MMV, Bomfim FMTS. Complicações gastrointestinais e adequação calórico-proteica de pacientes em uso de nutrição enteral em uma unidade de terapia intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2010, 22(3):270-3.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
10. Ponce D, Zornenon CPF, Santos NY, Teixeira UA, Balbi I. Injúria renal aguda em unidade de terapia intensiva: estudo prospectivo sobre a

- incidência, fatores de risco e mortalidade. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*. 2011, 23(3):321-6.
11. Costa JAC, Vieira Neto OM, Moysés Neto M. Insuficiência renal aguda. *Medicina*. 2003, 36:307-24.
 12. Miranda MPF. Distúrbios no equilíbrio ácido-base. *In: Padilha KG, Vattimo MFF, Silva SC, Kimura M. Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico*. Barueri, SP: Manole; 2010. p.730-44.
 13. Furon RM, Pinto Neto SM, Giorgi RB, Guerra EM. Distúrbios do equilíbrio acidobásico. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*. 2010, 12(1): 5 -12.
 14. Magro MCS, Vattimo MFF. Avaliação da Função Renal: Creatinina e outros Biomarcadores. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2007, 19(2):185-5.
 15. Mehta RL, Kellum JA, Sudhir VS, Molitoris BA, Ronco C, Warnock DG, Levin A. Acute Kidney Injury Network: report of an initiative to improve outcomes in acute kidney injury. *Crit Care*. 2007,11(31):15-28.
 16. Bernardina LD, Dicciniz S, Belasco AGS, Bittencourt ARC, Barbosa DA. Evolução clínica de pacientes com insuficiência renal aguda em unidade de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm*. 2008, 21(número especial): 174-8.

Recebido em: 05.01.2017

Aprovado em: 20.01.2017

GESTAÇÃO DE MULHERES PORTADORAS DE TRANSTORNO MENTAL

PREGNANCY IN WOMEN WITH MENTAL DISORDERS

Artigo Original

Adriano Rodrigues de Souza¹
Milena de Holanda Mendes²
Tárita Valentim Ximenes²
Ana Débora Assis Moura³
Guldemar Gomes de Lima⁴
Aline Rodrigues Feitoza⁵

RESUMO

Objetivou-se descrever as alterações apresentadas durante o período gestacional de mulheres portadoras de transtorno mental. Estudo do tipo estudo de casos, com abordagem qualitativa. A coleta de dados aconteceu em novembro de 2011, com duas gestantes que apresentavam transtorno mental e realizavam acompanhamento em Centro de Atenção Psicossocial, em Fortaleza-CE, Brasil. Os fatores influenciadores observados foram: interrupção ou modificação medicamentosa devido à gestação; apoio familiar na estabilização e no controle das crises emocionais; aceleração dos fenômenos fisiológicos que intensificavam as alterações psicológicas. O apoio familiar e o suporte social são de grande relevância, tanto para a recuperação dos problemas mentais, como também durante o período gestacional de gestantes portadoras de transtorno mental.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Gestação; Saúde Mental; Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to describe the changes presented during the pregnancy of women with mental disorders. This is a case study with qualitative approach. Data collection happened in November 2011, with two pregnant women who had mental disorders and were being monitored in a Psychosocial Care Center, in Fortaleza-CE, Brazil. The influencing factors were: drug interruption or modification due to pregnancy; family support in stabilization and control of emotional crises; acceleration of physiological phenomena that intensified psychological changes. The family and social support have great importance, both for the recovery of mental health problems as well as during the pregnancy of women with mental disorders.

Keywords: Women's Health; Pregnancy; Mental Health; Nursing.

¹ Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Atua na Secretaria de Saúde de Fortaleza - Ceará. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

² Enfermeira. Atua na Medicina Preventiva da Unimed Fortaleza.

³ Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública pela Universidade das Ciências Empresariais e Sociais (UCES) – Buenos Aires/Argentina. Mestre em Enfermagem pela UFC. Assessora Técnica das Ações de Imunização da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e atua na Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza-CE. E-mail: anadeboraam@hotmail.com

⁴ Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR.

INTRODUÇÃO

A gestação é um momento de mudanças fisiológicas, sociais, familiares e psicológicas. Sua evolução ocorre na maior parte dos casos sem intercorrências⁽¹⁾. No entanto, parcelas de gestantes apresentam características específicas, podendo apresentar gestação desfavorável, com quadro sintomatológico de ordem clínica ou psíquica.

Nesse contexto, o profissional deve tornar-se instrumento para que a cliente adquira autonomia no agir, aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse, crise e decisão. Um dos momentos na vida da mulher, em que esta vivencia uma gama de sentimentos, é durante a gravidez que, se desejada, traz alegria, se não esperada, pode gerar surpresa, tristeza e, até mesmo, negação⁽²⁾.

O pré-natal torna-se atividade primordial no acompanhamento da gestação, visando cuidar da saúde da mulher e do bebê, até que o parto ocorra⁽³⁾. Neste é incluída a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento de problemas que possam ocorrer durante o período gestacional e após o parto.

A assistência pré-natal compreende um conjunto de procedimentos que objetiva prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis à gestação, ao parto e ao recém-nascido. A ausência e/ou deficiência desta está relacionada a maiores índices de morbidade e mortalidade materna e perinatal⁽⁴⁾ e sua adesão condiciona-se com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde.

No Brasil, apesar da ampliação na cobertura pré-natal, chegando a 95% em algumas regiões e do aumento no número de consultas (1,2 consulta/parto em 1995, para 5,1 consultas/parto em 2003), ainda se observa que a redução dos riscos à gravidez com consequente melhora dos indicadores de saúde materna e fetal está longe do idealizado⁽⁵⁾.

O Estado do Ceará vem apresentando elevação dos indicadores de pré-natal, em 2008 das 134.282 gestações ocorridas no Estado, 50% realizaram mais de sete consultas, já em 2009, foram 52% para 130.934 gestações, e em 2010 foram registrados 56% de consultas acima de sete comparecimentos⁽⁶⁾. Seguindo o padrão do Estado, a capital, Fortaleza, apresenta aumento considerável nos indicadores de pré-natal. Entre os anos de 2008 a 2010 apresentou-se aumento de três pontos percentuais, registrando indicadores de 39%, 41% e 42%, de consultas com sete ou mais comparecimentos⁽⁷⁾.

Um dos transtornos que pode ocorrer durante o período gestacional é a depressão, influenciando negativamente na gestação, uma vez que os sintomas interferem no desempenho das gestantes quanto ao autocuidado e à adesão ao tratamento. Observa-se que, muitas vezes, são cobradas das gestantes comportamentos que demonstrem felicidade, afeto e cuidados para com a gestação. Sendo assim, as mulheres que apresentam sintomas depressivos podem se culpar por não poderem corresponder a estas expectativas. É importante, nesse momento,

que se realize avaliação adequada para se discriminar sintomas e sentimentos presentes durante o período gestacional⁽¹⁾.

A mulher quando gestante se torna um ser frágil, com alterações constantes de humor, podendo acarretar sentimentos negativos para o feto. Nem sempre a gestante estará psicologicamente bem, para transmitir afeto e felicidade para o bebê, pois muitas podem vir a ter problemas pessoais que lhes tragam exclusão do filho.

Somam-se à depressão os Transtornos Mentais Comuns (TMC), que durante a gestação, incluem sintomas depressivos não psicóticos, ansiedade e queixas somáticas que afetam o desempenho das atividades diárias. Os sintomas dessa categoria são: dificuldade de concentração, esquecimento, insônia, fadiga, irritabilidade, sensação de inutilidade, queixas somáticas, entre outros⁽⁸⁾.

A observação da gestante de forma holística e a realização de anamnese precisa e identificadora, por parte do profissional de saúde, facilitam a identificação de problemas gestacionais precocemente e assim evita manifestação dos TMC. Se o serviço e os profissionais assumirem essa posição de igualdade, respeito e confiança em relação às experiências e aprendizagens adquiridas, a relação será de desenvolvimento emocional e crescimento mútuo. Portanto, o aspecto fundamental da assistência pré-natal eficiente deve incluir o cuidar à mulher grávida, considerando as necessidades biopsicossociais e culturais⁽⁹⁾.

Essa conjuntura remete à exigência de assistência pré-natal adequada, de forma a garantir não somente o bem-estar físico da gestante, como também a dimensão emocional envolvida, principalmente se considerar que esta tem repercussão direta no desenvolvimento físico, no psiquismo fetal e, consequentemente, na vida futura deste ser humano⁽¹⁰⁾.

Além da assistência pré-natal, a gestante necessita de atenção à saúde mental organizada em rede, com reabilitação psicossocial, intersetorialidade das ações, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da saúde e autonomia. As ações em saúde devem emergir com sensibilidade, responsabilidade, acolhimento e escuta qualificada⁽¹¹⁾.

A integração do estado psicossocial da gestante no contexto assistencial do pré-natal tem que ser contemplado como ponto fundamental do desenvolvimento saudável desta gestação. Isso fará com que fatores de risco ao desenvolvimento de transtornos mentais característicos da gestação sejam detectados precocemente, e que situações especiais, como a de gestantes portadoras de algum transtorno mental recebam assistência diferenciada.

A partir desse contexto, objetivou-se descrever as alterações apresentadas durante o período gestacional de mulheres portadoras de transtorno mental. E, assim, proporcionar estudo científico capaz de munir a Rede de Atenção em Saúde Mental (RASM), em colaborar com assistência diferenciada às usuárias em momento tão importante da vida.

METODOLOGIA

Trata-se de relato de casos, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Secretaria Executiva Regional V (SERV). A coleta dos dados empíricos aconteceu neste CAPS devido à proximidade com esta unidade. Os sujeitos da pesquisa foram duas gestantes que realizavam tratamento no referido CAPS, tendo como critério de inclusão: ser portadora de transtorno mental; estar grávida no momento da coleta, independente de faixa etária; estar realizando pré-natal; ser acompanhada no CAPS da SERV; ser moradora do município de Fortaleza; e aceitar participar da pesquisa. Outras duas gestantes convidadas para os grupos iniciais não aceitaram participar do estudo.

As etapas do estudo ocorreram em dois momentos: primeiramente uma visita ao campo, fato que permitiu entender como funciona, conhecendo a estrutura, os atendimentos e as atividades desenvolvidas para a comunidade. O CAPS é um espaço público aberto a pessoas adultas, de ambos os sexos, portadoras de transtornos mentais severos ou persistentes, que causem prejuízo no desempenho dos papéis desejados na vida.

A unidade da SERV teve sua inauguração realizada no dia 11 de novembro de 2005, com funcionamento previsto para acontecer de segunda a sexta-feira, das 8 às 17h. A equipe que compunha o CAPS, lócus do estudo, era formada por dois Assistentes Sociais, um Farmacêutico, um Auxiliar de Farmácia, duas Enfermeiras, três Médicos Psiquiátricos, três Terapeutas Ocupacionais, quatro Psicólogos, duas Técnicas em Enfermagem. As atividades desenvolvidas eram: acompanhamentos terapêuticos grupais e individuais; tratamento psiquiátrico; assistência social; assistência farmacêutica; terapia ocupacional; oficinas de arte-terapia; terapias corporais; grupos terapêuticos; assistência a familiares de usuários, através do grupo “cuidando do cuidador”; e visitas domiciliares de acompanhamento dos usuários.

O segundo contato possibilitou conhecer as potenciais gestantes que participariam do estudo. Foram agendados encontros com quatro gestantes, comparecendo duas. Este encontro aconteceu em novembro de 2011, data inicial da coleta de dados. Inicialmente, as gestantes foram inseridas em sala reservada, momento que se explicou o objetivo da pesquisa, e em seguida, leu-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para posterior assinatura.

Os dados empíricos foram gravados, cada gestante relatou um pouco da sua história. Esta conversa aconteceu em uma roda de conversa. Ao final do encontro, marcou-se outro dia para realização de entrevista mais específica, individualmente, com perguntas pertinentes ao estudo.

No dia marcado, as duas participantes compareceram e realizou-se coleta específica dos dados para pesquisa. Ressalta-se que ambas concordaram em gravar a entrevista. Em seguida, os dados foram transcritos na íntegra, sendo ordenado em colunas verticais e horizontais. Em seguida, realizou-se

“leitura flutuante”, em que se identificaram as principais categorias empíricas e analíticas do estudo.

Após classificar os dados, articularam-se as categorias empíricas com o contexto em literaturas pertinentes. A análise dos dados ocorreu através da técnica de triangulação do material empírico, que possibilitou o cruzamento entre as diferentes informações levantadas. Em seguida, articulou-se com o referencial teórico, analisando de acordo com a literatura condizente ao assunto.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMPE) da Universidade de Fortaleza, conforme parecer N° 393.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas foram realizadas com duas gestantes. A primeira trata-se de SSP (G1), 31 anos, quatro meses de gestação do terceiro filho, sem aborto. Não estava trabalhando, porém exercia afazeres do lar. Residente com a mãe e as filhas, pois não gostava ficar sozinha em casa, já que entrou em crise na segunda gravidez. Fazia pré-natal no Posto de Saúde próximo a sua casa, havendo realizado quatro consultas. Há quatro anos era acompanhada pelos CAPS da SERV com diagnóstico médico de depressão, tendo relatado as primeiras crises no transcorrer da segunda gestação. Até o momento do diagnóstico de gravidez, fazia uso das medicações Floxetina e Diazepam. No período da entrevista, informou que não estava mais fazendo uso das medicações, pois afetaria a formação do bebê, segundo orientação médica. A mesma não relatou nenhuma doença de base.

A segunda gestante entrevistada foi FES (G2), 20 anos, quatro meses de gestação do primeiro filho, sem aborto. A paciente relatou que sempre sonhou em ser mãe. Residia com o seu parceiro, mas passava a maior parte do tempo com a mãe e os irmãos, ajudando nos afazeres domésticos. Apresentava indícios de transtorno mental desde a infância, sendo acompanhada por pediatras, psicólogos e outros especialistas de diversas unidades hospitalares, em que foi detectado algum tipo de transtorno.

Era acompanhada pelo CAPS, em que fazia uso de Diazepam, Tequelol, Neosine, Gardenal e Haloperidol. Relatou que dormia mal, apresentava crises de medo e ansiedade, via vultos e ficava agressiva. Iniciou o pré-natal na Unidade de Saúde mais próxima à sua residência, porém foi encaminhada para um Hospital/Maternidade por ser uma gravidez de risco, havendo realizado primeira consulta de pré-natal.

Transtorno Mental, Medicalização e Gravidez

O período gestacional é marcado por inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, as quais podem refletir diretamente na saúde mental da gestante. As mudanças provocadas pela vinda do bebê não se restringem apenas às variáveis psicológicas e bioquímicas, envolvem também fatores socioeconômicos.

A gestação é fator de risco para recaída de condição psiquiátrica pré-existente ou início de um novo transtorno mental. Prova disso é a alta prevalência de transtornos de ansiedade e de humor em gestantes. Neste estudo, constatou-se que a interação transtorno, medicalização e gravidez apresentaram-se como desencadeadores de diversos conflitos, fossem de ordem familiar ou mesmo individual.

A presença de transtornos psiquiátricos é bastante comum em mulheres no período reprodutivo e seu tratamento durante a gestação é complexo, o que requer tomada de decisões clínicas difíceis. Apesar da morbidade associada às patologias psiquiátricas, existe tendência de se evitar o uso de psicofármacos durante a gestação por apresentarem malformações fetais⁽¹²⁾.

As gestantes pesquisadas relataram que a ausência do uso do medicamento tinha provocado alterações em seu viver:

Não posso tomar a medicação. Não tenho mais vontade de me cuidar, de me ajeitar, e isso fica na minha cabeça. Eu acho que não vou ter capacidade de cuidar das minhas filhas e do neném que vai nascer [G1].

Eu parei de tomar os medicamentos, brigo com todo mundo, horas penso que vou morrer, não vou poder criar meu filho. [G2].

Segundo as entrevistadas, os medicamentos mais utilizados por elas, e que tiveram que interromper por conta da gestação, foram: Diazepam, Floxetina, Neosine e Haloperidol. Ao pesquisar a interação medicamentosa destes com a gestação, percebeu-se que todos, com exceção do Haloperidol, são contra indicados em casos de gravidez e amamentação sem orientação médica, uma vez que os metabólitos atravessam a barreira placentária e atingem o leite materno.

Estudos mostram que não foram achados indícios de aumento de malformações congênitas em crianças expostas ao haloperidol durante o primeiro trimestre de gestação. Trata-se de uma das medicações mais seguras e tem sido a favorita por ter menos efeitos colaterais anticolinérgicos, hipotensores e anti-histamínicos⁽¹²⁾. Na decisão de se usar um psicofármaco, é preciso analisar se a relação risco-benefício potencial da droga justifica seu emprego e se outros recursos foram devidamente explorados.

Me consultei com o Doutor (psiquiatra) e ele disse para parar de tomar o Diazepam, e me passou um antidepressivo que não faz mal ao bebê, mas não consigo, tenho medo de voltar tudo de novo. [G1].

Com a interrupção abrupta de alguns psicofármacos, a paciente pode vir a ter uma síndrome de retirada, em virtude da dependência, que se caracteriza por inquietude, nervosismo, taquicardia, insônia, agitação, ataque de pânico, fraqueza, cefaleia, fadiga, dores musculares, tremores, náuseas, vômitos, diarreia, câibras, hipotensão, palpitações, tonturas, hipersensibilidade a estímulos, fotofobia,

perturbações sensoriais, dentre outros, podendo assim, influenciar em futuros conflitos no âmbito familiar⁽¹³⁾.

Com isso, observa-se aumento na sintomatologia clínica, ou mesmo no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos.

Eu fico com uma moleza muito grande, tenho a sensação de não ter nada para fazer, mas tem muita coisa, não tenho mais vontade de sair, fico ansiosa, não tenho mais vontade de me cuidar, de me ajeitar, e isso fica na minha cabeça [G1].

Durante a gravidez, o organismo feminino produz hormônios sexuais e não sexuais pela placenta, o que pode acarretar mudanças orgânicas e comportamentais significativas, não condizentes com os comportamentos habituais. Muitas vezes, a gestante poderá passar por mudanças físicas e psicológicas, verificando-se sintomas comuns no primeiro trimestre, como no caso das entrevistadas, que são aumento de cansaço, irritabilidade, mudanças de apetite, prazer diminuído e distúrbios do sono⁽¹⁾.

Descoberta da gravidez e apoio familiar

A descoberta da gravidez pode ser fonte de estresse, principalmente se estiver relacionada ao baixo nível social, ao desemprego, ao conflito conjugal, à falta de apoio social e ambivalência sobre a gestação. O apoio familiar deve existir em todos os momentos, podendo influenciar o indivíduo, tanto positiva como negativamente.

Minha gravidez não foi planejada, assim que recebi fiquei alegre e feliz, só que com a gravidez vem os problemas [G1].

Não foi planejada. Conte para meu companheiro e ele não teve nenhuma reação, não mostrou interesse, e muito menos feliz, fiquei muito triste, e não tirava a forma como ele havia me tratado da cabeça [G2].

Na vida dessas mulheres, a convivência com o parceiro, a participação deste, o tipo de ajuda prestada, pode ou não ser fonte geradora de estresse, visto que se trata de mulheres com elevado nível de exigência para si e, conseqüentemente para os outros, até com relação às tarefas domésticas⁽¹⁴⁾.

A maioria das mulheres considera que ser mãe faz parte de um sonho ou de sua realização como mulher. Apresentam atitudes positivas em relação à gravidez, principalmente se foi desejada e planejada. Contudo, poderão surgir conflitos psicológicos, envolvendo com frequência suas conjeturas sobre o novo papel que terá de representar⁽¹⁵⁾.

Fiquei muito feliz, pois tinha um sonho de ser mãe. Eu via minha irmã cuidando dos filhos dela, e sabia que minha hora iria chegar [G2].

O acúmulo de eventos estressores pode gerar importantes danos à saúde física e mental da gestante. Gestantes depressivas, quando comparadas a um grupo de controle,

manifestam mais eventos estressores, percepção de impacto negativo mais intenso e maior prevalência de eventos independentes⁽¹⁶⁾.

Com o ritmo acelerado das mudanças fisiológicas na fase puerperal, surgem exigências sociais, familiares e pessoais em relação à puérpera, no que corresponde ao desempenho das funções maternas adequadas. Essa realidade intensifica as alterações psicológicas nas grávidas, podendo afetar a interação mãe-filho, bem como a relação familiar e principalmente a vida conjugal⁽¹⁷⁾.

As identificações precoces dessas alterações psicológicas contribuiriam para implementação de medidas de cuidado.

A única coisa que consigo pensar é que vou ficar doente e minha mãe é quem vai cuidar do meu bebê, não consigo pensar em coisa boa [G1].

Devido ao estigma associado à doença mental, a maternidade para essas mulheres é motivo de questionamento pessoal e social, quanto à capacidade em desempenhar os papéis a ela reservados. O peso da maternidade torna-se, assim, mais um fator de conflito que as conduz para a busca de si e tentativas de se encontrarem, pois aponta para divergência interna com que essas mães lidam constantemente nos seus papéis maternos em meio ao transtorno mental⁽¹⁴⁾.

Depois da minha gravidez, eu vou voltar a tomar todos meus medicamentos, e viver como era antes, só que agora com mais responsabilidade, porque eu sei que vou ter que cuidar do meu filho [G2].

A família assume papel de grande relevância para recuperação do portador de transtorno mental, na tentativa de integrá-lo à sociedade, passando a ser vista, potencialmente, como reabilitação a ser conquistada. Então, estudos vem buscando verificar os impactos do transtorno mental sobre o contexto familiar, bem como as percepções de familiares acerca das suas manifestações, além de priorizar o olhar do portador, na sua procura para equilibrar demandas sociais e necessidades decorrentes do transtorno mental⁽¹⁴⁾.

As gestantes entrevistadas relataram que sempre tiveram apoio familiar, pelo fato de serem portadoras de transtornos mentais e estarem gestantes.

Tenho medo de o meu neném nascer e eu ficar mais incapaz ainda pelo fato de eu não ter coragem de fazer nada. Voltei até a morar com minha mãe que é quem mais me ajuda [G1].

Como minha gravidez é de risco por causa do meu problema, tinha medo de perder meu bebê, eu não me levantava, não reagia a nada, eu não ia para fora de casa, porque tinha medo de levar um susto, e perder meu filho. Foi minha família quem mais me ajudou [G2].

A gestação é um evento complexo, em que ocorrem diversas mudanças na vida da mulher. Trata-se de experiência repleta de sentimentos intensos, variados e ambivalentes, que podem dar vazão a conteúdos inconscientes da mãe. Como por exemplo, o medo de perder o bebê, ansiedade da hora do parto, de não saber como cuidar do futuro filho; e essa gama de sentimentos geralmente ocorre em primigestas, e se acentua em gestantes com transtorno mental. A relação da mãe com o filho começa na gestação e será a base da relação mãe-bebê, a qual se estabelecerá depois do nascimento e ao longo do desenvolvimento da criança⁽¹⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer a interação entre gestação e transtorno mental possibilitou descrever a experiência da maternidade em mulheres portadoras de transtorno mental, patologia que pode ocasionar grandes prejuízos tanto para saúde da mãe como para o desenvolvimento do feto. Neste estudo, abordou-se, mediante as falas das mães, como estas enfrentavam o fato de terem que modificar e alterar tratamentos, objetivando beneficiar o filho.

Uma das primeiras modificações é a interrupção ou modificação medicamentosa, em que as gestantes sofrem alterações significativas no estado emocional, passando a apresentar agressividade, ansiedade, intensificam os conflitos familiares e impulsionam o medo de perder o filho. Estes fatos foram identificados e relatados pelas gestantes entrevistadas. Com base neste relato, constatou-se que o apoio familiar é de suma importância para estabilização e controle das crises emocionais destas gestantes.

É cediço que a maternidade acelera fenômenos fisiológicos que intensificam alterações psicológicas que afetam as gestantes sem transtornos mentais e principalmente gestante portadora de transtorno mental. Intensificam-se nesta angústias e tensões, já que tem que lidar com as alterações provenientes da doença somadas com as atribuições que terá com a chegada do bebê.

Essa expectativa e tensão que a gestante vivencia exercem grande impacto sobre a dinâmica da vida pessoal e familiar. Ademais, reitera-se que o apoio familiar, bem como o suporte social é de grande relevância, tanto para recuperação dos problemas mentais como também para o período gestacional de gestantes portadoras de transtornos mentais.

Assim, profissionais enfermeiros devem concretizar assistência de enfermagem de forma holística, de modo a propiciarem bem-estar físico, mental e, sobretudo, gestação sem agravamento.

REFERÊNCIAS

1. Baptista MN, Baptista ASD, Torres ECR. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic – Revista de Psicologia*, Vetor Editora 2006; 7(1):39-48.
2. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):477-8.
3. Schmidt W, Oliveira SGM, Hoepers C, Gehrke J. Cuidados de Enfermagem no Pré-natal [Internet]. [citado 2011 set 9]. Disponível em: http://www.furb.br/formularios/aleitamento/anais/ots/art_ots_04.pdf.
4. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2009; 25(11):2507-16.
5. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Informações de Saúde [Internet]. [citado 2011 abr 20]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>.
6. Ceará. TABNET. Informações de Saúde [Internet]. [citado 2011 abr 27]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinan/pce/cnv/pce.def>.
7. Secretaria de Saúde de Fortaleza (CE). Dados Epidemiológicos - TABNET [Internet]. [citado 2011 abr 26]. Disponível em http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/vigilancias_EpidemiologicaTabnet.asp.
8. Silva RA, Ores LC, Mondin TC, Rizzo RN, Moraes IGS, Jansen K, et al. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. *Caderno de Saúde Pública*. 2010; 26(9):1832-8.
9. Falcone VM, Mäder CVN, Nascimento CFL, Santos JMM, Nóbrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39(4):612-8.
10. Silva WV, Stefanelli MC, Hoga LAK. A relevância da comunicação terapêutica para o atendimento da dimensão emocional da gestante na assistência Pré-Natal. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2002; 17(3):35-44.
11. Cossetin A, Olschowsky A. Avaliação das ações em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: necessidades e potencialidades. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2011; 32(3):495-501.
12. Blaya C, Lucca G, Bisol L, Isolan L. Diretrizes para o uso de psicofármacos durante a gestação e lactação. Porto Alegre: Artmed; 2005.
13. Cordioli VC. Psicofármacos nos transtornos mentais [Internet]. [citado 2011 nov 10]. Disponível em: http://www.ufrgs.br/psiq/Caballo%206_8.pdf.
14. Soares MVB, Carvalho AMP. Mulheres portadoras de transtornos mentais e a maternidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2009; 17(5):632-8.
15. Prazeres ATA, Castro RCBM. Revisão bibliográfica dos transtornos mentais da gravidez, parto e puerpério. *Revista de Enfermagem UNISA*. 2000; 1:5-7.
16. Esper LH, Furtado EF. Associação de eventos estressores e morbidade psiquiátrica em gestantes. *SMAD, Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas* [online]. 2010 [citado 2011 abr 10]; 6(n. esp.):368-86. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38723/41576>
17. Gomes LA, Torquato VS, Feitoza AR, Souza AR, Silva MAM, Pontes RJS. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2010; 11(n. esp.):17-23.
18. Borsa JC. Considerações acerca da relação Mãe-Bebê da Gestação ao Puerpério. *Porto Alegre: Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade*; 2007.

