

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

ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional
Volume 9 - Número 2 - Junho/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 2 - 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 Valdês – Espanha

Marta Lima Basto – Portugal

Sandra Haydée Petit – Suécia

SUMÁRIO



CONTENTS

Artigos Originais

- 2149** Conhecimento das Mães acerca da Violência Infantil
Mothers' Knowledge on Child Abuse
Talita Vaz de Queiroz, Antonia Aldenira de Freitas Araujo, George Jo Bezerra Souza, Julio Cesar de Oliveira Silva e Aline de Souza Pereira.
- 2153** Evolução Histórica da Mortalidade por Câncer de Pênis no estado do Ceará na última década
Historical evolution of mortality in penile cancer in the state of Ceará in the last decade
Fernanda da Silva Ferreira Pereira, Letícia Portela Santos Sucupira, Bruna Barbara Fernandes Moura Baía, Valéria Freire Gonçalves e Danielle Teixeira Queiroz.
- 2158** Percepção dos Universitários Masculinos sobre a Disfunção Erétil
The perception among university men on erectile dysfunction
Maria Alissandra Nicolau de Oliveira, Bruna Barbara Fernandes Moura Baía, Valéria Freire Gonçalves e Danielle Teixeira Queiroz.
- 2164** Sonda Vesical de Demora: perfil epidemiológico da Infecção Urinária no Centro de Terapia Intensiva
Bladder catheter delay: perfil epidemiological urinary infection in intensive therapy center
Tatiana de M. C. Cavalcante, Adna Ribeiro Braquehais e Priscilla de Albuquerque R. Godinho Bezerra.
- 2170** Relevância do Registro de Enfermagem no processo de Hemotransusão
Relevance of Nursing Record in process Blood Transfusion
Maria Suzana Pires Duarte e Lígia Fernandes Scopacasa.

SUMÁRIO



CONTENTS

Artigo de Reflexão

- 2176** Conhecendo o Perfil Clínico do Idoso Institucionalizado: um olhar sobre a Qualidade da Assistência
Knowing the profile of Clinical Institutionalized elderly: a look at the quality of service
Angeline Araújo Martins, Francimara Silva Sousa, Karla Maryane de Menezes Oliveira, Francisco Ariclene Oliveira, Sara Taciana Firmino Bezerra e Rachel Gabriel Bastos Barbosa.

Artigo de Revisão

- 2182** Análise da Produção Científica de Enfermagem sobre o Aleitamento Materno
Analysis of scientific production of nursing on maternal alternative
Thiago Rodrigo Cruz Farias, Arlene Emanuela Martins Barbosa e Judikael Sarmento Magalhães.
- 2188** Tecnologias Educacionais Associadas à prevenção de lesão por pressão em Unidade de Terapia Intensiva
Educational technology associated with the prevention of pressure damage in intensive therapy units
Laís Lopes Martins e Igor Cordeiro Mendes.
- 2196** Violência Obstétrica: uma revisão da produção científica
Obstetrical Violence: a production scientific review
Sabrine Rodrigues Feitoza, Ana Kelve de Castro Damasceno, Francisca Alice Cunha Rodrigues, Regia Christina Moura Barbosa Castro, Aline Rodrigues Feitoza, Lorena Damasceno Alves Bezerra, Maria Luiza Soares de Amorim e Tatiane da Silva Coelho.
- 2204** Saúde Penitenciária sob o enfoque de Gênero no Brasil
Prison health in focus gender in Brazil
Francisco Antônio da Cruz Mendonça, Francisca Maria Silva Araújo, Luis Rafael Leite Sampaio, Lia Maristela da Silva Jacob, Ana Cristina Martins Uchoa Lopes, Márcio Cristiano de Melo e Breno Farias Maranhão.
- 2212** Normas de Publicação

CONHECIMENTO DAS MÃES ACERCA DA VIOLÊNCIA INFANTIL

MOTHERS' KNOWLEDGE ON CHILD ABUSE

Artigo Original

Talita Vaz de Queiroz¹
Antonia Aldenira de Freitas Araujo¹
George Jo Bezerra Souza²
Julio Cesar de Oliveira Silva³
Aline de Souza Pereira⁴

RESUMO

Em crianças, a violência é comumente praticada por pais, mães ou responsáveis, sobre a alegação de que é necessária para a educação, ocorrendo assim através de castigos ou punições. A pesquisa objetivou analisar a percepção das mães acerca da violência infantil. Trata-se de um estudo do tipo descritivo, de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza-CE, no período de Julho 2015. Foi realizado estudo com 10 participantes, com média de idade de 21 a 76 anos. A maioria das mães quando questionadas se achavam que a palmada afetava seu filho de uma forma negativa responderam que não, duas justificaram que batiam porque o filho tirava sua paciência, então faziam como uma forma de educá-lo. Percebeu-se que o conhecimento das mães sobre violência ainda é limitado, a maioria não acha que palmadas e gritos são formas de violência e acreditam que são uma forma de educação válida.

Palavras-chave: Violência; Criança; Mães; Conhecimento.

ABSTRACT

In children, violence is commonly practiced by fathers, mothers or guardians, on the claim that it is necessary for education, occurring so through different punishments types. The research aimed to analyze the perception of mothers on child abuse. This is a descriptive study with qualitative approach. The survey was conducted in the city of Fortaleza, during July 2015. The study was held with 10 participants, with ages from 21 to 76 years. Most of the mothers when asked if they thought that spanking could affected their child in a negative way, answered no and two justified to spank children because they took their patience; therefore, they made it as a way of educating their children. It was noticed that the mothers' knowledge about violence is still limited, most do not think that slaps and shouts are forms of violence and believe that it is indeed a valid educational way.

Keywords: Violence; Child; Mothers; Knowledge.

¹ Enfermeira. Graduada pela Fanor – DeVry Brasil.

² Discente de Enfermagem Fanor – DeVry Brasil.

³ Discente de Enfermagem Fanor – DeVry Brasil. E-mail: juliocesar_x-japan@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Docente Fanor – DeVry Brasil e Estácio FIC.

INTRODUÇÃO

A violência é um fato social, ela esteve e está presente em todas as sociedades, seja por uso de força, poder ou privilégios em indivíduos, grupos e coletividades. A violência que ocorria na idade média, por exemplo, não é a mesma vivenciada hoje. Entretanto, há formas de violência que persistem no tempo, sendo um exemplo a violência intrafamiliar, que é aquela em que ocorre uma submissão de um membro da família a outro. Ela é uma das mais enraizadas culturalmente, pois é vista pela sociedade como aceitável e por muitas vezes necessária. Em crianças é comumente praticada por pais, mães ou responsáveis, sobre a alegação de que é necessária para a educação, ocorrendo assim através de castigos ou punições⁽¹⁻³⁾.

A violência intrafamiliar contra a criança pode ocorrer na forma de negligência, abuso físico, psicológico e/ou sexual. É algo que corre através das gerações onde avós praticaram com os pais, que praticam com seus filhos, estes praticam com os filhos deles, e assim sucessivamente, causando um efeito cascata⁽²⁻⁴⁾.

A violência infantil acarreta vários danos a curto e longo prazo. Dificuldade de se expressar, isolamento, comportamento inapropriado, humor infeliz, dificuldades de aprendizado e doenças psiquiátricas são apenas alguns dos efeitos da violência causados nessas crianças^(1,5,6).

A pesquisa objetivou analisar a percepção das mães acerca da violência infantil, através da descrição do conhecimento das mães sobre as formas de violência e se elas identificam quais as consequências da violência infantil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza-CE, no período de Julho 2015, durante um bazar promovido pela Associação pela Melhoria da Enfermagem – AME, na Praça Monsenhor Linhares, localizada na Regional III. As mães foram convidadas a participar de um estudo sobre violência infantil e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido respondiam as perguntas do questionário. Ao total foram entrevistadas 10 mães de idades variadas, que foram identificadas pela letra M seguida de números (ex: M1) para garantir o anonimato e facilitar a análise e interpretação dos dados. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário contendo as seguintes perguntas:

- Dados Pessoais, como: Nome, idade, estado civil, escolaridade, profissão/ocupação, renda familiar, quantos filhos e número de pessoas que reside na casa.

- Questionário: Se ela já sofreu alguma violência física de pais/responsáveis quando crianças, se sim, o que sentia e se ela acha hoje que era uma boa forma de educação; se acha que gritar com o filho é violência, se já bateu no filho como forma de educação e se acha que palmadas podem afetar o filho de alguma forma ruim e se sim, porque?; se ela acha que já praticou

alguma violência física ou psicológica com o filho, se sim, qual e for fim, para ela o que é violência.

Inicialmente, quando ocorreu a aproximação, elas aparentaram-se receosas com o tema violência infantil, mas depois de explicado que era uma pesquisa realizada durante a graduação e explicado que os dados divulgados não viriam com o nome delas, garantindo, assim, seu anonimato e que em qualquer momento elas poderiam se recusar a participar ou terem suas respostas divulgadas, elas aparentaram mais tranquilidade. Tentou-se afastá-las individualmente para um local mais privado, visto que estávamos em uma praça, para que elas falassem mais abertamente e com menos receios.

Algumas mulheres abordadas se negaram a participar da pesquisa, demonstrando receio e alegando que estavam com pressa, atrasadas. Uma delas também alegou que não era a pessoa ideal para responder aquele tipo de perguntas.

Análise dos dados foi feita através do método análise de conteúdo, que segundo estudo⁽⁷⁾, é uma análise das comunicações que através de procedimentos sistemáticos e objetivos descreve o conteúdo da mensagem.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Academia Cearense de Odontologia através do CAAE nº 47053315.3.0000.5034 e parecer nº 1.153.695.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foi realizado estudo com 10 participantes, com média de idade de 21 a 76 anos e com nível de escolaridade entre ensino fundamental I incompleto e ensino médio completo.

O número de filhos variou entre 1 a 7 e o número de pessoas que moram na casa entre 1 e 8 pessoas. Quanto a renda familiar a variação foi de menos de 1 salário até 3 salários, 1 participante não respondeu.

Quanto ao estado civil, 5 participantes são casadas, 3 são solteiras e 1 é viúva e 1 não respondeu. Após a leitura e análise dos questionários, identificamos as seguintes categorias:

I – Violência física de pais/responsáveis durante a infância

A maioria das mães (sete) relataram que não sofreram violência física durante a infância, mas disseram que não consideravam palmada/bater como forma de violência física. Uma das entrevistadas falou:

Acho que é uma boa forma de educação sim, porque quando podia bater, não tinha essas coisas de filho bater em pai [...] (M3)

Das mães citadas acima, três (M3, M6 e M9) achavam que palmada/bater nos filhos era uma boa forma de educação e todas as sete relataram já terem batido nos seus filhos como forma de educação.

Já bati sim, não vou mentir, porque às vezes filho estressa a gente, mas não batia pra tirar sangue.

Às vezes a pessoa empurra e a criança cai e que tira sangue, aí isso já se tornou uma violência [...] (M3)

Já as mães que acreditavam terem sofrido violência física (três), quando perguntadas o que sentiam, duas (M4 e M5) disseram que era para sua aprendizagem e uma (M7) disse que aprendia a não fazer mais o que a levou a essa violência.

As três que relataram que sofreram violência disseram que não acreditam que é uma boa forma de educação, duas (M4 e M7) acham que gritar com seu filho é uma forma de violência e essas duas já bateram nos seus filhos como forma de “educação”.

Os meninos de hoje em dia são muito atrevidos [...] (M4)

Autores como Silva, Souza, Santos e Njaine, apontam que a violência é algo que ocorre através das gerações, que o pai pratica com o filho, que pratica com o filho deste, as mães entrevistadas aparentemente seguiam essa linha de conduta e não percebiam isso, mesmo as que acreditavam terem sofrido violência física.^(2-4,6)

II – A palmada afetando o filho

A maioria das mães (oito) quando questionadas se achavam que a palmada poderia afetar seu filho de uma forma negativa responderam que não, duas (M8 e M9) justificaram que batiam porque o filho tirava sua paciência, então faziam como uma forma de educa-lo. Uma participante (M10) justificou que quando o filho era teimoso e lhe faltava o respeito, as palmadas poderiam ser necessárias.

Quando os pais podiam bater mais severo não tinha a violência que tem hoje [...] (M3)

Apenas duas mães acreditavam que palmada poderia sim afetar o filho de uma forma negativa, uma (M2) (bate como forma de educação) acredita que quando se bate e não se presta atenção onde é, este ato pode afetá-lo. Já outra mãe (M5) acha que o filho poderia ficar revoltado.

Na literatura vemos que a pratica de violência pode afetar a criança, causando alterações de personalidade, comportamento. A mesma também está ligada ao baixo rendimento escolar, isolamento social^(1,2,8).

Entretanto, nenhuma mãe aparentou preocupação quando ao desenvolvimento biopsicosocial do filho, mesmo as que relataram sofrer violência física quando crianças, perceberam esta violência como forma de educação^(8,9).

III – Prática de violência física ou psicológica

Seis mães não acreditam que já praticaram violência física ou psicológica com seus filhos. Quatro mães disseram que já praticaram violência, mas três (M4, M9 e M10) não quiseram responder qual foi o ato de violência e apenas uma (M5) relatou dar uma “chinelada” no seu (s) filho (s).

Como a literatura nos aponta, a violência física ainda é a mais percebida atualmente, a única mãe que percebeu e relatou a prática, apontou justamente essa forma. Contudo, estudos mostram que a violência psicológica pode causar mais danos que a violência física, por ela poder se perpetuar por muitos anos sem que aja uma intervenção e por não ser visível fisicamente^(1,3,10,11).

IV – Violência na visão das mães

Na visão de algumas mães (M1, M2, M3, M5, M7 e M8) violência é quando tem agressão, quando bate muito forte, quando sai do controle, se desequilibra e tira sangue.

Três mães (M4, M9 e M10) falaram que é quando a pessoa mata, assalta, quando bate em pessoas na rua, quando não tem Deus no coração, mesmo após responder perguntas sobre violência infantil, não citaram algo relacionado ao tema.

Apenas uma mãe (M6) disse que violência é quando maltrata, deixa marcas, tanto psicológicas, quanto físicas e quando não educa o filho.

Só bati na minha filha uma vez quando ela era criança, ela lembra desse dia até hoje depois de adulta, percebi que traumatizou ela, ela até se afastou de mim, só queria ficar com o pai, depois disso nunca mais bati nela [...] (M6)

Novamente há a percepção mais fácil da violência física, com apenas uma mãe apontando a violência psicológica e talvez tentando falar da negligência de não educar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se que o conhecimento das mães sobre violência ainda é limitado, a maioria não acha que palmadas e gritos são formas de violência e acreditam que seja uma forma de educação válida. Algumas acreditam que apenas formas que são facilmente perceptíveis, como as que deixam marcas graves, são caracterizadas como violência.

Poucas mães acham que praticaram violência com seus filhos e a maioria que disse sim, não quis comentar o assunto.

Violência infantil ainda é um tema que precisa ser muito discutido entre a população, para que se possa pensar em estratégias de mudança dessa realidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Programa de Iniciação Científica e Tecnológica - PICT por ter nos proporcionado a realização de tal pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Abranches CD, Assis SG. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. *Cad. Saúde Pública*. 2011 Mar; 27(5): 843- 854.
2. Njaine K, Assis SG, Constantino P (Org). *Impactos da Violência na Saúde*. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz. 2009.
3. Casa Civil (BR). Decreto-lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília (DF): CC, 1990.
4. Silva MCM, Brito AM, Araújo AL, Abath MB. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2013 Jul-Set; 22(3): 403-412.
5. Frota MA, Martins HFC, Gonçalves LMP, Filho OAS, Casimiro CF. Percepção da criança acerca da agressão física intrafamiliar. *Cienc. Cuid. Saúde*. 2011 Mar; 10(1): 040-050.
6. Souza RG, Santos DV. Enfrentando os maus-tratos infantis nas Unidades de Saúde da Família: atuação dos enfermeiros. *Physis*. 2013 Jul; 23(3):783-800.
7. Bardin L. *Análise de Conteúdo [Reimpressão]*. Lisboa: 70ª Ed., 2007.
8. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (Org.). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva, Organização Mundial da Saúde, 2002.
9. Fonseca FF, Sena RKR, Santos RLA, Dias OV, Costa SM. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. *Rev. paul. pediatr*. 2013 Jun; 31(2): 258-264.
10. Lobato GR, Moraes CL, Nascimento MC. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012 Jun; 28(9): 1749-1758.
11. Silva RCR, Assis AMO, Hasselmann MH, Santos LM, Pinto EJ, Rodrigues LC. Influência da violência familiar na associação entre desnutrição e baixo desenvolvimento cognitivo. *J. Pediatr. Rio J*. 2012 Mar-Abr; 88(2): 149-154.

Recebido em: 14.03.2016

Aprovado em: 20.04.2016

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE PÊNIS NO ESTADO DO CEARÁ NA ÚLTIMA DÉCADA

HISTORICAL EVOLUTION OF MORTALITY IN PENILE CANCER IN THE STATE OF CEARÁ IN THE LAST DECADE

Artigo Original

Fernanda da Silva Ferreira Pereira¹
Letícia Portela Santos Sucupira¹
Bruna Barbara Fernandes Moura Baía²
Valéria Freire Gonçalves³
Danielle Teixeira Queiroz⁴

RESUMO

Objetivou-se descrever a evolução histórica da mortalidade por câncer de pênis, identificando o perfil sociodemográfico dos homens que morreram por essa neoplasia no Estado do Ceará na última década. Trata-se de uma pesquisa transversal, quantitativa, realizada mediante pesquisa aos registros de todos os óbitos do sexo masculino que tiveram como causa básica câncer de pênis, no período de 2003 a 2012, no banco do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). A análise desta série temporal confirmou que o câncer no pênis é uma neoplasia de grande importância no estado de Ceará, com aumento do número de óbitos principalmente nos anos 2010 e 2012, constituindo-se então um grande problema de saúde pública, acometendo homens pardos, com idade superior a 50 anos sem nenhuma escolaridade e casados. A pesquisa chama atenção para a importância e necessidade de investimentos na Política de Atenção à Saúde do Homem, enfatizando as ações de prevenção.

Palavras-chave: Neoplasias Penianas; Mortalidade; Saúde Coletiva.

ABSTRACT

This study aimed to describe the historical evolution of mortality from penile cancer, identifying the socio-demographic profile of the men who died from this neoplasia in the State of Ceará in the last decade. It is a cross sectional, quantitative survey conducted by research the records of all male deaths that had as a cause penile cancer in the period of 2003-2012 in the bank from the Ministry of Health's Mortality Information System (SIM). The analysis of time series data confirmed that the cancer of the penis is a very important neoplasm in the State of Ceará, with increasing number of deaths especially in 2010 and 2012, then constituting a major public health problem affecting brown men, aged over 50 years old with neither schooling nor married. The research highlights the importance and need for investment in Care Policy to Men's Health, emphasizing preventive actions.

Keywords: Penile Neoplasms; Mortality; Collective Health.

¹ Enfermeira. Graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

² Enfermeira. Graduada pela UNIFOR. Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UNIFOR. E-mail: brunafernandes@edu.unifor.br

³ Enfermeira Técnica da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE). Docente do Curso de Enfermagem da UNIFOR. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UFC/UECE/UNIFOR.

⁴ Enfermeira assistencial da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza. Docente do Curso de Enfermagem da UNIFOR. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UFC/UECE/UNIFOR.

INTRODUÇÃO

O câncer de pênis é uma afecção rara, tem caráter mutilante, e seu tratamento cirúrgico é responsável pela alta incapacidade física e psicológica dos envolvidos, que atinge aproximadamente 1/100.000 homens nos países desenvolvidos^(1,2,3). A elevada incidência é evidenciada em países subdesenvolvidos, e no Brasil, observam-se significativos números de casos nas regiões Norte e Nordeste, com ocorrência quase que predominante em homens na terceira idade^(1,2,4). Entretanto esse tipo de câncer também podem afetar homens jovens. Os estudos mostram que cerca de 22% dos casos são registrados em indivíduos menor de quarenta anos, com baixo nível social, com hábitos precários de higiene e não circuncidados.

Observa-se ainda que o principal fator de risco para a ocorrência dessa doença é a fimosose, e na maioria das vezes está associada à presença de infecção pelo papilomavírus humano (HPV)^(1,4).

A infecção pelo HPV é sexualmente transmissível e pode causar o desenvolvimento de lesões precursoras, que se não forem identificadas e tratadas podem progredir para o câncer, principalmente no colo do útero, mas também na vagina, vulva, ânus, pênis, orofaringe e boca⁽¹⁾.

Com os novos avanços tecnológicos na detecção de moléculas e de DNA do vírus é possível encontrar o genoma do HPV em diversos tecidos, incluindo as células neoplásicas malignas penianas, prevalecendo os tipos virais oncogênicos 16 e 18⁽¹⁾.

Apesar do câncer de pênis ser uma patologia muito presente no Brasil, dados epidemiológicos da população apontam que o país está em segundo lugar na hierarquia mundial, ficando atrás apenas da África^(5,6).

Embora o câncer de pênis e testículo ocorra em uma parcela muita pequena da população masculina, seu poder agressivo desenvolve alto impacto emocional proporcionando grandes cicatrizes psicológicas nos homens, uma vez que é responsável pela amputação do órgão sexual^(1,7,8).

A penectomia é o procedimento de remoção cirúrgica do pênis, traz graves consequências tanto sociais quanto psicológicas na vida dos homens que foram submetidos a esse procedimento. Estes se sentem inferiorizados e envergonhados por terem o símbolo da sua masculinidade removido, situação esta que os leva ao distanciamento e anonimato diante da sociedade. Estudos demonstram que muitos relataram ter perdido autoestima, pois se acham incapazes de satisfazer uma mulher, e ainda há aqueles que sentem medo e tristeza, podendo até cometer suicídio⁽⁹⁾.

Dada à importância e a dificuldade em estabelecer um vínculo entre serviço de saúde e a população masculina, foi criado em 2008 e formalizado em 2009 a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, que visa, entre tantos objetivos, promover a melhoria das condições de saúde dessa população, contribuindo para a redução da morbimortalidade mediante a facilitação de acesso às ações e serviços de saúde^(10,11). Portan-

to, essa pesquisa tem como propósito sensibilizar profissionais e serviços para melhor atender e despertar nos homens a capacidade de perceber sua vulnerabilidade individual e adquirir, assim, cuidado com sua saúde.

A escolha deste tema surgiu a partir da sensibilização das pesquisadoras em relação à observação de uma lacuna na literatura sobre estudos envolvendo a temática do câncer de pênis e sua incidência na população brasileira. Observou-se através de leitura exaustiva e nos bancos de dados, que mesmo diante da carência de estudos com esse tema ainda são poucas as pesquisas envolvendo os participantes do sexo masculino, se comparada à população feminina.

Assim, essa pesquisa torna-se relevante, por proporcionar maiores conhecimentos aos profissionais de saúde, sobre a evolução da mortalidade por câncer de pênis, bem como reconhecer os fatores facilitadores para a ocorrência dessa neoplasia na região Nordeste, uma vez que as pesquisas apontam que essa região é responsável por cerca de 5,7% dos casos de câncer de pênis, ultrapassando o câncer de próstata^(1,12,13,14). Esse estudo também servirá para o fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem instituída pelo governo federal em 2009, que teve entre seus objetivos a promoção da assistência básica através do acesso ao serviço de saúde de forma integral e qualificada⁽¹¹⁾.

Baseada nos aspectos acima descritos, essa pesquisa tem como objetivo, descrever a evolução histórica do câncer de pênis, identificando o perfil sociodemográfico de homens que morreram por essa neoplasia no Estado do Ceará na última década.

METODOLOGIA

A presente pesquisa foi do tipo transversal e de natureza quantitativa. A pesquisa quantitativa é aquela que envolve a manipulação de dados numéricos, através de procedimentos estatísticos, com o objetivo de descrever um fenômeno^(15,16).

O estudo foi realizado na cidade de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, a partir dos registros de todos os óbitos do sexo masculino que tiveram como causa básica o câncer de pênis no período de 2003 a 2012.

Os registros de óbitos foram retirados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATA-SUS) pelo endereço eletrônico (<http://www.datasus.gov.br>), acessado em 03/10/14. Foram analisadas as seguintes variáveis: faixa etária, estado civil, cor, ocupação e residência.

Para análise estatística descritiva dos dados foi utilizado o *software Epi info* versão 7.0, que permitiu a distribuição de frequência e o cálculo da mortalidade.

A pesquisa não foi submetida à análise do Comitê de Ética por se tratar de dados de domínio público. No entanto, ressalta-se que foram seguidos todos os preceitos éticos necessários para a análise e divulgação dos dados de pesquisa⁵ dessa natureza.)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil de Mortalidade por Câncer de Pênis

Realizando análise da evolução histórica dos óbitos por câncer de pênis, percebeu-se que o ano de 2010 foi o que apresentou a maior concentração de óbitos, ficando pouco acima do ano de 2012 com coeficiente de mortalidade (CM), de 0,53 e 0,48, respectivamente, explicitados na Tabela 1.

Em um estudo foi vista situação semelhante ao detectar, no estado de Pernambuco, 183 óbitos que tiveram como causa básica o câncer no pênis, perfazendo um CM 0,45 óbitos/100mil homens, variando de 0,34 (2000) para 0,42 (2009), demonstrando um acréscimo de 19,04% no período pesquisado, o que corrobora com os dados do nosso estudo, mostrando um aumento crescente do CM relacionado aos casos de óbitos por essa doença⁽¹²⁾.

Tabela 1. Distribuição do nº de óbitos e coeficiente de mortalidade de de câncer de pênis no Ceará de 2003 a 2012. Fortaleza, 2014.

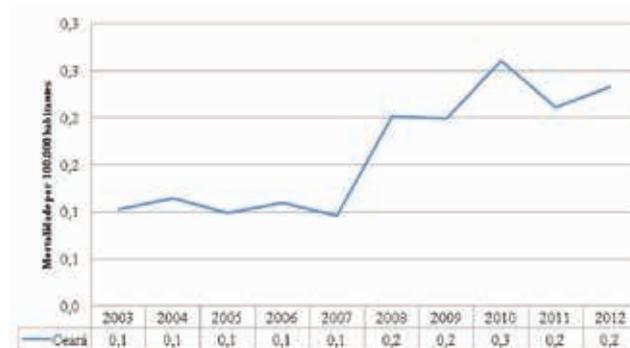
ANO	POPULAÇÃO	Nº DE ÓBITOS	CM
2003	3787910	8	0,21
2004	3838305	9	0,23
2005	3952628	8	0,20
2006	4010857	9	0,22
2007	4068129	8	0,20
2008	4125180	17	0,41
2009	4172407	17	0,42
2010	4120088	22	0,53
2011	4157832	18	0,43
2012	4194860	20	0,48
TOTAL	40428196	136	0,34

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

De acordo com a distribuição dos óbitos entre os anos de 2003 a 2012, na Figura 1 evidenciou-se que a taxa de mortalidade por câncer de pênis, no Ceará, está concentrada em maior proporção nos anos de 2010 e 2012.

Na Espanha, em um estudo realizado com 23 pacientes com câncer de pênis durante 10 anos, observou-se que apenas 13,04% dos pacientes permaneceram vivos ao final do estudo. Foi visto que a elevada mortalidade desta doença se deu por negligência, temor e pouco interesse dos pacientes em consultar um médico ao perceber algo de errado com seu pênis, e a grande expansão locorregional do tumor⁽¹⁷⁾. Fato este, que se deve às circunstâncias socioeconômicas, além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde⁽¹⁾.

Figura 1. Taxa de mortalidade por câncer de pênis (15-80 anos) no Ceará de 2003 a 2012. Fortaleza, 2014.

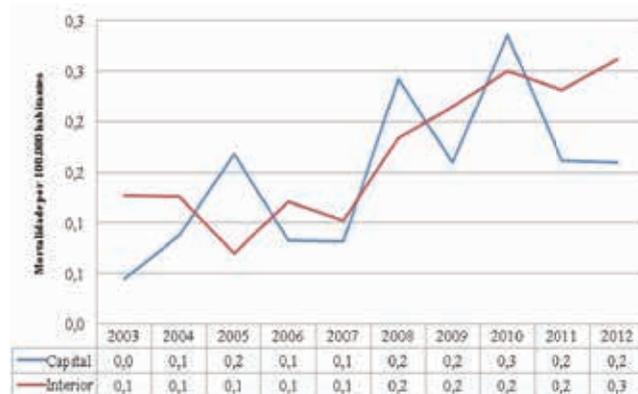


Fonte:MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Observa-se na Figura 2 que ao comparar o número de óbitos no interior e na capital, verificou-se uma maior concentração de óbitos na capital no ano de 2010, e no interior foi visto um maior número de óbitos no ano de 2012.

A alta mortalidade por câncer de pênis é devido à demora pela procura de tratamento, agravando o quadro clínico da doença^(17,18,19). Geralmente os pacientes procuram o serviço de saúde com a doença em estágio avançado, dificultando assim a possibilidade de tratamento eficaz, evoluindo em média de dois a três anos para o óbito⁽¹⁷⁾.

Figura 2. Taxa de mortalidade por câncer de pênis (15-80 anos), segundo capital/interior no Ceará de 2003 a 2012. Fortaleza, 2014.



Fonte:MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Dentre o universo de 136 óbitos por câncer de pênis na última década, percebe-se maior mortalidade nas faixas etárias de 50 a 59 anos e 80 anos ou mais. Porém, no ano de 2012, viu-se um maior número de mortes na faixa etária de 40 a 49 anos.

Na Tabela 2, no que se refere à cor e raça, observou-se maior concentração de óbitos na cor parda, principalmente do ano de 2012. No tocante à escolaridade, evidenciou-se que os homens que foram a óbito por causa do câncer de pênis não tinham nenhuma escolaridade. Quanto ao estado civil, observou-se que os óbitos se concentraram nos casados, principalmente no ano de 2011.

Os dados encontrados corroboram com os do Instituto Nacional do Câncer (INCA), que mostrou alta incidência e mortalidade de câncer de pênis nos indivíduos com idade superior a 50 anos, embora possam ser encontradas em indivíduos jovens, especialmente quando se verificam baixas condições socioeconômicas e de instrução, má higiene íntima e indivíduos não circuncidados⁽¹⁰⁾.

Os estudos revelaram que a maior incidência da doença ocorre entre a sexta ou sétima década de vida^(9,14,17,18).

Estima-se que o Brasil apresente as maiores incidências de câncer de pênis no mundo, com frequência variável, dependendo da região estudada, sendo a região Nordeste a mais prevalente⁽²⁰⁾.

Tabela 2. Número de óbitos por câncer de pênis segundo dados sociodemográficos no Ceará de 2003 a 2012. Fortaleza, 2014.

VARIÁVEIS	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
FAIXA ETÁRIA											
20 a 29 anos	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2
30 a 39 anos	1	-	1	2	-	-	1	1	-	2	8
40 a 49 anos	-	-	3	1	2	1	5	4	2	7	25
50 a 59 anos	2	2	-	3	2	5	3	5	4	3	29
60 a 69 anos	1	5	2	1	1	4	2	2	3	4	25
70 a 79 anos	2	-	-	2	1	4	2	4	2	1	18
80 anos e mais	2	2	2	-	2	3	2	6	7	3	29
COR/RAÇA											
Branca	2	2	4	2	3	5	4	8	6	1	37
Preta	2	-	-	1	1	-	2	1	1	-	8
Parda	3	3	2	4	4	10	9	11	11	18	75
Indígena	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2
Ignorado	-	4	2	2	-	1	2	2	-	1	14
ESCOLARIDADE											
Nenhuma	2	1	1	6	3	4	4	10	6	5	42
1 a 3 anos	3	1	1	-	3	4	5	5	6	4	32
4 a 7 anos	-	1	1	-	-	3	4	2	2	2	15
8 a 11 anos	-	-	-	-	-	1	-	2	1	2	6
Ignorado	3	6	5	3	2	5	4	3	3	7	41
ESTADO CIVIL											
Solteiro	-	1	-	1	1	3	2	2	3	7	20
Casado	4	6	6	6	4	11	11	12	13	6	79
Viúvo	3	-	-	-	1	2	2	4	2	3	17
Separação Judicial	-	-	-	-	-	-	-	3	-	1	4
Outro	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	3
Ignorado	1	2	2	1	2	1	2	1	-	1	13

Fonte:MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Segundo o INCA, em 2011 o câncer de pênis foi a segunda maior causa de morte no país, atrás apenas das doenças cardiovasculares⁽²¹⁾.