Recebido em: 10.01.2017

Approved em: 25.01.2017

COMPREENSÃO DE HOMENS NORDESTINOS SOBRE SEXUALIDADE

UNDERSTANDING OF NORTHEASTERN MEN ON SEXUALITY

Artigo Original

Bruna Barbara Fernandes Moura Baía¹
Ana Angélica Viana Diniz Sampaio²
Ticiane Santana Gomes²
Geisy Lanne Muniz Luna³
Valéria Freire Gonçalves⁴
Danielle Teixeira Queiroz⁵

RESUMO

Objetivou-se compreender a percepção de homens nordestinos sobre o termo sexualidade. Tratou-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado com 28 homens universitários do curso de Direito através de entrevista semiestruturada, gravadas pós-consentimento dos participantes e analisadas mediante construção de temática: gênero e preconceito - uma visão machista da sexualidade. Percebeu-se que a sexualidade na fala dos entrevistados é algo sem controle, que sofre exploração da mídia além do preconceito por muitas pessoas o que torna o tema banalizado. Observou-se que o tema ainda é de difícil argumentação, e isto é decorrente da ausência de uma abordagem de qualidade sobre a temática, para que o jovem tenha uma compreensão e visão mais abrangente sobre o assunto, deixando de lado a cultura machista. A escassez de discussões sobre a temática pode tornar a saúde do homem fragilizada, devido aos comporta-

mentos de risco que estes possam vir a ter quando iniciarem sua vida sexual.

Palavras-chave: Saúde do Homem; Sexualidade; Educação Sexual; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

The objective was to understand the perception of Northeastern men on the term sexuality. This was a descriptive qualitative study, conducted with 28 college men from the Law Course through semi-structured interviews, recorded after consent of the participants and analyzed by the building theme: gender and prejudice - a sexist view of sexuality. It was noticed that sexuality in the speech of respondents is something out of control, suffering media exploitation beyond prejudice by many people which makes the subject trivialized. It was observed that this issue is still a difficult

¹ Enfermeira. Graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UNIFOR.

² Enfermeira. Graduada pela UNIFOR. E-mail: brunafernandes@edu.unifor.br

³ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Docente do Doutorado de Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente e Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR.

⁴ Enfermeira técnica da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UFC/UECE/UNIFOR.

⁵ Enfermeira assistencial da Secretaria Municipal de Fortaleza (SMS). Docente do Curso de Enfermagem da UNIFOR. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UFC/UECE/UNIFOR.

argument, and this is due to the absence of a quality approach on the subject, so that the young have a more comprehensive understanding and insight into the subject, leaving aside the sexist culture. The lack of discussion on the topic can make the health of the man more fragile, because of the risk behaviors they may have when they start their sexual life.

Keywords: Man's Health; Sexuality; Sexual Education; Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

A sexualidade masculina tende a ser um tema que traz inquietação, uma vez que pode estar relacionado à identidade e virilidade do homem, mais precisamente sua iniciação sexual⁽¹⁻³⁾. Mesmo diante de tanta polêmica, o termo sexualidade continua a desafiar a ciência, visto que, faz parte de um grupo seleto de temáticas pouco exploradas em termos de significação e aprofundamento teórico.

A sociedade é exposta a mudanças diversas com relação à sexualidade, isso se deve à nova visão sobre contracepção, divisão de trabalho e desigualdade de gênero. A visão de união vem se modificando ao longo do tempo e associada a essa condição também modificou a visão sobre sexualidade, onde o elemento masculino, está associado à imagem de machismo e de virilidade, submetidos à imagem de chefe de família bem como a sociedade espera de um homem⁽⁴⁾. Esta cultura manteve-se intacta durante séculos e vem se modificando. Porém, em questão de sexualidade o homem sempre manteve sua característica dominante.

Historicamente o homem inicia a vida sexual precocemente. O ato sexual tende a ser praticado com várias parceiras, cometendo adultério, poligamia, e, muitas vezes, essas ações são aprovadas pela sociedade. Estes ritos são considerados comportamentos masculinos que englobam padrões culturais relacionados à reação de poder⁽⁵⁻⁶⁾.

No que se refere aos atributos de masculinidade do homem nordestino, essas características são acentuadamente fortes. A expressão "cabra macho", que se refere ao homem destemido, valente e corajoso, relaciona-se com ascensão social. Mesmo com toda essa dominância, atualmente o homem vem revelando que pode agir e pensar diferente, dentro de seu universo, incertezas surgem, e falar de si pode ser interpretado como fraqueza ou ausência de masculinidade⁽⁷⁾. Estudo⁽⁸⁾ revela que o homem têm dificuldade em expressar de forma clara a sua opinião sobre o tema sexualidade.

Diante do contexto, o estudo se justifica por trazer uma discussão sobre as perspectivas masculinas diante da sexualidade do homem como foco de atenção. A pesquisa também intenciona ampliar o conhecimento adquirido em pesquisas anteriores abrindo espaço para discussão da sexualidade masculina como um tópico desvinculado da doença, enfocando com maior rigor à prevenção e promoção de uma sexualidade saudável. Pretendendo discorrer sobre como o homem compreende o termo sexualidade e assim ousar aprofundar

seu conceito desconstruindo ou construindo novo paradigma anteriormente disposto.

Dentro do contexto da sexualidade existe uma complexa gama de fatores como gênero, identidade sexual, orientação/preferência sexual, erotismo, envolvimento emocional, fantasias, desejos, crenças, valores, atitudes, que influenciam os jovens a iniciar cada vez mais cedo sua vida sexual. E a partir dessa realidade surgem alguns questionamentos: O que os homens pensam ser o termo sexualidade? Na sua percepção, sexo e sexualidade é a mesma coisa?

Tendo a necessidade de responder aos questionamentos o estudo tem por objetivo compreender a percepção dos homens nordestinos sobre o termo sexualidade.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, uma vez que se propõe a investigar a compreensão de determinado fenômeno, aqui destacado pela percepção dos homens sobre o termo sexualidade.

O cenário da pesquisa foi uma Universidade Privada situada na cidade de Fortaleza-Ceará. Participaram do estudo homens universitários, pertencentes ao curso de Direito. E para seleção dos participantes foram adotados os seguintes critérios: ter idade mínima de 18 anos; estar regularmente matriculado no curso em questão; e aceitar espontaneamente a participar do estudo. A amostra mesmo tendo esses critérios de elegibilidade também foi definida por conveniência, visto que foi realizado convite formal aos universitários do curso de Direito durante o período de aula. Nesta ocasião, solicitou-se ao coordenador do curso um espaço para a formalização do convite durante o final de uma aula.

A coleta das informações ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, contemplando aspectos socioeconômicos, culturais e uma pergunta norteadora: 1) Na sua opinião, o que significa o termo sexualidade? As entrevistas tiveram o apoio do gravador digital. Foram agendadas em horário conveniente para o participante do estudo e realizadas em local que garantisse a privacidade, para uma melhor expressão das percepções. Para cada participante foi solicitado assinatura do termo de consentimento livre, esclarecido, confirmando sua autorização para participação da pesquisa. O encerramento das entrevistas ocorreu por saturação das respostas, tendo gerado ao final uma totalidade de 28 entrevistados.

Após coleta de dados procedeu-se análise das informações usando para tanto o referencial de construção de temáticas⁽⁹⁾. Sendo respeitadas as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na fase interpretativa foi adicionada a triangulação do conceito de sexualidade, como referencial teórico, juntamente com as narrativas dos participantes apoiado nas observações do pesquisador. Essa etapa consistiu do exercício interpretativo pretendido após finalização da análise dos dados.

A pesquisa obedeceu aos critérios estabelecidos pela Resolução 466/12 que rege pesquisa envolvendo seres humanos e obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, recebendo parecer de Nº 31327.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O universo dos informantes foi composto de 28 homens, com faixa etária variando entre 19 a 44 anos. Quanto ao estado civil, sua totalidade foi de homens solteiros. Corroborando com esse estudo, uma pesquisa realizada com universitários do Sul do Brasil encontrou perfil semelhante no aspecto da faixa etária dos jovens universitários⁽¹⁰⁾.

No que se refere à profissão, a maioria dos homens entrevistados são estudantes e em menor quantidade professores secundaristas. Uma significativa proporção deles é procedente de Fortaleza, também sendo identificado participantes do interior do estado do Ceará. Em se tratando da renda, a grande maioria não possuía renda pessoal, e uma parcela pequena dos homens possuíam renda entre 1 e 10 salários mínimos.

A partir da análise das respostas à compreensão e o significado do termo sexualidade, desvelou a seguinte categoria temática.

Gênero e preconceito – uma visão machista da sexualidade

A temática desvela o entendimento dos entrevistados sobre o termo e manifesta a sexualidade como uma opção para ambos os sexos, que consiste na escolha sexual de cada indivíduo, e envolve aspectos individuais, sociais, culturais e psíquicos. Os relatos a seguir expressam tais afirmações:

[...] a sexualidade é a pessoa querer fazer sexo com alguém do mesmo sexo ou sexo oposto. (H1).

Sexualidade é a opção sexual de cada um, como também a questão do próprio sexo [...]. (H15).

Sexo pode ser o ato de fazer sexo ou o masculino e o feminino. (H26).

Sexo pode ser a diferença de gênero, masculino e feminino, [...]. (H3).

Forma de ver o corpo, forma de ver os órgãos genitais masculinos e femininos. (H7).

Na opinião machista dos homens o termo sexualidade foi banalizado e esta sendo desvalorizado pela mídia, por questões, sociais, culturais, e pela falta de informação da sociedade, contribuindo assim para propalar a sexualidade como tabu e manter o preconceito em torno do tema. Ficou evidente também nas falas o preconceito machista de forma explícita no discurso. Os relatos a seguir demonstram tais afirmações:

Atualmente, outros valores são projetados na mente do indivíduo em formação pela sociedade e mídia, distorcendo esse assunto. De um modo geral, esta banalizado! (H10).

Bastante explorada nos meios de comunicação, [...], por algumas pessoas é visto como tabu, um tema muito delicado, difícil de conversar. (H26).

Hoje conceitos estão um pouco diferentes, como se fosse normal homem como homem e mulher como mulher, cada um tem sua escolha, mas creio que não dá [...]. (H5).

Preconceito. (H18).

A sexualidade é crucial para o sexo, pois é ao mesmo tempo a opção sexual de uma pessoa assim como a maneira de como esta se comporta perante a sociedade⁽¹⁰⁾.

Ao comentar uma típica mudança de comportamento, o que se chamava de relacionamento puro, colocava homens e mulheres em diferentes posições, onde a mulher era calma e submissa, a dona do lar e com função primordial de provedora de filhos bonitos e saudáveis, e o homem como um ser machista, progenitor, fonte de renda da família, sendo a sexualidade reprimida para as mulheres e aberta aos homens, isso representa um grande exemplo de sociedade machista⁽²⁾.

Assim com as mudanças sociais a favor do igualitarismo entre homens e mulheres, um novo modelo para sexualidade foi sendo mostrado para a sociedade, trazendo novos comportamentos e pensamentos, que não são, até os dias de hoje, bem aceitos, gerando preconceitos e medo sobre os temas sexo e sexualidade⁽¹¹⁾.

Ao serem questionados sobre o que entendiam sobre sexualidade, definiram em boa parte das vezes como a opção sexual, a escolha do indivíduo em se relacionar sexualmente e emocionalmente com ambos os sexos. Entretanto as pessoas expõem sua sexualidade de diversas maneiras, que vão além da reprodução, do coito ou da opção sexual em si⁽¹⁰⁾.

A sexualidade na fala dos entrevistados é algo sem controle, que sofre exploração da mídia além do preconceito por muitas pessoas o que torna o tema banalizado. A luta pela liberdade sexual é dita como uma conquista pela sociedade, trazendo assim efeitos que se perpetuaram por várias gerações. Entretanto o que antes era tratado com respeito, mantido somente entre casais, mudou de contexto para algo que gera prazer e satisfação sexual e pessoal⁽¹¹⁾.

A sexualidade de hoje propicia o desenvolvimento de uma variedade de estilos de vida. É algo intrínseco, que pode ser cultivado ou não, e funciona como uma ferramenta flexível do próprio ser humano, uma ligação do corpo com a mente, a interlocução da autoindentidade com as normas sociais⁽²⁾. E assim estabelece uma base para o pensamento de que cada indivíduo possui sua sexualidade e esta é influenciada por fatores externos capazes de banaliza-la ou torna-la algo natural e saudável.

A cultura enraizada pela ditadura de macho desde a época do cangaceiro, mito nordestino, definido como herói social, que luta pela justiça, tirando dos ricos e dando para os pobres⁽¹²⁾. O "macho" virou sinônimo de viril e é representado atualmente

por aquele que é capaz de sufocar suas emoções a favor de uma ascensão social de homem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente à presente realidade, observou-se que o tema ainda é de difícil argumentação visto que os indivíduos têm receio, preconceito e carência de conhecimentos a cerca do assunto, fato observado em grande parte dos entrevistados.

Pode-se assim dizer que essa falha vem da ausência de uma abordagem de qualidade sobre o tema, para que o jovem tenha

uma compreensão e visão mais abrangente sobre o assunto, deixando de lado a cultura machista. A escassez de discussões sobre a temática pode tornar a saúde do homem fragilizada, devido aos comportamentos de risco que estes possam vir a ter quando iniciarem sua vida sexual.

É necessário que o enfermeiro seja inserido nesse contexto de maneira que possa formular estratégias capazes de orientar e sensibilizar os homens para o exercício saudável de sua sexualidade.

REFERÊNCIAS

1. Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2003; 8(3): 825-9.
2. Giddens A. *A transformação da intimidade*. São Paulo: UNESP; 1993.
3. Goldenberg M. *Ser homem, ser mulher: dentro e fora do casamento: estudos antropológicos*: Not Avail; 1991.
4. Nolasco S. *O mito da masculinidade*. Rio de Janeiro: Rocco Editora; 1993.
5. Pinheiro TF, Couto MT, Silva GSN. Issues of male sexuality in primary health care: gender and medicalization. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2011; 15(38): 845-58.
6. Scott J. Scholl's out... for family planning. *Nurs Stand*. 1995; 9(45): 20-1.
7. Albuquerque Junior DM. *Quem é frouxo não se mete: violência e masculinidade como elementos constitutivos da imagem do nordestino*. Projeto História. 1999; 19: 173-88.
8. Kalkmann S, Batista LE, Souza L, Adorno R, Alvarenga A, Vasconcelos M. Homens de baixa renda falam sobre saúde reprodutiva e sexual. In: Adorno R, Alvarenga A, Vasconcelos M. *Jovens, trajetória, masculinidades e direito*. São Paulo: Edusp; 2005. p. 199-217.
9. Bandin L. *Análise de conteúdo (Edição revista e atualizada)*. Lisboa: Edições; 2009.
10. Velho MTAC, De Moraes AB, Tonial AF, Franchine SP, Neto Franco NB, Santos FG, Da Silva LC. Estudo sobre a sexualidade entre universitários moradores de casas do estudante do Sul do Brasil. *Revista da AMRIGS*. 2010; 54(4): 399-405.
11. Gregersen E. *Práticas sexuais: a história da sexualidade humana*. São Paulo: Roca; 1983.
12. De Freitas MAR. *Purpurina na terra do cangaço: refletindo a homossexualidade na escola [dissertação]*. Maceió: Universidade Federal de Alagoas; 2008.

Recebido em: 20.01.2017

Aprovado em: 01.02.2017

CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO PARA PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM TERAPIA INTENSIVA

NURSING KNOWLEDGE FOR PREVENTION OF PNEUMONIA ASSOCIATED WITH MECHANICAL VENTILATION IN INTENSIVE CARE

Artigo Original

Nataly Tavares Fernandes¹
Fábia Maria de Souza Paula²

RESUMO

Objetivou-se neste estudo identificar o conhecimento dos enfermeiros acerca da prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em uma unidade de terapia intensiva. Metodologia: Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa realizada em hospital em urgência e emergência, com enfermeiros da UTI, aprovado pelo parecer 1.351.269. Resultados e discussão: Os resultados sugeriram que de certa forma existe um certo conhecimento dos protocolos recomendados pela AMIB, por parte dos enfermeiros e que não utilizam protocolos de prevenção para a PAVM na assistência prestada ao paciente, na UTI por falta de padronização dessas medidas de prevenção, na Instituição. Considerações finais: Percebeu-se uma fragilidade quanto ao conhecimento e à utilização dos protocolos de prevenção para a PAVM, considerada uma ferramenta importante para o direcionamento da assistência segura ao paciente. Os profissionais destacaram a importância da prática educativa para a assistência de qualidade. Destarte que essa situação pode estar associada ao número reduzido de profissionais com especialização na área de atuação da UTI.

Palavras-chave: Pneumonia; Respiração Artificial; Enfermagem.

ABSTRACT

This study has the aim of identifying the nursing knowledge about pneumonia prevention associated with mechanical ventilation in the Intensive Care Unit (ICU). Methodology: descriptive research with qualitative approach conducted in an emergency and urgency hospital among ICU nurses and approved by the opinion 1.351.269. Results and Discussion: the results suggest that there is a relative knowledge about AMIB recommended protocol among nurses and that they do not tend to make use of VAP preventive protocol on the assistance provided to the patient in ICU because of lack of standardization of these preventive measures on the Institution. Final thoughts: This study has identified fragility about the knowledge and using of VAP preventive protocol, which is considered an important tool for a safe assistance orientation to the patient. The professionals highlighted the importance of educational practice in order to obtain high quality in the assistance. Therefore, this situation may be associated to the reduced number of professionals with specialization on ICU area of operation.

Keywords: Pneumonia; Artificial Respiration; Nursing.

¹ Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). E-mail: natystavares@yahoo.com.br

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Curso de graduação em Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A infecção nosocomial constitui-se em um agravo de causa infecciosa adquirido pelo paciente após sua admissão no hospital. Pode-se manifestar durante a hospitalização ou após a alta, desde que esteja relacionada à internação ou a procedimentos hospitalares⁽¹⁾. Dentre estas infecções, pode-se destacar a pneumonia (PN) que se dá pela infecção por vírus, bactérias ou fungos, do parênquima pulmonar que compromete os bronquíolos respiratórios e alvéolos pelo exsudato inflamatório prejudicando assim, as trocas gasosas⁽²⁾.

A PN representou aproximadamente 50% de todos os tipos de infecção hospitalar adquirida na UTI, com mortalidade de 46%⁽³⁾. Em estudo nessa temática a mortalidade se deu em 32,6% nos pacientes que apresentaram pneumonia associada à ventilação mecânica⁽²⁾.

A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) é uma forma de pneumonia hospitalar, caracterizada após 48 horas do início da ventilação mecânica, após intubação endotraqueal⁽⁴⁾. O mecanismo mais comum da PAVM se dá pela perda de proteção das vias aéreas, favorecendo o crescimento de microrganismos exógenos e endógenos⁽⁵⁾.

É a infecção que mais acomete os pacientes internados, sendo que sua incidência varia de 9% a 68%, dependendo do método diagnóstico e da população estudada⁽⁶⁾.

Os fatores de risco para PAVM podem variar de acordo com o hospital, tipo de UTI e população estudada⁽³⁾. Dentre os fatores relacionados à assistência em saúde estão: uso de sondas gastrointestinais, intubação e reintubação orotraqueal, sedação prolongada, cabeceira da cama elevada a menos de 30 graus, imobilidade devido ao coma/traumas, tempo prolongado de ventilação mecânica, mãos dos profissionais contaminadas, utilização de antimicrobianos, falhas técnicas associadas a cuidados assistenciais⁽⁷⁾.

Deve-se suspeitar que um paciente com diagnóstico de PAVM se a radiografia de tórax mostrar infiltrados recentes ou progressivos e persistentes. Outros sinais e sintomas incluem temperatura acima de 38°, leucocitose, escarro purulento ou tosse de início repentino e piora das trocas gasosas requerendo constantes acertos dos parâmetros do ventilador⁽⁸⁾.

Para as ações preventivas da PAVM, tem sido preconizado o uso de *bundles*, que são protocolos, pacotes de cuidados, aplicados dentro das UTIs de forma multidisciplinar e auditados pelos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar⁽⁹⁾. O objetivo dos *bundles* é minimizar riscos e melhorar os resultados para os pacientes, através de um conjunto de práticas baseadas em evidências⁽¹⁰⁾.

Os profissionais de enfermagem mantêm contato direto e contínuo com os pacientes na UTI. Faz parte da atribuição deste profissional o desenvolvimento e aplicação de programas de prevenção das infecções relacionadas à saúde (IRAS), incluindo a PAVM⁽¹⁰⁾.

Em face do contexto apresentado, o estudo se justifica pela importância do conhecimento e ações dos profissionais nos procedimentos realizados para que se previna a pneumonia associada à ventilação mecânica, e suas potenciais complicações, na Unidade de Terapia Intensiva.

Este trabalho torna-se relevante, pois irá expor aos profissionais de saúde a necessidade do conhecimento e aplicação dos cuidados preconizados no ambiente da unidade de terapia intensiva, para redução e controle da incidência de infecção hospitalar e da PAVM e com isso diminuir a permanência do paciente na unidade hospitalar com consequente redução de custos. Dessa maneira o objetivo do estudo foi identificar o conhecimento dos enfermeiros acerca da prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em uma unidade de terapia intensiva.

METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem qualitativa. Neste tipo de estudo há uma preocupação com aspectos da realidade que não podem ser mensurados ou quantificados, possui foco na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais⁽¹¹⁾.

Foi realizado em um hospital público, de grande porte, referência em trauma, localizado na cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil. Comporta 407 leitos, sendo 36 leitos destinados ao cuidado de terapia intensiva. Participaram do estudo enfermeiros que compõem as equipes de trabalho nas UTIs.

A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2016, por meio de uma entrevista semiestruturada, mediante aquiescência dos sujeitos em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para organização das informações foram utilizadas as fases da análise de conteúdo⁽¹²⁾.

Foram observados os princípios éticos em todas as fases do estudo, conforme preconiza a Resolução nº 466/2012⁽¹³⁾, do Conselho Nacional de Saúde e após apreciação e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Instituição, sob o parecer Nº 1351269.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados foram apresentados seguindo a análise de conteúdo⁽¹²⁾, cuja técnica de análise foi a categorial. Esta técnica integra um conjunto de técnicas de investigação das comunicações, cuja finalidade é descrever, de forma objetiva e sistemática, o conteúdo presente nessas comunicações. Conforme a técnica de análise contemplada para esse estudo, ao facilitar a compreensão dos resultados, emergiram duas categorias ordenadas da seguinte forma: I - Conhecimento de protocolos de prevenção para a PAVM e sua utilização na prática; II - Educação permanente para a qualidade de assistência na segurança do paciente.

Conhecimento de protocolos de prevenção para a PAVM e sua utilização na prática.

O significado do conhecimento dos enfermeiros acerca dos protocolos de prevenção para a PAVM, muitas vezes, se dá de forma superficial. Foi percebido que de certa forma, existe por parte dos enfermeiros o conhecimento dos protocolos recomendados pela AMIB, como importante ferramenta para o direcionamento do trabalho na UTI.

“Conheço o protocolo recomendado pela AMIB e respaldado pelas normas da ANVISA”. (Enfermeira A)

“Eu conheço as normas do CDC, não na íntegra, mas de forma superficial”. (Enfermeira C)

Protocolo em saúde representa um conjunto de informações que se complementam e permitem o direcionamento do trabalho, além de facilitar o registro oficial sobre os serviços prestados aos usuários⁽¹⁴⁾. Eles possuem como foco a padronização, sendo esta considerada a mais fundamental das ferramentas gerenciais proporcionando competitividade e produtividade aos processos de trabalho⁽¹⁵⁾.

O protocolo trata-se de um recurso de apoio teórico-prático, e sua elaboração e implementação favorecem o planejamento do cuidado, promovendo uma assistência de qualidade tanto individual como coletiva⁽¹⁶⁾.

Quanto à utilização de protocolos de prevenção para a PAVM na prática assistencial do enfermeiro, as falas denunciam que:

“Não temos um protocolo que seja seguido rigorosamente por toda a equipe de forma integral (...)”. (Enfermeira F)

“Não seguimos protocolos específicos e definidos para prevenção da PAVM, como rotina, no setor, apenas Procedimentos Operacional Padrão - POPs, que envolvem os cuidados gerais”. (Enfermeira D)

Pelo que foi percebido através das falas, as enfermeiras relataram que não utilizam protocolos de prevenção para a PAVM na assistência prestada ao paciente na UTI e que os discursos dos enfermeiros remetem uma realidade de não utilização dos protocolos de prevenção para a PAVM na instituição, em estudo. Entretanto, ressaltaram a utilização de Procedimentos Operacionais Padrões – POPs, que envolvem os cuidados gerais prestados ao paciente, elaborado pelo hospital, no desenvolvimento de suas ações assistenciais.

O protocolo na assistência à saúde permite uma melhor avaliação das necessidades de assistência ao paciente, devido à identificação das prioridades e à definição das etapas a serem seguidas⁽¹⁶⁾.

Educação permanente para qualidade da assistência ao paciente

Os depoimentos das enfermeiras desvelam a carência de cursos de capacitação sobre a temática em estudo, bem como,

os relacionados a outros temas. Estes apresentam uma ideia de interesse por parte das enfermeiras em participarem de cursos de capacitação, em contrapartida falam da dificuldade de falta de tempo.