Por fim, tais resultados demonstram a necessidade de que os profissionais assumam a responsabilidade do ensino como meio eficaz para prevenção, sendo a educação em saúde uma forte aliada nesse processo, como uma ação que reorienta a globalidade das práticas dos profissionais nas unidades de saúde, contribuindo para detecção precoce, e conseqüentemente o prognóstico e sobrevida dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CA análise desta série temporal confirmou que o câncer no pênis é uma neoplasia de grande importância no estado de Ceará, com crescente aumento do número de óbitos, constituindo-se então um importante problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Reis, AA, Paula LB, Paula AAP, Saddi VA, Cruz AD. Aspectos clínico-epidemiológicos associados ao câncer de pênis. *Ciênc saúde coletiva*. 2010; 15(Supl1): 1105-11.
2. Velazquez EF, Cubilla AL. Penile squamous cell carcinoma: anatomic, pathologic and viral studies in Paraguay (1993-2007). *Anal Quant CytolHistol*. 2007; 29(4): 185-98.
3. Micali G, Nasca MR, Innocenzi D, Schwartz RA. *PenileCancer*. *J Am AcadDermatol*. 2006; 54(3): 369-91.
4. Pow Sang MR, Benavente V, Pow Sang JE, Morante C, Meza L, Baker M, Pow Sang JM. Cancer of penis. *CancContr J*. 2002; 9(4): 305-314.
5. Estatísticas de Mortalidade por Câncer [internet]. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2007 [citado em 2014 Abr 14]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>.
6. Estatísticas do Câncer [internet]. Rio de Janeiro (BR): Instituto Nacional de Câncer; 2013 [citado em 2014 Abr 15]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/vigilancia/>.
7. Bullen K, Mattheuws S, Edwards S, Marke V. Exploring men's experiences of penile cancer surgery to improve rehabilitation. *Nurs Time*. 2009; 15(105): 20-24, 2009.
8. Guimaraes GC, Cunha IW, Soares FA, Lopes A, Torres J, Chau A, Velazquez EF, Ayala G, Cubilla AL. Penile squamous cell carcinoma clinicopathological features, nodal metastasis and outcome in 333 cases. *J Urol*. 2009; 182(2): 528-534.
9. Barros EM, Melo MCB. Câncer de pênis: perfil sócio-demográfico e respostas emocionais à penectomia em pacientes atendidos no Serviço de Psicologia do Hospital do Câncer de Pernambuco. *Rev SBPH*. 2009; 12(1): 99-111.
10. Ministério da Saúde (BR). Tipos de câncer: pênis [Internet]. Brasília, Ministério da Saúde; 2008. [acessado em 2013 abr 23]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/penis>.
11. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília, Ministério da Saúde; 2009.
12. Silva RS, Silva ACM, Nascimento SG, Oliveira MC, Bonfim CV. Aspectos demográficos e epidemiológicos da mortalidade por câncer de pênis. *Acta Paulista Enferm*. 2014; 27(1): 44-7.
13. Favorito LA, Nardi AC, Rosalva M, Zequi SC, Sampaio FJB, Glina S. Epidemiologic study on penile cancer in Brazil. *IntBraz J Urol*. 2008; 34(5): 587-93.
14. Fonseca AG, Pinto JASA, Marques MC, Drosdoski FS, Fonseca Neto LOR. Estudo epidemiológico do câncer de pênis no Estado do Pará, Brasil. *RevPan-Amaz Saúde*. 2010; 1(2): 85-90.
15. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
16. Dalfovo MS, Lana RA, Silveira A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Rev Inter CientAplic*. 2008; 2(4): 1-13.
17. Neveu RC, Bórquez PM, Trujillo CL, Fernandes RR, Buccholtz MF. Experiência de 10 años em el manejo del cáncer de pene. Instituto Nacional del Cáncer (1997-2006). *Rev Chilena de Cirugia*. 2008; 60(2): 103-7.
18. Delgado MS, Martínez FA, Márquez PG, B. González BB, Cosano AZ, Armada LR. Câncer de pene: una revisión de 18 Casos. *ActasUrol Esp*. 2003; 27(10): 797-802.
19. Arrontes DS. Análise epidemiológica del carcinoma epidermoide de pene en un área sanitaria de 90,000 habitantes. *Arch. Esp. Urol*. 2005; 58(9): 898-902.
20. Estimativa 2010: Incidência de câncer no Brasil [internet]. Rio de Janeiro (BR): Instituto Nacional de Câncer; 2009. [acessado em 2013 abr 23]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/c1755a004eb694838c939ef11fae00ee/encarte_especial.pdf?MOD=AJPERES.
21. Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil [internet]. Rio de Janeiro (BR): Instituto Nacional de Câncer; 2011. [acessado em 2013 abr 23]. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/estimativas-de-incidencia-de-cancer-2012/estimativas_incidencia_cancer_2012.pdf.

Recebido em: 04.07.2016

Aprovado em: 25.08.2016

PERCEÇÃO DOS UNIVERSITÁRIOS MASCULINOS SOBRE A DISFUNÇÃO ERÉTIL

THE PERCEPTION AMONG UNIVERSITY MEN ON ERECTILE DYSFUNCTION

Artigo Original

Maria Alissandra Nicolau de Oliveira¹
Bruna Barbara Fernandes Moura Baía²
Valéria Freire Gonçalves³
Danielle Teixeira Queiroz⁴

RESUMO

Objetivou-se avaliar o conhecimento dos universitários masculinos sobre a disfunção erétil. Pesquisa descritiva, usando os pressupostos qualitativos. Realizada numa Universidade privada, situada na cidade de Fortaleza – CE. Participaram da pesquisa universitários masculinos pertencentes ao curso de Direito. Para coleta de dados foi realizada uma entrevista semiestruturada, mediante assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a entrevista foi construído um roteiro contendo dois blocos. O primeiro, com dados pessoais e características sociodemográficas, e o segundo bloco com uma pergunta norteadora. Os resultados mostraram que a maioria dos participantes tinha um conhecimento superficial sobre o assunto abordado, atribuindo a maior parte de suas respostas ao preconceito e ao tabu que rodeia esse tema. No que diz respeito às causas, os universitários relacionaram com o fator psicológico que afeta o desempenho sexual do

homem. Essa pesquisa nos possibilitou maior conscientização do nosso papel como promotores e educadores de saúde, permitindo discussões resolutivas, de modo a sanar dúvidas e os tabus que rodeiam a temática.

Palavras-chave: Disfunção Erétil; Preconceito; Saúde do Homem; Enfermagem.

ABSTRACT

The goal was to assess the knowledge of male students about erectile dysfunction. This is a descriptive research, using qualitative assumptions. The study took place at a private university in the city of Fortaleza – CE with male students that belonged to the law course. To collect data, semi-structured interviews were conducted, after a free informed consent. For the interview, a road map as built divided in two blocks. The first one with personal data and socio-demographic

¹ Enfermeira. Graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

² Enfermeira. Graduada pela UNIFOR. Bolsista de Transferência Tecnológica da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP). E-mail: brunafernandes@edu.unifor.br.

³ Enfermeira Técnica da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE). Docente do Curso de Enfermagem da UNIFOR. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UFC/UECE/UNIFOR.

⁴ Enfermeira Assistencial da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS). Docente do Curso de Enfermagem da UNIFOR. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UFC/UECE/UNIFOR.

characteristics, and the second with a guiding question. The results showed that most participants had a superficial knowledge of the subject matter, assigning most of their responses to prejudice and taboo that surrounds this issue. Regarding the causes of erectile dysfunction, the university students related it to the psychological factor that affects the sexual performance of the man. This research has enabled us to greater awareness of our role as promoters and health educators, allowing resolving discussions in order to clarify doubts and taboos surrounding the subject..

Keywords: Erectile Dysfunction; Prejudice; Men's Health; Nursing.

INTRODUÇÃO

Em 1993, a conferência de consenso sobre a impotência do NIH (Instituto Nacional de Saúde) definiu disfunção erétil (DE), como sendo "a incapacidade permanente de iniciar ou manter uma ereção suficiente para permitir uma relação sexual satisfatória." Essa disfunção pode ocorrer devido a distúrbios psicofisiológicos, causando mudanças no ciclo de resposta sexual. Essas disfunções podem causar grande sofrimento, bem como dificuldades interpessoais⁽¹⁾.

A história das ideias sobre esse problema masculino torna evidente que essa condição foi identificada no registro médico desde a antiga medicina, sendo retomada posteriormente nos registros religiosos e jurídicos. A partir de meados do século XIX, a impotência masculina tornou-se uma categoria médica, sendo tratada por médicos, sob a forma de uma "perda da virilidade" e como o motivo de infertilidade masculina, também por psiquiatras sob a categoria geral de "neurastenia sexual". No início do século XX, a impotência sexual masculina interessou também aos psicanalistas, que propuseram dois tipos de explicação: primeiro, uma concepção intrapsíquica baseada na etiologia de um trauma infantil e outra levando em conta as parceiras e normas sociais⁽²⁾.

Dados nacionais indicam que a disfunção erétil tem uma prevalência global de aproximadamente 53%, em que há uma distribuição diferente entre as faixas etárias com uma ocorrência proporcionalmente maior em homens com a idade mais elevada, com uma incidência no Ocidente de 25-30 novos casos por mil habitantes por ano⁽³⁾.

Apesar de não ser considerada uma doença letal, a disfunção erétil, compromete o bem-estar e a qualidade de vida, podendo também ser indicativo da existência de doenças subjacentes, principalmente aquelas relacionadas ao sistema cardiovascular⁽⁴⁾.

O interesse sobre o assunto das disfunções sexuais que surgiu entre os profissionais de saúde e do público em geral, e devido, em parte, ao aumento do conhecimento dos mecanismos relacionados aos eventos neurovasculares da resposta sexual em homens e mulheres. Diversos tipos de

fármacos estão sendo desenvolvidos para o tratamento de disfunção erétil, não obstante outros agentes têm sido sugeridos para o tratamento da inibição do desejo sexual. Entretanto, estudos sobre a origem desses distúrbios pouco têm sido relacionados a fatores psicossociais, como a qualidade de vida, por exemplo. É possível também associar o risco de disfunção erétil entre os homens deprimidos e desempregados. Vários estudos estão apontando uma relação entre os sintomas depressivos e a disfunção erétil. Estas condições são geralmente associadas, ao sentimento de querer manter ou aumentar o prazer outro⁽⁵⁾.

A disfunção erétil pode ter origem em diversas causas, como associada a fatores físicos ou psicológicos e muitas vezes tornando-se uma combinação de ambos. No entanto, em relação às causas físicas podemos citar: Intervenções Cirúrgicas, Problemas Vasculares, Doenças Nervosas, Diabetes, Doenças Crônicas e Problemas Hormonais. E com respeito aos psicológicos podemos citar o estilo de vida como o tabagismo e o etilismo⁽⁶⁾.

Soma-se os fatores socioeconômicos, como baixa renda e baixo grau de escolaridade, desemprego e estado civil solteiro, também podem ser associados à presença de dificuldades na ereção⁽⁷⁾.

O grau de disfunção erétil é variável e pode se situar entre uma redução parcial da rigidez peniana ou como a incapacidade de manter a ereção e por fim a completa falta de ereção. Esta definição é limitada apenas a capacidade erétil do pênis e não incluindo os problemas de libido, distúrbios da ejaculação ou do orgasmo⁽⁸⁾.

O tratamento para disfunção erétil é individualizado, sendo realizado de acordo com a causa apresentada pelo indivíduo, onde podemos enumerar os medicamentos orais, o aconselhamento sexual/terapia sexual, a autoinjeção peniana, a terapia intra-uretral e a prótese peniana como opções de tratamento que podem utilizadas por homens que apresentam essa incapacidade sexual⁽⁹⁾.

Baseado em todos os aspectos descritos acima, essa pesquisa torna-se relevante por fornecer conhecimento sobre as causas e complicações reais advindas da disfunção erétil, desmistificando informações erradas que a população masculina tem acerca do tema.

Daí ter-se objetivos analisar a percepção do universitário masculino sobre a disfunção erétil.

METODOLOGIA

A pesquisa foi do tipo descritiva com abordagem qualitativa. Este tipo de abordagem enfatiza a natureza humana e suas subjetividades como fenômeno de investigação. A pesquisa qualitativa investiga características não quantificáveis como sentimentos, desejo, angústias, opinião, onde a palavra é o objeto principal da análise^(10, 11).

Realizada numa Universidade privada, situada na cidade de Fortaleza – CE, foi fundada em 1973, e atualmente com 31 cursos, dividida em cinco centros: Centro de Ciências da Saúde (CCS), Centro de Ciências Tecnológicas (CCT), Centro de Ciências Humanas (CCH), Centro de Ciências Jurídicas (CCJ) e Centro de Ciências Administrativas (CCA). A pesquisa foi realizada no Centro de Ciências da Saúde – CCS, selecionado por meio de sorteio.

Os participantes da pesquisa foram universitários masculinos pertencentes ao curso de direito. Por se tratar de pesquisa qualitativa, o número de participantes não é pré-definido anterior à coleta de dados. Os informantes foram convidados formalmente a participar da pesquisa após o término de sua aula, mediante autorização da Coordenação de seu curso.

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas após permissão dos sujeitos, mediante assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Para a entrevista foi construído um roteiro contendo dois blocos. O primeiro, com dados pessoais e características sociodemográficas, e o segundo bloco com uma pergunta norteadora: O que você compreende por disfunção erétil/ impotência?

As entrevistas foram realizadas em local privativo, respeitando a individualidade dos sujeitos. Anteriormente a sua execução foi solicitado ao coordenador do curso a disponibilização de uma sala para a realização das entrevistas. Após a disponibilização do local de entrevista, foi agendada e executada de acordo com horário conveniente para pesquisador/pesquisado.

A análise dos dados ocorreu através de categorização, embasada na análise temática⁽¹²⁾. A categorização serve para codificar os termos-chaves do discurso e transformá-lo em elementos menores (categorias), retirando seu núcleo e dando novo significado aos termos principais. Para tanto foi realizado apenas a análise temática, e ela se divide em três partes: pré-análise, extração dos núcleos de significados ou codificação e interpretação^(10,12).

A pesquisa respeitou os princípios bioéticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, referente à pesquisa envolvendo seres humanos e mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, recebendo parecer favorável de n. 217.202.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Retratos dos Universitários

Os participantes da pesquisa foram 30 universitários do sexo masculino com faixa etária entre 17 a 27 anos, com a maioria se afirmando como sendo solteiros e poucos casados; uma parte já tivera outras formações e outra não trabalhava. A maioria era procedente da cidade de Fortaleza e alguns de interiores próximos.

A partir das entrevistas realizadas foi possível construir as seguintes categorias: *Impotência sexual como fator de prejuízo para a relação sexual*; *Causas para a impotência sexual*; *Impotência Sexual como um bloqueio psicológico e Preconceito social relacionado com a resistência em buscar tratamento*.

Impotência sexual como fator de prejuízo para a relação sexual

Diante dos relatos obtidos, foi possível identificar nas narrativas dos homens universitários que a impotência sexual está sendo tratada como uma dificuldade em completar uma relação sexual de forma satisfatória. Pode-se ver através dos seguintes relatos:

“São homens que tem dificuldade de ficar apto a ter uma relação sexual, sentem vontade, mas não conseguem”. (E10)

“Trata-se de uma incapacidade de se obter ou manter uma ereção adequada para a prática da relação sexual. Apesar de ser comum em pessoas com idade elevada (idosos), a disfunção erétil pode ocorrer em qualquer fase da vida do indivíduo. Suas causas podem ser desde um problema psicológico ou até uma deficiência hormonal”. (E20)

“Pode ocorrer, pra mim, além do fator psicológico, fatores fisiológicos como doenças e pode ser adquirido com o decorrer da vida como com tabagismo”. (E22)

Ao analisar os depoimentos percebe-se que os entrevistados têm consciência que a disfunção erétil pode ocorrer em qualquer fase da vida podendo ou não estar relacionada a um problema de saúde primário.

Considerado um importante problema de saúde pública em nosso País, onde essa avaliação negativa da qualidade de vida sexual se dá, em parte, pelo reflexo da diminuição do nível de atividade sexual (avaliada pelo número médio de relações sexuais por semana) causada pela dificuldade do pênis ficar ereto⁽⁴⁾.

Observou-se que o número de relações sexuais desse grupo é menor que no grupo de homens que não sofrem de nenhum tipo de disfunção erétil e que a baixa autoestima, problemas no relacionamento com a parceira, filhos e amigos, problemas no trabalho são algumas das situações que ocorrem em homens com DE⁽⁴⁾.

O fator cultural contribui de forma importante no que diz respeito às atividades sexuais, já que pessoas compartilham crenças relacionadas ao desempenho sexual, onde alguns indivíduos podem criar para si padrões de desempenho muito altos para a “atuação” sexual, o que contribui para o desenvolvimento de ansiedade durante a mesma e afetando as respostas sexuais⁽⁴⁾.

O sexo sempre foi um tabu e a educação sexual bastante formal, mitos e inverdades foram criados e transmitidos ao longo dos tempos. Onde ainda a própria condição machista da sociedade obriga o homem a ser uma “máquina na cama”, criando muitas vezes uma situação de ansiedade que favorece o surgimento de dificuldades sexuais e frustrações⁽¹³⁾.

Ao ser questionado em relação ao problema proporcionar a perda da masculinidade/virilidade eles foram categóricos ao responderem que sim.

“A incapacidade de ereção é vista como um preconceito muito grande entre os homens, pois por muitos é tida como perda da masculinidade pela perda da capacidade sexual”. (E8)

“Eu acho que está diretamente ligado ao fator psicológico da ideia de masculinidade, pois a perda da capacidade sexual por dificuldade na ereção é muito frustrante”. (E23)

Em nossa sociedade, onde a noção de homem está intimamente ligada à noção de virilidade, de capacidade de ter um bom desempenho sexual, ao haver a falência deste “poder” (já chamada de impotência) leva a um constrangimento enorme, muitas vezes causando um isolamento e não raramente comportamentos autodestrutivos, podendo até levar a tentativa de suicídio⁽¹⁴⁾.

Para os homens a masculinidade utiliza a atividade do pênis ereto como estandarte de sustentação imaginária da potência fálica. A instalação da disfunção erétil (que afeta o órgão) coloca em questão a masculinidade (que afeta o ser), confirmando a sensação subjetiva de “impotência” sexual — sujeito e sintoma se fundem no fracasso na ereção⁽⁹⁾.

Em razão do contexto sociocultural em que foi criado, o homem apresenta dificuldades para conversar sobre seu problema, até mesmo, e principalmente, com sua própria companheira, diante da qual se sente diminuído. Com os amigos, vítimas do mesmo tipo de postura, a resposta, certamente, será de galhofa e/ou depreciação. Então o medo e a vergonha infundada de sua condição, têm dificultado o acesso deste homem, até mesmo, ao especialista⁽⁴⁾.

Causas para a impotência sexual

De acordo com as respostas dadas pelos universitários sobre as causas, observou-se certo conhecimento acerca do que pode levar o homem a desenvolver a DE, porém, alguns, de forma superficial como se pode perceber pelos seguintes relatos:

“Dentre as causas, acho que são por problemas cardíacos, circulatórios ou de outros fatores físicos. Há ainda causas psicológicas, tais como ansiedade, estresse etc”. (E6)

“Acho que é uma disfunção hormonal causada por uso de anabolizantes, estresse, cansaço físico”. (E27)

“Acho que pode ser causado por ansiedade, estresse, abuso de medicamentos como anabolizantes etc”. (E29)

De acordo com os relatos fica evidente que os participantes conhecem alguns fatores que podem causar o desenvolvimento da DE, mesmo que de maneira superficial. Podendo ser consequência da escassez de informações pelos meios de comunicação.

Informações contraditórias são veiculadas no que diz respeito às causas da impotência masculina. Sabe-se que as causas da impotência e da disfunção erétil têm sempre a ver com fatores físicos, psicológicos e fatores relacionados ao estilo de vida⁽¹⁵⁾.

A insatisfação com a qualidade de vida, como desemprego, falta de desejo ou vínculo com a parceira, também como algum tipo de disfunção sexual como ejaculação precoce, pode levar ao desencadeamento da DE⁽¹⁶⁾.

A impotência sexual está relacionada a diversos fatores, cita-se os: físicos, psicológicos e sociais, e tratá-la envolve obrigatoriamente a descoberta de sua causa. Algumas causas da impotência sexual são: Distúrbios psicológicos; Doenças hormonais (diabetes, diminuição dos níveis de testosterona, disfunções endócrinas); Doenças neurológicas (lesões na medula espinhal, mal de Alzheimer e Parkinson); Doenças vasculares, que causam a obstrução de artérias e veias, prejudicando a chegada do sangue ao pênis (hipertensão arterial, aterosclerose); Consumo excessivo de medicamentos; Alcoolismo e tabagismo⁽¹⁷⁾.

Impotência sexual como um bloqueio psicológico

Através das análises das entrevistas realizadas, algumas respostas obtidas referem que a impotência sexual pode ocorrer em resposta a um fator psicológico que afeta e prejudica o homem nas suas relações.

“É a incapacidade de se relacionar sexualmente, tanto pode ser um problema físico quanto psicológico”. (E17)

“Pode acontecer por problemas físicos ou psicológicos, em sua maioria sendo psicológico com grande possibilidade de melhoras somente com o tratamento. Normalmente causado por tensão ou nervosismo”. (E7)

“A impotência é quando o homem não consegue ter ereção, causada por um momento psicológico de nervosismo, falta de estima, insegurança”. (E5)

Os fatores psicológicos são responsáveis por grande parte dos problemas de DE e resultado de nervosismo, ou

tensão durante a atividade sexual. O nervosismo ou o medo do fracasso promovem uma liberação maior de adrenalina causando uma redução do fluxo sanguíneo necessário para obter ou manter a ereção. Ao se repetirem fracassos sucessivos, o corpo fica habituado a liberar adrenalina no exato momento em que o indivíduo pensa na relação sexual. Isto pode se tornar um ciclo difícil de ser revertido sem ajuda⁽⁶⁾.

Para outro autor existem dois mecanismos que podem estar envolvidos na inibição das ereções dentro das causas psicológicas: o estímulo psicológico sobre a inervação sacral pode inibir ereções de reflexo e conseqüentemente a ação sobre os nervos dilatadores das artérias do pênis; e excessivo estímulo simpático (voluntário) em homens ansiosos pode aumentar o tônus da musculatura peniana, dificultando assim as ereções⁽¹⁸⁾. Nessa perspectiva as disfunções sexuais, dentre elas a disfunção erétil, são representadas por perturbações relacionadas com o desejo sexual e alterações psicofisiológicas no ciclo da resposta sexual. Tais disfunções causam grande sofrimento, bem como dificuldades interpessoais.

Entre as causas apontadas na literatura para a disfunção erétil, cita-se as de ordem psicológica como o stress, a ansiedade, sentimento de culpa, baixa autoestima e indiferença⁽¹⁷⁾.

Diante do exposto, percebe-se que os entrevistados sabem que o fator psicológico torna-se relevante quando se trata de DE, levando em consideração que a mente é responsável por todas as respostas do organismo, sejam elas favoráveis ou não no que diz respeito ao desempenho sexual.

Preconceito social relacionado com a resistência em buscar tratamento

Através da análise das respostas obtidas nas entrevistas, evidenciou-se que, a respeito do preconceito em relação à busca de tratamento, a vergonha e o estigma social foram os principais impedimentos citados por eles, como se comprova por meio dos relatos:

“Para mim o principal problema no tratamento é o estigma social causado pelas características de tal condição o que dificulta a busca por tratamento”. (E6)

“Acredito que a maior dificuldade na busca do tratamento se dá devido ao preconceito e à vergonha causada pelo estigma social proporcionado pela doença, fazendo com que o homem não procure atendimento médico”. (E30)

O preconceito é o principal fator que impede muitos homens que sofrem de DE a procurarem ajuda médica. E a ansiedade em obter o melhor desempenho acaba agravando o problema. Um preconceito que nasce no próprio homem,

que afeta sua virilidade, negando o problema e se recusando a discuti-lo com outros⁽¹⁴⁾.

O homem não deve sentir-se culpado nem envergonhado, pois o tratamento existe. Pelo contrário, sem tratamento, a disfunção erétil acaba por minar a autoestima e, com ela, a vida afetiva e social⁽¹⁹⁾.

O tema ainda é considerado um tabu e constrange homens pelo Brasil afora. A DE é um estigma, principalmente, porque o preconceito e o silêncio são alimentados diariamente, justamente por quem é o alvo do problema: o homem. Cada piadinha de mesa de bar, risadinha de corredor e tentativa de vender uma imagem superpoderosa, significa atraso na resolução de um mal que afeta milhões de homens e que tem, não apenas solução, mas opções variadas de tratamento⁽²⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados do presente estudo, pode-se considerar que a disfunção erétil, mesmo não sendo uma doença letal, compromete o bem estar afetando negativa e significativamente a autoestima do homem e a relação com seus parceiros, causando prejuízo na qualidade de vida devido ao conceito de masculinidade imposto pela sociedade.

Ficou claro que a maioria dos universitários, independente de sua idade, tinham um conhecimento superficial sobre o assunto abordado, atribuindo a maior parte de suas respostas ao preconceito e ao tabu que rodeiam esse tema.

De acordo com esse estudo foi possível perceber que o fator psicológico é bastante afetado devido a crenças da sociedade ainda machista, relacionada ao desempenho sexual, que obriga o homem a ser “uma máquina na cama” fazendo com que os indivíduos criem altos padrões de desempenho, o que favorece para o desenvolvimento de ansiedade, afetando as respostas sexuais, causando dificuldades e frustrações.

Contudo ainda existem muitas confusões e informações contraditórias no que diz respeito às causas da disfunção erétil, estando sempre relacionadas a fatores físicos, psicológicos e fatores associados ao estilo de vida, podendo estar também associada à outra disfunção sexual como a ejaculação precoce, por exemplo, com isso faz-se necessário obter um levantamento detalhado do motivo que está levando o indivíduo a ter esse problema, pois o tratamento fundamenta-se obrigatoriamente na descoberta da sua causa.

Assim, pode-se dizer, de acordo com os achados, que ainda há falta de informação coerente acerca desse assunto, tornando-se necessário uma maior conscientização do nosso papel como promotores e educadores de saúde, permitindo discussões resolutivas, de modo a sanar dúvidas e tabus que rodeiam a temática.

REFERÊNCIAS

1. APA (American Psychiatric Association). Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
2. Giami A, Nascimento K C, Russo J. Da impotência à disfunção erétil: uma viagem através da medicalização da sexualidade. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2009; 19(3): 637-58.
3. Moreira Júnior D, Santos DB, Abdo CHN, Wroclawski E, Fittipaldi JAS. Epidemiologia da disfunção erétil no Brasil: resultados da pesquisa nacional do "projeto avaliar". *Rev Bras Med*. 2004; 61(9): 613-25.
4. Abdo CHN, Oliveira Júnior WN, Moreira ED, Fittipaldi JA. Perfil sexual da população brasileira: resultados do estudo do comportamento sexual do brasileiro (ECOS). *Rev Bras Med*. 2002; 59(4): 250-7.
5. Klein LT, Seidman S, Shabsigh R, Kaplan SA, Lehrhoff BJ, Ritter JS. Aumento da incidência de sintomas depressivos em homens com disfunção erétil. *Rev Bras Urol*. 1998; 52(5): 848-52.
6. Prieto RC, Campos PH, Casilda RR, Garcia MJR, Tapia, J R. Epidemiologia da disfunção erétil. Os fatores de risco. *Arch Esp Urol*. 2010; 63(8): 637-39.
7. Moreira Júnior ED, Lobo CF, Nicolosi A, Glasser D. Um estudo de base populacional para determinar a prevalência de disfunção erétil e seus correlatos no Estado da Bahia. *Rev Bras Urol*. 2002; 14(Supl 2): 53-9.
8. Krane R, Goldstein I, Saenz TI. Impotência. *The New England Journal of Medicine*. 1989; 321(24): 1648-59.
9. Grassi MVFC, Pereira MEC. O "sujeito-sintoma" impotente na disfunção erétil. *Ágora*. 2001; 4(1): 53-76.
10. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2010
11. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
12. Bardin L. Análise de Conteúdo. Portugal: Edições 70; 2009.
13. Aquino EML. Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(1): 19-22.
14. Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2009; 19(3): 659-78.
15. Giami A. Socioepidemiologia da impotência masculina – Evolução dos conceitos nosográficos e dos dados epidemiológicos. *Revista Terapia Sexual*. 2000; 3(2): v. 3, n. 2, p. 13-32.
16. Abdo CHN, Oliveira Júnior WM, Scanavino MT, Martins FG. Disfunção erétil – resultados do estudo da vida sexual do brasileiro. *Rev Assoc Med Bras*. 2006; 52(6): 424-9.
17. Costa JFLV. Abordagem Psicoterapêutica no Tratamento da Disfunção Erétil. Dissertação [Mestrado Integrado em Medicina] - Instituto de Ciências Biomédicas; 2010.
18. Abdo CHN, Oliveira Júnior WM, Moreira Júnior ED, Fittipaldi JAS. O impacto de fatores psicossociais sobre o risco de disfunção erétil e inibição do desejo sexual em uma população brasileira. *São Paulo Med Jou*. 2005; 123(1): 11-4.
19. Cappelleri JC, Rosen RC, Smith MD, Mishra A, Osterloh IH. Avaliação diagnóstica do domínio da função erétil do índice internacional de função erétil. *Rev Bras Urol*. 1999; 54(2):346-51.

Recebido em: 07.06.2016

Aprovado em: 01.07.2016

SONDA VESICAL DE DEMORA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA INFECÇÃO URINÁRIA NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA

BLADDER CATHETER DELAY: PERFIL EPIDEMIOLOGICAL URINARY INFECTION IN INTENSIVE THERAPY CENTER

Artigo Original

Tatiana de M. C. Cavalcante¹

Adna Ribeiro Braquehais²

Priscilla de Albuquerque R. Godinho Bezerra³

RESUMO

No presente estudo objetivou-se conhecer o perfil epidemiológico da infecção do trato urinário em decorrência do uso da sondagem vesical de demora no CTI pacientes. Trata-se de um estudo retrospectivo e exploratório, realizado na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Geral de Fortaleza. A amostra foi constituída por 48 pacientes notificados com Infecção Hospitalar relacionado à cateterização vesical de demora. O tempo de permanência com a sonda vesical de demora foi de 21-28 dias. As uroculturas positivas mostraram dentre as espécies isoladas a *Escherichia Coli*, *Pseudomonas Aeruginosa* e *Klebsiella Pneumoniae*. A redução das taxas de infecção pode reduzir o tempo de internação dos pacientes, o aumento da rotatividade dos leitos e proporcionar uma maior disponibilidade de vagas nas UTIs.

Palavras-chave: Cateterismo Urinário; Unidades de Terapia Intensiva; Infecções Urinárias.

ABSTRACT

In the present study, we aimed to know the epidemiological profile of urinary tract infection due to the use of bladder catheterization in ICU patients. It is a retrospective, exploratory study, conducted at the Infection Control Commission of Hospital Geral de Fortaleza. The sample consisted of 48 patients with hospital infection related to later bladder catheterization. The reason of the admissions includes a predominance of clinics. The length of time patients with urinary catheter was of 21-28 days. The positive urine cultures showed that among the species isolated are *Escherichia Coli*, *Pseudomonas Aeruginosa* and *Klebsiella Pneumoniae*. The lowering of the infection rates can reduce the time of hospital staying, increasing turnover of beds and provide greater availability of vacancies in the ICU.

Keywords: Urinary Catheterization; Intensive Care Units; Urinary Tract Infections.

¹ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Enfermeira do Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC).

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

³ Enfermeira. Especializando em Enfermagem em Terapia Intensiva da UNIFOR. E-mail: priscilla_godinho@hotmail.com

INTRODUÇÃO

AO Centro de Terapia Intensiva (CTI) é o local hospitalar reservado para pacientes graves, ou seja, que necessitam de cuidados intensivos, e usualmente, são destinados a manter suas funções vitais; os agudamente enfermos, com risco de morte; os com exacerbação de doenças crônicas; os que convalescem de eventos agudos e persistem necessitando de cuidados intensivos; e pós-operatórios de grandes cirurgias, sendo monitorados. Constitui uma área crítica, complexa e dotada de monitorização contínua, onde os pacientes tem maior suscetibilidade e o risco de contaminação cruzada aumenta significativamente, e muitos microrganismos são considerados multirresistentes⁽¹⁾.

Infecções em CTI estão associadas à gravidade clínica dos pacientes, bem como ao uso de procedimentos invasivos, como cateterização vesical, que acontece em grande número nos adultos, o que ocasiona infecção, aumentando os índices de morbidade de mortalidade além do alto custo hospitalar.

As infecções são manifestações bastante frequentes em pacientes graves, e podem ser de origem comunitária, ou seja, já presente ou incubada na época da admissão hospitalar; ou nosocomial, quando aparecem após 48 horas de internação. Hoje é sabido que os riscos para se adquirir infecção dentro do hospital estão associados, com a frequência, do uso de procedimentos invasivos, das drogas que aumentam a resistência dos microrganismos e com o aumento na idade da população⁽²⁾.

O cateter vesical de demora (CVD) é um dos dispositivos invasivos mais utilizados nos cuidados da saúde, sendo o seu procedimento de inserção o que mais contribui para o desenvolvimento de complicações, dependendo da técnica, do sistema de drenagem empregado, dos cuidados aplicados, duração de permanência do CVD, presença de comorbidades e idade avançada⁽³⁾.

O cateterismo urinário é um procedimento amplamente utilizado, sendo de inestimável valor ao tratamento de processos patológicos. Seu uso direciona-se a pacientes que apresentam incontinência urinária, retenção urinária, quando se faz necessária a avaliação exata do débito urinário, restrições pós-operatórias, coleta de amostras de urina, irrigação de bexiga ou instilação de medicamentos e nas cirurgias urológicas⁽⁴⁾.

Desta forma, o CVD é um fator de risco importante para a infecção do trato urinário (ITU). Pois se trata de uma técnica invasiva que consiste na introdução de um dispositivo (sonda) através da uretra até a bexiga, com a finalidade de drenar a urina no ambiente da CTI adulto. É indicada em pacientes com grave lesão medular, politraumatizados, controle do volume e débito urinário, conforto para pacientes terminais, pacientes com obstrução do trato urinário, pós-operatório de cirurgias urológicas, ortopédicas, e ginecológicas.

A frequência dos germes causadores de ITU varia na dependência de onde foi adquirida a infecção, intra ou extra-hospitalar e também difere em cada ambiente hospitalar considerado. Os maiores responsáveis pela ITU são os germes gram-negativos entéricos, especialmente a *Escherichia Coli*, que é o mais frequente independente da série estudada, seguido dos demais gram-negativos como *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Acinetobacter*, *Proteus*, *Pseudomonas* etc. Além destes, na maioria das séries americanas, o *Staphylococcus Saprophyticus*, um germe gram-positivo, tem sido apontado como segunda causa mais frequente de ITU não complicada. O gênero *Candida* pode estar implicado em infecções do trato urinário causadas por fungos. *Candida Albicans*, também é o fungo mais frequentemente encontrado nas urinoculturas⁽⁵⁾.

A urocultura é considerada padrão-ouro no diagnóstico de ITU. A infecção urinária é caracterizada pelo crescimento de, no mínimo, 100 mil unidades formadoras de colônia por mililitro de urina colhida em jato médio e de maneira asséptica⁽⁶⁾.

O tratamento da ITU visa, principalmente, a erradicação de microrganismos no trato urinário, com consequente desaparecimento dos sintomas. A terapêutica medicamentosa deve ser escolhida criteriosamente, levando-se em consideração a repercussão que pode advir sobre a flora intestinal normal, uma vez que esse é o principal reservatório dos microrganismos uropatogênicos. O antibiograma atua complementarmente à cultura de urina e informa o antimicrobiano mais adequado ao combate do uropatógeno.

Os pacientes internados nas CTIs são de alto risco para a ITU causada por microrganismos resistentes, pois muitos apresentam alterações no seu sistema imunológico, recebem uma grande quantidade de fármacos, incluindo os antimicrobianos e frequentemente são expostos a uma ampla gama de procedimentos invasivos, incluindo a cateterização vesical⁽⁷⁾.

O presente trabalho justifica-se pela necessidade de se conhecer o perfil do paciente sondado no CTI em relação à prevalência de microrganismos do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora. Desta forma, o profissional de saúde poderá adotar uma abordagem mais resolutiva quanto a esse paciente, no que tange a questões de prevenção e terapêutica das infecções do trato urinário, possibilitando, portanto, avaliar o perfil dos pacientes com cateterização vesical e, a partir dos resultados, traçar estratégias que diminuam esses índices.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo e exploratório, realizado na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), que é responsável pelo trabalho de prevenção e controle das infecções hospitalares.