“Muitos cursos são oferecidos até dentro dessa temática, porém não participei porque não me despertou interesse”. (Enfermeira I)

“Os cursos são realizados, não com tanta frequência. Possuo interesse. Falta tempo para fazer esses cursos”. (Enfermeira B)

“A instituição tem fornecido cursos de atualização, entretanto não é tão frequente. Mas o tema interessa à todos”. (Enfermeira F)

“Não foi ofertado o curso. Tenho interesse no tema. Seria uma estratégia educativa importante para conscientização dos profissionais”. (Enfermeira A)

Estudo já tem demonstrado um número expressivo de enfermeiros, ou seja, 46,1%, que não possuíam nenhuma orientação acerca de medidas para prevenção da PAVM, embora seja um assunto de extrema relevância para estes profissionais que trabalham em UTI. Complementa que um número significativo de profissionais que estão atuando em UTI, se apresenta com total despreparo acerca da prevenção para PAVM⁽¹⁷⁾.

Ao serem questionados sobre a importância da educação permanente para qualidade da assistência segura ao paciente, os enfermeiros se pronunciaram declarando:

“Educação permanente possibilita aprimorar conhecimentos e conseqüentemente melhorar a qualidade da assistência”. (Enfermeira I)

“A educação é fundamental, visto que ocorre a conscientização e atualização de boas práticas associadas à prevenção da PAVM” (Enfermeira A)

“Educação continuada permite a atualização e propicia a qualidade da assistência”. (Enfermeira F)

Percebe-se nos discursos dos enfermeiros o interesse para a participação em cursos de capacitações acerca do tema em estudo e de outras temáticas, destacando a importância da prática educativa para uma assistência de qualidade. Os depoimentos dão a ideia da necessidade de educação permanente, o que permite a atualização profissional propiciando a qualidade da assistência, bem como, de elaboração e implementação de instrumentos que possibilitem melhorias no serviço.

Estudo revelou que um programa educacional para reforço das recomendações para prevenção da PAVM ofereceu resultados satisfatórios na redução de 51,3% nas taxas de PAVM, ao longo de seis meses. Mostrando-se então que a implantação de um programa educacional é capaz de produzir motivação e de facilitar a adesão às recomendações propostas nos protocolos de prevenção de PAVM⁽¹⁸⁾.

A educação permanente é capaz de promover a construção de diversas possibilidades para compartilhar conhecimentos e experiências no âmbito do trabalho. O profissional de saúde que discute e aceita a ocorrência de situações contrárias ao esperado, sensibiliza-se para a cultura de segurança do paciente⁽¹⁹⁾. É fato que o nível de formação, por si só, não garante a aplicação do conhecimento na prática profissional, acima de tudo deve-se ter a conscientização e responsabilidade dos profissionais em instituir as práticas baseadas em evidências no cuidado prestado para uma assistência segura e de qualidade⁽¹⁰⁾.

De certo que, a não utilização das recomendações advindas das evidências, pode ser o indício de um aprendizado não significativo ou até mesmo decorrente de falhas nas metodologias empregadas para educação permanente desses profissionais⁽²⁰⁾.

O desenvolvimento de práticas educativas contribui para uma assistência qualificada, integral e resolutive, que busca promover não apenas a atualização e a transmissão dos novos saberes, mas, também orienta as ações em direção a mobilização dos sujeitos, para o “fazer” diferente, criativo e inovador, capaz de operar novos conhecimentos no dia a dia⁽²¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto ao conhecimento dos enfermeiros acerca dos protocolos para prevenção de PAVM, percebe-se uma fragilidade tanto no conhecimento quanto na utilização das medidas pre-

ventivas para PAVM, que é uma ferramenta importante para o direcionamento da assistência segura do paciente.

Os enfermeiros demonstram interesse em participar de cursos de capacitações acerca do tema em estudo e de outras temáticas, destacando a importância da prática educativa para uma assistência de qualidade. Portanto, ressalta-se a necessidade da educação permanente, de modo a permitir a atualização profissional, bem como, propiciar a qualidade da assistência, elaboração e implementação de instrumentos que possibilitem as melhorias no serviço.

Ainda consideram válida a proposta de ofertar cursos de capacitação embasados em metodologias educativas, envolvendo a temática em estudo, para sensibilizar o profissional acerca da importância de sua adesão aos protocolos. Com isso, revela a necessidade de uma aproximação maior da educação permanente, no sentido de proporcionar o desenvolvimento do profissional no alcance de uma assistência segura ao paciente na UTI.

Contudo, os fatos apresentados no presente estudo, podem ter associação com o número reduzido de profissionais participantes com especialização na área de atuação da UTI.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA. *Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
2. Bezerra, EL. *et al*. Prevalência de pneumonia em pacientes de uma unidade de terapia intensiva de um hospital-escola de Fortaleza - CE. *Revista Brasileira de Promoção de Saúde*. 2012.; 25 (2): 20-4.
3. Carrilho, CMDM. *et al*. Pneumonia associada à ventilação mecânica em Unidade de Terapia Intensiva cirúrgica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2006; 18(1): 38-44.
4. Viana, RAPP; Whitaker, IY. *Enfermagem em Terapia Intensiva: prática e vivências*. Porto Alegre: Artmed, 2011.
5. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. *Diretrizes brasileiras para tratamento das pneumonias adquiridas no hospital e das associadas à ventilação mecânica*. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2007; 33 (1 supl.):1-30.
6. Guimarães, MMQ; Rocco, JR. Prevalência e prognóstico dos pacientes com pneumonia associada à ventilação mecânica em um hospital universitário. *Jornal Brasileiro Pneumologia*. 2006; 32 (4): 339-346.
7. Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
8. Morton, PG; Fontaine, DK. *Cuidados críticos de enfermagem*. 9. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
9. Mendonça, M. Serviço de controle de infecções hospitalares na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica. *Prática Hospitalar*. 2009; 9 (66): 55-62.
10. Silva, SG; Nascimento, ERP; Salles, RK. Bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enfermagem*. 2012; 21 (4): 837-844.
11. Gerhardt, TE; Silveira, DT. *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS: 2009.
12. Bardin, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70: 1977.
13. Brasil. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção I, p. 59-62.
14. Barros SKS, Anami EHT, Moraes MP. A elaboração de um protocolo para prevenção de úlcera de pressão por enfermeiros de um hospital de ensino. *Revista Nursing*. 2003; 63(6): 29-32.
15. Honório, RPP; Caetano, JA. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [Internet]. 2009; 11(1):188-93.
16. Paes, GO; Mello, ECP; Leite, JL; Mesquita MGF; Oliveira FT; Carvalho SM. Protocolo de cuidados ao cliente com distúrbio respiratório: ferramenta para tomada de decisão aplicada à enfermagem. *Escola Anna Nery* [Internet]. 2014; 18(2): 303-310. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>. Acesso em: 01 jul. 2016.
17. Pombo, CM.; Almeida, PC. de.; Rodrigues, JLN. Conhecimento dos profissionais de saúde na Unidade de terapia intensiva sobre Pneumonia associada à ventilação mecânica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2010; 15 (1):1061-1072.
18. Silva, RM; et al. Pneumonia associada à ventilação mecânica: fatores de risco. *Revista Brasileira de Clínica Médica*. 2011; 9 (1): 5-10.
19. Wegner, W.; Silva, SC.; Kantorski, KJC.; Predebon, CM.; Sanches, MO.; Pedro, ENR. Educação para cultura da segurança do paciente: implicações para a formação profissional. *Escola Anna Nery* [Internet]. 2016; 20(3): e 20160068. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php? http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160068> Acesso em: 01 jul. 2016.
20. Gonçalves, FAF; Brasil, VV.; Minamisava, R.; Caixeta, CR.; DE Almeida, OLMC.; cordeiro, JABL. Eficácia das estratégias educativas para ações preventivas da pneumonia associada à ventilação mecânica. *Escola Anna Nery*. 2012;16 (4): 802-808.
21. Paim, CC; Ilha, S; Backes, DS. Educação permanente em saúde em unidade de terapia intensiva: percepção de enfermeiros. *Revista Cuidado é Fundamental (online)*. 2015; 7(1): 2001-10.

Recebido em: 03.02.2017

Aprovado em: 17.02.2017

CORREÇÃO DAS INFORMAÇÕES E CLAREZA DE VOCABULÁRIO EM BLOGS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO

CORRECTION OF INFORMATION AND CLARITY OF VOCABULARY IN BLOGS ON BREASTFEEDING

Artigo Original

Felipe Carlos da Cruz¹

Francisca Katiane Nogueira Matos¹

Maria Vanda Rodrigues Silva¹

Rosiléa Alves de Sousa²

Quitéria Clarice Magalhães Carvalho³

RESUMO

O objetivo do estudo foi verificar a correção das informações e a clareza de vocabulário sobre aleitamento materno veiculadas em dez *blogs* sobre essa temática que foram escolhidos de forma aleatória. Estudo documental, cujos documentos foram dez *blogs* sobre aleitamento materno escolhidos de forma aleatória. Como ferramenta de localização desses *blogs* foi utilizada o site de busca Google. Os resultados mostraram que nove dos dez *blogs* utilizam imagens, todos usaram linguagem acessível a pessoas leigas e a cor predominante foi o azul. Em relação às informações relevantes, todos os *blogs* omitiram algum tipo de informação, porém chamou atenção a omissão da informação que nas situações em que as mães não podem amamentar, não deve ser dado leite de outra mulher sem que esse seja pasteurizado em 100% dos *blogs*, bem como as condutas nos casos de intercorrências no processo de aleitamento materno não disponibilizada em 80% desses. Conclui-se que são necessários estudos aprofundados para a criação de *blogs* a fim de garantir a veiculação de informações relevantes sobre aleitamento materno.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Internet; Saúde da Criança; Saúde Materna.

ABSTRACT

The objective of the study was to verify the correctness of the information and the clarity of the vocabulary on breastfeeding carried out in ten blogs on this theme that were chosen at random. A documentary study, whose documents were ten breastfeeding's blogs chosen randomly. As location tool of these blogs was used the Google search engine. The results showed that nine of ten blogs use images, all used language are accessible to lay people and the predominant color is blue. In relation to the relevant information, all blogs have omitted some information, but we called attention to omission of information in situations where mothers can not breastfeed, should not be given another woman's milk without that is pasteurized at 100 % of blogs as well as the conduct in cases of complications in the breastfeeding process is not available in 80% of these. It follows that are needed depth studies for the creation of blogs in order to ensure the transmission of relevant information about breastfeeding.

¹ Discente de Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará. E-mail: rosilea.alves@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Keywords: Breastfeeding; Internet; Child Health; Maternal Health.

INTRODUÇÃO

A amamentação deve ser exclusiva, nos primeiros seis meses e mantida junto com alimentação complementar, até os dois anos de vida ou mais. Porém, mesmo com os benefícios do aleitamento, programas governamentais no Brasil voltados para o estímulo dessa prática não conseguem atingir essas recomendações⁽¹⁾.

Os benefícios do aleitamento materno tanto para a criança, quanto para a mulher, vêm sendo destacados desde meados da década de 1980, especialmente quando esse é exclusivo⁽²⁾. Contudo a amamentação tem desempenhado um papel importante na saúde da mulher e da criança. Ressalte-se a proteção conferida à criança, a curto e longo prazo, sendo por isso, o leite humano considerado como padrão ouro na alimentação do lactente⁽¹⁾.

Existe consenso acerca da superioridade do leite materno como fonte de alimento, proteção contra doenças e promoção do afeto, deixando evidentes as desvantagens da substituição do leite materno por outros leites⁽³⁾. Destaca-se que o leite materno é o alimento ideal para o lactente devido às suas propriedades nutricionais e imunológicas, protegendo o recém-nascido de infecções, diarreia e doenças respiratórias, permitindo seu crescimento e desenvolvimento saudável, além de fortalecer o vínculo mãe-filho e reduzir o índice de mortalidade infantil⁽²⁾.

A amamentação é uma das formas mais eficazes de contribuir para a melhoria do estado de saúde da criança, das mães, das famílias, do ambiente e da sociedade em geral. Todavia o abandono precoce é uma realidade com que nos deparamos com frequência, por isso a sua proteção, promoção e suporte constituem uma prioridade de saúde pública⁽⁴⁾.

Outra importante vantagem do aleitamento materno é o custo, pois a amamentação representa uma diminuição do gasto econômico para a família, especialmente nos países em desenvolvimento, onde grande parte da população pertence aos níveis socioeconômicos mais baixos⁽⁵⁾.

Ainda, os lactentes alimentados ao seio materno têm menor risco de excesso de peso se comparados aos que recebem fórmulas infantis e alimentos complementares precocemente⁽⁶⁾. As autoridades de saúde recomendam sua implementação por meio de políticas e ações que previnam o desmame precoce⁽⁵⁾.

Nesse contexto, compreende-se que os profissionais de saúde exercem papel de destaque na promoção do aleitamento materno, seja pelas orientações sobre os benefícios dessa prática para crianças e mães, seja pelo auxílio nas dificuldades e orientações da técnica correta⁽⁷⁾. Por isso, é relevante revisar conceitos de aleitamento materno, bem como os principais problemas durante esse processo e as políticas de incentivo à

amamentação, para que sirvam de subsídios aos profissionais de saúde.

Conhecer o processo de aleitamento materno é importante para que o profissional possa dar maior suporte, incentivo e apoio a essa prática. Do contrário, a não capacitação e a falta de conhecimento implicarão em obstáculos no repasse de informações corretas e aporte necessário para a sua continuidade.

Embasados na ideia de que o preparo da gestante para amamentar é fator importante para a adoção e a manutenção dessa prática, defensores do aleitamento materno têm buscado estratégias pouco onerosas e de amplo alcance para garantir a disseminação do conhecimento sobre a temática. Seguindo essa premissa, passou-se a usar a internet como ferramenta de veiculação desse conhecimento.

A internet tem influência no acesso ao conhecimento das pessoas com mais facilidade, pelo fato de esse veículo de comunicação possuir novos meios disponibilizados pela informática que permitem maior sociabilidade⁽⁸⁾.

Diante do exposto, salientamos que o foco deste artigo está vinculado à avaliação de uma das ferramentas da internet, o *blog*, definido como um site pessoal, aberto ao público que permite ao seu criador expressar seus sentimentos ou opiniões⁽⁹⁾. Essa ferramenta tecnológica alcança a grande massa da população, muitas vezes, disponibilizando informações contraditórias e incoerentes.

Considerando a gravidade do repasse de informações de forma errada para a população, principalmente quando o assunto abordado é de relevância como aleitamento materno, o presente artigo tem como objetivo verificar a correção das informações e a clareza de vocabulário sobre aleitamento materno veiculadas em dez *blogs* sobre essa temática, que foram escolhidos de forma aleatória.

METODOLOGIA

Estudo documental, que se caracteriza por ser baseado em documentos como material primordial, permitindo analisá-los, organizá-los e interpretá-los segundo os objetivos da investigação proposta. A análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades e práticas, entre outros⁽¹⁰⁾.

Foram documentos desta pesquisa dez *blogs* sobre aleitamento materno escolhidos de forma aleatória. Como ferramenta de localização dos *blogs* foi utilizado o site de busca Google, por ser este o buscador mais utilizado mundialmente, segundo a Nielsen NetRatings, serviço de pesquisa de informação que mede o comportamento de busca de cerca de 500.000 pessoas em todo o mundo⁽¹¹⁾.

Para pesquisa foram utilizadas as palavras "aleitamento materno" e "blog". Foram incluídos os dez primeiros *blogs* na

sequência apresentada pelo Google. Foram excluídos os sites que não eram especificamente *blogs*.

Para manter a uniformidade das informações durante a coleta de dados, criou-se um formulário no estilo de *check list* cuja primeira parte refere-se à apresentação do *blog* e a segunda possui itens que contêm informações relevantes sobre aleitamento materno.

No aspecto referente à apresentação do *blog*, os itens abordados se relacionaram a imagens, linguagem acessível a pessoas leigas e indicação de *links* úteis, além da cor predominante na página virtual.

No segundo momento, foram pesquisados dez conhecimentos considerados relevantes para o sucesso do aleitamento materno:

1. O aleitamento materno deve ser exclusivo até seis meses e continuado até dois anos.
2. A primeira mamada deve ser realizada imediatamente após o parto.
3. A mãe deve amamentar seu filho sob livre demanda, ou seja, de acordo com a necessidade do bebê.
4. A composição do leite é diferente nos diversos momentos da mamada, ou seja, o leite do início da mamada é diferente do leite do final da mamada.
5. Os benefícios do aleitamento materno para a saúde da mulher.
6. Nas situações em que as mães não podem amamentar, não deve ser dado leite de outra mulher sem que esse seja pasteurizado.
7. A pega correta para evitar intercorrências no processo de aleitamento materno.
8. Condutas nos casos de intercorrências no processo de aleitamento materno.
9. Como ordenhar e armazenar o leite materno excedente.
10. Endereço de serviços de apoio ao aleitamento materno.

Esses conhecimentos foram analisados, buscando verificar a correção das informações e a clareza de vocabulário.

Para processamento e interpretação dos dados, utilizou-se a metodologia de análise de conteúdo, que percorre três etapas: a primeira - pré-análise, na qual são desenvolvidas as operações preparatórias para a análise propriamente dita e que consiste em um processo de escolha dos documentos ou definição do corpus de análise e elaboração dos indicadores para interpretação. A segunda incide na exploração do material ou codificação - processo que transforma os dados brutos em conteúdos significativos e os agrega em categorias e unidades de significado; e, a terceira, que engloba o tratamento dos resultados - inferência e interpretação⁽¹²⁾.

A primeira categoria gerou quatro unidades de significado: Uso de imagens, uso de linguagem acessível a pessoas leigas, uso de links úteis (para tirar dúvidas e ampliar conhecimentos a partir de outras informações) e cor de destaque no *blog*.

A segunda categoria - informações relevantes sobre aleitamento para pessoas leigas - gerou dez unidades de significado: tempo de exclusividade do aleitamento materno, momento da primeira mamada, amamentação em livre demanda, diferença de composição do leite durante a mamada, benefícios do aleitamento materno para a saúde da mulher, pasteurização do leite materno, pega correta da mama, condutas nos casos de intercorrências, ordenha e armazenamento do leite materno excedente, e endereço de serviços de apoio ao aleitamento materno.

Por serem os *blogs* documentos públicos, abertos e disponíveis aos interessados, os dados coletados puderam ser trabalhados e divulgados sem necessidade de autorização das pessoas que os originaram, porém, com o intuito de garantir o anonimato dos *blogs*, esses foram identificados pela letra B seguida do número sobrescrito: B₁, B₂, [...] B₁₀.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos blogs de acordo com a categoria "Apresentação dos blogs" foram elaborados o Quadro 1 e a Tabela 1, para melhor visualização dos resultados.

No Quadro 1, observa-se que nove dos dez blogs utilizam imagens.

Quadro 1. Apresentação dos blogs conforme o uso de imagens, linguagem acessível e links úteis, Fortaleza, 2015.

BLOGS	CARACTERÍSTICAS		
	USA IMAGENS	USA LINGUAGEM ACESSÍVEL A PESSOAS LEIGAS	USA LINKS ÚTEIS
B1	Sim	Sim	Sim
B2	Sim	Sim	Não
B3	Sim	Sim	Não
B4	Sim	Sim	Não
B5	Sim	Sim	Não
B6	Sim	Sim	Sim
B7	Sim	Sim	Não
B8	Sim	Sim	Sim
B9	Sim	Sim	Não
B10	Não	Sim	Não

Fonte: Autores do artigo

Apenas três blogs apresentam endereços de links úteis. Esse fato pode reduzir o interesse dos internautas no blog, pois essa

Tabela 1. Apresentação dos blogs conforme o uso de cores na página de apresentação, Fortaleza, 2015.

COR DE APRESENTAÇÃO DO BLOG	N	%
Azul	07	70
Rósea	03	30

A Tabela 2 revela dados da segunda categoria “Informações relevantes sobre aleitamento para pessoas leigas”. Considerando que as informações são relevantes, deu-se ênfase à falta dessas informações nos blogs.

Tabela 2. Informações sobre aleitamento materno, relevantes para pessoas leigas, Fortaleza, 2015.

INFORMAÇÕES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO	SIM		NÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
O aleitamento materno deve ser exclusivo até 6 meses e continuado até dois anos	07	70	03	30	10	100
A primeira mamada deve ser realizada imediatamente após o parto	02	20	08	80	10	100
A mãe deve amamentar seu filho sob livre demanda, ou seja, de acordo com a necessidade do bebê	06	60	04	40	10	100
A composição do leite é diferente nos diversos momentos da mamada, ou seja, o leite do início da mamada é diferente do leite do final da mamada	03	30	07	70	10	100
Os benefícios do aleitamento materno para a saúde da mulher	03	30	07	70	10	100
Nas situações em que as mães não podem amamentar, não deve ser dado leite de outra mulher sem que esse seja pasteurizado	0	0	10	100	10	100
A pega correta para evitar intercorrências no processo de aleitamento materno	03	30	07	70	10	100
Condutas nos casos de intercorrências no processo de aleitamento materno	02	20	08	80	10	100
Como ordenhar e armazenar o leite materno excedente	03	30	07	70	10	100
Endereço de serviços de apoio ao aleitamento materno	03	30	07	70	10	100

Fonte: Autores do artigo

No presente estudo, chama atenção o blog que não utiliza imagens, pois estas são importante recurso para a comunicação de ideias, visto que a interação do leitor com a imagem, a partir das particularidades e restrições de um contexto, gera os seus significados⁽¹³⁾.

Quanto ao uso de linguagem acessível a pessoas leigas, houve unanimidade de utilização por todos os blogs. Essa condição é importante, visto que a compreensão na comunicação verbal, seja ela escrita ou falada, depende completamente da clareza das mensagens passadas, e essa clareza está relacionada à compatibilidade do vocabulário e ao entendimento das informações⁽¹⁴⁾.

estratégia ajuda o visitante a encontrar novas páginas, e quando apresentada de forma clara e objetiva, pode contribuir para aumentar a taxa de utilização do site, uma vez que quando um usuário conclui a leitura, ao invés de voltar às ferramentas de busca, se o autor do blog utilizar links internos relevantes e com um bom conteúdo, esse visitante continuará navegando no domínio ou retornará outras vezes, aumentando o número de visitas e o tempo de navegação⁽¹⁵⁾.

Com relação à comunicação visual, infere-se que está intimamente ligada a um universo colorido, uma vez que a cor tem afinidade com as emoções, sendo a percepção das cores um fenômeno subjetivo, ou seja, os indivíduos sofrem influência dessas no seu estado psicológico. As cores estão impregnadas de informação, e é uma das mais penetrantes experiências visuais que temos todos em comum. Em relação à escolha das cores, essa vai depender do objetivo que se tem, por exemplo, o azul é passivo e suave, por isso deve ser escolhido quando se pretende passar tranquilidade e outros sentimentos positivos, o mesmo acontecendo com a cor rósea⁽¹⁶⁾.

A afirmativa de que o aleitamento materno deve ser exclusivo até seis meses de idade e continuado até dois anos, foi omitida em três blogs. De acordo com o Ministério da Saúde, esse período de exclusividade é o mínimo para garantir não só a alimentação adequada, mas também a transmissão de imunidade para a criança, além de promover condições emocionais favoráveis ao seu desenvolvimento que repercutirão ao longo da sua vida⁽¹⁷⁾.

Apesar de ser uma das recomendações do Ministério da Saúde oficializada em portaria, e uma das diretrizes da Organização da Atenção Integral e Humanizada ao Recém-nascido, adotada pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁸⁾, a informação de que a primeira mamada deve ser realizada imediatamente após o parto, foi suprimida em 80% dos blogs.

Essa recomendação deve ser inclusa, pois se constitui no quarto passo para o sucesso do Aleitamento Materno, cuja recomendação é que, em pelo menos 80% dos partos normais e em pelo menos 50% das cesarianas, as mulheres sejam ajudadas a amamentar na primeira meia hora após o nascimento, de preferência na sala de parto ou no centro cirúrgico, uma vez que o contato pele a pele favorece a primeira sucção⁽¹⁹⁾.

Em 40% dos blogs não foi incluído que a mãe deve amamentar seu filho sobre livre demanda, ou seja, de acordo com a necessidade do bebê. A ausência dessa assertiva compromete o sucesso do aleitamento materno, visto que faz parte do comportamento normal do recém-nascido mamar com frequência, sem regularidade de horários. Esse cuidado minimiza a perda de peso inicial do recém-nascido, favorece a recuperação mais rápida do seu peso de nascimento, aumenta a duração do aleitamento materno, estabiliza os níveis glicêmicos do recém-nascido, diminui a incidência de hiperbilirrubinemia e previne ingurgitamento mamário⁽²⁰⁾.

A informação de que composição do leite é diferente nos diversos momentos da mamada não foi citada em 70% dos blogs. A ausência dessa informação é relevante, visto que o desconheci-

mento das características do leite humano pode levar a nutriz a desconfiar de sua capacidade de produzir leite de boa qualidade para a criança, levando-a ao desmame precoce⁽²¹⁾.

Os benefícios do aleitamento materno para a saúde da mulher não são informados em 70% dos blogs. Essa ocorrência chama atenção, uma vez que pode ser um fator motivador para a puérpera, pois a amamentação está relacionada à menor incidência de doenças como câncer de mama, certos cânceres do epitélio ovariano e certas fraturas ósseas por osteoporose. A amamentação diminui o risco de artrite reumatoide e contribui para o retorno ao peso pré-gestacional mais precoce e ao maior espaçamento intergestacional⁽²⁰⁾.

A informação de que nas situações em que as mães não podem amamentar, não deve ser dado leite de outra mulher sem que esse seja pasteurizado, foi omitida em 100% dos blogs. Esse fato chama atenção, principalmente pelo advento da Aids, quando passou a ser constante o alerta de risco de contrair essa doença e as doenças transmissíveis por meio do leite materno sem o devido processamento, uma vez que esse produto pode ser um importante veículo de agentes infecciosos⁽²¹⁾.

Sobre a pega correta para evitar intercorrências no processo de aleitamento materno, 70% dos blogs suprimem essa informação. A pega correta consiste no encaixe da boca do bebê na mama de sua mãe para retirar o leite. Apesar de a sucção ser um ato reflexo, nem sempre esse encaixe é fácil, e podem ocorrer dificuldades no decorrer do processo⁽⁴⁾.

Os resultados em relação às condutas nos casos de intercorrências no processo de aleitamento materno, revelam que 80% dos blogs não informam o que fazer quando o processo de amamentação não se mostra eficaz. Considerando as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e a rapidez e grande abrangência da disseminação de informações pela internet, parece-nos uma perda de oportunidade de conscientizar as lactantes quanto aos cuidados a serem tomados para solucionar essas intercorrências. Vale ressaltar que as intercorrências mamárias durante a amamentação representam um grande risco para o desmame precoce⁽²²⁾.