A Comissão realiza ainda o trabalho de orientação aos profissionais médicos em relação ao uso racional do medicamento antimicrobiano, medicamento à base de substância capaz de inibir o crescimento de microrganismos. O trabalho

preventivo da CCIH do HGF junto aos profissionais da saúde é contínuo. Porém, quando uma infecção é detectada, a Comissão realiza o trabalho de análise de causa e efeito. A partir deste levantamento, a Comissão busca intermediar uma solução para o caso a partir da política de controle de infecção hospitalar do HGF.

O presente estudo foi assim realizado a partir da coleta de informações no banco de dados da CCIH/HGF. A amostra foi constituída por 46 pacientes notificados pela CCIH/HG com infecção do trato urinário relacionado à cateterização vesical de demora, internados na CTI adulto Hospital de Fortaleza (HGF), no período de janeiro a junho de 2014. Os critérios de inclusão dos pacientes na pesquisa foram: pacientes internados no CTI no período de janeiro a junho de 2014 e que foram acompanhados desde a admissão, alta, transferência ou óbito. Tendo como critério de exclusão o paciente sem infecção do trato urinário.

A partir dos dados coletados foi construído um novo banco de dados com informações acerca dos pacientes acometidos por ITU no CTI, atendendo às seguintes variáveis: sexo, faixa etária, motivo da internação, data da sondagem vesical de demora, tempo de permanência do cateter, dados da urocultura, tratamento e saída do CTI (curado, tratamento ou óbito).

Os resultados foram analisados através de métodos estatísticos, com auxílio do Software Excel versão 2010, possibilitando a tabulação e organização dos mesmos para a devida análise e discussão fundamentada em estudos pertinentes ao tema.

O projeto de pesquisa respeitou todos os critérios da Resolução 466/12 que estabelece regras para pesquisas com seres humanos, e incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades. O projeto foi submetido ao comitê de ética em pesquisa (CEP) do referido hospital e aprovado com o protocolo:1.321.301.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após análise criteriosa do banco de dados da CCIH/HGF, no período de janeiro a junho de 2014, foram notificados 46 pacientes com Infecção Hospitalar relacionado à cateterização vesical de demora internados na CTIs do referido hospital.

Os casos notificados foram avaliados quanto ao sexo e faixa etária, motivo da internação, tempo de permanência com o cateter vesical de demora, análise da urinocultura, antimicrobianos utilizados e saída do CTI.

De acordo com o sexo e faixa etária, há um predomínio das uroculturas positivas em pacientes do sexo feminino (66%) em relação ao sexo masculino (34%). Já em relação à faixa etária a média do sexo feminino é de 30-72 anos e a do sexo masculino é de 17- 91 anos. Podemos observar esses dados na tabela 01 abaixo.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes segundo sexo e faixa etária. UTI/HGF de janeiro a junho de 2014.

MÊS	SEXO FEMININO	FAIXA ETÁRIA	SEXO MASCULINO	FAIXA ETÁRIA
Janeiro	03	30-59	06	55-91
Fevereiro	03	45- 72	04	17-65
Março	03	54-67	04	59-89
Abril	01	37	08	33-77
Mai	01	59	05	36-75
Junho	04	49-70	04	34-90
TOTAL	15		31	

Sexo e idade interferem na ocorrência de ITU. Em pacientes abaixo de 65 anos, a incidência de bacteriúria é 30 vezes maior no sexo feminino. Após essa idade, observa-se uma progressiva redução nesta diferença, embora aumente a incidência de infecção em ambos os sexos, pois pelo menos 10% dos homens e 20% das mulheres desta faixa etária apresentam bacteriúria⁽⁸⁾.

Este resultado também foi confirmado no estudo de Santana, Monteiro e Carmo⁽⁹⁾, no qual 69% dos casos foram detectados entre mulheres. Esses resultados evidenciaram um predomínio de ITU em pacientes do sexo feminino com idade acima de 60 anos (25,4%)

As mulheres são mais suscetíveis a este tipo de infecções por diversos fatores, entre eles podemos incluir presença de alterações anatômicas e funcionais da bexiga relacionadas ou não a multiparidade, menopausa e infecções recorrentes que acabam aumentando a incidência de ITU. Outros fatores seriam o comprimento da uretra e sua localização próxima da abertura anal, facilitando, desta forma, o crescimento de enterobactérias⁽⁵⁾.

Nos homens, foi verificado que a ITU é menos frequente. Isto se deve ao fato de possuírem uretra longa e pela ação antibacteriana do líquido prostático. Quando estas infecções ocorrem, podem estar ligadas a problemas mais complexos, como obstruções da próstata, cálculo vesicular, cateterismo e diabetes.

O motivo das internações, segundo a tabela 02, abrange uma predominância de pacientes clínicos tendo a insuficiência renal aguda, insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico, tumor cerebral, aneurisma cerebral e congestiva como a principais patologias de base.

Dentre as doenças de base/motivo de internação, observou-se uma predominância de pacientes clínicos, tendo a insuficiência renal aguda, a sepse, a insuficiência cardíaca e o acidente vascular encefálico como as principais patologias de base.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes segundo o motivo das interações. UTI/HGF de janeiro a junho de 2014.

CARACTERÍSTICAS DA SAÚDE		Nº	%
TIPO DE PACIENTE	Clínico	26	58%
	Cirúrgico	20	42%
	Total	46	100
MOTIVO DAS INTERNAÇÕES	Insuficiência Renal Aguda	09	20
	Sepse	06	15
	Insuficiência Cardíaca Congestiva	05	12
	Acidente Vascular Encefálico	05	12
	Tumor Cerebral	05	12
	Nefrite	03	09
	Amputação MID	02	07
	SIDA	01	01
	Coma Hiperosmolar	01	01
	Apendicite	01	01
	Sind. Gui. Barré	01	01
	Lupus Eritematoso Sistêmico	01	01
	Hemorragia Dig. Alta	01	01
	Cirrose hepática	01	01
	DPOC	01	01
	Miastenia Gravis	01	01
	Doença de Chorn	01	01
	Pneumonia	01	01
	Estenose lombar	01	01
	Mieloma Múltiplo	01	01

As doenças relacionadas ao trato geniturinário se tornam relevantes do ponto de vista da morbidade hospitalar, devido ao tempo de permanência com a sonda vesical de demora, aumentando assim o tempo de internamento do paciente no CTI. O idoso é mais vulnerável a doenças degenerativas de começo insidioso, como as cardiovasculares e cerebrovasculares, o cân-

cer, os estados patológicos que afetam o sistema locomotor e os sentidos⁽³⁾.

Na tabela 03, observam-se os dados referentes ao tempo de permanência do CVD, e revelam que a média foi de 22-28 dias.

Tabela 3. Distribuição dos pacientes segundo a permanência com CVD. CTI/HGF de janeiro a junho de 2014.

PERMANÊNCIA COM CVD	N	%
1-3 dias	4	9
4-7 dias	8	17
8-15 dias	8	17
16-21 dias	7	16
22-28 dias	8	17
29-30 dias	5	11
>30 dias	6	13
TOTAL	46	100%

Estudo realizado por Freitas⁽¹⁰⁾, apresenta dados semelhantes ao encontrado no nosso estudo, com média de permanência do cateter vesical de demora em média de 23 dias.

As uroculturas positivas mostraram que dentre as espécies isoladas a *Escherichia coli* é a mais prevalente (26%), seguida da *Pseudomonas Aeruginosa* (17%), *Klebsiella Pneumoniae* (13%) e *Proteus Mirabilis* (10%). A tabela 04 mostra os resultados de todas as uroculturas analisadas.

Tabela 4. Espécies isoladas nas uroculturas. CTI/HGF de janeiro a junho de 2014.

AGENTES	N	%
<i>Pseudomonas Aeruginosa</i>	10	22%
<i>Escherichia Coli</i>	08	17%
<i>Klebsiella Pneumoniae</i>	06	13%
<i>Proteus Mirabilis</i>	05	11%
<i>Candida Glabrata</i>	04	09%
<i>Acinobacter</i>	03	07%
<i>Morganella Morganii</i>	03	07%
<i>Enterococcu Sp</i>	03	07%
<i>Serratia Marcescens</i>	02	03%
<i>Candida Albicans</i>	01	02%
<i>Providencia Stuartii</i>	01	02%
TOTAL	46	100%

Estudo multicêntrico norte-americano do National Healthcare Safety Network (NHSN), realizado em 2013, envolvendo 2039 hospitais mostrou que os microrganismos mais isolados nos pacientes com ITU-RC foram a *E. Coli* (26,8%), a *P. Aeruginosa* (11,3%), a *Klebsiella Sp* (11,2%) configurando, assim, uma alta frequência de bactérias gram-negativas⁽⁷⁾.

Em outro estudo realizado no Centro de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Minas Gerais⁽¹¹⁾, foram isoladas *Pseudomonas Aeruginosa*, *Acinetobacter Baumannii*, *Klebsiella Pneumoniae*, *Enterococcus Sp*, *Escherichia Coli*, *Cândida Sp*, *Pseudomonas*, apontados como causadores dessas infecções.

A tabela 05 mostra que a Polimixina B (54%) foi o antimicrobiano mais utilizado, seguindo do Fluconazol (13%), Amicacina e Gentamicina (6%).

Tabela 5. Antimicrobianos. CTI/HGF de janeiro a junho de 2014.

ANTIMICROBIANOS	N	%
Polimixina B	09	19%
Fluconazol	07	16%
Amicacina	05	11%
Gentamicina	04	09%
Teiconazol	04	09%
Vancomicina	04	09%
Meropenem	03	07%
Metronidazol	03	07%
Ciprofloxacino	03	07%
Cefepime	02	03%
Miconazol	02	03%
TOTAL	46	100%

As Polimixinas são ativas contra uma grande variedade de bacilos gram-negativos (como *P. Aeruginosa* e *AcinetobacterSp*) incluindo muitas espécies de enterobactérias (como *E. Coli* e *KlebsiellaSp*) e bacilos não-fermentadores. Desta forma, as Polimixinas têm sido utilizadas na prática clínica no tratamento de infecções graves por bacilos gram-negativos multirresistentes como *P. Aeruginosa* e *A. Baumannii*⁽¹²⁾.

Em estudo realizado por Oliveira⁽⁵⁾, pode-se observar que 66,7% dos pacientes fizeram uso de Ciprofloxacino, e o uso isolado (11,1%) e associado (22,2%) da Vancomicina com diversos antimicrobianos pertencentes a vários grupos. Possivelmente este fato esteja relacionado às múltiplas infecções que são desenvolvidas pelo paciente no ambiente hospitalar.

Autores ressaltam que o uso inadvertido de antimicrobianos associado às condições que favorecem a disseminação, determinam porque o CTI tende a ser um setor onde a resistência pode a ser mais frequente, os patógenos muitas vezes multirresistentes e a disseminação mais provável⁽¹¹⁾.

Quanto à evolução, observou-se que 58% dos pacientes tiveram transferência da UTI para clínicas médicas, 23% foram a óbito e 19% tiveram alta da UTI. Pode-se afirmar esses dados na tabela 06 abaixo.

Tabela 6. Evolução dos pacientes CTI/HGF de janeiro a junho de 2014.

EVOLUÇÃO DO CASO	N	%
Transferência	28	58%
Óbito	11	23%
Alta	09	19%
TOTAL	48	100%

Os pacientes que evoluíram para óbito não tiveram a causa unicamente relacionada à infecção envolvida no trato urinário, mas, também, à doença de base.

Estudo retrospectivo na UFPE⁽³⁾, mostra que o desfecho da internação com óbito ocorreu em 47,6% dos casos analisados. A estatística de mortalidade na UTI é bem variada, porém a frequência encontrada diverge de alguns estudos, que mostram ter o óbito variado entre 25,4% a 26,7%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O controle da infecção do trato urinário relacionado ao CVD é uma tarefa difícil, envolvendo assim grande esforço multiprofissional. A redução das taxas de infecção pode contribuir para a diminuição de problemas econômicos dos hospitais públicos, além de reduzir o tempo de internação dos pacientes, o aumento da rotatividade dos leitos e proporcionar maior disponibilidade de vagas nos CTIs.

Prevenir a utilização do cateter vesical de demora ainda é a medida mais eficiente para reduzir a morbidade, mortalidade e custos da ITU. Conforme literatura, quando é necessária sua indicação, o sistema de drenagem deve ser fechado, devendo o cateter ser removido o mais breve possível e com técnica rigorosamente asséptica.

Durante a pesquisa, observou-se a necessidade de conhecer o tempo de troca dos dispositivos invasivos para adição dessas variáveis em estudos posteriores.

Salientamos a necessidade da educação continuada em serviço como forma de trazer atualização ao profissional, para que ele preste um cuidado com técnica e ciência, minimizando a exposição a danos aos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA. Pediatria: prevenção e 1. Souza N, João L. Infecção do trato urinário relacionada com a utilização do catéter vesical de demora: resultados da bacteriúria e da microbiota estudadas. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2008; 35(1):28-33.
2. Cavalheiro PLG. Prevenção da Infecção Nosocomial nas Unidades de Cuidados Intensivos [Dissertação]. Portugal: Universidade do Porto. Mestrado em Medicina; 2011.
3. Tolentino ACMS, Schutz V, Peregrino AAF, Mata VE. Análise dos custos associados ao cateterismo vesical de demora em pacientes hospitalizados: revisão integrativa. *Rev. Enferm UFPE.* 2014;8(10):3256-65
4. Mazzo A, Godoy SA, Mendes LI, Trevizam M. Cateterismo urinário: facilidades e dificuldades relacionadas à sua padronização. *Rev. Texto & Contexto Enfermagem.* 2011;20(2):333-9.
5. Oliveira AC, Kovner CT, Silva RS. Infecção hospitalar em unidade de tratamento intensivo de um hospital universitário brasileiro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010;18(2):98-104.
6. Braios A, Turatti TF, Meredija LCS, Campos TRS, Denadai FHM. Infecções do trato urinário em pacientes não hospitalizados: etiologia e padrão de resistência aos antimicrobianos. *J. Bras. Patol. Med.* 2009;45(6):449-456.
7. Barros SKSA, Kerbauy G, Dessunti EM. Infecção do trato urinário relacionada ao cateter: perfil de sensibilidade antimicrobiana. *Rev. RENE.* 2013;14(4):1005-13.
8. Mesiano EAB. Infecções do trato urinário e corrente sanguínea e fatores associados em pacientes internados em Unidades de Tratamento Intensivo no Distrito Federal [Tese]. Brasília (DF): Universidade de Brasília. Faculdade de Ciência da Saúde. Programa de Pós-graduação em Ciência da Saúde; 2007.
9. Santana TCFS, Pereira EMM, Monteiro SG, Carmo MS, Turri RJG, Figueiredo PMS. Prevalência e resistência bacteriana aos agentes antimicrobianos de primeira escolha nas infecções do trato urinário no município de São Luís-MA. *Rev. Patol. Trop.* 2012;41(4):409-418
10. Freitas ERFS. Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do escore APACHE II. *Rev Latino-Am Enferm.* 2010;18(3):20-6.
11. Oliveira AC, Clemente WT, Lucas TC, Martinho GH. Infecções hospitalares e resistência microbiana em unidade de cuidados intensivos de um hospital universitário. *Rev. Enferm. UERJ.* 2009;17(1):96-101.
12. Mendes CAC, Burdmann EA. Polimixinas. Revisão com ênfase na sua nefrotoxicidade. *Assoc Med Bras* 2009; 55(6): 752-9

Recebido em: 12.01.2016

Aprovado em: 17.02.2016

RELEVÂNCIA DO REGISTRO DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE HEMOTRANSFUSÃO

RELEVANCE OF NURSING RECORD IN PROCESS BLOOD TRANSFUSION

Artigo Original

Maria Suzana Pires Duarte¹
Lígia Fernandes Scopacasa²

RESUMO

O estudo objetivou verificar por meio dos registros de Enfermagem, se os Enfermeiros registram seus cuidados antes, durante e após a hemotransfusão. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, que foi realizada em um hospital terciário de referência no Ceará. Os sujeitos foram os prontuários de pacientes da UTI transfundidos no ano de 2015. A coleta de dados ocorreu por meio de aplicação de um questionário que abordava os cuidados antes, durante e após o processo de hemotransfusão. O período foi de fevereiro a março de 2016. Na análise dos dados foi realizado uso de porcentagens e comparação com outras literaturas vigentes. Verificou-se que os Enfermeiros registram dados de forma incompleta e com pouca clareza de detalhes nos cuidados realizados em todo o período transfusional. Identificou-se a necessidade de rever a forma como os registros são realizados, com o intuito de aperfeiçoar o processo de trabalho desenvolvido pelo enfermeiro.

Palavras-chave: Registros de Enfermagem; Transfusão de Sangue; Sub-registro.

ABSTRACT

The study aimed to verify by means of nursing records, if the nurses register their care before, during and after the blood transfusion. This is a descriptive research with quantitative approach was conducted in a tertiary referral hospital in Ceará. The subjects were the records of transfused ICU patients in the year 2015. The data were collected through the application of a questionnaire that addressed the care before, during and after the blood transfusion process. The period was from February to March 2016. The data analysis was performed using percentages and compared to other existing literatures. It was found that nurses incompletely recorded data and low clarity of detail in the care provided around the transfusion period. It identified the need to review the way the records are held, in order to improve the work process developed by the nurse.

Keywords: Nursing Records; Blood Transfusion; Underregistration.

¹ Enfermeira graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pela UNIFOR. E-mail: suzanapires18@yahoo.com.br.

² Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Especialista em Enfermagem do Trabalho (2013). Mestre em Enfermagem pela UFC. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pela UNIFOR. Doutoranda em Enfermagem pela UFC.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde regulamenta as normas técnicas referentes à coleta, processamento e transfusão, ficando sob o comando da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (AN-VISA) a sua fiscalização. Cabe ressaltar que a prática da hemoterapia é regulamentada por normas federais, que visam assegurar a qualidade dos hemoterápicos e proteger os indivíduos envolvidos, os doadores e os receptores. Foi na década de 1940, que primórdios da Hemoterapia no Brasil, que surgiram destaques científicos importantes⁽¹⁾.

A indicação de transfusão sanguínea em pacientes criticamente enfermos é complexa e pode ser influenciada por muitos fatores, como idade, medicações em uso, severidade da doença e comorbidades associadas. Por ser um procedimento bastante complexo, a hemotransfusão envolve o conhecimento específico por parte da equipe responsável por essa prática, exigindo profissionais habilitados para seu desempenho. A equipe de enfermagem é de grande importância para o desenvolvimento desta prática, sendo ela a responsável pelo procedimento da hemotransfusão. Portanto, deve estar apta a identificar eventuais problemas decorrentes deste procedimento e prestar ao paciente uma assistência qualificada e precisa, buscando evitar ou minimizar as complicações decorrentes desta⁽²⁾.

O enfermeiro ocupa espaço de extrema importância como mediador do controle de qualidade, já que sobre suas responsabilidades, segundo a Resolução nº 0511/2016 do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (2016) "... *Compete aos Enfermeiros cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas: Planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos hemoterápicos e de Enfermagem nas Unidades, visando assegurar a qualidade do sangue, hemocomponentes e hemoderivados, coletados e infundidos...*" não focando apenas na técnica, mas preocupando-se também com a melhoria dos processos e a normatização dos procedimentos para atingir a qualidade do serviço^(3,4).

É importante evidenciar que os Enfermeiros que estão em contato frequente com o paciente, que são os profissionais mais habilitados para instalar o hemoconcentrado, necessitam de preparo significativo para atuarem nesta área, visto que, os riscos envolvidos na hemotransfusão de sangue e hemoderivados podem ser consequentes de erros, omissões, acarretando danos à saúde do paciente caso venham a ocorrer⁽⁵⁾.

A equipe responsável pela hemotransfusão deve estar atenta ao registro referente à mesma. Um bom registro deve conter no mínimo as seguintes informações: nome do receptor, tipagem sanguínea do receptor, data da transfusão, tipo de hemocomponente, volume infundido, complicações, intercorrentes⁽¹⁾. Portanto, o registro de Enfermagem resguarda o profissional e evidencia o trabalho efetuado de forma fidedigna.

A despeito disso, verifica-se que o Enfermeiro é o mediador do controle de qualidade frente à hemoterapia, pois é imprescindível registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar, de forma clara, objetiva e completa, que vai desde o critério com as anotações referentes ao procedimento, como, por exemplo, conferência da identificação do paciente, do hemocomponente prescrito, do número e validade da bolsa, até o acompanhamento das atividades realizadas pelos técnicos e atenção especial aos minutos iniciais do procedimento transfusional, quando podem ocorrer intercorrências, muitas vezes de grave relevância. Portanto, o registro das ações, datado e assinado, deve constar no prontuário do paciente, especificando todos os cuidados de Enfermagem. Infelizmente, ainda observamos que os registros não são totalmente compatíveis quanto à assistência por parte do Enfermeiro⁽⁵⁾.

O intuito desta pesquisa é verificar por meio dos registros de Enfermagem, se os Enfermeiros registram seus cuidados antes, durante e após a hemotransfusão. Com isso, traçando um parâmetro determinante do cuidado por parte do Enfermeiro.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa que foi realizada em um hospital terciário de alta complexidade e de ensino reconhecido pelo MEC/MS, de referência no Ceará, nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia.

Os sujeitos da pesquisa foram 50 prontuários selecionados de pacientes da UTI que foram transfundidos no ano de 2015, porém foram excluídos aqueles com letra ilegível.

A coleta de dados ocorreu por meio de aplicação de um questionário adaptado do Coren, que abordava os cuidados no pré, trans e após o processo de hemotransfusão. O período de coleta de dados ocorreu de fevereiro a março de 2016. Os dados foram tratados por meio da análise descritiva, fazendo uso de porcentagens, além da comparação dos achados com a literatura vigente no período.

Ressalta-se ainda que os aspectos éticos foram respeitados de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sob parecer 1.421.453.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir é apresentada a análise dos dados evidenciados após a coleta. Segue em anexo análise descritiva de cada questionamento na tabela 1. Foram avaliados o total de 50 evoluções realizadas por Enfermeiros da UTI, todas referentes a prontuários de pacientes que estiveram internados na UTI. Com relação às anotações e registros de enfermagem nos prontuários analisados, o estudo possibilitou o levantamento de dados preocupantes.

Tabela 1. Registro de enfermagem no período transfusional I. Fortaleza-CE, 2016.

ACÃO	SIM	NÃO
Registrar no prontuário a origem dos hemocomponentes transfundidos, bem como a data em que a transfusão foi realizada.	100%	0%
Registrar os sinais vitais (temperatura, frequência respiratória, pressão arterial e pulso), no mínimo, imediatamente antes do início, nos primeiros 15 minutos após começar e após o término da transfusão.	30%	70%
Instalar a bolsa em acesso venoso exclusivo preferencialmente.	30%	70%
Iniciar a transfusão do hemocomponente com gotejamento lento e permanecer junto do paciente nos primeiros 10 minutos.	5%	95%

* Fonte primária - Adaptado de COREN/SP

Com base nos registros de Enfermagem, 100% dos Enfermeiros registram corretamente a origem e a data de realização da transfusão sanguínea. Anotação de imprescindível relevância e que deve ser registrada em todo o processo transfusional envolvendo o paciente.

Na análise da segunda ação, vimos que apenas 30% dos Enfermeiros se detém aos registros de todos os SSVV (sinais vitais) antes, durante e após o momento transfusional. Entretanto, 70% dos demais Enfermeiros, não referenciam em suas evoluções os SSVV nos três momentos mais importante⁵ (pré, durante e após). Viu-se que os profissionais ignoram os dados, muitas vezes apenas citam que houve uma transfusão, deixando de realizar um registro tão criterioso, uma vez que a análise dos sinais é de suma importância para a identificação de uma possível intercorrência.

No hospital onde este estudo foi realizado, evidencio-se que os Enfermeiros não instalam a bolsa de hemocomponentes, tarefa esta atribuída ao técnico do hemocentro do próprio hospital. Porém, cabe ressaltar que os Enfermeiros são habilitados para realização da atividade, entretanto, delegam a função ao técnico do hemocentro do hospital. Das evoluções analisadas, 30% descreve que a via do acesso foi exclusiva, nos demais 70% não há registro referente à via.

Quanto ao gotejamento lento e permanência do Enfermeiro junto ao paciente, verificou-se que apenas 5% dos Enfermeiros registram detalhes do gotejamento inicial após início da transfusão. Os 95% dos outros profissionais não demonstram atenção inicial tão relevante para o sucesso do processo de hemotransfusão.

Tabela 2. Registro de enfermagem no período transfusional II. Fortaleza-CE, 2016.

ACÃO	SIM	NÃO
Em caso de alterações nos sinais vitais adotar as medidas prescritas e aguardar normalização para iniciar a transfusão. Interromper a infusão imediatamente na presença de qualquer reação, febre, calafrios, prurido, tosse, náuseas e vômitos, ansiedade, desconforto respiratório, diurese (isolados ou associados).	100%	0%
Observar o paciente durante toda a transfusão, atentando-se para sinais de reações transfusionais.	95%	5%
Registrar no prontuário, todas as informações referentes ao procedimento. São obrigatórios os seguintes registros: horário de início e término da transfusão; gotejamento, volume e produto infundido; número de identificação do produto; SSVV pré e pós transfusionais; Além de registrar/citar o profissional responsável pela instalação.	20%	80%

* Fonte primária - Adaptado de COREN/SP

Referente à realização da primeira ação da tabela 2 e com base nas anotações de Enfermagem, não foi encontrado nenhum quadro compatível com alterações semelhantes a quadros de reação transfusional, com isso não foi possível analisar se houve realização da ação por parte do Enfermeiro nessas condições.

Os registros de Enfermagem apontam que o Enfermeiro realizou observação do paciente ao longo do processo de hemotransfusão em 95% dos casos, o que evidencia registros referentes ao SSVV e avaliação do quadro clínico do paciente ao receber o hemoconcentrado. Porém, (5%) dos profissionais se detém a registros mais sintéticos. Nenhum quadro compatível

com reação transfusional foi descrito nos registros de Enfermagem.

Na ação posterior, destacou-se que apenas 20% dos Enfermeiros registram informações de forma relativamente completa ao longo da hemotransfusão. Grande parte dos Enfermeiros 80%, apenas cita o tipo de hemocomponente, deixando de considerar os cuidados de suma importância para um registro de Enfermagem completo, tais como: horário de início e término, identificação do produto, SSVV pré e pós incompletos, além do registro do profissional que instala e acompanha a evolução da hemotransfusão junto ao paciente.

Tabela 3. Registro de enfermagem no período transfusional III. Fortaleza-CE, 2016.

ACÃO	SIM	NÃO
Monitorar os pacientes por, pelo menos, uma hora após o término da transfusão, por conta do risco de reação, mesmo após o seu término.	90%	10%
Registrar o volume da bolsa de sangue no controle hídrico do paciente e o tempo de infusão no prontuário, porque se tem um tempo máximo de infusão, tem como avaliar. Colocar sempre o horário do início e do término e muito importante.	90%	10%
Registrar ao término de cada hemocomponente o horário na prescrição médica, na anotação de enfermagem e arquivar a etiqueta de identificação da bolsa recebida no prontuário, constando os tipos e números dos hemocomponentes transfundidos.	100%	0%

* Fonte primária - Adaptado de COREN/SP

Quanto ao monitoramento por pelo menos uma hora após o término da infusão, viu-se através dos registros, que 90% dos Enfermeiros da unidade executam esta atividade, estando os mesmos atentos a qualquer sinal de reação ou complicação. Porém, uma margem de 10% dos Enfermeiros, não descreve que o paciente foi monitorado após conclusão da hemotransfusão ou que seguiu sem intercorrências.

O registro do volume no balanço hídrico é realizado de forma coerente por todos os Enfermeiros 90%. Entretanto, 10% dos profissionais não registram no prontuário o horário de início e término da infusão, assim como a velocidade de infusão, que é um registro de suma importância no cuidado por parte do Enfermeiro, e que contribui para análise de qualquer intercorrência.

Quanto à ação posterior, foi visto que a tarefa é realizada 100% pelos Enfermeiros, pois todas as etiquetas de identificação da bolsa são arquivadas no prontuário do paciente após o término da hemotransfusão, assim como a prescrição médica e data da infusão. Por fim, a coleta deste estudo foi finalizada pelo fato de as informações estarem se repetindo. Ressalte-se que até o momento da coleta, a hemotransfusão não era feito pelo enfermeiro na unidade avaliada – UTI Adulto.

No hospital em que se deu o estudo, a equipe de enfermagem do banco de sangue é a responsável pela instalação do sangue ou hemocomponente, com acompanhamento da equipe de enfermagem da UTI durante todo o procedimento. Observa-se que estas são questões importantes de serem esclarecidas e que há necessidade da educação continuada sobre transfusão sanguínea⁽⁶⁾.

Embora a hemotransfusão seja um processo que, mesmo sendo realizado dentro de todas as normas técnicas preconizadas, envolve um grande risco sanitário para o paciente, com a ocorrência potencial de incidentes transfusionais. Para que os riscos sejam minimizados é necessário a administração correta da bolsa de sangue, e que o enfermeiro e toda a equipe de saúde desenvolvam um papel extremamente importante nesse momento⁽⁷⁾.

O grau de relevância dos registros no prontuário e monitoramento do sangue e hemocomponentes, têm início no recebimento da requisição da transfusão e prescrição médica e termina na conclusão das anotações no prontuário do paciente de todos os fatos ocorridos antes, durante e pós o processo hemoterápico⁽⁷⁾.

Os registros no prontuário e monitoramento do sangue e hemocomponentes têm início no recebimento da requisição da transfusão e prescrição médica e termina na conclusão das anotações no prontuário do paciente de todos os fatos ocorridos antes, durante e pós o processo hemoterápico⁽⁷⁾. Logo, há de convir que, com o aprimoramento da assistência de enfermagem e o entendimento da mesma como ciência do cuidar, bem como, o fortalecimento dos aspectos éticos e legais em relação ao cliente atendido em serviços de saúde, os registros de enfermagem, ao longo dos anos, tem adquirido repercussões importantes e crescentes para o profissional de enfermagem.

Um aspecto fundamental para um sistema de hemovigilância é a garantia da rastreabilidade de um hemocomponente, ou seja, identificar com precisão em quem foram transfundidos os hemocomponentes e quais hemocomponentes os pacientes transfundidos receberam. As complicações imediatas devem ser avaliadas e acompanhadas e a enfermagem tem a obrigatoriedade do registro de forma completa ao longo de toda a assistência junto ao paciente⁽⁶⁾.

Logo, este estudo pretende evidenciar a importância do registro de Enfermagem ao longo do processo de hemotransfusão, proporcionando uma conscientização por parte dos Enfermeiros da necessidade de registrar com coerência os cuidados que são de sua obrigação. Vale ressaltar que é competência do Enfermeiro planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar o procedimento hemoterápico, bem como assistir de maneira integral os receptores da hemotransfusão. Além disso, a atuação do profissional enfermeiro pode minimizar significativamente os riscos do paciente que recebe transfusão e evitar danos, se o gerenciamento do processo transfusional ocorrer com a eficiência necessária. Para se comprovar o cuidado do Enfermeiro, os registros são importantes, por resguardar com eficiência a ação do Enfermeiro ao longo da assistência. Promover uma maior consciência dos Enfermeiros sobre o grau de importância do registro completo no prontuário comprovaria com destreza o cuidado do início ao fim e a melhor assistência de Enfermagem.

Os profissionais que lidam diretamente com a transfusão de sangue encontram-se desatualizados em relação à prática transfusional, pois grande parte refere não ter participado de atualização e de programas de capacitação. Referem que receberam informação sobre transfusão através de aulas teóricas já há algum tempo, provavelmente nos cursos de graduação ou cursos de formação técnica. Considera-se importante a inclusão de programas de capacitação no processo de admissão dos técnicos de enfermagem, além da atualização e educação permanentes, as quais devem ser promovidas pela equipe de enfermeiros das Instituições de saúde⁽⁴⁾.

Com isso, o autor supracitado faz refletir, que a não realização de certas ações por parte do Enfermeiro, como se viu nos resultados do estudo, pode estar associada ao desconhecimento teórico/prático por parte do profissional, ou seja, a atualização das ações que devem ser executadas ao longo da hemotransfusão pelo Enfermeiro é de suma importância e para que o

registro esteja completo é necessário o conhecimento científico do profissional. Entretanto, é importante esclarecer que a equipe do hospital em questão recebeu treinamento e mesmo assim se recusa a instalar a bolsa com o hemocomponente.

Os Enfermeiros e técnicos de Enfermagem apresentam dúvidas relacionadas ao controle do tempo de infusão/gotejamento da infusão, além de dificuldades para detecção de início de reação transfusional imediata ou tardia, além de distinguir qual conduta de Enfermagem deve-se seguir diante de uma intercorrência como esta. Muitos profissionais também questionam o tempo ideal de transfusão, tempo/velocidade máxima para infusão do hemocomponente, pois muitas vezes a velocidade estabelecida na infusão é a mesma que permanece até a conclusão da hemotransfusão⁽⁶⁾.

Este estudo contribuiu para confirmar a desvalorização dos registros feitos pela enfermagem na prática cotidiana, fato já observado em diversos estudos sobre o assunto. Ressalte-se que os enfermeiros estão realizando poucos registros de enfermagem, colaborando, assim, com a sua própria invisibilidade, na medida em que empobrece as informações dos cuidados prestados ao cliente em seu prontuário. A educação continuada é uma estratégia utilizada para atualização e capacitação dos profissionais, além de oferecer-lhes a oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional. Ela possui alcance maior e mais formal que o treinamento, pois o treinamento possui uso imediato, já a educação continuada planejada para desenvolver o indivíduo em sentido mais amplo⁽⁸⁾.

Diante de um processo tão complexo de cuidar, isso não deveria ocorrer com porcentagem tão grande, como vemos na tabela de apresentação dos resultados, o que reflete, de certa forma, uma pouco de negligência no cuidar, pois o cuidado é evidenciado de forma prática e através do registro de Enfermagem, onde se prova que houve execução sim de todas as etapas do cuidado.

Entende-se, a partir da análise dos dados, que é fundamental destacar a importância de uma melhor documentação das ações e intervenções realizadas pela equipe de enfermagem, lembrando que os registros devem traduzir o máximo de conhecimento sobre as condições de saúde dos indivíduos, incluindo-se tanto os aspectos referentes a procedimentos quanto às necessidades, queixas e evolução dos pacientes, pois as evoluções comprovam o trabalho da enfermagem, sendo função dos enfermeiros liderar e acompanhar a efetivação desse registro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos dados obtidos neste estudo, verifica-se que os registros de Enfermagem muitas vezes são sub-registrados ou não são bem realizados pelos Enfermeiros. Mesmo em um ambiente crítico como a UTI, onde é exigido um cuidado mais próximo junto ao paciente grave, observa-se por meio dos registros de Enfermagem que não contêm as ações do cuidado que são de suma importância. É notório com os resultados e

discussão do estudo, que os Enfermeiros não realizam um registro completo e eficaz.

A partir deste estudo, identificou-se a necessidade de rever a forma como os registros são realizados, com o intuito de aperfeiçoar o processo de trabalho desenvolvido pelo enfermeiro e sua equipe, garantindo a realização de registros fidedignos dos cuidados de enfermagem de cada paciente. Acredita-se que a avaliação da qualidade dos registros pode ser utilizada para reforçar o desejo dos profissionais de saúde em melhorar a forma

como se documenta o cuidado prestado ao indivíduo, evidenciando o grau de importância do registro ao longo de toda a assistência de Enfermagem.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer, em primeiro lugar, à Deus, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada. A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o nosso muito obrigado.

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da diretoria colegiada (RDC) n° 153 de 14 de junho de 2004. Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos.
2. Boneares CSN, Oliveira CC, Martins KD, Rufino MPR, Dias RA. A importância da assistência de Enfermagem na hemotransfusão. Monografia: Universidade Vale do Rio Doce, 2008.
3. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n° 0511/2016 – Disponível: <http://www.cofen.gov.br> – Acesso em: 13.06.2016
4. Barbosa SM, Torres CA, Gubert FA, Pinheiro PNC, Vieira NFC. Enfermagem e a prática hemoterápica no Brasil: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm* 2011; 24(1): 132-6.
5. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – Parecer Coren-SP GAB n° 007/2011 – Resolução da diretoria colegiada (RDC) n° 57, de 16 de dezembro de 2010. Administração de sangue e hemocomponentes.
6. Florizano AAT, Fraga OS. Os Desafios Da Enfermagem Frente Aos Avanços Da Hemoterapia No Brasil. *Revista Meio Ambiente Saúde*, 2007, p. 282-295.
7. Sousa GF, Nascimento ERP, Lazzari DD, Boes AA, Jung W, Bertinello KC. Boas práticas de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: Cuidados durante e após a transfusão sanguínea. *REME - Rev Min Enferm*. 2014 out/dez; 18(4): 939-946.
8. Almeida AS, Ferreira SC, Espíndula BM. Conduta do Enfermeiro nas emergências transfusionais. *Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição [serial on-line]* 2011 jan-jul 1(1) 1-10.
9. Silva JA, Grossi ACM, Haddad OMCL, Marcon SS. Avaliação da qualidade das anotações de Enfermagem em unidade de semi-intensiva. *Esc Anna Nery (impr.)* 2012 jul -set; 16(3):576-581.
10. Agência nacional de vigilância sanitária (ANVISA). Hemovigilância: manual técnico para investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas: Brasília, 2007.
11. Boneares CSN, Oliveira CC, Martins KD, Rufino MPR, Dias RA. A importância da assistência de Enfermagem na hemotransfusão. Monografia: Universidade Vale do Rio Doce, 2008.
12. Brunner LS.; Suddarth DS. *Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, v.2, 2002.
13. Maziero VG, Vannuchi MTO, Haddad MCL, Vituri DW, Tada CN. Qualidade dos registros dos controles de enfermagem em um hospital universitário. *REME - Rev Min Enferm*. 2013 jan/mar; 17(1): 165-170.
14. Polít DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Art Med, 2011.
15. Potter PA, Perry AG. *Grande Tratado de enfermagem Prática: clínica e prática hospitalar*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2002.
16. Volpato SE, Ferreira JS, Ferreira VLP, Ferreira DC. Transfusão de concentrado de hemácias na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009; 21(4):391-397.

Recebido em: 26.06.2016

Aprovado em: 28.07.2016

CONHECENDO O PERFIL CLÍNICO DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO: UM OLHAR SOBRE A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

KNOWING THE PROFILE OF CLINICAL INSTITUTIONALIZED ELDERLY: A LOOK AT THE QUALITY OF SERVICE

Artigo de Reflexão

Angeline Araújo Martins¹

Francimara Silva Sousa²

Karla Maryane de Menezes Oliveira³

Francisco Ariclene Oliveira⁴

Sara Taciana Firmino Bezerra⁵

Rachel Gabriel Bastos Barbosa⁶

RESUMO

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo que tem por objetivo refletir sobre a importância de se conhecer o perfil clínico do idoso institucionalizado, com enfoque na qualidade da assistência prestada a essa parcela tão diferenciada da população. O Brasil, ao longo das últimas décadas, vem apresentando uma grande mudança em seu perfil demográfico. Devido ao aumento da expectativa de vida, cresce o número de idosos. Com isso, nota-se um aumento do número de instituições de longa permanência no país e da procura por seus serviços. Esse novo contexto gera a necessidade de se conhecer melhor o perfil epidemiológico desse segmento da população. Considerando-se essa problemática, torna-se necessária a investigação dos impactos da institucionalização na saúde do idoso e o conhecimento do seu perfil clínico, principalmente para a classe da enfermagem, que tem como principal função: o

cuidar, pois para oferecer uma melhor assistência em saúde é preciso conhecer integralmente o indivíduo.

Palavras-chave: Idoso; Institucionalização; ILPI; Saúde do Idoso.

ABSTRACT

This is a theoretical and reflective study aims to reflect on the importance of knowing the clinical profile of institutionalized elderly, focusing on the quality of care that portion as differentiated population. The Brazil, over the past decades, has shown a major change in its demographic profile. Due to increased life expectancy, a growing number of elderly. With it shows an increase in the number of long-stay institutions in the country and demand for their services. This new context creates the need to better understand the epidemiological profile of this population. Considering this problem, it is necessary to investigate the

¹ Discente do Curso de Enfermagem da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO). Bolsista do Programa de Monitoria e Iniciação Científica – PROMIC.

² Discente do Curso de Enfermagem da FAMETRO. Monitora do Projeto de Extensão e Pesquisa em Saúde da Família – PES.

³ Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem em Terapia Intensiva pela FAMETRO. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde do Idoso – GEPSI.

⁴ Discente do Curso de Enfermagem da FAMETRO. Monitor do Programa de Monitoria e Iniciação Científica – PROMIC. E-mail: franciscoariclene@hotmail.com

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestre em Enfermagem pelo CMACCLIS. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da FAMETRO.

⁶ Enfermeira. Doutora em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da FAMETRO.

institutionalization of impact on the health of the elderly and the knowledge of the clinical profile, especially for nursing class, whose main function: care, as to provide better care health is necessary to fully meet the individual.

Keywords: Elderly; Institutionalization; Homes For The Aged; Health Of The Elderly.

INTRODUÇÃO

O Brasil, ao longo das últimas décadas, vem apresentando uma grande mudança em seu perfil demográfico. Devido ao aumento da expectativa de vida, cresce o número de idosos, aumentando a quantidade de instituições de longa permanência no país e a procura por seus serviços. Esse novo contexto gera a necessidade de se conhecer melhor o perfil epidemiológico de idosos institucionalizados.

O avançar da idade traz uma série de consequências para o indivíduo e o leva a enfrentar vários desafios, como a vulnerabilidade física, diminuição do vigor e da agilidade para o desempenho de atividades, e, muitas vezes, fragilidade de sua saúde, o que gera uma necessidade de cuidados especiais e certo grau de dependência. Essas peculiaridades devem ser consideradas quando se pretende entender o universo do idoso, especialmente em se tratando dos que vivem em instituições.

Para o idoso, a institucionalização constitui um grande desafio, pois significa uma total mudança da sua rotina de vida, saída do lar (ou do espaço habitual), do ambiente familiar, e afastamento das pessoas queridas. Além disso, terá que adaptar-se a um novo ambiente social e submeter-se a novos cuidadores. Também enfrentará certa perda de liberdade, submetendo-se às regras da instituição. Essa mudança radical gera insegurança, alterações emocionais, estresse, medo, ansiedade, sentimento de abandono e solidão, dentre outros⁽¹⁾. Por outro lado, não se pode desconsiderar os benefícios da institucionalização, que muitas vezes significa a única escolha para idosos que não possuem família ou cuidadores e nem mesmo um lar fixo. Para esses, as instituições significam a sua única chance de ter um envelhecimento tranquilo e seguro.

A problematização dessa temática justifica-se pela necessidade de se refletir acerca do processo de envelhecimento humano no contexto de institucionalização, pois se sabe que essa realidade está cada vez mais presente nos dias de hoje e que se trata de um quadro que merece muita atenção. A investigação dos fatores que envolvem a saúde do idoso institucionalizado é indispensável para que se compreendam as necessidades desse segmento da população, que tem se tornado cada vez mais crescente.

O perfil clínico do idoso institucionalizado é um assunto de extrema importância no âmbito da saúde, pois conhecer as peculiaridades e o processo saúde-doença que envolvem esse grupo de indivíduos é uma ferramenta que norteia o cuidado. Sendo a enfermagem a categoria que acompanha mais

de perto o indivíduo, oferecendo-o cuidados assistenciais de acordo com as suas necessidades não apenas biológicas, mas biopsicossocial, o conhecimento das questões que envolvem o mundo do idoso institucionalizado e a sua saúde é algo que deve preceder às ações dos profissionais da área que lidam com essas questões. Os cuidados de enfermagem devem ser baseados no conhecimento científico e guiados por seus métodos, daí a importância do estudo dessa temática.

Compreender o contexto do envelhecimento em instituições de longa permanência (ILP) torna-se cada vez mais necessário, uma vez que a população idosa tende a aumentar no Brasil, como vem acontecendo nas últimas décadas, aumentando também a procura por esses serviços. De acordo com o IBGE, em 2012 a população idosa brasileira, com idade superior ou igual a 60 anos, chegou a 21 milhões de pessoas⁽²⁾.

Observa-se também que a demanda pelos serviços de ILPI's no Brasil tem aumentado. De acordo com o estudo realizado pelo IPEA⁽³⁾, em 2011, existem cerca de 3.548 ILPI's no país, abrigando 83.870 idosos. Dessas, 302 estavam distribuídas no Nordeste. No estado do Ceará existem 30 ILPI's instaladas. O CEDI (Conselho Estadual dos Direitos do Idoso), em julho de 2014, divulgou uma lista das instituições presentes no estado cearense, e dentre elas, sete estavam localizadas na capital, Fortaleza. Esse novo quadro demográfico exige o aprimoramento do conhecimento em relação à saúde do idoso e o perfil clínico dos que são institucionalizados. Essa problemática foi o que motivou o desenvolvimento do presente trabalho.

A diminuição da mortalidade entre os idosos tem resultado em uma modificação na configuração da população brasileira, produzindo impactos na saúde. Esse fenômeno de crescimento da população idosa exige a criação e implementação de novas políticas de saúde que alcancem esse grupo. Apesar de esse crescimento estar sendo acompanhado por uma melhora das condições de saúde e da autonomia desse grupo etário, o número de idosos com fragilidades físicas e/ou mentais tende a aumentar⁽³⁾. Isso também leva a uma mudança na estrutura da família, com a inserção do idoso demandante de cuidados e atenção especiais, fato cada vez mais comum.

A relevância deste trabalho também se aplica aos profissionais de saúde, visto que a assistência adequada depende do conhecimento dos determinantes de saúde-doença do indivíduo e da coletividade. De acordo com o IPEA, "muito embora as instituições de longa permanência não possam ser consideradas instituições de saúde, os serviços de saúde estão entre os principais oferecidos"^{3:11}. Isso mostra a grande participação dos profissionais de saúde nas ILP's. Nesse sentido, os profissionais de enfermagem devem estar bem orientados quanto às necessidades e limitações desse grupo de pessoas e quanto ao seu perfil clínico. Sabendo disso, o enfermeiro pode melhor planejar o seu trabalho e implemen-

tar cuidados mais adequados a essa clientela, o que poderá trazer melhores resultados.

Para que a enfermagem alcance a finalidade do seu trabalho, a melhoria da qualidade de vida, os cuidados devem ser oferecidos de forma integral, ou seja, o cliente deve ser considerado em seu contexto biopsicossocial.

Considerando-se essa problemática, torna-se necessária a investigação dos impactos da institucionalização na saúde do idoso e o conhecimento do seu perfil clínico, principalmente para a classe da enfermagem, que tem como principal função o "cuidar", pois para oferecer uma melhor assistência em saúde é preciso conhecer integralmente o indivíduo.

Essa perspectiva, suscitou a seguinte questão norteadora para reflexão desse estudo: qual a importância de se conhecer o perfil clínico do idoso institucionalizado considerando a assistência prestada numa ILPI? Refletir a esta indagação é o foco central desta pesquisa, tendo em vista que o conhecimento das principais patologias que afetam os idosos institucionalizados proporcionará uma melhor compreensão das maiores demandas por assistência em saúde nesses locais, mostrando, assim, a importância e o papel da enfermagem para os grupos inseridos nesse contexto.

Assim, o objetivo deste estudo foi refletir sobre a importância de se conhecer o perfil clínico do idoso institucionalizado, com enfoque na qualidade da assistência prestada a essa parcela população tão diferenciada.

DISCUSSÃO

O Envelhecimento da População Brasileira

O envelhecimento da população brasileira é um fenômeno que vem se estabelecendo de forma mais acentuada nas últimas décadas. Simultaneamente a esse aumento da expectativa de vida, ocorre também o envelhecimento da própria população idosa⁽³⁾. O Estatuto do Idoso, afirma que é considerada idosa a pessoa com faixa etária a partir de 60 anos⁽⁴⁾.

No período de 1999 a 2009, o peso relativo dos idosos (60 anos ou mais de idade) no conjunto da população passou de 9,1% para 11,3%⁽²⁾. Isso mostra que esse segmento da população cresce de modo mais acelerado que o número de pessoas que nascem. As estimativas indicam que esse grupo populacional tende a continuar crescendo nos próximos anos.

O envelhecimento populacional é resultado da manutenção por um período de tempo razoavelmente longo das taxas de crescimento da população idosa superiores às da população mais jovem⁽³⁾.

O envelhecimento humano não deve ser considerado um processo patológico, mas um fenômeno natural e progressivo, em que, com o passar do tempo, ocorre um desgaste do organismo. Esse quadro natural de senescência dos siste-

mas orgânicos traz uma série de consequências para o indivíduo, dentre elas, certo grau de limitação no desempenho de suas atividades habituais. Entretanto, quando associado à senilidade, ou seja, ao envelhecimento patológico, esse leve grau de limitação pode evoluir para incapacidades. Deve-se considerar que esse fenômeno varia de um indivíduo para outro e que é possível um envelhecimento com saúde e qualidade de vida. Porém, a redução da capacidade funcional nos idosos e o surgimento de doenças crônicas nessa faixa etária são muito frequentes no Brasil. Segundo Alencar et al., "*esse aumento da longevidade tem sido acompanhado de um declínio do estado de saúde físico e mental, presença de múltiplas doenças crônicas, perda de independência e autonomia, e limitações socioeconômicas e ambientais*"^(5:786).

Com essa mudança no perfil demográfico do Brasil se tem procurado implementar políticas públicas que beneficiem a população idosa. De acordo com Camacho e Coelho, "*quanto maior for o acesso aos bens e serviços da sociedade, maior será a qualidade de vida no processo de envelhecimento*"^(6:208).

A implementação de políticas de saúde e a qualificação de profissionais para a execução de uma assistência adequada ao idoso, visando à promoção do bem-estar na longevidade, é um dever do Estado. Camacho e Coelho afirmam que "a assistência de saúde ao idoso exige dos serviços de saúde e, também da equipe de saúde uma qualificação diferenciada, porque são estes profissionais que estão na "linha de frente" do cuidado a esta clientela"^(6:208).

Deve-se considerar que o aumento expressivo da expectativa de vida no Brasil é um reflexo da melhoria da qualidade de vida, da reorientação do setor previdenciário e de transformações no sistema de saúde, que desde a década de 1990 vem implementando ações de prevenção, proteção e recuperação da saúde, reabilitação e redução de agravos e riscos, utilizando melhor os recursos no tratamento de doenças⁽⁶⁾.

No entanto, sabe-se que há muito mais a se alcançar e que esse novo perfil da população brasileira requer mais investimentos no setor saúde, com melhorias no acesso aos serviços, com implantação de programas mais adequados às necessidades dos idosos e qualificação de profissionais que atuam nessa área, para que esse grupo tenha melhor assistência e um envelhecimento mais seguro e saudável.

Envelhecimento em Instituições de Longa Permanência

A transformação no cenário demográfico do Brasil, nas últimas décadas, nos mostra uma realidade em que a expectativa de vida cada vez mais se eleva, tornando necessárias manobras de adaptação a esse novo contexto. Desde a década de 1970 vem ocorrendo uma acentuada modificação na configuração dos arranjos familiares, isso tem acontecido simultaneamente ao aumento da escolaridade feminina,

sua inserção no mercado de trabalho e às modificações no sistema de valores, o que pode contribuir para o enfraquecimento dos laços intergeracionais, resultando em modificações nas formas de cuidado ao idoso⁽³⁾.

O novo quadro do núcleo família, com a inserção do idoso carente de cuidados e maior atenção, requer um reajuste na vida cotidiana dos membros dessa família, que muitas vezes precisam abrir mão de algumas de suas atividades produtivas para oferecer assistência ao idoso. Em muitos casos a família, por diversos motivos, não se adapta a essa nova condição e procura pelos serviços das instituições de longa permanência.