Quanto à orientação de como ordenhar e armazenar o leite materno excedente, 70% dos blogs não o fazem. Em uma época quando um grande número de mulheres trabalha e com o advento das Unidades de Terapia Intensiva e dos Bancos de Leite Humano, que contribuem para a sobrevivência de muitos recém-nascidos de risco, a ordenha do leite materno excedente deve ser um tema amplamente divulgado. A orientação sobre o manejo da ordenha do leite materno influencia na continuidade do aleitamento materno, bem como contribui para a tomada de decisão para a doação do leite excedente⁽²³⁾.

Por último, mas não menos importante, 70% dos blogs não informam endereços de serviços de apoio ao aleitamento materno. Em um país onde a acessibilidade é um problema recorrente, a falta de contato para resolver dificuldades no processo de aleitamento materno consiste em uma falta de oportunidade de aproximação da mulher que amamenta e os serviços que po-

dem promover esse apoio. Sugere-se inserir o endereço da Rede Brasileira de Banco de Leite Humano-REDEBLH⁽²⁴⁾ onde se encontram os endereços e contatos dos Bancos de Leite Humano de todo o Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidencia a necessidade de informações sobre aleitamento materno para que este ato de amor, que é a amamentação, seja praticado de forma correta e contínua por um quantitativo significativo de mães. As informações contidas nos blogs são incompletas e as dificuldades e dúvidas não são suficientemente respondidas.

Assim, faz-se necessário a realização de estudos aprofundados para a criação de blogs, a fim de garantir a veiculação de informações relevantes, pois o acesso a informação sobre o

aleitamento materno não é privilégio apenas para as mães, mas também para a sociedade. Os conteúdos revelam que mesmo os profissionais de saúde quando não atuam nessa área não se sentem seguros para prover tais conhecimentos.

Parece notório que a responsabilidade de educar em saúde em termos de aleitamento materno, ainda é considerada exclusiva dos profissionais de saúde. A partir dessa consciência, o enfermeiro, enquanto educador em saúde, precisa encontrar maneiras para preencher essas lacunas sobre aleitamento materno, pois ainda há um distanciamento entre o real e o ideal. Logo, faz-se necessário assumam seu papel de educadores com seriedade e compromisso, não se limitando a transmitir informações, mas vivenciando e compartilhando informações e vivências que previnam o desmame precoce.

REFERÊNCIAS

- Costa LKO, Queiroz LLC, Queiroz RCCS, Ribeiro TSF, Fonseca MSS. Importância do aleitamento materno exclusivo: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Ciência da Saúde*. v.15, n. 1, p. 39-46, jan-jun, 2013.
- Marques ES, Cotta RMM, Priore SE. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. *Ciência da Saúde Coletiva*. 2011, v.16, n.5, p. 2461-2468.
- Carvalho JKM, Carvalho CG, Magalhães SR. A importância da assistência de enfermagem no aleitamento materno. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetetrícia*. vol. 34, n 1 p.28-33. Uberlândia, 2012.
- Galvão DG. Formação em aleitamento materno e suas repercussões na prática clínica. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2011 Apr [cited 2016 Apr 27]; 64(2): 308-314. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200014>.
- Carrascoza KC, Possobon RF, Ambrosano GMB, Moraes Costa Júnior AL, Moraes ABA. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011, vol.16, n.10, pp. 4139-4146.
- Masquio DCL, Ganen AP, Dâmaso AR. Influência do aleitamento materno na obesidade e fatores de risco cardiovascular. *REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2014. Vol.6(2), 598-616.
- Athanázio AR, Lopes JC, Soares KFMS, Góes FGB, Rodrigues DP, Rodrigues EMS. A importância do enfermeiro no incentivo ao aleitamento materno no copinho ao recém-nascido: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE on line.*, Recife, 7(esp):4119-29, maio., 2013.
- Barbosa AS, Ferrari MR, Boery RNSO, Gomes Filho DL. Relações Humanas e Privacidade na Internet: implicações Bioéticas. *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 30, enero 2014, p. 109-124.
- Rainer Júnior RK, Cegielski C. Introdução a sistemas de informação: apoiando e transformando negócios na era da mobilidade. 3th ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- Ludwig ACW. Fundamentos e Prática de Metodologia. 2th ed. São Paulo: Vozes, 2012.
- Nielsen NetRatings. Painel Nielsen IBOPE. Disponível online: www.netratings.com/. Acesso em 15 set. 2015.
- Minayo MCS (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais).
- Tomio D, Grimes C, Ronchi DL, Piazza F, Reinicke K, Pecini V. As imagens no ensino de ciências: o que dizem os estudantes sobre elas? *Caderno pedagógico, Lajeado*, v. 10, n. 1, p. 25-40, 2013.
- Stefanelli MC, Carvalho EC. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. 2th ed. São Paulo: Manole, 2012.
- Vaz L. A Importância dos Links Internos. *Gotop*. 09 out. 2014. Disponível online <<http://www.gotop.com.br/a-importancia-dos-links-internos/>>. Acesso em 09 nov. 2015.
- Inácio VCG. Cor e emoção: relação entre cores do vestuário e as emoções atribuídas às cores. *Covilhã [Dissertação]* - Universidade da Beira Interior, Ciências e Tecnologia Têxteis; 2010.
- Souza SNDH, Migoto MT, Rossetto EG, Mello DF. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2012 [cited 2016 Apr 27]; 25(1): 29-35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000100006>.
- Portal Brasil. Maternidades do SUS passam a ter novas regras. Disponível online <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/05/maternidades-do-sus-passam-a-ter-novas-regras>>. Acesso em 10 nov. 2015.
- Fucks IS, Soares MC, Kerber NPC, Meincke SMK, Escobal APL. A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê. *av.enferm.* [Internet]. 2015 Jan [cited 2016 Apr 27]; 33(1): 29-37. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002015000100004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.47371>.
- Martins MZO, Santana LS. Benefícios da amamentação para saúde materna. *Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente* • Aracaju • V.1 • N.3 • p. 87-97 • jun. 2013.
- Silva FDL. A importância do leite materno e recomendações em relação as doenças infecciosas. Disponível online http://apl.unisium.edu.br/augustus/pdf/ed24/rev_augustus_TC_ed_24_01.pdf. Acesso em 10 nov. 2015.
- Figueredo SF, Mattar MJG, Abrão ACFV. Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes . *Revista da Escola da Enfermagem. USP* [Internet]. 2013 Dec [cited 2016 Apr 27]; 47(6): 1291-1297. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000601291&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000600006>.
- Villaça LMS, Ferreira AGS Weber LC. A importância do aleitamento materno para o binômio mãe filho disponibilizado pelo banco de leite humano. *Revista Saúde AJES*. Abril, v. 1, n. 2, 2015.
- Rede Brasileira de Banco de Leite Humano - REDEBLH. Disponível online <<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home#>>>. Acesso em 10 nov. 2015.

Recebido em: 15.02.2017

Approved em: 28.02.2017

PERFIL DOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS ACOMPANHADOS EM UM HOSPITAL DE FORTALEZA

PROFILE OF PATIENTS IN PALLIATIVE CARE ACCOMPANIED AT A HOSPITAL OF FORTALEZA

Artigo Original*

Ianny Celly da Silva Leandro¹

Adna Ribeiro Braquehais²

Tatiana de Medeiros Colletti Cavalcante³

RESUMO

Estudo que objetivou traçar o perfil dos pacientes classificados em paliativos assistidos na Unidade de Cuidados Especiais – UCE e na Unidade de Terapia Intensiva. Foram analisados 381 pacientes que necessitaram da assistência dos cuidados paliativos e passaram pela UTI e UCE do Hospital Geral de Fortaleza, no período do ano de 2015. Verificou-se a presença de nove (9) variáveis, dentre elas: total de pacientes; separados por idade em três classes; separados por sexo e idade; situação dos pacientes no hospital (quanto ao seu desfecho) e sexo; óbito por sexo e idade; pacientes da UTI por sexo; pacientes separados por ala da UTI; pacientes da UTI separados por sexo e idade; óbitos e vivos. Conclui-se que a pesquisa foi bastante relevante, tanto para analisar a situação do próprio hospital quanto para subsidiar futuras pesquisas.

Palavras-chave: Enfermagem; Cuidados Paliativos; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Study aimed to outline the profile of the patients classified in palliative assisted in the Special Care Unit – ECU and ICU. We analyzed 381 patients who required the assistance of palliative care and have gone through the ICU and UCE of the General Hospital of Fortaleza, in the period of the year 2015. It was the presence of nine (9) variables including: total number of patients; separated by age into three classes; disaggregated by sex and age; situation of patients in the hospital (as to its outcome) and sex; death by sex and age; ICU patients by sex; patients separated wing of the ICU; ICU patients separated by gender and age; deaths and live. It is concluded that the study was very relevant both to analyze the situation of the hospital and to support future research.

Keywords: Nursing; Palliative Care; Intensive Care Units.

* Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Fortaleza (UNIFOR), como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Enfermagem em Terapia Intensiva.

¹ Enfermeira pela UNIFOR. E-mail: iannyktd@gmail.com

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente da UNIFOR e Enfermeira do Hospital Geral de Fortaleza.

³ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Escola Paulista de Enfermagem (EPE/UNIFESP). Docente da UNIFOR. Coordenadora do Curso de Pós-graduação em Enfermagem em Terapia Intensiva (UNIFOR). Enfermeira do Hospital Geral Dr Cesar Cals em Fortaleza.

INTRODUÇÃO

Cuidados paliativos foram definidos em 1990 e atualizados em 2002 através da Organização Mundial da Saúde (OMS), de forma que consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar e tem como objetivo melhorar a qualidade de vida do paciente e seus familiares, perante uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação criteriosa e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais⁽¹⁾.

O cuidado paliativo é uma conduta para o tratamento da pessoa gravemente doente. Mais recentemente, foi expandido para abordar o tratamento abrangente de sintomas, cuidado psicossocial e apoio espiritual necessário para melhorar a qualidade de vida⁽²⁾.

É utilizado por diversas especialidades e categorias profissionais no âmbito hospitalar e cada uma em sua especificidade registra as informações, códigos, imagens responsáveis pela assistência prestada, fatos e acontecimentos relacionados ao paciente e a sua profissão⁽²⁾.

A história dos cuidados paliativos começou a ser organizada há cerca de quarenta e cinco anos, tendo em seu arcabouço teórico – conhecido como filosofia do moderno movimento *hospice* – o cuidar de um ser humano que está morrendo, e de sua família, com compaixão e empatia⁽³⁾.

O movimento paliativista tem crescido enormemente em todo o mundo durante o período do século XXI. Na Inglaterra, os pacientes têm acesso gratuito aos cuidados paliativos e os serviços são custeados pelo governo ou por doações. A medicina paliativa é reconhecida como uma especialidade médica⁽⁴⁾.

No início dos anos 1970, quando o cuidado paliativo estava apenas começando nos Estados Unidos da América, a tecnologia tornou-se uma aliada do paciente crítico em fase terminal⁽²⁾.

Nos Estados Unidos, o movimento começou a evoluir a partir de um grupo de voluntários que se dedicavam a pacientes que morriam isolados para uma parte importante do sistema de saúde. No ano de 2005, mais de 1,2 milhão de pessoas e suas famílias receberam tratamento paliativo. Nesse país, a medicina paliativa é uma especialidade médica reconhecida⁽⁴⁾.

A busca da qualidade de vida do paciente tem sido reiterada como uma das pedras angulares dos cuidados paliativos, havendo um número significativo e crescente de pesquisas sobre o que seria qualidade de vida em cuidados no fim da vida, e sobre quais seriam seus possíveis indicadores, especialmente para o paciente e seu cuidador⁽³⁾.

Baseada em uma visão holística do ser humano, os cuidados paliativos têm como filosofia valorizar a vida e encerrar a morte como um processo natural. Assim, não adia e

nem prolonga a morte, mas ampara o ser em suas angústias e medos provendo o alívio da dor e de outros sintomas, oferecendo suporte para que os pacientes possam viver o mais ativamente possível, ajudando a família e os cuidadores no processo de luto. Entretanto, é evidente a importância dos cuidados paliativos direcionados ao paciente na terminalidade da vida, visto que estes cuidados proporcionam uma abordagem diferenciada de tratamento que tem como objetivo principal a promoção do cuidar humanizado⁽⁵⁾.

As Unidades de Terapias Intensivas (UTIs) surgiram como medidas de suporte para facilitar o diagnóstico e tratamento após um crescente número de pacientes internados, onde os mesmos necessitavam de cuidados mais específicos e requeriam uma mão de obra cada vez mais qualificada.

Segundo o Ministério da Saúde, as UTIs são unidades destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica⁽⁶⁾.

Associado a tal constatação, a UTI também é uma unidade onde a morte é comum. Estima-se que aproximadamente 20% dos pacientes, nos Estados Unidos, falecem nesse local. Por conseguinte, se torna imprescindível proporcionar uma atenção específica e contínua ao enfermo e à sua família, evitando uma morte caótica e com grande sofrimento⁽⁷⁾.

O Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS Nº 19, 03 de janeiro de 2002, devido a sua preocupação em relação à necessidade crescente dos cuidados paliativos e de controle da dor, na qual instituiu o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, possibilitando novos debates acerca da temática e da capacitação profissional, além de rever posturas pertinentes ao cuidado do paciente portador de doença crônica-degenerativa ou em fase final de vida e seus familiares. No âmbito nacional, várias iniciativas tem surgido, e estudos alertam para necessidade da implementação dos cuidados paliativos em todos os níveis de atenção à saúde⁽⁸⁾.

No cuidado paliativo, a colaboração interdisciplinar é necessária para produzir os resultados desejados junto aos pacientes e famílias. É distinta em relação da prática multidisciplinar, pois baseia na comunicação e cooperação entre as diversas disciplinas, com cada membro da equipe contribuindo para um único plano de tratamento integrado que focalize nas necessidades do paciente e da família⁽²⁾.

Com o intuito de fornecer subsídios para futuras pesquisas, discussões e reflexões acerca dos dados estatísticos para assistência de enfermagem aos pacientes em cuidados paliativos é que se propôs a realização deste estudo, o qual teve como objetivo traçar o perfil dos pacientes classificados em paliativos assistidos na Unidade de Cuidados Especiais – UCE e na Unidade de Terapia Intensiva.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva, retrospectiva, de abordagem quantitativa, em análise de dados⁽⁹⁾. Realizou-se no período de dezembro de 2015 e utilizou planilhas da Unidade de Cuidados Especiais - UCE, do Hospital Geral de Fortaleza, para análise de dados dos pacientes que necessitaram de cuidados paliativos encaminhados da UTI e da unidade descrita, a UCE. A amostra foi composta por 381 pacientes. Participaram da pesquisa pacientes que passaram pelas UTIs adulto e do setor da UCE. Os critérios de inclusão foram: pacientes em cuidados paliativos. Foram excluídos da pesquisa os pacientes de morte encefálica e os pacientes que não estavam em cuidados paliativos.

O instrumento utilizado para a coleta de dados consistiu-se em uma tabela formulada pela enfermeira do setor da UCE composta por 09 variáveis: total de pacientes feminino/masculino; separados por idade até 30 anos/de 31 a 60 anos/acima de 60 anos; separados por sexo e idade feminina até 30 anos/feminino de 31 a 60 anos/feminino acima de 60 anos/masculino até 30 anos/masculino de 31 a 60 anos/masculino acima de 60 anos; situação dos pacientes no hospital óbito feminino/óbito, masculino/transferência, feminino/transferência, masculino/alta feminino/alta, masculino/seguem internados, femininos/seguem internados masculinos; óbito por sexo e idade óbito feminino até 30 anos/óbito feminino de 31 a 60 anos/óbito feminino acima de 60 anos/óbito masculino até 30 anos/óbito masculino de 31 a 60 anos/óbito masculino acima de 60 anos; pacientes da UTI feminino/masculino; pacientes separados por ala da UTI (azul, verde e amarela); pacientes da UTI separados por sexo e idade uti feminino até 30 anos/uti feminino de 31 a 60 anos/uti feminino acima de 60 anos/uti masculino até 30 anos/uti masculino de 31 a 60 anos/uti masculino acima de 60 anos; óbitos x vivos. Para cada variável do roteiro foi realizado fórmula que obtinha apenas uma resposta, dentre as seguintes possibilidades: 1 – Positivo; 0 - Negativo.

Os dados foram processados e analisados no programa *Microsoft Office Excel 2007*. A apresentação dos dados foi realizada na forma de tabela e gráficos. O projeto de pesquisa foi realizado em conformidade com a Resolução 466/12⁽¹⁰⁾, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição sob o número do parecer: 1.356.275.

RESULTADOS

As distribuições do perfil e o desfecho dos pacientes que se enquadraram na pesquisa encontram-se nas tabelas abaixo. De acordo com a tabela 1, verificaram-se as percentagens aproximadas, porém com a distribuição maior no sexo masculino, corroborando com o estudo⁽¹¹⁾, onde também constatou-se que a maioria dos pacientes era do sexo masculino.

A amostra foi composta, como pode ser observado na tabela 2, por 3,15% dos pacientes com idade até 30 anos; 35,43% entre 31 e 60 anos; e a maioria com 61,42% dos pacientes tinha idade acima de 60 anos. Dados semelhantes ao estudo⁽¹¹⁾, que apresentou 53% dos pacientes com idade acima de 60 anos.

Tabela 1. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem segundo o domínio 4 – Atividade/Repouso. Fortaleza, 2015.

PERFIL DA AMOSTRA	TOTAL	%
Feminino	189	49,61%
Masculino	192	50,39%

Tabela 2. Distribuição dos pacientes separados por Idade. Fortaleza – CE, Brasil, 2015.

PERFIL DA AMOSTRA	TOTAL	%
Até 30 anos	12	3,15%
De 31 a 60 anos	135	35,43%
Acima de 60 anos	234	61,42%

Tabela 3. Pacientes separados por Sexo e Idade. Fortaleza – CE, Brasil, 2015.

PERFIL DA AMOSTRA	TOTAL	%
Feminino até 30 anos	4	1,05%
Feminino de 31 a 60 anos	68	17,85%
Feminino acima de 60 anos	117	30,71%
Masculino até 30 anos	8	2,10%
Masculino de 31 a 60 anos	67	17,59%
Masculino acima de 60 anos	117	30,71%

Como se pode observar na tabela 3, a distribuição de pacientes da amostra por idade resultou em percentagens muito próximas em ambos os gêneros, ressaltando uma maior incidência do sexo masculino na faixa etária mais jovem, por outro lado existe leve prevalência do sexo feminino na composição etária mais avançada.

Em relação à composição etária mais avançada, resultado semelhante foi obtido por estudo realizado na cidade de São Paulo⁽¹²⁾ onde verificou também essa discreta prevalência do sexo feminino.

Em relação à situação dos pacientes no hospital, verificou-se que 72,7% dos pacientes foram a óbito, onde 37,27% do sexo feminino e 35,43% do masculino, de acordo com a tabela 4.

Tabela 4. Situação dos pacientes no hospital e Sexo. Fortaleza – CE, Brasil, 2015.

PERFIL DA AMOSTRA	TOTAL	%
Óbito Feminino	142	37,27%
Óbito Masculino	135	35,43%
Transferência Feminina	10	2,62%
Transferência Masculina	19	4,99%
Alta Feminina	34	8,92%
Alta Masculina	35	9,19%
Segue Internado Feminino	3	0,79%
Segue Internado Masculino	3	0,79%

Na tabela 5, constatamos primeiramente que a maioria dos óbitos tiveram valores aproximados entre os sexos com faixa etária acima de 60 anos, sendo 32,85% no sexo feminino e 29,60% no masculino. Em seguida, os óbitos também foram parecidos na faixa etária intermediária (de 31 a 60 anos), onde 18,05% eram do sexo feminino e 17,33% masculino. Apenas o óbito masculino até 30 anos predominou sobre o óbito feminino da mesma faixa etária, com 1,81% e 0,36% respectivamente.

Tabela 5. Óbito por Sexo e Idade. Fortaleza – CE, Brasil, 2015.

PERFIL DA AMOSTRA	TOTAL	%
Óbito Feminino até 30 anos	1	0,36%
Óbito Feminino de 31 a 60 anos	50	18,05%
Óbito Feminino acima de 60 anos	91	32,85%
Óbito Masculino até 30 anos	5	1,81%
Óbito Masculino de 31 a 60 anos	48	17,33%
Óbito Masculino acima de 60 anos	82	29,60%

Considerando o total de 40 pacientes que passaram pela UTI e solicitaram cuidados paliativos, 45% da amostra eram do sexo feminino e 55% do masculino, de acordo com a tabela 6.

Tabela 6. Pacientes da UTI em cuidados paliativos e Sexo. Fortaleza – CE, Brasil, 2015.

PERFIL DA AMOSTRA	TOTAL	%
UTI Feminino	18	45%
UTI Masculino	22	55%

Do total de pacientes da UTI que foram solicitados cuidados paliativos, a maior parte 47% foi da UTI Azul, bem próximo com 40% da UTI Verde e apenas 13% da amostra da UTI Amarela, explicitado na tabela 7.

A UTI amarela caracterizava a assistência a pacientes críticos neurocirúrgicos; e UTI azul e verde, pacientes críticos clínicos cirúrgicos.

Tabela 7. Pacientes separados por Ala na UTI. Fortaleza – CE, Brasil, 2015.

PERFIL DA AMOSTRA	TOTAL	%
UTI Azul	19	47%
UTI Verde	16	40%
UTI Amarela	05	13%

A tabela 8 apresenta o total de pacientes da UTI acima de 60 anos foi de 30,0% em ambos os sexos. Já na faixa etária da UTI entre 31 a 60 anos, evidenciou um percentual maior no sexo masculino, em 22,5% do que no feminino, com 10,0%. Na faixa etária da UTI até 30 anos, apresentou um percentual menor em relação às demais faixas etárias, onde o masculino foi de apenas 2,5% e o feminino de 5,0%.

Tabela 8. Pacientes da UTI por Sexo e Idade. Fortaleza – CE, Brasil, 2015.

PERFIL DA AMOSTRA	TOTAL	%
UTI Feminino até 30 anos	2	5,0%
UTI Feminino de 31 a 60 anos	4	10,0%
UTI Feminino acima de 60 anos	12	30,0%
UTI Masculino até 30 anos	1	2,5%
UTI Masculino de 31 a 60 anos	9	22,5%
UTI Masculino acima de 60 anos	12	30,0%

Na tabela 9, a quantidade de óbitos foi estatisticamente superior atingindo 73% em relação à amostra dos pacientes vivos com 27%, contrariando o estudo⁽¹³⁾, que observou apenas

10,6% dos óbitos. Os dados do presente estudo corroboram com pesquisa realizada na Região Sul do Brasil⁽¹¹⁾, ao apresentar valores aproximados, onde sua pesquisa observou que 31,1% dos pacientes sobreviveram.

Tabela 9. Óbitos X Vivos. Fortaleza – CE, Brasil, 2015.

PERFIL DA AMOSTRA	TOTAL	%
Óbitos	277	73%
Vivos	104	27%

DISCUSSÃO

A divisão por sexo do total de pacientes mostrou que a maioria dos atendimentos dos profissionais dos cuidados paliativos foi do sexo masculino, com 192 (50,39%) e do feminino 189 (49,61%). Corroborando com estes achados pesquisa assegurou⁽¹⁴⁾ uma quantidade maior do sexo masculino, atingindo 54,0% e outro estudo⁽¹¹⁾ obteve 57% dos pacientes em seu trabalho.

Quanto à idade, predominou aqueles com faixa etária acima de 60 anos, com 234 pacientes (61,42%), seguindo com 135 pacientes de 31 a 60 anos, representando 35,43% e por último, 12 pacientes com 3,15%. Em um dado estudo⁽¹¹⁾ percebeu-se que a maioria dos pacientes tinha idade acima de 60 anos (53%).

O perfil dos pacientes a partir do gênero e idade apresenta a maioria o sexo masculino, totalizando 50,40% e no feminino com 49,61%, porém no sexo feminino é maior entre 31 a 60 anos, com 17,85% e 17,59% no masculino. Segue por último um maior número no sexo masculino na faixa etária até 30 anos, obtendo 2,10% e 1,05% no feminino. Assim, determinada pesquisa⁽¹²⁾ exibe uma composição etária mais idosa e participação feminina um pouco maior. Nas comparações por faixa etária entre sexos, os fatores de risco analisados⁽¹³⁾, a situação foi em geral pior para os homens, havendo tendência não uniforme de elevação da prevalência com a idade.

De acordo com a situação dos pacientes no hospital e por sexo, a maioria deles foi a óbito (72,70%), sendo 37,27% do sexo feminino e 35,43% do sexo masculino. A tabela 5 mostra o óbito por sexo e idade, expondo um maior número no sexo feminino (51,26%) do que o masculino (48,74%).

Sabendo-se que apenas alguns pacientes que passaram pela UTI foram solicitados cuidados especiais, 45%⁽¹⁸⁾ era do sexo feminino e 55%⁽²²⁾ do sexo masculino. Os pacientes da UTI adulto foram separados por ala de acordo com a distribuição do hospital, sendo a maioria 47% UTI Azul, 40% UTI Verde e 13% UTI Amarela.

Os pacientes da UTI separados por sexo e idade, apontou igualdade de percentagem em ambos os sexos e idade

acima de 60 anos, atingindo 30%. Na faixa etária de 31 a 60 anos, a amostra foi maior no sexo masculino (22,5%) e no feminino (10%) e até 30 anos, o sexo feminino obteve 5,0% e o masculino 2,5%. O estudo⁽¹¹⁾ concluiu que as doenças preexistentes desencadeiam problemas à saúde, exigindo tratamento na UTI.

Na tabela 9, 73% da amostra foram superiores aos pacientes vivos, sendo representado por 27%, discordando do estudo⁽¹³⁾ que apresentou a mortalidade na amostra estudada em uma instituição de Teresina (10,61%) que observou pacientes da UTI, porém as procedências dos pacientes foram da unidade de internação, do centro cirúrgico, do pronto socorro e outro sendo da UTI, onde os motivos das internações eram as doenças cardiovasculares, doenças neurológicas, doenças respiratórias, doenças ortopédicas e outros, onde os tipos de internação eram clínica, cirúrgica eletiva, cirúrgica urgência e urgência.

Considerando apenas uma enfermeira para atender dois setores e registrar os dados após o desfecho dos pacientes, foi uma investigação bastante relevante, tanto para analisar a situação do próprio hospital quanto para subsidiar futuras pesquisas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou um número bastante relevante de registros de pacientes em cuidados paliativos, buscando quantificar esses pacientes críticos nas UTI's e traçar um perfil dos mesmos. Devemos recordar que muitas famílias experienciaram de forma direta com a morte, fornecendo o cuidado para os membros da família na fase terminal, no qual a maioria delas acontecia em casa e à medida que ela ia sendo transferida de casa para o ambiente hospitalar, as famílias deixaram de vivenciar o momento da morte.

As medidas de suporte em UTI's surgiram para facilitar o diagnóstico e tratamento, onde os mesmos necessitavam de cuidados mais específicos e cada vez mais especializados.

A importância da equipe multidisciplinar no complemento dessa aliança promove uma melhor qualidade de atendimento e assistência, e fazem-se necessários estudos e investigações para uma educação contínua e permanente.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Cuidados Paliativos. [online].2015. [acesso em 11 mar 2015]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoos_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/cuidados_paliativos
2. Brunner&Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica / [editores]. Smeltzer S C, Bare B G, Hinkle J L, Cheever K H. [revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral ; tradução Antonio Francisco Dieb Paulo, José Eduardo Ferreira de Figueiredo, PatriciaLydieVoeux]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
3. Floriani C A, Schramm F R. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. Ciências e Saúde Coletiva vol.13 suppl.2 Rio de Janeiro Dec.2008. [acesso em 05 mar 2015]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900017
4. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANPC). O que são cuidados paliativos. [online].2009. [acesso em 05 abr 2015]. Disponível em: <http://www.paliativo.org.br/anpc.php?p=oqueecuidados>
5. Fernandes M A, Evangelista C B, Platel I C S, Agra G, Lopes M S, Rodrigues F A. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. Ciências e Saúde Coletiva [online]. 2013, 18(9):2589-2596. ISSN 1413-8123. [acesso em 05 mar 2015]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900013>
6. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. [acesso em 04 mar 2015]. Disponível em: <http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/portaria-no-3432-12-de-agosto-de-1998-em-vigor/>
7. Silva C F, Souza D M, Pedreira L C, Santos M R, Faustino T N. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. Ciências e Saúde Coletiva. 18(9). Rio de Janeiro Sept. 2013. [acesso em 05 mar 2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000900014&script=sci_arttext
8. Boemer, M. R. Sobre Cuidados Paliativos. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. 2009. [acesso em: 04 mar 2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342009000300001&script=sci_arttext
9. Peres M F P, Arantes A C L, Lessa P S, Caous C A. Revista de Psiquiatria Clínica. 34, supl1; 82-87, 2007. [acesso em 04 jul 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a11v34s1.pdf>
10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n.466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília;2012.
11. Ducci A J, Padilha K G, Telles S C R, Gutierrez B A O. Gravidade de Pacientes e Demanda de Trabalho de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Análise Evolutiva Segundo o TISS-28. Revista Brasileira Terapia Intensiva. 2004; 16: 22-27. [acesso em 12 jan 2016]. Disponível em: http://www.rbti.org.br/content/imagebank/pdf/antigos/rbti_vol16_01.pdf#page=23
12. Marcopito L F, Rodrigues S S F, Pacheco M A, Shirassu M M, Goldfeder A J, Moraes M A. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. Revista Saúde Pública. 2005; 39(5):738-45. [acesso em 12 jan 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n5/26293.pdf>
13. Leite I R L, Silva G R F, Padilha K G. NursingActivities Score e demanda de trabalho de enfermagem em terapia intensiva. Acta Paul Enferm. 2012; 25(6):837-43. [acesso em 12 jan 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a03.pdf>
14. Queijo A F. Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: Nursing Activities Score (NAS). [tese] São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 2002.

Recebido em: 03.01.2017

Aprovado em: 17.01.2017

A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHANTE NO CENÁRIO DO PARTO E NASCIMENTO: REVISÃO DA LITERATURA

A COMPANION OF IMPORTANCE IN CHILDBIRTH AND BIRTH SCENE: REVIEW OF THE LITERATURE

Artigo de Revisão

Maria Luiza Soares De Amorim¹

Aline Rodrigues Feitoza²

Francisca Alice Cunha Rodrigues³

Régia Christina Moura Barbosa⁴

Sabrine Rodrigues Feitoza⁵

Lorena Damasceno Alves Bezerra⁵

RESUMO

Este estudo objetivou analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o papel do acompanhante na sala de parto. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizada nas bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde em Enfermagem, no período de novembro a dezembro de 2015. Conforme os critérios de inclusão e exclusão obtiveram-se 13 estudos que compuseram a amostra. Os achados dessa revisão ratificam a importância do papel do acompanhante no cenário do parto e nascimento. Sendo que a presença do homem no processo do nascimento quebram paradigmas e fornecem subsídios para aceitação da paternidade. A enfermagem obstétrica é parte crucial nesse trabalho, pois cabe a estes profissionais incentivarem a presença do acompanhante e conquistar junto com as parturientes o melhor atendimento nos serviços de saúde, buscando empoderamento e humanização.

Palavras-chave: Acompanhantes de Pacientes; Parto Humanizado; Enfermagem Obstétrica; Trabalho de Parto.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the available evidence in the literature on the companion paper in the labor room. This is an integrative review of literature performed in databases indexed in the Virtual Health Library Nursing for the period from November to December 2015. According the criteria for inclusion and exclusion were obtained 14 studies in the sample. Records found of this review showed the importance of accompanying the paper in the birth scene and birth. Where the presence of man in the birth process break paradigms and provide subsidies for parenthood acceptance. The obstetrical nursing is a crucial part of this work, because it is up to these professionals encourage the presence of a partner and gain together with the mothers the best care in the health services, seeking empowerment and humanization.

Keywords: Humanizing Delivery; Obstetric Nursing; Labor Obstetric.

¹ Enfermeira. Residente em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: marialuiza_sa@hotmail.com

² Enfermeira. Docente Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

³ Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

⁴ Enfermeira. Doutorado em Enfermagem pela UFC (2008). Docente do curso de Graduação em Enfermagem da UFC.

⁵ Enfermeira. Residente em Enfermagem Obstétrica pela UFC.

INTRODUÇÃO

Atualmente a humanização é um assunto bastante abordado no que se refere ao processo do nascimento. Com a institucionalização do parto, as parturientes foram afastadas de suas famílias, tornando o atendimento das necessidades da mulher inadequado, pois o parto assumiu a forma de doença⁽¹⁻³⁾.

Apesar dos benefícios dessa institucionalização, o ambiente hospitalar, por ser um local associado a vários procedimentos invasivos, torna o parto técnico, impessoal, com pouca ou nenhuma afetividade, excluindo a participação da família e convertendo esse momento singular em uma experiência sofrida⁽¹⁾.

A humanização compreende oferecer dignidade no acolhimento da gestante e do seu acompanhante, adotando procedimentos salubres na assistência ao parto e nascimento, evitando assim práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não sejam auspiciosas para a mulher⁽⁴⁾.

Pensando em retomar essas práticas naturais, o Ministério da Saúde (MS), lançou o Programa de Humanização do Pré Natal e do Nascimento (PHPN), como novo modelo de atenção à mulher, no ciclo gravídico puerperal, com ênfase na humanização do parto, no Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁴⁾.

O PHPN veio com o objetivo de resgatar a atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada, criando assim um conjunto de portarias que contempla práticas assistenciais baseadas em critérios científicos e que respeita a autonomia da mulher. Dentre essas práticas, ressalta-se e recomenda-se a presença do acompanhante⁽¹⁻²⁾.

No Brasil, desde 2005, a Lei Federal nº 11.108, conhecida como "Lei do Acompanhante", obriga os serviços de saúde a permitir a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato⁽⁵⁾.

A importância de comunicar com antecedência sobre esse direito reside na possibilidade do acompanhante se preparar para vivenciar este momento, de forma a maximizar os benefícios desse apoio⁽³⁻⁶⁾.

Estudos apontam que a presença do acompanhante é de suma importância no cenário do parto e nascimento, no entanto o empoderamento da parturiente é crucial. Quando a mulher toma para si o parto, ela deixa de ser coadjuvante. Este é um momento que gera uma inquietude, física e emocional, por isso a equipe deve fornecer todas as informações necessárias para o bem estar do binômio⁽⁶⁻⁷⁾.

As limitações físicas dos serviços também são fatores que dificultam a inserção do acompanhante. No entanto, para os acompanhantes, essas dificuldades relacionadas, e outros aspectos de ambiência, não representam obstáculos para sua permanência e participação junto à mulher⁽⁶⁻⁷⁾.

A implementação de políticas e práticas assistenciais nos serviços de saúde depende da motivação e compromisso dos profissionais em abandonar ações inadequadas que não têm evidência de benefício. O MS aponta a equipe de enfermagem como a engrenagem para o sucesso da inserção do acompanhante na sala de parto e conseqüentemente, da sua humanização⁽¹⁻⁸⁾.

A presença de um acompanhante por si só não é considerada sinônimo de suporte. Para tanto é preciso dar condições para que ele aja. É necessário que a equipe convide-o a se envolver de forma ativa no processo de parturição e assim não seja apenas um espectador receoso do parto⁽¹⁾.

Para viabilizar um suporte contínuo e efetivo à parturiente, é essencial que os acompanhantes sejam inseridos no contexto da gestação desde o início. O profissional ou acompanhante que presta o suporte contínuo à mulher deve estar apto a informar, aliviar a tensão, atender às necessidades da parturiente e facilitar a interação entre esta, sua família e a equipe de saúde⁽²⁾.

Ressalta-se que a ausência de informações não pode constituir impedimento para a vivência desta experiência, já que os acompanhantes que não passaram por treinamento podem estar aptos a atender, pelo menos, à demanda de apoio às mulheres⁽³⁾.

A literatura descreve que as medidas de apoio contemplam quatro dimensões: a emocional (a presença contínua, o encorajamento); a informacional (explicações, instruções e conselhos); o conforto físico (massagens, banhos quentes); e por último, a de intermediação, que tem a finalidade de interpretar os desejos da mulher e negociá-los com os profissionais⁽⁷⁾.

Os benefícios da continuidade do apoio incluem a redução no tempo de duração do trabalho de parto, menor risco de cesárea ou de partos instrumentalizados, menor utilização de analgesia epidural e de medicações para alívio da dor, menor risco de Apgar abaixo de sete, menor avaliação do parto pela mulher como experiência negativa⁽⁹⁾.

A elaboração deste estudo será de grande relevância, visto que poderá contribuir com o trabalho cotidiano das equipes de saúde, no que se diz respeito à presença do acompanhante e os seus benefícios, qualificando assim a atenção à saúde da mulher e do recém-nascido.

Diante do exposto, percebe-se que a presença do acompanhante gera resultados positivos maternos e perinatais. Com isso, objetivou-se com este estudo analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o papel do acompanhante na sala de parto.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que consiste na construção de uma análise ampla, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos. O propósito inicial deste método de pesquisa é obter um profundo

entendimento de um determinado fenômeno, baseando-se em estudos anteriores⁽¹⁰⁾.

Para o desenvolvimento desta revisão integrativa foram percorridas seis etapas⁽¹¹⁾. A primeira etapa consistiu na identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, que se desenvolveu a partir da temática “acompanhante na sala de parto.” Assim, foi delimitada a seguinte questão de pesquisa: Qual a tendência das publicações dos últimos 10 anos sobre o papel do acompanhante no trabalho de parto?

Na segunda etapa, foram delimitados os critérios para inclusão e exclusão dos estudos. Foram definidos como critérios de inclusão: artigos científicos disponíveis na íntegra e de forma gratuita, nas bases de dados selecionadas e grafadas em português, espanhol ou inglês, que abordassem a temática “acompanhante na sala de parto publicados nos últimos dez anos. Os artigos repetidos foram considerados apenas em”, uma das bases eletrônicas. Foram excluídos os estudos que não abordassem a temática.

A busca dos artigos foi realizada pela internet, nos meses de novembro a dezembro de 2015 em três bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde em Enfermagem: BDEF (Base de Dados de Enfermagem), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (*Scientific Electronic Library Online*).

Para o levantamento das pesquisas nas bases de dados, foram selecionados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), na Biblioteca Virtual de Saúde: “Acompanhantes de pacientes”; “parto humanizado”; “enfermagem obstétrica”; “trabalho de parto”.

Foram localizados 349 artigos. Após uma pré-seleção, identificou-se 21 artigos. Mediante leitura dos artigos na íntegra, 13 estudos atenderam aos critérios de inclusão, dos quais quatro foram encontrados na Lilacs, três na BDEF e seis na Scielo.

Na terceira etapa desta revisão integrativa, procedeu-se à definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, com aplicação de um instrumento de coleta de dados para categorização dos temas, contendo as seguintes informações: identificação do artigo, fonte de localização, autores, delimitação de pesquisa.

A quarta etapa, avaliação dos estudos, ocorreu durante a elaboração e análise dos artigos. Foi realizada uma análise crítica dos estudos selecionados, observados os aspectos metodológicos e a familiaridade entre os resultados encontrados, o que permitiu elaborar as seguintes categorias: benefícios da presença do acompanhante, homem como acompanhante, percepção dos profissionais.

A discussão e interpretação dos resultados, quinta etapa dessa revisão, consistiu em elaborar as recomendações para a prática, a partir da conclusão advinda da revisão, bem como, apresentar sugestão de novas pesquisas, com a identificação de lacunas nos estudos incluídos. Na sexta e

última etapa da revisão integrativa, foi elaborado o resumo das evidências disponíveis, com a produção dos resultados, apresentados no quadro 1.

RESULTADOS

Após a extração e organização dos dados, os resultados foram 13 artigos incluídos na revisão, constatou-se que 11 foram publicados em português e dois em inglês. Os artigos foram publicados entre os anos 2005 e 2014, com ênfase em 2007 com três artigos. Seguidos por 2014 e 2013 com dois artigos cada, 2012 (dois artigos) e 2011 (três artigos), e um de 2005. Quanto ao delineamento da pesquisa, a amostra obtida possui 10 artigos com abordagem qualitativa, dos quais um foi elaborado a partir de um ensaio clínico randomizado. Os tipos de estudos, quantitativo, reflexão e revisão sistemática da literatura possuiu uma publicação cada.

Houve prevalência de estudos realizados pelos profissionais de enfermagem, um resultado bastante positivo, pois o enfermeiro é o profissional que lida diretamente com a assistência ao parto e puerpério e precisa compreender os aspectos que os cercam.

DISCUSSÃO

4.1 Benefícios da Presença do Acompanhante

No princípio o parto acontecia naturalmente no lar, onde a mulher era cercada pelos seus familiares e assistida por parteiras. No entanto esse cenário foi transportado para os hospitais, onde as paredes são revestidas de ansiedade, medo e solidão, sufocando o empoderamento feminino, convertendo a mulher em objeto, sujeito as ações desnecessárias e rotineiras.

Um estudo⁽¹²⁾ demonstra que a satisfação da mulher no parto está veementemente associada a um ambiente acolhedor e à presença de uma acompanhante, pois a presença de estranhos e o isolamento estão diretamente relacionados com o aumento do estresse, medo e da ansiedade, retardando o progresso do trabalho de parto.

Quando este acompanhamento é proporcionado por alguém da família, as mulheres estão propensas a relatarem avaliações positivas da experiência do nascimento, sentindo-se mais satisfeitas e felizes, reduzindo as ações desnecessárias^(2,-13-14).

A presença do acompanhante na sala de parto traz benefícios como, a diminuição da taxa de cesariana, redução no uso de ocitocina, menor tempo do trabalho de parto e com isso menor tempo de internação, redução de analgesia, incentivo ao aleitamento materno, menor risco de depressão pós-parto, além de favorecer uma percepção positiva quanto ao nascimento do filho^(2,-13-14).

Quadro 1. Estudos que atenderam aos critérios de inclusão previstos no estudo. Brasil, 2015.

TÍTULO	PERIÓDICO/ANO	AUTOR	DELINEAMENTO DE PESQUISA
Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil	Cad. Saúde Pública, 2014.	DINIZ et al.	Pesquisa quantitativa
A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas	Escola Anna Nery, 2014.	DODOU et al.	Pesquisa descritiva qualitativa
A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil	Escola Anna Nery, 2013.	BRÜGGEMANN et al.	Pesquisa descritiva quantitativa
The support of the companion chosen by the pregnant mother in a maternity school	J. res.: fundam. care. Online, 2013.	ALVES et al.	Pesquisa exploratória descritiva qualitativa
Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo	Revista Rene - Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste 2012.	SANTOS et al.	Pesquisa exploratória descritiva qualitativa
Women's perception of the process of labor coaching: study descriptive	Online Brazilian Journal of Nursing [periodico online]. 2012.	PALINSKI et al.	Pesquisa descritiva qualitativa
Presença do acompanhante durante o processo de parturição: uma reflexão	Reme – Revista Mineira de Enfermagem, 2011.	SANTOS et al.	Estudo de reflexão
Dificuldades relacionadas à presença do acompanhante durante o processo parturitivo da mulher: percepção dos enfermeiros	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, 2011.	Carvalho et al.	Pesquisa exploratória descritiva qualitativa
Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos	Revista Saúde Pública, 2007.	BRÜGGEMANN et al.	Pesquisa qualitativa, parte de um ensaio clínico controlado randomizado
Assistência ao parto com a presença do acompanhante: Experiências de profissionais	Investigación y Educación en Enfermería, 2007.	HOGA et al.	Pesquisa qualitativa
O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante	Acta Paulista de Enfermagem, 2007.	NAKANO et al.	Pesquisa qualitativa

Quadro 1. Estudos que atenderam aos critérios de inclusão previstos no estudo. Brasil, 2015.

TÍTULO	PERIÓDICO/ANO	AUTOR	DELINEAMENTO DE PESQUISA
Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/ parto: uma revisão da literatura	Cad. Saúde Pública, 2005.	BRÜGGEMANN et al.	Revisão sistemática
A participação do pai como acompanhante da mulher no parto	Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011.	PERDOMINI et al.	Pesquisa descritiva qualitativa

A escolha do acompanhante ultrapassa o significado de companhia, a confiança se apresenta como um dos requisitos que influenciam essa nomeação, pois, para as parturientes, o nascimento deve ser compartilhado com alguém que perceba a importância desse momento tão especial, e que tenha algum laço familiar que o ligue a esse momento⁽²⁾.

Percebe-se então, que é importante não só incentivar a presença de um acompanhante para todas as mulheres, mas também que esses sejam preparados e orientados para ajudar a mulher durante o parto e nascimento, assumindo uma participação ativa nesse momento que envolve tantas emoções⁽²⁾.

Não basta apenas permitir a presença do acompanhante, é necessário que ele seja inserido no contexto assistencial, de forma que possa desempenhar o seu papel de provedor de apoio e também tenha uma experiência positiva⁽¹⁵⁾.

Espera-se que esse acompanhante participe significativamente, de forma que possa interagir e ser ativo na sua atuação. Em estudos realizados com puérperas, o ato dos acompanhantes oferecerem suporte físico por meio do toque, massagem, proporcionou motivação para a parturiente deambular, mudar de posição, favorecendo uma vivência tranquila e gratificante no processo de nascimento⁽²⁻¹³⁾.

Um estudo com puérperas captou, que as mulheres valorizam a companhia de pessoas mais experientes, ou que já vivenciaram o parto e nascimento⁽²⁾. Essa importância foi atribuída aos conselhos que receberam e ao fato de terem sido orientadas a como proceder durante o trabalho de parto por suas acompanhantes, principalmente a presença das suas mães⁽¹³⁻¹⁶⁾.

A presença de acompanhante é um marcador de segurança e qualidade do atendimento, e também um indicador da incorporação de vários dos princípios do Sistema Nacional de Saúde (SUS), como a integralidade dos cuidados de saúde, a universalidade, a equidade e a humanização⁽¹⁷⁾.

4.2 O homem Como Acompanhante

Historicamente, a experiência de dar à luz era compartilhada somente entre as mulheres e agregava inúmeros significados culturais, possibilitando-lhes apenas conversar livre-

mente sobre o assunto, identificando-se umas com as outras em suas experiências e preocupações, não sendo permitida a presença do homem que apenas ocupava o cargo de procriador e provedor⁽¹²⁻¹⁶⁻¹⁸⁾.

O pai da criança pode ser considerado o acompanhante ideal para a mulher no processo de parturição, devido a fatores como a formação de vínculo e valorização do seu papel⁽¹⁹⁾. Durante o acompanhamento do parto, o homem pode obter informações sobre como se tornar mais capacitado para assumir as responsabilidades inerentes à paternidade⁽²⁰⁾.

A presença do homem na sala de parto provoca mudanças de paradigmas, rompendo-se o estereótipo de que a mulher é a única responsável pela reprodução. A participação do pai no parto é uma oportunidade de desenvolver o vínculo com a criança desde o nascimento, compartilhar as responsabilidades com a companheira e vivenciar o momento do parto, sendo um acontecimento único na vida do casal, e não só da mulher⁽²⁻²⁰⁾.

Neste sentido, quando o profissional de saúde integra um membro da família escolhido pela mulher, principalmente o pai do bebê, durante o trabalho de parto, está contribuindo para a parturiente se sentir mais confiante. Essa prática favorece uma vivência positiva da parturição e nascimento pela mulher, contribuindo, assim, para a humanização da assistência, além de ser uma prática baseada em evidências científicas⁽¹³⁾.

A maior parte dos pais é surpreendida pela oportunidade de acompanhar o parto da mulher, pois resolvem ser acompanhantes no momento da internação hospitalar, não tendo conhecimento da lei do acompanhante⁽¹⁹⁾.

O enfermeiro, por ter a formação holística e participar diretamente do cuidado, tem papel fundamental nessa tarefa de informar desde o acompanhamento do pré-natal. Desse modo, há a necessidade de sensibilização das equipes obstétricas com relação aos benefícios do acompanhante⁽¹²⁾.

Hoje o interesse dos pais em acompanhar o processo de nascimento do filho cresce a cada dia. Embora alguns homens achem cansativa a experiência de participar do parto, outros a consideram divertida, recordando-a com grande satisfação,

mesmo que a ansiedade frente à dor da mulher possa lhes parecer como impotência⁽¹⁹⁾.

A insatisfação do acompanhante em relação à sua participação no processo de parturição, é considerada limitada em razão do atendimento obstétrico, centrado no profissional de saúde, que coloca a mulher e seu acompanhante em segundo plano⁽¹⁶⁾. Tal achado caracteriza a relação de desigualdade entre esses elementos, representando mais uma dificuldade para aceitação da sua participação⁽¹²⁾.

Alguns profissionais tem a concepção de que o homem não suporta assistir ao parto, ocorrendo assim à desvalorização da participação masculina na saúde reprodutiva e pediátrica, dificultando a incorporação da presença do companheiro no cenário do nascimento⁽¹²⁻¹⁸⁾.

A experiência de acompanhar o parto proporciona a aquisição de conhecimentos mais precisos sobre a natureza do parto. A disseminação dessa experiência torna possível que um maior contingente de pessoas passe a ter consciência dos riscos dos partos cirúrgicos. O comportamento dos pais melhora depois de acompanhar o parto porque eles se tornam mais comprometidos com as questões familiares⁽²⁰⁾.

4.3 Percepções dos Profissionais e Desafios

Em todos os estudos elencados nessa pesquisa, os resultados da presença do acompanhante são benéficos, não sendo apontado nenhum risco ou prejuízo associado à prática do suporte. Imagina-se que os benefícios são maiores dependendo das características assistenciais dos hospitais, do tipo de provedor e da duração do suporte⁽²¹⁾.

No entanto algumas pesquisas listam os profissionais de saúde como sendo agentes facilitadores ou desfavoráveis desse processo. Apresentando rejeição inicial, preconceito, medo da suposta violência dos acompanhantes, e dos possíveis questionamentos sobre a conduta profissional⁽¹⁴⁻¹⁸⁻²²⁾.

Entre os profissionais de enfermagem, verifica-se medo do desconhecido, especialmente pela falta de habilidade em lidar com uma interação afetiva junto à parturiente e seu acompanhante. Em estudos que avaliaram a percepção dos profissionais a cerca da presença do acompanhante na sala do parto, o despreparo, configurou a maior dificuldade para a aceitação⁽¹⁴⁻¹⁸⁾.

Embora com medo e despreparados, os acompanhantes são capazes de adaptar-se. O desejo de fornecer proteção e suporte a mulher determina a aprendizagem necessária e supera o despreparo inicial, tornando à experiências dos profissionais frente à sua presença positiva⁽¹⁴⁻¹⁸⁻²³⁾.

Os profissionais médicos, também aparecem nas pesquisas, demonstrando que em algumas situações eles podem ter contribuído, mas em outras podem ter impedido ou dificultado a inserção do acompanhante. A decisão final sobre a presença do acompanhante passa pela análise da

equipe médica, que é responsável pela sua inclusão ou exclusão⁽²⁰⁻²²⁾.

Outro aspecto negativo enumerado pelos profissionais quanto à presença do acompanhante refere-se à privacidade das pacientes. No entanto, isso é provocado pela estrutura inadequada dos ambientes hospitalares, que não foram construídos para abrigar mais de uma pessoa⁽¹³⁾.

Os profissionais associam a presença do acompanhante com o comportamento inadequado das parturientes. Essa opinião reflete que os profissionais esperam da mulher um comportamento adequado, de passividade resignação, inerente ao modelo de assistência centrado na conveniência do profissional de saúde e da instituição⁽²²⁻²³⁾.

O acompanhante, algumas vezes reproduz as solicitações dos profissionais, e incentiva a parturiente a atendê-las, mesmo que não recomendadas pelas OMS, uma vez que ele não possui conhecimento técnico para identificar que é uma prática não benéfica. Este acompanhante apenas imita as atitudes apresentadas pelos profissionais que o cercam⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Quando orientado e estimulado, o acompanhante realiza ações de apoio, porém existem situações em que isso não acontece pelo fato de não existir interesse do acompanhante e/ou da parturiente, carecendo de orientação dos profissionais. Inclusive essa orientação sobre o parto faz parte da prescrição de enfermagem⁽¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁸⁾.

Os acompanhantes podem ser vistos como agentes de fiscalização dos serviços prestados no ambiente hospitalar⁽²⁾. No entanto quando o acompanhante se sente confiante e com liberdade para executar as ações de apoio, ele deixa de ser agente fiscalizador e passar a compor a equipe no cuidado à paciente⁽¹⁵⁾.

Para os participantes de uma determinada pesquisa, seria necessário realizar um processo de seleção, mediada pelos profissionais de saúde, de uma equipe multiprofissional, para escolher a pessoa mais preparada para acompanhar a parturiente, evitando problemas entre a equipe e o acompanhante durante o parto e o nascimento⁽¹⁴⁾.

A enfermagem obstétrica deve atuar como agente facilitador e promotor da compreensão das necessidades evidenciadas na assistência. Quando o acompanhante participa de todo o processo de nascimento, ocorre o aumento do vínculo familiar e o fortalecimento dos laços afetivos entre acompanhante e RN⁽⁸⁻²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados dessa revisão ratificam a importância do papel do acompanhante no cenário do parto e nascimento. Sendo que a presença do homem no processo do nascimento quebra paradigmas e fornecem subsídios para aceitação da paternidade.

A enfermagem obstétrica é parte crucial nesse trabalho, pois cabe a estes profissionais incentivarem a presença do acompanhante e conquistar junto com as parturientes o melhor atendimento nos serviços de saúde, buscando empoderamento e humanização.

A quantidade de publicações sobre a temática ainda é restrita, evidenciando a necessidade de estudos direcionados a estratégias de inclusão do acompanhante, ante a sua relevância para o contexto da humanização do parto e nascimento.

REFERÊNCIAS

1. Soares RKC, Silva SF, Lessa PRA, Moura ERF, Pinheiro PNC, Damasceno AKC. Parturient's companion and their relationship with the nursing team: a qualitative study. *Online Braz J Nurs [online]*. 2010; [citado 2013 fev 5];9(1). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2867>.
2. Dodou, H. D. et al. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: Percepções de puérperas. *Escola Anna Nery de Enfermagem*. vol.18, n.2, p. 262-269.
3. Gonzalez ad, et al. A percepção do acompanhante no processo do nascimento. *Cogitare Enferm [Internet]*. 2012 [acesso em 2015 nov 25] Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.ojs/cogitare/article/view/27889/18497>.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília (DF); 2005.
5. Brasil. Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 8 abr 2005; Seção 1: 1.*
6. Brüggemann et al. Motivos que levam os serviços de saúde a não permitirem acompanhante de parto: Discursos de enfermeiros. *Texto & Contexto Enferm*. vol. 23, n.2, p.270-277, 2014.
7. Frutuoso LD, Brüggemann OM. Parturient women's companions knowledge of Law 11.108/2005 and their experience with the woman in the obstetric center. *Texto Contexto - enfermagem [internet]*. 2013 [cited 103 Nov 3];22(4):909-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/06.pdf>
8. Brüggemann et al. A inserção do acompanhante nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. *Escola Anna Nery Enfermagem*. vol.17, n.3, p. 432-438. 2013
9. Santos JO, et al. Conhecimento de gestantes atendidas em Unidades Básicas de Saúde sobre o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto. *Revista do Instituto Ciência da Saúde*. 2008; 26(3):294-8.
10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão, CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm*. [periódico na internet] 2008; [acesso em 2015 dez 20];17(4):758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.
11. Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2009.
12. Santos JO, Tambellini CA, Oliveira SMJV. Presença do acompanhante durante o processo de parturição: uma reflexão. *Reme, Revista Mineira de Enfermagem*. 2011jul/set;15(3):453-8.
13. Palinski JR, Souza SRRK, Silveira JTP, Salim NR, Gualda DMR. Women's perception of the process of labor coaching: a descriptive. *Online Braz J Nurs [online]*. 2012 ago; [citado 2013 nov 9]; 11(2):274-88. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3603/html>.
14. Santos LM, Carneiro CS, Carvalho ESS, Paiva MS. Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo. *Revista RENE*. 2012; 13(5):994-1003.
15. Marcela Caetano Alves1, Odaléa Maria Brüggemann2, Ricardo Roberto Bampi3, Viviane Gonzaga Godinho4. The support of the companion chosen by the pregnant mother in a maternity school. *J. res.: fundam. care. online* 2013. jul./set. 5(3):153-164
16. Nakano MAS, Silva LA, Beleza ACS, Stefanello J, Gomes FA, Nakano AMS, et al. O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. *Acta Paul Enfermagem*. 2007 Abr; 20(2):131-7.
17. Diniz CSG, D'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, Lansky S, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:140-153*, 2014.
18. Carvalho IS, Costa Junior PB, Nunes VMA, Macedo JBPO. Dificuldades relacionadas à presença do acompanhante durante o processo parturitivo da mulher: percepção dos enfermeiros. *Revista de Pesquisas e Cuidados Fundamentais*. 2011 Dez; (supl:28-36).
19. Perdomini FRI, Bonilha ALL. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2011 Jul; 20(3):245-52.
20. Hoga LAK, Pinto CMS. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: experiências de profissionais. *Invest. educ. enferm*. 2007; 25(1): 74-81.
21. Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJA. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: Uma revisão de literatura. *Caderno de Saúde Pública*. 2005 set/out; 21(5): 1316-27.
22. Brüggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: Percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Revista de Saúde Pública*. 2007 fev; 41(1): 44-52.
23. Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD, Cecatti JG, Carvalhinho NAS. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: A randomized controlled trial. *Reprod. health. [internet]*. 2007 jul [citado 2011 jun 10]; 4:5. Disponível em: <<http://www.reproductive-healthjournal.com/content/4/1/5>>.

Recebido em: 11.02.2017

Aprovado em: 20.02.2017

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA UTILIZAÇÃO DA BOTA DE UNNA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

NURSING CARE IN USE OF UNNA BOOT: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Artigo de Revisão

Ronny Anderson de Oliveira Cruz¹

Cizone Maria Carneiro Acioly²

Vannucia Karla de Medeiros da Nóbrega³

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar através da literatura os cuidados de enfermagem no manejo da úlcera venosa através do curativo bota de Unna. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados BDEF, LILACS, SCIELO e MEDLINE no intervalo temporal de 2000 a 2014. A amostra final foi composta por 3 artigos. Os dados obtidos foram agrupados em duas categorias: O enfermeiro e seu papel relevante ao cuidar do cliente com Úlcera Venosa e Cuidados de enfermagem ao cliente com UV em utilização de bota de Unna. A partir deste estudo pode-se observar a carência de artigos publicados nos últimos dez anos mesmo com sua comprovada eficácia e segurança. Esperamos que este estudo contribua para o desenvolvimento de novos estudos principalmente baseados em evidências a fim de respaldar o tratamento e, sobretudo, a assistência de enfermagem.

Palavras-chave: Úlcera Varicosa; Terapêutica; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

This study aims to analyze through literature nursing care in the management of venous ulcer healing through the boot Unna. It is an integrative literature review in BDEF databases, LILACS, SCIELO and MEDLINE in the time interval from 2000 to 2014. The final sample consisted of three articles. The data were grouped into two categories: The nurse and her role in caring for the client with Ulcer Vascular and UV customer Nursing in using Unna boot. Through this study we can observe the lack of articles published over the past decade even with proven efficacy and safety. We hope this study will contribute to the development of new studies based mainly on evidence in order to endorse the treatment and, above all nursing care.

Keywords: Varicose Ulcer; Therapeutics; Nursing Care.

¹ Enfermeiro. Especialista em Gestão em Emergências e Desastres. Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde. Especialista em Docência na Educação Profissional nos níveis Básico e Técnico. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Tratamento de Feridas – GEPEFE-UFPB. E-mail: ronnyufpb@gmail.com

² Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente Adjunto I. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Tratamento de Feridas – GEPEFE-UFPB.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Docente substituta da Universidade Federal de Goiás (UFG).

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos é notória a busca incessante pelo conhecimento e tecnologia. O termo tecnologia é uma palavra composta de origem grega, formada pela palavra *techné*: arte, técnica e *logos*: corpo de conhecimento. Sob o olhar filosófico, técnica e tecnologia podem ser consideradas inerentes à vida humana em sociedade⁽¹⁾.

Dessa maneira, o curativo denominado bota de Unna é considerado uma tecnologia do cuidado que consiste numa bandagem compressiva inelástica, desenvolvida no século XIX pelo médico dermatologista alemão Paul Gerson Unna. Nesse curativo há a presença de uma pasta composta basicamente de óxido de zinco, glicerina, água destilada e gelatina. No entanto, pode ocorrer alguma variação na sua composição devido à industrialização do material para esse curativo⁽²⁾.

O curativo bota de Unna apresenta ações terapêuticas sobre as Úlceras Venosas (UV) devido aos efeitos compressivos (que auxilia no retorno venoso efetivo), protetor (por meio da bandagem evitando a exposição das lesões) e cicatricial (ação das substâncias da pasta de Unna)⁽³⁾.

O tempo máximo recomendado para troca do curativo bota de Unna é de duas semanas, sendo o mais comum à realização da troca semanalmente. Durante sua utilização devem ser observadas as condições do paciente, com vistas a detecção precoce da ocorrência de anormalidades tais como: sinais clínicos de infecção local ou sistêmica; extravazamento de exsudato, principalmente com forte odor; comprometimento da perfusão sanguínea; e parestesias. Frente a intercorrências deverá ocorrer reavaliação imediata do curativo⁽⁴⁾.

No que concerne à UV, é uma lesão cutânea que acomete o terço inferior das pernas, representando cerca de 70% a 90% dos casos de úlceras nos membros inferiores⁽⁵⁾. Essa lesão está associada à insuficiência venosa crônica, sendo essa a principal causa de úlcera nos membros inferiores. Essa inadequação do funcionamento do sistema venoso é comum na população idosa⁽⁶⁾.

A prevalência das úlceras venosas afeta diretamente a qualidade de vida de muitos indivíduos na fase produtiva de sua vida, acarretando dor, perda de mobilidade e afastamento de atividades, gerando aposentadoria por invalidez⁽⁷⁾.

O processo de trabalho da enfermagem envolve inúmeros elementos em um único processo, por meio do uso de diferentes tecnologias. As inovações tecnológicas favorecem o aprimoramento do cuidado, ressaltando que o cuidado utiliza a tecnologia e não o contrário⁽⁸⁾. A incorporação da tecnologia deve responder por finalidades baseadas em melhores cuidados de saúde e cuidados mais resolutivos e responsáveis⁽⁹⁾.

O tratamento de úlceras venosas, inserido no conceito de ferida complexa, representa um desafio para a enfermagem, o que vem a exigir dos profissionais conhecimentos técnico-científicos específicos, observação cuidadosa e sensibilidade com o cliente sob seus cuidados⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Nesse contexto, o tratamento de feridas exige uma avaliação complexa que necessita de intervenção qualificada, centrada numa abordagem holística, práticas baseadas em evidências, e avaliação clínica por uma equipe multiprofissional. Sabe-se que o enfermeiro é o profissional que estabelece maior contato com o cliente, e que a úlcera venosa é um problema de saúde pública. No entanto, afirma-se que há um aumento da morbidade dos pacientes, redução da qualidade de vida e elevação dos custos para garantir a saúde, fazendo com que esse profissional passe a ser um ator indispensável no tocante aos cuidados.

Com esse fim a questão que norteou esta revisão foi quais os cuidados de enfermagem e o papel do enfermeiro no manejo da úlcera venosa através do curativo bota de Unna? Diante do exposto o presente estudo objetivou analisar à luz da literatura quais são os cuidados de enfermagem ao cliente com úlcera vascular e em uso da bota de Unna, bem como o papel do enfermeiro inserido nesse contexto.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, que permite a sumariação de pesquisas anteriores, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, a partir da qual se irão alcançadas conclusões gerais a respeito de uma área particular de estudo, permitindo apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos⁽¹²⁾. Para o desenvolvimento foram seguidas cinco etapas: formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados.

A coleta de dados foi realizada entre agosto e setembro de 2015, por meio de consulta nas seguintes bases eletrônicas: Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Os termos utilizados de forma combinada para a busca foram "Cuidados de enfermagem and Bota de Unna", "Cuidados de enfermagem and Úlcera varicosa" e "Úlcera venosa and Bota de Unna". O intervalo temporal foi de 2000 a 2014.

Como critérios de inclusão foram adotados: artigos científicos que tinham como eixo central da pesquisa os cuidados de enfermagem voltados para o tratamento da úlcera venosa através da bota de Unna, os que dispunham dos artigos na íntegra de forma gratuita, aqueles publicados entre 2000 e 2014, e por fim, estudos no idioma português. Foram excluídos os estudos que estavam em duplicidade na mesma ou em outra base de dados, utilizando a LILACS como referência, aqueles que não abordavam a temática como eixo central e por fim, os que não disponibilizavam os artigos completos. Para melhor compreensão dos resultados, foram estabelecidas duas categorias: O enfermeiro e seu papel relevante ao cuidar do cliente com Úlcera Vascular e Cuidados de enfermagem ao cliente com UV em utilização de bota de Unna.

Após a leitura dos títulos e resumos houve a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão procedendo-se com a leitura dos artigos selecionados na íntegra. As informações organizaram-se a partir da construção de quadros sinópticos com os dados coletados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da busca eletrônica nas bases de dados, foram encontrados 49 estudos sendo 45 na base LILACS e 4 na SCIELO conforme a aplicação dos descritores em pareamento. Não houve produções nas bases BDEF e MEDLINE, e com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão restaram 3 artigos (Quadro 1).

Quatro artigos foram publicados em inglês e um, em português (Quadro 2). Três dos trabalhos utilizaram tecnologias direcionadas à mãe ou aos pais dos RNs, um trabalho foi aplicado aos bebês e o outro aos profissionais de saúde em geral. A prevalência das tecnologias foram tecnologias duras, protocolos clínicos e escalas de avaliação, quatro artigos, seguidas de tecnologias leves, como aconselhamento individual, três artigos (Quadro 1).

Quadro 1. Pareamento dos descritores na busca - Set/2015

DESCRITORES	BASES DE DADOS			
	LILACS	SCIELO	BDEF	MEDLINE
Cuidados de enfermagem and Bota de unna	4	-	-	-
Cuidados de enfermagem and Úlcera varicosa	29	1	-	-
Úlcera venosa and Bota de unna	12	3	-	-
Total: 49 artigos				

No primeiro quinquênio verificou-se uma ausência de estudos, porém a partir de 2006 pelo menos uma publicação esteve presente até 2014 sobre a assistência de enfermagem ao cliente com UV. No entanto, os estudos que tratavam do uso da bota

de Unna como tratamento só ocorreu nos anos de 2006, 2009 e 2012 com apenas um estudo em cada ano. Apesar do aumento dos estudos e pesquisas, atualmente nota-se a tímida produção no tocante a bota de Unna, sobretudo na perspectiva do avanço tecnológico e científico na área da saúde no século XXI, o desenvolvimento de novas terapêuticas, o aumento da expectativa de vida com consequente envelhecimento da população e maior prevalência de doenças crônicas⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Dos oito autores citados apenas dois não eram enfermeiros (25%), sendo um médico e um biólogo. Quanto às titulações, dois eram graduados, um mestre, quatro eram doutores (50%) e um pós-doutor. Quanto aos periódicos apenas um era voltado especificamente para a área de enfermagem e estava presente na Revista Latino-Americana de Enfermagem, sendo o estudo mais antigo da amostra (Quadro 2).

Com base nos estudos, os cenários de coleta de dados foram 2 instituições hospitalares e uma instituição clínica. No que se refere ao delineamento metodológico, houve apenas 1 estudo clínico e 2 com abordagem quantitativa. A abordagem quantitativa caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas, desde as mais simples até as mais complexas⁽¹⁵⁾. A carência de outras abordagens pode estar relacionada ainda ao modelo tecnicista e biocêntrico prevalente em nossa cultura. Nesse ínterim, se faz necessário o entendimento de que a assistência às pessoas com lesões de pele exige abordagem holística, planejamento de estratégias e de intervenções que possibilitem alcançar os objetivos propostos⁽¹⁶⁾.

O Enfermeiro e seu papel relevante ao cuidar do cliente com Úlcera Venosa

O enfermeiro é responsável pelo tratamento e prevenção de feridas, devendo, no contexto de suas competências profissionais, avaliá-las, prescrever os cuidados e o tratamento mais adequado, orientar o cliente e/ou seus familiares, supervisionar a sua equipe na realização de curativos e possuir conhecimento científico e habilidades no manejo das lesões⁽¹⁷⁾.

Estima-se que um por cento das pessoas dos países industrializados sofrerão de uma úlcera de perna em algum momento da vida⁽¹⁸⁾. É responsável pela principal causa de úlcera de perna, com uma ocorrência que atinge índices de até 80,0%, e podem acometer desde indivíduos jovens até os mais idosos. Independente da faixa etária acometida é observado impacto tanto no aspecto físico como psicossocial, que incluem a dor, dificuldades para se locomover, limitação no trabalho doméstico, nas atividades sociais, vergonha de expor as pernas, limitação das atividades de lazer e restrições na vida conjugal. Por isso, necessitam de cuidados apropriados e de forma resolutiva, com vista ao restabelecimento da saúde das pessoas e seu retorno às atividades cotidianas⁽¹⁹⁾.

Avaliar a qualidade de vida no contexto do cliente que apresenta uma lesão de pele se tornou algo importante, sobretudo

Quadro 2. Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa, 2000-2014.

TÍTULO DO ESTUDO	AUTORES	ANO	PERIÓDICO	TIPO DE ESTUDO	PRINCIPAIS ACHADOS
Levantamento do custo do procedimento com bota de unna em pacientes com úlcera venosa	Baptista CMC, Castilho V.	2006	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa.	Houve predominância das faixas etárias de 49 a 56 anos e de 65 a 72 anos, e do sexo feminino. Quanto à doença associada, houve predomínio de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. O custo direto foi de R\$ 107,99 e o custo observado de R\$ 96,47.
Etiologia da microbiota presente em úlceras venosas de usuários de bota de Unna	Vicentim AL, Gatti MAN, Weckwerth PH, Carvalho RCO.	2009	Salusvita	Análise quantitativa.	Os gêneros isolados com maior prevalência nas culturas foram: <i>Pseudomonas</i> , <i>Staphylococcus</i> e <i>Enterococcus</i> , seguidos dos demais gêneros: <i>Serratia</i> , <i>Morganella</i> , <i>Proteus</i> , <i>Escherichia</i> , <i>Citrobacter</i> , <i>Enterobacter</i> , e <i>Providencia</i> .
Qualidade de vida em pacientes com úlcera venosa	Salomé GM, Ferreira LM.	2012	Revista Brasileira de Cirurgia Plástica	Estudo clínico, descritivo e analítico.	No início da coleta de dados, os pacientes apresentaram qualidade de vida baixa, após 8 meses de tratamento com bota de Unna foi observada melhora da qualidade de vida.

nas últimas décadas. A medida de qualidade de vida teve início em outras áreas do conhecimento, e somente depois foi incorporada à saúde. Vários componentes devem ser incluídos na avaliação como bem-estar físico, psicológico, social, dor, dificuldade de locomoção, nível de otimismo e vida futura⁽⁶⁾.

As úlceras venosas constituem a manifestação clínica mais grave da insuficiência venosa crônica. Caracterizam-se por dor disseminada, com presença de edema no pé e tornozelos, localizados geralmente na região do maléolo medial ou lateral, com bordas bem definidas, apresentando leito com tecido necrosado ou de granulação, exsudato variável de cor amarelada, podendo torna-se profunda⁽²⁰⁾. O resultado dessa disfunção no sistema venoso é a instalação de um estado de hipertensão venosa. Essa sobrecarga venosa ocorre devido à intensificação do fluxo sanguíneo retrógrado que sobrecarrega o músculo da panturrilha a ponto deste não conseguir bombear quantidades maiores de sangue, na tentativa de contrabalançar a insuficiência das válvulas venosas⁽²¹⁾.

A formação da UV pode estar associada ao acúmulo de líquido e o depósito de fibrina, que leva à formação de manguis-

tos, no interstício interferindo negativamente na nutrição dos tecidos superficiais. A deficiência no suprimento de oxigênio e nutrientes pode acarretar, nas regiões acometidas dos membros inferiores, em ulcerações e necroses. Outro mecanismo que elucida a úlcera venosa refere-se à reação entre os leucócitos e moléculas de adesão do endotélio havendo, consequentemente, liberação de citocina e radicais livres. Esse processo desencadeia inflamação que pode causar danos às válvulas venosas e ao tecido adjacente, aumentando a susceptibilidade a ulcerações⁽²²⁾.

São frequentemente colonizadas por diferentes espécies de bactérias, sendo que a identificação do agente etiológico no quadro infeccioso evidenciado pelos sinais e sintomas clínicos é difícil, pela multiplicidade de microrganismos geralmente isolados nas culturas. No Brasil, clientes com este tipo de ferida apresentaram como microrganismos predominantes *Staphylococcus aureus*, *Proteus sp*, e *Pseudomonas aeruginosa*. Assim, é importante destacar que a susceptibilidade a antibióticos encontrados em microrganismos isolados em uma lesão

pode não ser a mesma para as bactérias da mesma espécie isoladas de feridas diferentes⁽²³⁾.

Cuidados de Enfermagem ao cliente com UV em utilização de bota de Unna

No exame do cliente portador de úlcera venosa, é necessário que se realize um levantamento do histórico completo, com anamnese e exame físico, além da investigação de comorbidades. O cuidado clínico de enfermagem é permeado por uma observação rigorosa dos antecedentes pessoais, patologias crônicas e estado atual do cliente, e a história da úlcera, verificando origem, tempo e tratamentos realizados. São observadas algumas características da ferida como: tamanho, profundidade, exsudato, leito da lesão, tipo de tecidos, aspecto da região perilesional e dor, utilizando a escala de Push para avaliar a evolução da cicatrização e/ou na predição do aparecimento de novas lesões. Após detectar os possíveis problemas, traça-se um plano de intervenções e posteriormente se analisam os resultados das ações instituídas⁽¹¹⁾.

No exame da ulceração venosa deve-se avaliar se há comprometimento arterial, através do cálculo de índice de pressão tornozelo/braço (ITB), que é um método diagnóstico não invasivo em que se realiza a mensuração da pressão arterial do tornozelo (perna afetada) e dos braços. Além do cálculo do ITB, pode-se fazer uso de outros recursos não invasivos tais como o Doppler de onda contínua, o Duplex scan (ultrassonografia com Doppler) e a Plestimografia a ar⁽²⁴⁾.

Também devem ser relevadas algumas condições agravantes para as ulcerações venosas, tais como presença de diabetes melito e dermatite de contato, além da suspeita de malignidade das lesões⁽²⁵⁾. Várias terapias vêm sendo adotadas no tratamento dessas úlceras, porém, há um consenso na literatura da eficácia de terapias compressivas que visa minimizar a hipertensão venosa, melhorar macrocirculação e microcirculação e promover cicatrização⁽²⁶⁾.

Os métodos disponíveis de compressão são ataduras compressivas, meias elásticas e compressão pneumática. A pressão aplicada no membro (compressão) pode ser classificada como leve (60mmHg); a pressão recomendada para tratamento de úlceras venosas é ≥ 40 mmHg, com restrições para pacientes portadores de insuficiência arterial, neuropatias e problemas cardíacos. Dentre as ataduras compressivas, existem ataduras elásticas e inelásticas; cada tipo possui vantagens e desvantagens; portanto, há necessidade de compreender seu funcionamento para uma melhor indicação. Ataduras elásticas, se comparadas às inelásticas, proporcionam maior estiramento e menor variação de pressão entre a contração e o repouso muscular⁽²⁷⁾.

Em se tratando das ataduras inelásticas, a mais tradicional é a bota de Unna, que é constituída por atadura impregnada com óxido de zinco e forma um molde semissólido que realiza a compressão externa. Essas ataduras inelásticas criam alta pressão com a contração muscular (durante a deambulação) e

pequena pressão ao repouso. Por essa razão, é imprescindível que o enfermeiro observe se o paciente continua a realizar suas atividades diárias, como as laborais ou realizar pequenas caminhadas, quando está em uso da Bota de Unna, para efetivar a atuação do produto⁽²⁸⁾. Além disso, condições como úlceras arteriais ou mistas, insuficiência cardíaca descompensada, trombose venosa e alergia aos componentes, tornam a utilização da bota de Unna contraindicada⁽²⁹⁾.

As ataduras inelásticas apresentam a desvantagem de oferecer baixa pressão quando o paciente está em repouso⁽²⁵⁾. O tratamento com terapia compressiva em pacientes com úlcera venosa atinge a completa cicatrização em 40% a 95% dos casos, melhorando a qualidade de vida e a capacidade funcional desses pacientes com úlcera venosa⁽⁶⁾.

Nessa dinâmica os objetivos dos enfermeiros que cuidam destas lesões são a cicatrização efetiva da mesma, a prevenção de possíveis complicações, orientação para o autocuidado e redução das recidivas. Sendo as recidivas, recorrendo em 70% até o segundo ano após cicatrização. Portanto, o tratamento é oneroso para os pacientes e para o serviço público de saúde. Os fatores socioeconômicos, sociodemográficos e a desmotivação muitas vezes levam os pacientes ao abandono do tratamento⁽²⁸⁾. No Brasil, não foram encontrados estudos sobre o custo do tratamento dessas lesões, no entanto, acredita-se que o custo do procedimento com bota de Unna seja elevado em relação a outras opções, quando se pensa apenas no custo do material e dos recursos humanos para sua realização. Porém, a frequência de troca dos curativos pode compensar esses custos⁽³⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pouca atuação dos enfermeiros no atendimento as pessoas com úlceras vasculares e a assistência prestada por profissionais com preparo insuficiente pode influenciar negativamente na resolubilidade e no processo de cicatrização destas lesões, contribuindo para manutenção do sofrimento biopsicossocial das pessoas e seus familiares, além de favorecer maior ônus para o sistema de saúde. Percebe-se a necessidade de atividades de educação permanente, bem como investimento na capacitação dos profissionais. Para o serviço e o melhor aproveitamento dos profissionais já capacitados.

A partir deste estudo pode-se observar a carência de artigos publicados nos últimos dez anos, o que vem a respaldar a realização de mais estudos clínicos e experimentais sobre a utilização da bota de Unna e os cuidados de enfermagem.

Esta revisão, apesar das limitações impostas pelos critérios de inclusão e de exclusão, assim como pelo baixo número de produções, permitiu constatar a escassez de estudos no Brasil. Diante disso, sugere-se que novas pesquisas sobre as orientações e cuidados com o curativo sejam realizadas, pois somente com a adesão de pesquisadores em diferentes cenários pode-se conhecer com maior propriedade todas as interfaces do cuidado direcionado aos portadores de úlcera venosa.

REFERÊNCIAS

1. Nietzsche EA, Leopardi MT. O saber da enfermagem como tecnologia: a produção de enfermeiros brasileiros. *Texto e Contexto Enfermagem*. 2009;9(1):1299-52.
2. Barbosa JAG, Campos LMN. Diretrizes para o tratamento da úlcera venosa. *Enfermeria Global*. 2010;10:1-13.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas. Brasília; DF, 2002. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_feridas_final.pdf. Acesso em 12/10/2015.
4. Bajay HM, Jorge AS, Dantas S.R.P.E. Curativos e coberturas para o tratamento de feridas. In: Jorge AS, Dantas S.R.P.E. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu, 2003.
5. Vincentim AL, Gatti MAN, Weckwerth PH, Carvalho RCO. Etiologia da microbiota presente em úlceras venosas de usuários de bota de unna. *Salusvita*. 2009;28(1):65-72.
6. Salomé GM, Ferreira LM. Qualidade de vida em pacientes com úlcera venosa em terapia compressiva por bota de Unna. *Revista Brasileira Cirurgia Plástica* 2012;27(3):466-71.
7. Santos FTA, Rocha CA, Cunha SXS, Santos TFA, Júnior CHM, Lima JMB, et al. Tissue characterization by photographic imaging during treatment of chronic venous ulcer: technical note. *J Vasc Bras*. 2015;14(2):177-181.
8. Cardoso GB, Silva ALA. O processo de trabalho na enfermagem: articulação das tecnologias do cuidado. *Revista de Enfermagem UERJ*. 2010;18(3):451-5.
9. Lorenzetti J, Trindade LL, Pires DEP, Ramos FRSL. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. *Texto Contexto Enfermagem*. 2012;21(2):432-9.
10. Bezerra SMG, Barros KM, Brito JÁ, Santana WS, Moura ECC, Luz MHBA. Caracterização de feridas em pacientes acamados assistidos pela Estratégia Saúde da Família. *R. Interd*. 2013;6(3):105-114.
11. Souza JL, Santos KPC, Coêlho MS, Brandão JOC, Medeiros CSQ. Assistência de enfermagem a pacientes portadores de úlcera venosa: Uma revisão Integrativa. *Ciências biológicas e da saúde*. 2014;1(3):47-58.
12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto enferm*. 2008;17(4): 758-764.
13. Duarte IV, Fernandes KFF, Freitas SC. Cuidados paliativos domiciliares: considerações sobre o papel do cuidador familiar. *Revista SBPH*. 2013;16(2):73-88.
14. Figueiredo JFS, Uchôa VLT, Almeida ANS, Coelho MMF, Guedes MVC, Moura DJM. Sentimentos de gestantes soropositivas para o HIV/AIDS: revisão integrativa da literatura. *Revista Tendências de Enfermagem Profissional* 2014;6(3):1345-49.
15. Dalfovo MS, Lana RA, Silveira A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*. 2008;2(4):01- 13.
16. Santana AC, Bachion MM, Malaquias SG, Vieira F, Carneiro DA, Lima JR. Caracterização de profissionais de enfermagem que atendem pessoas com úlceras vasculares na rede ambulatorial. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2013;66(6):821-26.
17. Ferreira AM, Bogamif DDD, Tormena PC. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. *Arquivos Ciências da Saúde*. 2008;15(3):105-9.
18. Silva MH, Jesus MCP, Merighi MAB, Oliveira DM, Biscotto PR; Silva GPS. O cotidiano do homem que convive com a úlcera venosa crônica: estudo fenomenológico. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2013;34(3):95-101.
19. Sant'Ana MSC, Bachion MM, Santos QR, Nunes CAB, Malaquias SG, Oliveira BGRB. Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2012;65(4):637-644.
20. Brito CKD, Nottingham IC, Victor JF, Feitoza SMS, Silva MG, Amaral HEG. Úlcera venosa: avaliação clínica, orientações e cuidados com o curativo. *Ver Rene*. 2013;14(3):470-80.
21. Carmo SS, Castro CD, Rios VS, Sarquis MGA. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2007;9(2):506-17.
22. França LHG, Tavares V. Insuficiência venosa crônica: uma atualização. *J Vasc Br*. 2003;2(4):318-328.
23. Martins MA, Tipple AFV, Reis C, Santiago SB, Bachion MM. Úlcera crônica de perna de pacientes em tratamento ambulatorial: análise microbiológica e de suscetibilidade antimicrobiana. *Cienc Cuid Saude*. 2010;9(3):464-470.
24. Borges EL. Feridas: úlceras dos membros inferiores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
25. Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2008.
26. Nicolosi JT, Altran SC, Barragem JB, Carvalho VF, Issac C. Terapias compressivas no tratamento de úlcera venosa: estudo bibliométrico. *Aquichan*. 2015;15(2):283-95.
27. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principles of best practices: Compression in venous leg ulcers. A consensus document. Londres: MEP Ltd; 2008.
28. Abreu AM, Oliveira BGRB. Estudo da Bota de Unna comparado à bandagem elástica em úlceras venosas: ensaio clínico randomizado. *Revista Latino-Americano de Enfermagem*. 2015;23(4):571-7.
29. Baptista CMC. Bota de unna. *Revista Estima*. 2004;2(2):39-40.
30. Silva FAA, Freitas CHA, Jor MSB, Jorge MSB, Moreira TMM, Alcântara MCM. Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2009;62(6):889-93.

Recebido em: 09.02.2017

Aprovado em: 17.02.2017

REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS E ADAPTAÇÃO SOCIAL EM MULHERES MASTECTOMIZADAS: REVISÃO INTEGRATIVA

REPERCUSSIONS PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL ADAPTATION IN WOMEN MASTECTOMY: INTEGRATIVE REVIEW

Artigo de Revisão

Nara Borges Gonçalves Lima¹
Rochelle da Costa Cavalcante²
Antonio Dean Barbosa Marques³
July Grassiely de Oliveira Branco⁴
Samira Rêgo Martins de Deus⁵
Rosendo Freitas de Amorim⁶

RESUMO

Objetivou-se levantar informações acerca das repercussões psicológicas e adaptações psicossociais em mulheres mastectomizadas. Trata-se de uma revisão integrativa de bases de dados eletrônicas. Para fins de discussão, emergiram duas fases: a coleta de fontes bibliográficas, e a coleta de dados de informações. Essa pesquisa trouxe um vasto conhecimento sobre as repercussões e adaptação de mulheres mastectomizadas, possibilitando um aprofundamento de informação relevante a respeito dessa problemática. As evidências apontam que a mulher, ao descobrir o câncer de mama e ao enfrentar a mastectomia, apresenta uma mescla de sentimentos e emoções. Dessa forma, espera-se que o resultado desta pesquisa seja relevante para o conhecimento e a sensibilização de profissionais da saúde e todos que estejam envolvidos nessa realidade, para um real interesse em conhecer e trabalhar os aspectos psicológicos e psicossociais de mulheres mastectomizadas.

Palavras-chave: Mulheres; Emoções; Mastectomia; Câncer de Mama.

ABSTRACT

Aimed to gather information about the psychological and psychosocial repercussions adaptations in women with mastectomies. This is an integrative review of electronic databases. For discussion purposes, emerged two phases: the collection of bibliographic sources, and data collection of information. This research has a vast knowledge on the impacts and adaptation of women with mastectomies, allowing a deepening of relevant information regarding this issue. The evidence indicates that the woman, to discover breast cancer and mastectomy face, presents a mix of feelings and emotions. Thus, it is expected that the result of this research is relevant to the knowledge and awareness of health professionals and all who are involved in this reality to a real interest in knowing and

¹ Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

² Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Preceptora da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO).

³ Enfermeiro. Mestrando em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Docente da Faculdade Princesa do Oeste (FPO) e Docente do EMI do Instituto Centro de Ensino Tecnológico (CENTEC).

⁴ Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Enfermeira do Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

⁵ Enfermeira. Doutoranda em Farmacologia Clínica pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora da Universidade Estadual do Piauí (UESPI).

⁶ Filósofo. Doutor em Sociologia pela UFC. Docente do Mestrado em Saúde Coletiva pela UNIFOR.

working the psychological and psychosocial aspects of women with mastectomies.

Keywords: Women; Emotions; Mastectomy; Breast Neoplasm.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama no Brasil é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, exceto na região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa a primeira posição. Para o ano de 2014 foram estimados 57.120 casos novos, que representam uma taxa de incidência de 56,1 casos por 100.000 mulheres⁽¹⁾.

Evidências científicas sugerem que o autoexame das mamas (AEM) não é eficiente para a detecção precoce e não contribui para a redução da mortalidade por câncer de mama. Além disso, traz consequências negativas, como aumento do número de biópsias de lesões benignas, falsa sensação de segurança nos exames falsamente negativos e impactos psicológicos negativos nos exames falsamente positivos.

Oncologistas afirmam que o exame das mamas feito pela própria mulher, não substitui o exame físico realizado por profissional de saúde (médico ou enfermeiro) qualificado para esse procedimento. Para o tratamento do câncer de mama opta-se pela mastectomia, que é uma intervenção cirúrgica temida pelas mulheres, devido interferência direta no aspecto físico, emocional e social⁽²⁾.

Nestas perspectivas, as dificuldades enfrentadas pelas mulheres após a mastectomia, são inúmeras, podendo ser citadas a aceitação pelo comprometimento da sua autoimagem decorrente tanto da própria cirurgia e dos efeitos colaterais da quimioterapia adjuvante, como do preconceito, da dor e das dificuldades físicas que acarreta. A negação, o medo e a depressão são os efeitos psicológicos geralmente mais presentes no caso de acometimento de câncer de mama⁽³⁾.

Os sentimentos surgidos na vida das mulheres que descobrem a doença, causam uma desestrutura psicossocial por ser uma doença vista como destruidora, pois envolvem sentimentos difíceis de ser administrados, principalmente pelo estigma social da morte. Assim, torna-se evidente o estudo sobre os aspectos psicossociais vivenciados pelas mulheres mastectomizadas⁽⁴⁾.

Embora vários aspectos sobre os efeitos psicossociais do câncer sejam conhecidos, compreende-se que a experiência do câncer de mama é ampla e envolve diferentes momentos com significados distintos e com implicações na vida diária e nas relações entre a mulher e as pessoas do seu convívio⁽⁵⁾.

O interesse pelo estudo surgiu pelo elevado número de mulheres mastectomizadas na nossa sociedade, com características marcantes de mudanças psicossociais, refletindo nas dificuldades de adaptações sociais.

Sua relevância dar-se-á por permitir conhecimento e possível sensibilização dos profissionais de saúde e todos que estejam envolvidos nessa realidade, para que despertem o in-

teresse em compreender os aspectos psicológicos e sociais de mulheres mastectomizadas, e oferecer como base para novos estudos científicos.

O presente estudo tem como objetivo levantar informações acerca das repercussões psicológicas e adaptações sociais em mulheres mastectomizadas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, do tipo revisão integrativa. Este método proporciona a síntese de conhecimento e incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. A mesma determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto⁽⁶⁾.

A coleta das informações foi realizada na base de dados de periódicos eletrônicos *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), nos anos de 2001 a 2011.

O método dividiu-se em duas fases: a coleta de fontes bibliográficas, na qual foi feito o levantamento da bibliografia existente e, logo após, a coleta de dados de informações, na qual foi realizado o levantamento dos dados, fatos e informações contidas nos manuscritos selecionados.

A busca pelos textos foi realizada a partir das seguintes palavras-chaves: mulher, câncer de mama, emoções, mastectomia e repercussões psicológicas.

Foi feita uma leitura exploratória, verificando se existiam ou não informações a respeito do tema proposto e de acordo com os objetivos do estudo. Nessa leitura, foram selecionados 56 artigos. Logo após, realizada uma seletiva, a partir da qual foi determinado o material que seria utilizado na pesquisa, selecionando as informações pertinentes de acordo, novamente, com objetivos do estudo. Nessa fase, foram selecionados 22 dos 56 artigos que abordavam o tema da pesquisa.

Dos artigos selecionados, foi realizada uma leitura crítica, com a necessária imparcialidade e objetividade, buscando respostas aos objetivos da pesquisa e, em seguida, uma leitura interpretativa, na qual foram relacionadas às informações e ideias dos autores com os problemas para os quais se buscavam soluções.

Após uma leitura criteriosa dos textos, estes foram analisados quanto ao momento em que foi medida a qualidade de vida (se durante ou após tratamento), quais os instrumentos utilizados para avaliar qualidade de vida, metodologia empregada, resultados e a possibilidade de comparação entre os estudos.

Desta forma, foi elaborado um texto de análise dos dados apresentados, a partir dos objetivos propostos, configurando-se como as seguintes categorias: Repercussões psicológicas na mulher mastectomizada e adaptação social dessa mulher.

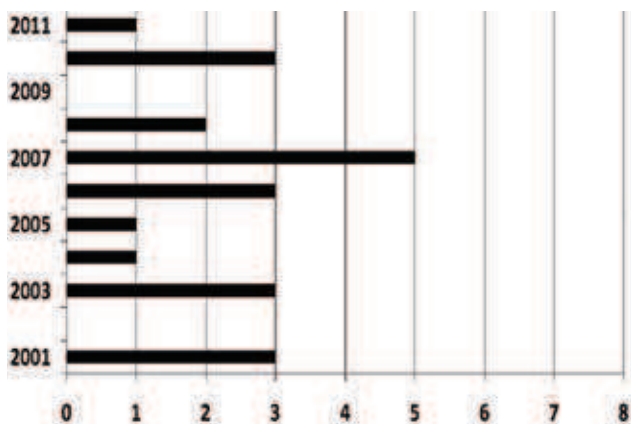
Para tabulação dos dados utilizou-se o banco de dados *Microsoft Office Excel 2007*.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pesquisa de artigos foi realizada na base de dados do SCIELO Brasil, utilizando os descritores predeterminados; demonstrou-se um refinamento de 56 referências sobre o tema em estudo. No entanto constam na presente pesquisa dados de 22 deles, tendo em vista que 34 estavam fora do contexto do tema abordado.

O gráfico 01 apresenta as 22 referências dos artigos quanto ao ano de publicação.

Gráfico 01. Ano de Publicação dos artigos em revistas científicas com o tema Repercussões Psicológicas e Adaptações Sociais em Mulheres Mastectomizadas, publicada na base de dados do Scielo Brasil no período de 2001 a 2011.



Fonte: Base de dados Scielo Brasil

Ao analisar o gráfico 01 observa-se um maior número de publicações no ano de 2007, com um total de 5 (cinco); depois no período de 2001, 2003, 2006 e 2010 com 3 (três) artigos; seguidos em menor número os anos de 2008, com 2 (dois) artigos; e com apenas 1 (um) artigo os anos de 2004, 2005 e 2011. Constatamos que no ano de 2002 e 2009 não foi possível identificar nenhuma publicação, podendo-se concluir que neste período não houve realização de pesquisas que abordasse essa temática; no entanto, se tiver ocorrido, não houve interesse por parte dos pesquisadores em publicá-las.

A tabela 01 apresenta o número de artigos publicados em revistas científicas com tema Câncer de Mama e encontram-se disponíveis na base de dados do SCIELO Brasil no período de 2001 a 2011.

Tabela 01. Artigos em revistas científicas com o tema Câncer de Mama publicada na base de dados do Scielo Brasil no período de 2001 a 2011.

PERIÓDICO	NÚMERO DE ARTIGOS
Revista Brasileira de Enfermagem	03
Revista Eletrônica de Enfermagem	01
Revista Ciências Médica de Campinas	01
Revista de Enfermagem UERJ	02
Revista RENE	01
Revista Latino Americano de Enfermagem	04
Revista Acta Paulista de Enfermagem	01
Revista Brasileira de Cancerologia	03
Revista Brasileira de Psicologia	02
Escola Anna Nery	02
Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde de BH	02
Total	22

Fonte: Base de dados Scielo Brasil

Considerando apenas os artigos publicados, segundo o tipo de periódico, pode-se constatar que os 22 artigos encontrados neste levantamento foram publicados em 11 periódicos diferentes, sendo que 4 (quatro) deles continham apenas uma publicação sobre o tema central desta pesquisa. Os periódicos com maior número de publicações sobre o tema foram a Revista Latino-America de Enfermagem com quatro publicações. A Revista Brasileira de Enfermagem e a Revista Brasileira de Cancerologia, ambas com três publicações; seguidas das Revistas de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, Revista Brasileira de Psicologia, Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery Revista, Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde de Belo Horizonte, com duas publicações.

Categorias Analíticas

A pesquisa bibliográfica foi organizada em duas categorias. Nessa etapa foi realizada a interpretação dos dados com base no referencial teórico.

Categoria 01: Repercussões psicológicas na mulher mastectomizada

Esta categoria descreve as principais mudanças psicológicas ocorridas na vida das mulheres pós-mastectomia. O câncer de mama é visto por elas como uma doença ameaçadora, devastadora, horrível, apavorante, perigosa, triste, preocupante e incontrolável.

Ao ser diagnosticado causa um inquestionável impacto emocional. A perda da mama pode levar a sentimentos de mutilação ou até mesmo castração, que nesse caso especificamente significa a perda da feminilidade⁽³⁾.

A mastectomia traz para as mulheres mudanças em sua autoimagem, no relacionamento com o próprio corpo, na sexualidade e nas relações sociais. A queda dos cabelos decorrente do tratamento quimioterápico e a falta da mama exercem influência sobre a imagem que elas fazem de si mesmas, gerando angústias, despertando a curiosidade das outras pessoas e afetando a sexualidade, especialmente pela dificuldade de se olharem no espelho ou de começar um novo relacionamento⁽⁷⁾.

Sentimentos como medo, vergonha, tristeza, segurança e conformação, são os mais comumente vivenciados pelas mulheres com câncer de mama. No que diz respeito ao medo de perder o companheiro, elas acham que vão ser abandonadas por não se sentirem mais atraentes, incapazes de satisfazer plenamente seus companheiros. Por conta da imagem de seu corpo e, por mais que eles digam que as amam, sempre fica a dúvida se eles vão aceitar a nova condição e manter um bom relacionamento⁽⁸⁾.

Os sentimentos que mais comumente são despertados em uma mulher ao ser mastectomizada são o medo, a rejeição, a culpa e a perda. O medo parece resultar de várias preocupações, mas o mais marcante parece ser o medo da morte. Outro medo que a mulher expressa, ao ser mastectomizada, é o da rejeição social. Esse medo parece fazer com que a própria mulher rejeite seu corpo, logo após a mastectomia⁽³⁾.

Na relação consigo mesma após a mastectomia, as mulheres representam um corpo mutilado, experimentam sensação de impotência, dor e limitação, ao mesmo tempo em que se sentem incapazes. A mutilação do corpo foi representada pelas mulheres como perda de pedaços, percepção que tem de seu corpo atual, alterado, estranho, destruído⁽⁹⁾.

Ao descobrir-se com câncer de mama, a mulher vivencia uma trajetória onde a representação de ser doente remete as razões para o sofrimento, trazendo à lembrança significados de vulnerabilidade e determinação, medo e coragem, fraqueza e força, provocando na mulher e pessoas de seu convívio, sentimentos e emoções muitas vezes inexplicáveis⁽¹⁰⁾.

Quando a mulher tem o diagnóstico de câncer de mama, a primeira reação é de desespero: "Estou com câncer, vou morrer!". Neste momento há uma real percepção do fim da vida, através da antecipação da presença da morte. Esse impacto inicial é o marco dos problemas psicológicos causados pela mastectomia⁽¹¹⁾.

O resultado da interpretação da experiência da doença e seu tratamento desencadeiam sentimentos e emoções a partir do significado de viver com uma doença estigmatizante. Os significados atribuídos ao câncer afetam profundamente a maneira como a mulher percebe sua doença e as respostas de outras pessoas com relação à sua nova condição, o indivíduo estigmatizado acaba por enfrentar outra crise ao rever sua condição⁽⁵⁾.

O medo é sempre latente nessa clientela, durante toda a história e a trajetória de sua doença e luta pela vida. Medo de ouvir que tem câncer, medo de enfrentar os comentários da família e dos amigos, medo da cirurgia, medo de se ver e se mostrar mutilada, medo das sequelas da cirurgia, medo de não saber se cuidar e se tornar dependente, medo de fazer o tratamento complementar, medo de a doença voltar, medo de não aguentar e de morrer⁽¹²⁾.

No momento pós-tratamento, aparecem às repercussões psicológicas que afetam o plano do relacionamento afetivo-sexual. As mulheres que dispunham de um relacionamento afetivo sólido não sofrem significativas alterações na vida sexual após a doença, enquanto aquelas que já vivenciavam insatisfação conjugal anterior à doença sofrem drásticas alterações na vida sexual após o tratamento⁽¹³⁾.

A retirada das mamas através da mastectomia pode provocar na mulher um sentimento de castração e um abalo na imagem corporal. A mama simboliza sua feminilidade, seu caráter feminino, a amamentação, sua capacidade de criar e, em um nível mais inconsciente, o fato de ter sido criada. Ao longo dos séculos, as mamas tomaram uma conotação de beleza, nutrição, erotismo e sedução. Com isso, pacientes que sofrem alguma deformidade mamária, poderão apresentar alterações na imagem corporal e conseqüentemente necessitará de assistência psicológica⁽¹⁴⁾.

A diminuição da autoestima é um dos sentimentos mais encontrados após a mastectomia, tendo em vista que traz consigo uma sensação de impotência causando nessas mulheres o medo de retornar às suas atividades desenvolvidas anteriormente⁽¹⁵⁾.

Muitas são as dificuldades experienciadas por mulheres mastectomizadas, uma das mais presentes, é o surgimento de sentimentos jamais vivenciados anteriormente. A retirada da mama causa um enorme impacto emocional, pode-se dizer que traz consigo um turbilhão de sentimentos, que envolvem o corpo e a alma.

A primeira grande dificuldade imposta por essa nova realidade é a aceitação do próprio corpo, como olhar-se no espelho e ver uma mutilação proporcionada pela retirada da mama, a autoimagem torna-se neste momento abalada.

Conseqüentemente as causas emocionais mais evidenciadas com essa nova condição é o abatimento da sexualidade feminina, os autores expressam de forma concisa que a mama está inteiramente ligada à sexualidade, o que verificamos ser um dos sentimentos mais dolorosos vivenciados.

A rejeição do próprio corpo é uma constante em suas vidas, a sexualidade é vital para elas, mas sua nova realidade proporciona sentimentos inexplicáveis que muitas vezes não conseguem ser interpretados nem mesmo por elas.

O medo está presente em todos os momentos de suas vidas, seja o medo de perder o companheiro, de não ser aceita pela sociedade, do preconceito que poderá surgir com sua nova condição, pois se encontram limitadas para exercer algumas funções, medo da recorrência da doença, do desconhecido e especialmente o medo da morte, pois mesmo sendo tratado no início, o câncer apresenta múltiplas formas podendo reincidir na mama ainda não afetada ou em qualquer outro órgão do corpo e conseqüentemente levar à morte.

A negação é uma constante; elas se negam a acreditar que retiraram a mama e que são portadoras de câncer, usam esse artifício como mecanismo de defesa, como consequência da realidade. A depressão apresenta-se de forma marcante, dificultando assim o tratamento, pois uma paciente depressiva custa a acreditar que a cura pode existir.

A revolta, muitas vezes presente, faz elas se questionarem até mesmo com Deus, fazendo com que as pessoas do seu convívio sejam afetadas com seus comportamentos muitas vezes agressivos. Pode-se afirmar que a diminuição da autoestima é uma constante, e traz consigo um desmoronamento em suas vidas, por receio de não ser aceita fisicamente. Elas têm uma sensação de impotência e se acham incapazes de viver normalmente como antigamente.

Diante do exposto verificamos que as conseqüências psicológicas atingem todas as mulheres acometidas pelo Câncer de mama, proporcionando um total desgaste em suas vidas, podendo muitas vezes causar a morte por não acreditarem que podem vencer essa doença.

Categoria 02: Adaptações sociais em mulheres mastectomizadas

Esta categoria expressa os principais problemas enfrentados por mulheres mastectomizadas no retorno às atividades exercidas anteriormente e em relação a sua adaptação com o meio em que estão inseridas.

O desejo de não ser dependente também foi apontado pela mulher como uma condição de adaptar-se à nova identidade. As restrições impostas pela intervenção cirúrgica refletem a necessidade de desempenhar novos papéis e tarefas. A vulnerabilidade da mulher portadora de câncer de mama apresenta-se como uma fonte de grande sofrimento⁽⁵⁾.

As mulheres, em seu processo de socialização, muitas vezes são obrigadas a suportar sofrimentos de várias ordens, mas diante da mastectomia essas mulheres se depa-ram com sentimentos diversos, como: angústia, dor, sofri-

mento, culpa. Esses sentimentos são constantes na mulher desde a mastectomia até a cura⁽²⁾.

Existem transformações expressivas em vários comportamentos, incluindo o da sexualidade, nas pacientes submetidas à mastectomia, tais como, a dificuldade em agir sedutoramente, dificuldade em despir-se na frente do marido e também preferir que o marido não visualize ou toque na cicatriz cirúrgica e algumas vezes há uma diminuição da atividade genital, representando uma mescla da autoestima e de imagem corporal abalada⁽¹⁶⁾.

As pacientes mastectomizadas experimentam uma marcada e persistente insatisfação com a imagem corporal, sentindo-se mais desfiguradas e preocupadas, evitando, manter relações sexuais com seus companheiros, por se sentirem envergonhadas, como se não fossem mais mulheres. Os seios e os mamilos são fontes de prazer para a mulher, algumas alcançam o orgasmo com a simples manipulação dos seios, e em outras a estimulação apenas aumenta a excitação sexual. Depois que uma mama é removida, algumas mulheres ainda sentem prazer nas carícias feitas sobre a cicatriz, enquanto outras preferem não serem tocadas nessa região⁽¹⁴⁾.

Após a mastectomia surgem dificuldades na retomada da vida social. Pode-se observar que o contato com o mundo externo desperta uma série de fantasias e medos, implicando numa mudança de comportamento em que mulheres mais sociáveis tornam-se reservadas. Elas interiorizam o estigma da doença. O seu maior medo é que as pessoas percebam seu problema realizando assim uma série de cirurgias plásticas, para que os sinais da doença não sejam percebidos⁽¹⁷⁾.

Para a mulher mastectomizada compreender a doença e seus significados faz-se necessário que ela seja capaz de refletir sobre o seu papel que exerce na vida diária da família e sobre as pessoas do seu convívio, bem como descobrir maneiras de ter uma melhor qualidade de vida⁽¹¹⁾.

Alguns parceiros de mulheres mastectomizadas lhes dão apoio, não manifestando desconforto com a falta da mama, mesmo nas relações sexuais. Entretanto alguns se afastam das mulheres a partir do diagnóstico do câncer de mama, daí a insegurança que muitas delas sentem em relação ao seu presente e futuro com seus parceiros. Tal situação faz com que elas, às vezes, ainda com medo optem pela reconstrução imediata da mama, seja para a simples satisfação do cônjuge, ou para evitar o olhar preconceituoso da sociedade⁽³⁾.

As mulheres também se mostram preocupadas pelas limitações dos trabalhos domésticos, pois existe um sentimento de inutilidade por não ser possível realizar as tarefas domésticas a que estavam habituadas. Isso proporciona uma conscientização das limitações que seu corpo convive pós-mastectomia, desencadeando um sentimento de frustração⁽¹⁸⁾.

A vida dessas mulheres muda radicalmente por conta, não só do cuidado que agora tem com o corpo, mas especificamente com o braço do lado da mastectomia, como também com as limitações impostas pela cirurgia, o que implica na necessidade de ser oferecido um maior suporte, de modo a se ajustarem à nova realidade⁽⁸⁾.

Para a maioria das mulheres mastectomizadas, o impacto do retorno para casa transforma-se em uma sensação de impotência física e psicológica; para elas a realidade passa a ser cruel⁽⁹⁾.

A família é o ponto de apoio fundamental para o crescimento interior da pessoa, é uma força positiva para as tomadas de decisões e transformações de conceitos e comportamentos. Os carinhos familiares contribuem de forma ímpar na vida dessas mulheres⁽¹⁹⁾.

A mastectomia causa um impacto que afeta não apenas a mulher, mas estende-se ao seu âmbito familiar, contexto social e grupo de amigos. Esse impacto é potencializado pelas consequências do tratamento cirúrgico, que faz a retirada da mama. A nova situação afeta os relacionamentos interpessoais na família, visto que diante do processo as alterações físicas, emocionais e sociais são incontáveis.

O impacto na família não se resume a reorganização necessária para atender às necessidades cotidianas, também afetam diretamente os relacionamentos pessoais com seus parceiros. Após a mastectomia, as mulheres não se aceitam, causando um desequilíbrio na relação homem-mulher. Quando se tem um parceiro que é um verdadeiro companheiro, essa retomada torna-se menos dolorosa, mas na maioria dos casos os parceiros rejeitam suas mulheres pela ausência da mama.

As pacientes mastectomizadas expressam uma insatisfação com a sua nova imagem corporal, a retirada da mama é vista como uma mutilação. Preocupadas com sua nova imagem, elas evitam manter relações sexuais com seus companheiros, por se sentirem envergonhadas, como se não tivessem mais nenhum traço de feminilidade. Os seios são tidos como fontes de prazer na hora da relação sexual e uma vez retirados, elas sentem-se impotentes e aterroizantes.

Diante da retirada da mama enfrenta-se uma série de tensões excessivas que interferem no ambiente familiar, mas os autores afirmam que a família é a base para a retomada da vida. Eles influenciam de forma positiva para uma readaptação menos dolorosa.

As limitações físicas impostas pelas sequelas da cirurgia também são citadas como fatores de grande abatimento para a retomada da vida, muitas mulheres sentem medo de não conseguirem realizar trabalhos corriqueiros como os domésticos, isso proporciona um medo de não conseguir retomar sua vida profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa trouxe um vasto conhecimento acerca das repercussões e adaptações sociais de mulheres mastectomizadas, possibilitando um aprofundamento de informação relevante sobre essa problemática.

As mudanças ocorrem ao descobrir o câncer de mama e ao enfrentar o procedimento de retirada de pelo menos uma das mamas, configurando assim, uma mescla de sentimentos e emoções. Desta forma, foi possível conhecer as alterações ocorridas na vida da mulher após a mastectomia.

Constatamos que após a sua realização, sentimentos, como o medo, angústia, negação, depressão, rejeição, perda da sexualidade, dificuldade da aceitação do corpo, baixa autoestima são constantes em sua vida, configurando as repercussões psicológicas e influenciando na readaptação social.

Ressalta-se que esse processo é resultado da interpretação da experiência de viver com a doença e as consequências de seu tratamento, o que gera sentimentos e atitudes que refletem um grau de incerteza a partir da revelação do diagnóstico, consequências da cirurgia e das concepções a respeito das possibilidades de recorrência.

Entretanto, pouco tem sido produzido no que se refere às repercussões psicológicas e adaptações sociais. É sabido que o câncer é um problema de saúde pública, encontra-se entre as principais causas de morte em toda a população mundial, mas infelizmente os avanços ainda não foram suficientes para encontrar uma solução de cura definitiva.

Um ponto relevante a ser destacado é a falta de trabalhos produzidos a respeito desta temática, mesmo com a grande repercussão da doença na sociedade. Vale ressaltar que, com o intuito de sensibilizar todos os profissionais da área de saúde sobre esta problemática, resolvemos discorrer sobre esse tema com a finalidade de contribuir de forma positiva sobre as consequências psicológicas que essa patologia causa na vida da mulher.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Brasília: Ministério da Saúde. Incidência do câncer no Brasil: estimativas 2014. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2013.
2. Pinho LS, Campos ACS, Fernandes AFC, Lobo SA. Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2007; 9(1):154-165.
3. Pereira, SG. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2006; 59(6):791-795.
4. Araújo IMA, Silva RM, Bonfim IM, Fernandes AFC. A comunicação da enfermeira na assistência de enfermagem à mulher mastectomizada: um estudo de Grounded Theory. *Revista Latino-Americano Enfermagem [internet]*. jan-fev 2010 [acesso em: 25 nov. 11];18(1):[07 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_09.pdf
5. Bergamasco RB, Angelo M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2007; 47(3):277-282.
6. Souza MT, Silva DM, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; 8(1):102-6.
7. Santos IMM, Santos RS. A Etapa de Análise no Método História de Vida: uma experiência de pesquisadores de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*; 17(4):714-719, out.-dez. 2008.
8. Gonçalves SRO, Arrais FMA, Fernandes AFC. As implicações da mastectomia no cotidiano de um grupo de mulheres. *Revista RENE [internet]*. mai-ago 2007 [acesso em: 25 nov. 11];8(2):9-17. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol8n2_pdf/a02v08n2.pdf
9. Ferreira MLSM, Mamede MV. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Revista Latino-Americano de Enfermagem [internet]*. mai-jun 2003 [acesso em: 24 nov. 11];11(3):299-304. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16538.pdf>
10. Talhaferro B, Lemos SS, Oliveira E. Mastectomia e suas conseqüências na vida da mulher. *Arquivos de Ciência da Saúde [internet]* jan-fev 2007 [acesso em: 15 out. 11];14(1):17-22. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-1/ID%20170%20novo.pdf
11. Maluf MFM, Mori LJ, Barros, ACS. O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia [internet]*. abr-mai 2005 [acesso em: 07 abr. 11];51(2):149-154. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v02/pdf/revisao1.pdf
12. Camargo TC, Souza IEO. Enfermagem à mulher em tratamento quimioterápico: uma análise compreensiva do assistir. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2003; 51(3):357-368.
13. Rossi L, Santos MA. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Revista Psicologia Ciência e Profissão [internet]*. 2003 [acesso em: 27 abr. 11];23(4):32-41. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v23n4/v23n4a06.pdf>
14. Soares RG. Aspectos emocionais do câncer de mama. *Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde [internet]*. ago-jan 2007 [acesso em: 10 dez 11];3(6):24-29. Disponível em: http://susanaalamy.sites.uol.com.br/psicopio_n6_24.pdf
15. Moura FMJSP, Silva MG, Oliveira SC, Moura LJSP. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. *Escola Anna Nery [internet]*. jul-set 2010 [acesso em: 15 abr. 11];14(3):477-484. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000300007&script=sci_arttext
16. Cagol A. A mulher mastectomizada e os efeitos psicossociais. Paraná, p. 01-19 Monografia [Especialização em Políticas Públicas e Atendimento Sócio Familiar] - Universidade Paranaense- UNIPAR; 2006.
17. Duarte TP, Andrade NA. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*. 2003; 8(1):155-163.
18. Fabbro MRC, Montrone AVG, Santos S. Percepções, conhecimentos e vivências de mulheres com câncer de mama. *Revista de Enfermagem UERJ [internet]*. out-dez 2008 [acesso em: 22 set. 22];16(4):532-537. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v16n4/v16n4a13.pdf>
19. Melo EM, Silva RM, Fernandes AFC. O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy. *Revista Brasileira de Cancerologia [internet]*. abr-mai 2005 [acesso em: 10 out. 11];51(3):219-225. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/artigo4.pdf

Recebido em: 17.01.2017

Aprovado em: 10.02.2017

CUIDADOS CLÍNICOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

CLINICAL CARE OF NURSING IN THE PREVENTION OF UTERINE COLUMN CANCER: AN INTEGRATING REVIEW

Artigo de Revisão

Francisco Antonio Carneiro Araújo¹

Glícia Mesquita Martiniano Mendonça²

Francisca Alanny Rocha Aguiar³

Francisca Bertília Chaves Costa⁴

July Grassiely de Oliveira Branco⁵

RESUMO

Objetivou-se identificar produções científicas que apresentem intervenções relevantes realizadas pelo enfermeiro na prevenção do câncer de colo de útero. Revisão integrativa de literatura, realizada por busca on-line, nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), abrangendo artigos publicados de 2011 a 2016. Cinco artigos compuseram a amostra final do estudo. Estes mostram que as ações do enfermeiro são relevantes na prevenção do câncer de colo uterino. Conclui-se que a conscientização da importância do acompanhamento das mulheres por profissionais da saúde é um grande desafio enfrentado pelo enfermeiro.

Palavras-chave: Enfermeiros; Neoplasias do Colo do Útero; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

The objective was to identify scientific productions that present relevant interventions performed by the nurse in the prevention of cervical cancer. Integrative literature review, conducted by online search, in the databases: Literature of Latin America and the Caribbean (LILACS) and Brazilian Nursing Database (BDENF), covering articles published from 2011 to 2016. Five articles composed the final sample of the study. These show that the actions of the nurse are relevant in the prevention of cervical cancer. It is concluded that the awareness of the importance of the follow-up of women by health professionals is a great challenge faced by nurses.

Keywords: Nurses; Neoplasms Of The Cérvix; Health Promotion.

¹ Discente de Enfermagem da Faculdade Inta. E-mail: fcarneiro@globo.com

² Enfermeira. Mestranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

³ Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Docente da graduação em Enfermagem da Faculdade INTA.

⁴ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR. Mestre em Enfermagem pela UFC. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza/CE.

⁵ Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o Brasil vem avançando em políticas que busquem melhorar a qualidade de vida da mulher, deixando de lado o modelo de atenção focado apenas na gestação e no parto, buscando perceber a mulher em sua totalidade. As atividades de atenção à saúde da mulher são desenvolvidas principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS), sendo que a demanda feminina em idade fértil representa 65% do contingente de usuárias⁽¹⁾.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), o câncer de colo do útero é o terceiro com mais incidência na população feminina, estando atrás apenas do câncer de mama e do câncer colorretal, além de ser a quarta maior causa da mortalidade de brasileiras⁽²⁾. Com os avanços das tecnologias implantadas para o rastreamento da doença, hoje 44% dos casos diagnosticados são de lesões precursoras, o que possibilita uma maior chance de impedir o desenvolvimento do câncer, enquanto que na década de 90, 70% dos casos diagnosticados eram da doença em estágio avançado. Para o ano de 2016, o INCA tinha a previsão que 16.300 novos casos seriam diagnosticados⁽²⁻³⁾.

Comparado às outras neoplasias, o câncer cérvico-uterino é altamente prevenível, apresenta evolução lenta até atingir o estágio de câncer invasivo e dispõe de exame de rastreamento tecnicamente simples e eficaz na sua detecção. A colpocitologia oncótica é capaz de detectar o câncer cérvico-uterino na fase inicial, tornando-o curável por meio de medidas relativamente simples.

O Ministério da Saúde com o intuito de nortear a atenção ao cuidado à saúde da mulher no tocante ao câncer de mama publicou em 2013 o Caderno da Atenção Básica: Controle dos Cânceres de Colo do Útero e de Mama. Esta publicação se propõe a direcionar as ações a serem adotadas por profissionais de saúde para a realização do rastreamento dos dois cânceres de maneira humana, eficiente e eficaz. Dentro dessa política encontra-se o profissional enfermeiro e cabe a este, dentro de uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, a realização da consulta de enfermagem, realização do exame citopatológico, entre outras atribuições⁽⁴⁾. A Atenção Básica à Saúde é definida como um conjunto de ações estratégicas que objetivam a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, ações diagnósticas, terapêuticas e de redução de danos, visando garantir uma atenção integral⁽⁵⁾.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é vista como a porta de entrada do serviço de saúde, dentro dessa o enfermeiro está envolvido diretamente no desenvolvimento de atividades gerenciais, assistenciais de acordo com as normativas próprias de sua profissão, atividades educacionais que por meio do desenvolvimento de vínculo busca empoderar a comunidade dos benefícios da prevenção⁽⁶⁾.

As ações realizadas por enfermeiro na APS no tocante ao câncer de colo do útero são centradas na promoção da saúde, prevenção da doença e no rastreamento das mulheres com fatores de

risco. Tais ações são pautadas nas normativas elaboradas pelo Ministério da Saúde, assim como nas diretrizes lançadas por associações científicas atuantes no combate à doença. As habilidades desenvolvidas para a atenção a esta clientela exigem do enfermeiro um preparo técnico, científico e humano, que permita ao profissional ter uma visão da mulher em seu aspecto biopsicossocial, identificando suas demandas e intervindo adequadamente com o objetivo de melhorar a qualidade de vida destas mulheres.

Algumas intervenções são propostas para melhorar a adesão das mulheres, como mobilização e sensibilização da população feminina e dos profissionais de saúde, atividades de educação continuada, utilização de panfletos e cartazes, busca ativa das mulheres, disponibilização de encaminhamentos e tratamentos necessários, além da instituição de protocolo de terapêutica para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's)⁽⁷⁾.

Diante do interesse na adoção de métodos que sejam efetivos, tornou-se relevante a presente revisão integrativa com o objetivo de identificar produções científicas que apresentem intervenções relevantes realizadas pelo enfermeiro na prevenção do câncer de colo de útero.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório desenvolvido por meio do método de revisão integrativa, a qual tem a finalidade de reunir, avaliar e sintetizar os resultados de pesquisas sobre um determinado tema de forma sistemática e ordenada, sendo um instrumento que aprofunda o conhecimento do tema investigado permitindo a síntese dos resultados publicados, evidenciando o estado atual do conhecimento assim como as suas lacunas⁽⁸⁾.

Para elaboração do estudo, foram utilizadas as orientações da literatura científica por meio das seguintes etapas: 1- identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2- estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos; 3 – definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados – categorização dos estudos; 4 – avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5 – interpretação dos resultados; 6 – apresentação da revisão/síntese do conhecimento⁽⁸⁾.

O estudo foi realizado por meio de busca online das produções científicas e baseou-se na pergunta norteadora: “Qual a importância das ações do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde na prevenção do câncer de colo uterino?”.

A captação dessas produções foi realizada utilizando-se as fontes de dados: Literatura Latino-América e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF). Tendo sido a busca realizada em maio de 2016.

Como critério para seleção da amostra, estabeleceu-se manuscritos disponibilizados gratuitamente, na íntegra, que abordassem a questão proposta e com período de publicação a partir de 2011. O recorte temporal deve-se a implantação das Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero do

Ministério da Saúde/INCA. Ademais, o artigo deveria, no corpo do texto, responder à questão de pesquisa estabelecida e estar disponível no idioma português. Utilizamos a equação de busca (Enfermeiros AND Promoção da Saúde AND Neoplasias do Colo do Útero).

Foram excluídos, artigos de opinião, carta ao leitor, resenhas e estudos que tivessem metodologias mal definidas. Ao todo foram identificados cinquenta e quatro trabalhos. Após leitura e análise dos artigos que contemplavam os critérios de inclusão estabelecidos, fizeram parte do corpus do estudo cinco artigos que estavam relacionados à temática.

Após elencar os artigos, realizou-se a impressão dos artigos com o intuito de facilitar a organização. A seguir, procedeu-se à leitura crítica do material, a fim de evidenciar e delimitar o que se fazia indispensável para a obtenção de um estudo aprofundado.

Quadro 1. Caracterização dos estudos selecionados de acordo com as variáveis título, ano de publicação, periódico e autores, Sobral, CE, Brasil, 2017.

TÍTULO DO ARTIGO	ANO DE PUBLICAÇÃO	PERIÓDICO	AUTORES
Controle do câncer do colo do útero: ações desenvolvidas pelo enfermeiro à luz do discurso do sujeito coletivo.	2015	Fundam. care. online	Correio KDL, Ramos AIG, Santos RLG et al.
Conduta de profissionais durante a consulta de rastreio do câncer de mama e útero.	2014	Revista Rene.	Bertocchi FM, Fernandes BM, Almeida MIG, Freitas SC et al
Formação do enfermeiro para a prevenção do câncer de colo uterino.	2013	Revista Enfermagem	Viana MRP, Moura MEB, Nunes BMVT, Monteiro Artigo de Pesquisa CFS, Lago EC.
O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária.	2012	Revista Brasileira de Cancerologia	Melo MCSC, Vilela F, Salimena AMO, Souza IEO.
Experiência da enfermeira na prevenção do câncer cérvico-uterino.	2011	Revista Baiana de Saúde Pública.	Dantas CN, Endrs BC, Salvador PTCO.

Fonte: elaborado pelos autores, 2017.

Os artigos foram analisados quanto à quantidade de profissionais entrevistados, idade, sexo e grau de formação dos enfermeiros participantes. Em relação às atividades de prevenção ao câncer de colo do útero, buscamos analisar se estes praticavam ações de educação em saúde, busca ativa a mulheres, realização de mutirões para a coleta do preventivo, realização

A revisão foi composta por cinco artigos, a apresentação dos resultados foi organizada em quadros no intuito de esclarecer e revelar o estado atual do conhecimento relacionado ao estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados de forma indutiva e descritivamente os cinco artigos que constituíram o universo de estudo. Como se observa no Quadro 1, os artigos incluídos apresentam discussões relacionadas ao papel do enfermeiro na prevenção do câncer de colo de útero. Buscou-se melhor apresentar os resultados e discussões organizando os achados da seguinte forma: caracterização da literatura científica em enfermagem; ações desenvolvidas por enfermeiros no combate a neoplasia do colo uterino; as habilidades técnicas na realização destas ações; e qual seu impacto na taxa de mortalidade por câncer de colo uterino.

de colpocitologia de rotina, referência a serviço especializado e outras atividades.

O quantitativo de profissionais entrevistados nos trabalhos apresentou um variação de 10 a 30 pessoas, a faixa etária de 22 a 54 anos, em sua maioria do sexo feminino. Quanto ao nível de formação, houve predominância de profissionais especialis-

tas, sendo que apenas um dos profissionais entrevistados nos estudos possuía somente o título de graduado. Compreende-se diante da idade mínima identificada que a vida acadêmica tem se iniciado cada vez mais cedo. O estudante do ensino médio se prepara cada vez mais precocemente para adentrar a universidade, por isso não é raro encontrarmos pessoas jovens no mercado de trabalho. E quanto ao sexo, os profissionais de enfermagem apresentaram-se em sua maioria do sexo feminino.

Os dados da pesquisa “O perfil da enfermagem no Brasil” realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem em parceria com a Fiocruz mostra que só no Brasil 85,1% dos profissionais de enfermagem são do sexo feminino⁽⁹⁾. A respeito da formação acadêmica, nota-se um crescimento na busca por especializações na área de enfermagem, fenômeno esse que acontece tanto por um desejo de expandir seus conhecimentos e qualificar sua prática profissional, quanto por exigência do mercado de trabalho, que busca profissionais capacitados para atuar em seus diversos setores. As atividades realizadas por esses profissionais foram qualificadas e expostas no gráfico 1.

Gráfico 1. Ações de enfermagem realizadas na Atenção Primária à Saúde na prevenção ao Câncer de Colo de Útero. Sobral, CE, Brasil, 2017.



Na Estratégia Saúde da Família o enfermeiro é encarado como um profissional que desenvolve variadas atividades, uma vez que é responsável por realizar consulta de enfermagem, coleta de material endocervical, solicitação de exames complementares e de rotina, prescrição de medicamentos, encaminhamento a serviços de referência, gerência do serviço de enfermagem e muitas vezes desenvolve ações educativas voltadas à educação da equipe de saúde e da comunidade⁽⁶⁾.

Durante a análise do material, observou-se que três desses citaram a educação em saúde como estratégia de combate ao câncer. A importância dessa ação se dá pelo fato de que uma população bem informada se torna mais alerta para o aparecimento dos sinais e sintomas da doença, além de buscarem com mais frequência os serviços de saúde e se tornarem multiplicadores de informações. A busca ativa corresponde a outra ferramenta de captação, e assim, também, de combate ao câncer, principalmente daquelas mulheres que são mais resistentes a ir até a UAPS. A busca ativa deve partir de um esforço conjunto de toda a equipe e deve passar a ser uma estratégia cotidiana, uma vez que a livre demanda é insuficiente para o alcance da meta

de cobertura do exame Papanicolau. Diante disso, é importante aproveitar as diversas ocasiões que levam a mulher ao serviço de saúde e orientar quanto aos benefícios do exame⁽⁶⁾. Sobre a busca ativa, ainda, identificou-se que apenas dois trabalhos referenciaram essa estratégia como instrumento de promoção da saúde.

Dessa forma, como integrante de uma equipe multiprofissional, o enfermeiro visa à realização de ações preventivas que por meio da educação em saúde busca aproximar a população ao serviço. Salienta-se ainda, a importância do potencial da comunidade como agente multiplicador de informações. No entanto, para que tais informações sejam repassadas com qualidade é necessário que o enfermeiro informe, esclareça as dúvidas e capacite essa comunidade⁽⁹⁾.

Uma grande ferramenta na detecção precoce do câncer de colo do útero é a realização do exame de Papanicolau, que consiste na coleta de amostra das células da ectocérvice e endocérvice para identificação de possíveis sinais de câncer. Na Estratégia Saúde da Família (ESF) esse procedimento é realizado principalmente pelo enfermeiro, durante a consulta de enfermagem, preconizada pela Lei Nº 7498/86 e pela Política Nacional da Atenção Básica, dentre outras normativas do Ministério da Saúde.

Entretanto, é necessário refletir sobre as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no que diz respeito ao rastreamento do câncer, uma vez que se constatou que o tempo da consulta de enfermagem comparada à consulta médica, era inferior, e que as diretrizes do Ministério da Saúde não eram cumpridas⁽¹⁰⁾.

O exame de Papanicolau realizado na Atenção Básica, popularmente conhecido como preventivo, é “oportunistico” uma vez que é a mulher que busca a realização do exame, por isso é considerado de baixa cobertura, pois o número de procura não alcança o percentil de 80% das mulheres com o perfil para a realização do exame, como preconizado pelo Ministério da Saúde. Assim, se faz necessário a realização de busca ativa a essas mulheres e principalmente as que nunca realizaram o exame⁽¹¹⁾.

Dentro desse contexto, identifica-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como um grande aliado quando se fala em busca ativa na comunidade. Enquanto o enfermeiro encontra-se na maioria do tempo dentro do consultório, o ACS está dentro da comunidade, e ainda que não seja atribuição deste profissional a realização do exame preventivo, ele pode trabalhar com área adscrita esclarecendo sobre a finalidade, importância e alertando para os riscos da não realização do exame e estimulando as mulheres quanto a realização do preventivo.

Dentro da realização do exame citopatológico, o enfermeiro ainda encontra o sistema de referência e contra-referência como uma possibilidade ao profissional para encaminhar as pacientes a serviços especializados quando suas necessidades não são passíveis de resolução na APS, este encaminhamento aumenta a possibilidade de um diagnóstico precoce e as chances de cura, além de fornecer um aparato tecnológico de maior densidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro possui uma formação ampla que perpassa desde a assistência direta ao cliente/paciente à gestão dos serviços de saúde, sempre com um olhar humanístico, visando atender às necessidades básicas do indivíduo, família e comunidade.

Na UAPS, o enfermeiro realiza a consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos e solicitação de exames de rotina

e complementares, com foco na prevenção de agravos e promoção da saúde. É nesse espaço que as ações voltadas à saúde da mulher se concretizam por meio das orientações e realização do exame de Papanicolau. Um dos grandes desafios do enfermeiro é conscientizar a população da importância do acompanhamento por profissionais de saúde, principalmente das mulheres que se encontram na faixa de risco, e para o alcance desse objetivo o enfermeiro usa de estratégias diversas e dinâmicas.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira, RG. Blackbook-Enfermagem. Belo Horizonte-MG. Ed. Blackbook, 2016. 98 p.
2. BRASIL. Instituto nacional de câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA. Tipos de câncer: colo do útero. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao>. Acessado em junho de 2016.
3. Facina, T. Estimativa 2014–Incidência de Câncer no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 60, p. 63, 2014.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. – Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2013.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília – DF, 2012.
6. Melo, MCSC; Vilela, F; Salimena, AMO; Sousa, IEO. O enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero: o cotidiano na atenção básica. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 3, n.58, p. 389-398, 2012.
7. Soares MBO, Silva SR. [Analysis of a municipal program of uterine cervical neoplasm prevention]. Revista Brasileira Enfermagem [Internet]. 2010[cited 2014 Aug 14];63(2):177-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/02.pdf> Portuguese.
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvao CM. Revisao integrativa: metodo de pesquisa para a incorporacao de evidencias na saude e na enfermagem. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2008[cited 2014 Aug 14];17(4):758-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.
9. Brasil O perfil da enfermagem no brasil. FIOCRUZ/COFEN, 2013. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>, acessado em junho de 2016.
10. Bertocchi, G; Arcangelo, D. "Slavery, education, and inequality." European Economic Review, n. 70, p. 197-209, 2014.
11. Correio, KDL; Ramos, AIG; Santos, RLG; Bushatsky, M; Correio, MBSC. Controle do câncer do colo do útero: ações desenvolvidas pelo enfermeiro à luz do discurso do sujeito coletivo. Revista de Pesquisa Cuidado é Fianmental. Online, v. 2, n. 7, p. 2425-2439, 2015.

Recebido em: 12.02.2017

Aprovado em: 28.02.2017

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-

tucionais, 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⁽⁷⁾.

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⁽¹⁻⁵⁾.

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”^{1:30-31}.

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 ●

HEROÍNA E HUMANITÁRIA,

ANNA NERY,
PIONEIRA DA
ENFERMAGEM
NO BRASIL.

8 DE MARÇO
DIA INTERNACIONAL
DA MULHER