Lisboa e Chianca afirmam que *“maioria dos idosos independentes permanece junto às famílias. Quando a demanda por cuidados é mais intensa e sobrecarrega os familiares, os idosos, algumas vezes, são institucionalizados”*^(7:483). Mas esse não é o único motivo que tem contribuído para o aumento da procura por esse tipo de serviço, pois muitos idosos o procuram espontaneamente, por se tratar de uma última alternativa de abrigo e de única forma de se ter um envelhecimento tranquilo, seguro e com os cuidados de que necessitam. Na maior parte das vezes, a procura por essas instituições se dá pela carência financeira, por falta de moradia ou por abandono e negligência.

O Estatuto do Idoso, no art. 3º, garante a priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuem ou carecem de condições de manutenção da própria sobrevivência⁽⁴⁾. Porém essa realidade tem se descaracterizado com o passar do tempo e com as modificações no contexto social e familiar. O que se tem observado é o crescente número de idosos institucionalizados.

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's) são estabelecimentos voltadas para o atendimento integral, tendo como público alvo pessoas com 60 anos ou mais e têm como função, dentre outras, oferecer domicílio no âmbito coletivo, vestuário, alimentação, serviços médicos e medicamentosos. Existem ILPI's públicas, mistas, privadas e filantrópicas, estas últimas existem em maior número no país.

Na concepção de Michel, as *“Instituições de Longa Permanência para Idosos são locais para residência coletiva, nas quais pessoas com idade avançada buscam a proteção e o amparo que, frequentemente, não encontram no seu ambiente familiar e social”*^(8:11). As ILPI's também são consideradas como uma residência coletiva, que atende tanto idosos independentes em situação de carência de renda e/ou de família, quanto aqueles com dificuldades para o desempenho das atividades diárias, que necessitem de cuidados prolongados⁽⁹⁾.

A institucionalização representa para o idoso uma grande mudança no rumo de sua vida, pois ele passará a viver em um ambiente totalmente diferente daquele em que sua vida

foi construída e dividirá seu espaço domiciliar com desconhecidos. Além disso, terá que se submeter a regras, rotinas e a cuidadores que não conhece. Essas transformações repentinas podem gerar sentimentos de insegurança, medo, ansiedade, e muitos outros impactos psicoemocionais.

O desgaste físico, as perdas e os declínios são inevitáveis e desencadeiam desafios adaptativos para o idoso, em particular quando institucionalizado nas ILPIs, pois longe das rotinas habituais sente-se perdido no tempo e no espaço⁽¹⁰⁾. Há também outras questões que fragilizam esse indivíduo, dentre as quais merecem destaque o sentimento de abandono pela família, o distanciamento dos entes queridos (amigos, vizinhos etc.), solidão e a perda de sua autonomia. Para Oliveira, a institucionalização *“pode representar uma exclusão social, na medida em que o idoso se vê afastado de relações sociais que fazem parte de sua história de vida”*^(11:510).

Por outro lado não se pode deixar de considerar os benefícios que a institucionalização pode oferecer aos idosos que vivem em um contexto de desamparo, solidão, carência financeira, os que necessitam de cuidados e não possuem um cuidador, e principalmente para aqueles que não possuem família. Para estes, as ILPI's são um recurso que pode propiciar um envelhecimento tranquilo, seguro e de qualidade. Nesse sentido, Oliveira afirma que a instituição de longa permanência é *“uma das alternativas para os idosos que perderam seus vínculos familiares ou são procedentes de famílias de baixa renda”*^(11:19).

Encontram-se ainda serviços de ILPI's precários e que não oferecem as condições e recursos necessários para um envelhecimento com qualidade de vida. Em razão desta percepção que muitas famílias têm das instituições, observa-se uma resistência por parte de muitas delas em querer institucionalizar um idoso da família, acreditando que em casa, muitas vezes em situação de violência e/ou vulnerabilidade, eles poderiam estar melhor. Em contrapartida, Oliveira⁽¹¹⁾ relata que essas instituições vêm passando por um processo de redefinição, buscando propiciar relações interpessoais saudáveis e ressignificação de trajetórias, com a finalidade de promover uma vivência com dignidade na velhice.

Cabe, portanto, aos órgãos de fiscalização monitorar os serviços dessas instituições, observando o desempenho do seu papel, o cumprimento das normas mínimas exigidas para seu funcionamento, e o atendimento aos idosos, que deve ser feito de forma a oferecer segurança, dignidade e um processo de envelhecimento saudável e humanizado.

O Perfil Clínico do Idoso Institucionalizado

O envelhecimento em instituições de longa permanência é uma realidade cada vez mais presente. O elevado número de idosos institucionalizados no Brasil e a crescente procura pelos serviços das ILPI's criam novos desafios para as políticas de saúde. Desse modo, torna-se maior a necessidade

de conhecimento sobre o universo do idoso, suas fragilidades, e, especialmente, sobre os pontos de vulnerabilidade de sua saúde. Portanto, conhecer o perfil clínico do idoso institucionalizado é uma ferramenta indispensável para o desenvolvimento de modelos de assistência que atendam às necessidades desse grupo. Com base nesse conhecimento a enfermagem pode planejar suas ações e implementá-las de acordo com a demanda e de forma qualificada.

É importante ressaltar que ao se obter maior conhecimento sobre uma população que está em processo de crescimento, torna-se possível, se necessário, mudar condutas relacionadas ao cuidado e traçar estratégias que visem ações mais objetivas e eficazes quanto às suas reais necessidades, proporcionando um atendimento humanizado e qualificado⁽¹²⁾.

Sabe-se que a institucionalização gera grandes impactos na saúde dos idosos. Os conflitos emocionais vivenciados por eles, como sentimento de abandono, isolamento, medo, insegurança, ansiedade, depressão etc., contribuem significativamente para a fragilidade de seu organismo e, conseqüentemente, para a instalação de quadros patológicos e/ou de agravamento de problemas de saúde preexistentes.

Os idosos que estão institucionalizados despertam uma preocupação ainda maior pela fragilidade social, psicológica e física em que podem se encontrar. Percebe-se que estes idosos demandam, progressivamente, cuidados de enfermagem mais qualificados, justificados pelo nível de dependência, patologias instaladas, número de medicamentos utilizados e riscos de complicações apresentadas⁽⁷⁾.

Vale destacar que as principais patologias que afetam os idosos em condição de institucionalização são doenças crônicas, dentre as quais as mais frequentes são: problemas cardiovasculares, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Artrites, Reumatismo e problemas neurológicos^(5,7). Porém ainda são poucos os estudos voltados para a descrição específica do perfil clínico de idosos residentes em instituições de longa permanência. As pesquisas estatísticas também pouco revelam dados epidemiológicos desses grupos. Daí a necessidade de se investir na execução de estudos que promovam um melhor conhecimento dessa temática.

Importância da Assistência de Enfermagem ao Idoso Institucionalizado

Sabe-se que o envelhecimento traz uma série de conseqüências para o organismo, tornando-o naturalmente mais frágil. Essa vulnerabilidade deixa-o mais exposto a danos, ao desenvolvimento de quadros patológicos, e agravos de problemas de saúde preexistentes. Essas questões tornam a saúde do idoso alvo de muita atenção.

Os idosos que residem em ILPI's representam um grupo com um agravante, pois se encontram fragilizados por questões sociais, emocionais e psicológicas. Os idosos institucionalizados refletem suas carências por meio de alte-

rações, como tristeza, depressão, sensação de abandono, regressão, falta de apetite, desmotivação para a vida, entre outros⁽¹³⁾. Portanto, as ILPI's devem preocupar-se com o bem-estar de seus residentes e oferecer-lhes algum tipo de assistência à saúde.

Desse modo, os serviços médicos são indispensáveis nesses locais e devem ser oferecidos por uma equipe multiprofissional, que deve ser composta por enfermeiro, técnicos de enfermagem, médico, nutricionista, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, educador físico, cuidadores e responsáveis pelos serviços gerais, com a finalidade de assistir integralmente a pessoa idosa⁽¹⁴⁾. Para que esse objetivo seja alcançado, a equipe de profissionais atuante nas ILPI's deve exercer suas ações no âmbito da interdisciplinaridade.

O enfermeiro é o profissional que acompanha mais de perto o indivíduo e também a família, oferecendo cuidados no âmbito biopsicossocial, de forma sistematizada e contínua. A enfermagem representa o "maior suporte familiar e social". A presença desse profissional na ILPI é indispensável e a qualidade da assistência ao idoso depende, em grande parte, de suas ações e cuidados⁽¹⁵⁾.

O desempenho do papel do enfermeiro responsável por uma ILPI torna-se relevante, para que esse modo de residência venha a ser o mais satisfatório possível à pessoa idosa. Para tanto, o enfermeiro precisa ter ciência desse papel, das ações de sua competência, bem como das atividades da equipe de trabalhadores sob sua liderança⁽¹⁴⁾.

Para que o trabalho da enfermagem seja eficaz e atenda às necessidades dos indivíduos, o enfermeiro deve conhecer bem os fatores determinantes de saúde-doença que envolve o sujeito que está sob seus cuidados, em seus aspectos individuais e coletivos.

Nesta perspectiva, a enfermagem pode exercer um papel fundamental, oferecendo uma prática voltada ao envelhecimento saudável, compreendendo os fenômenos como eles se apresentam e assegurando o atendimento das necessidades do idoso, a fim de preservar a sua saúde física e mental e o aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual, em condições de autonomia e dignidade⁽¹⁶⁾.

Em razão da grande relevância do trabalho dos profissionais de saúde na promoção da qualidade de vida do idoso, as ILPI's devem investir na assistência à saúde de seus residentes, pois para que o indivíduo tenha um envelhecimento digno, ele precisa muito mais do que de um abrigo, alimentação e segurança, necessita também do conforto e do bem-estar que a qualidade de sua saúde e os cuidados com ela lhe oferece.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contextualizar o idoso institucionalizado é repensar as análises apresentadas nesse estudo e compreendê-lo

frente à sua própria institucionalização. Estar institucionalizado é uma questão de extenso debate, haja vista que, se por um lado, as ILPs têm as funções de proteger e cuidar por outro, estabelecem uma adaptação ao idoso construída em sentimentos de lembranças e de perdas ao romper vínculos familiares e sociais.

As pesquisas mostram que o modelo de atendimento asilar, nas próximas décadas, terá um aumento considerável em sua demanda, pois os fatores que levam à institucionalização tenderão a aumentar com o estilo de vida moderno. Assim, a institucionalização deve atender a uma população específica e oferecer um serviço de qualidade.

Diante do exposto no estudo, torna-se necessária a investigação dos impactos da institucionalização na saúde

do idoso e o conhecimento do seu perfil clínico, principalmente para a classe da enfermagem, que tem como principal função “o cuidar”, porquanto para oferecer uma melhor assistência em saúde é preciso conhecer integralmente o indivíduo. Por conseguinte, acredita-se que outras alternativas de atendimento que preservem a individualidade e a própria saúde mental dos idosos são possíveis e podem ser assumidas pelos serviços públicos de saúde e assistência social. Propostas de centros de convivência, núcleos de atendimento e assistência, clubes de terceira idade, entre outros, são modalidades assistenciais possíveis e desejáveis na atualidade, uma vez que permitem a manutenção dos laços sociais, a autonomia, a manutenção dos vínculos afetivos já existentes e a constituição de novos vínculos.

REFERÊNCIAS

1. Barros JDS, Oliveira Neto JM, Silva SLB, Silva RS, Silva MFP. Percepção e expectativas de cuidadores no processo saúde/doença na pessoa idosa. *Revista Saúde – UNG*. [Internet]. 2010. [cited 2016 July 06]; 4(2):28-36. Available from: <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/viewArticle/443/650>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. [Internet]. 2010. [cited 2016 June 08]. Rio de Janeiro; 2010. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsois2010/SIS_2010.pdf.
3. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Comunicados do IPEA nº 93. Série Eixos do Desenvolvimento Brasileiro, nº 93: Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Brasília; 2011.
4. Brasil. Lei n. 10.741, de 1º de setembro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003.
5. Alencar MA, Bruck NNS, Pereira BC, Câmara TMM, Almeida RDS. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2012. [cited 2016 July 07]; 15(4):785-796. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000400017&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000400017>.
6. Camacho ACLF, Coelho MJ. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(2):279-84.
7. Lisboa CR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. *Rev Bras Enferm, Brasília.* 2012; 65(3):482-7.
8. Michel T. A vivência em uma instituição de longa permanência: significados atribuídos pelos idosos [Dissertação]. Universidade Federal do Paraná. Curitiba; 2010.
9. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *R. bras. Est. Pop.* 2010; 27(1):233-5.
10. Bentes ACO, Pedrosa JS, Maciel CAB. O idoso nas instituições de longa permanência: uma revisão bibliográfica. *Aletheia* [Internet]. 2012. [citado 2016 Jul 07]; (38-39):196-205. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000200016&lng=pt.
11. Oliveira RAO, Gomes MJ, Paiva KM. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região de Vitória – ES. *Esc Anna Nery.* 2011; 15(3):518-523.
12. Pinto AH, Lange C, Pereira PM, Maagh S, Almeida NLD. Perfil dos idosos de uma instituição de longa permanência. *J Nurs Health. UFPel.* 2013; 3(1):27-39.
13. Rocha MDM, Ribeiro MCP. Projeto saúde do idoso institucionalizado, atuação dos profissionais na atenção à saúde de idosos residentes em instituição de longa permanência. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde.* 2011; 9(1):152-72.
14. Silva BT, Santos SSC. Cuidados aos idosos institucionalizados – opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(6):775-81. Rio Grande (RS), 2010.
15. Linck CL; Crossetti MG. Fragilidade no Idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. *Rev Gaúcha Enf.* 2011; 32(2):385-93. Porto Alegre (RS), 2011.
16. Silva ER, Sousa ARP, Ferreira LB, Peixoto HM. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídios ao cuidado de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP.* 2012; 46(6):1387-93.

Recebido em: 08.08.2016

Aprovado em: 01.09.2016

ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM SOBRE O ALEITAMENTO MATERNOA

ANALYSIS OF SCIENTIFIC PRODUCTION OF NURSING ON MATERNAL ALTERNATIVE

Artigo de Revisão

Thiago Rodrigo Cruz Farias¹
Arlene Emanuela Martins Barbosa²
Judikael Sarmento Magalhães³

RESUMO

O aleitamento materno é a mais sábia tática natural de vínculo, afeto, assistência e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para minimizar a morbimortalidade infantil. Objetivou-se discutir a produção científica de enfermagem sobre o aleitamento materno a partir de uma revisão da produção no período de 2007 a 2017. As buscas ocorreram na base de dados Bireme. Da análise dos artigos emergiram 03 núcleos: aleitamento materno, desmame precoce e o cuidado da enfermagem. Verificaram-se com as literaturas examinadas as evidências sobre os benefícios da amamentação, tanto para a criança quanto para a mulher, assim como a importância da assistência da enfermagem no estímulo ao aleitamento materno evitando assim o desmame precoce.

Palavras-chave: Saúde Da Mulher; Aleitamento Materno; Desmame.

ABSTRACT

Breastfeeding is the wisest natural tactic of attachment, affection, care and nutrition for the child and is the most sensitive, economical and effective intervention to minimize infant morbidity and mortality. The objective of this study was to describe and discuss the analysis of the nursing scientific production on breastfeeding according to a systematic review of the production from 2007 to 2017. The searches were conducted in the Bireme database. From the analysis of the articles emerged 03 nuclei: breastfeeding, early weaning and nursing care. The literature examined the evidence on the benefits of breastfeeding, both for the child and for the woman, as well as the importance of nursing assistance in stimulating breastfeeding, thus avoiding early weaning.

Keywords: Women's Health; Breast Feeding; Weaning.

¹ Enfermeiro. Especialista na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: rodrygo_pharias@hotmail.com

² Enfermeira. Especialista em Saúde Pública e da Família pela Faculdade Kurios- FAK.

³ Enfermeiro. Graduado pela Faculdade Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA).

INTRODUÇÃO

A proteção, a promoção e o apoio ao aleitamento materno têm sido uma estratégia mundialmente relevante no setor de saúde e demais setores sociais para, entre outros esforços, melhorar a qualidade da saúde das crianças⁽¹⁾.

O aleitamento materno é a mais sábia tática natural de vínculo, afeto, assistência e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para minimizar a morbimortalidade infantil. Permite ainda um imponente impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e regozijo de toda a sociedade. Todavia, a implementação das ações de proteção e promoção do aleitamento materno e da apropriada alimentação complementar depende de esforços coletivos intersetoriais e constitui enorme desafio para o sistema de saúde, numa perspectiva de abordagem integral e humanizada⁽²⁾.

Segundo o Ministério da Saúde, o Aleitamento Materno promove a saúde física e mental da criança e da mãe. A sua prática diminui o risco da mulher que amamenta adquirir câncer de mama e do colo uterino, evita o Diabetes tipo II e auxilia na redução de doenças crônicas como hipertensão, diabetes e obesidade⁽³⁾.

A equipe de enfermagem tem como desempenho orientar e acompanhar de forma adequada as gestantes e puérperas sobre a amamentação, mediante as necessidades singulares de cada situação. Deve colaborar na sua segurança e motivação, pois, falhar na amamentação mesmo com um forte desejo de efetivá-la, está diretamente relacionado à ausência de acesso a orientação e apoio adequado de profissionais ou de pessoas mais experientes dentro ou fora da família. As benfeitorias do aleitamento materno são numerosas e já bastante conhecidas, além de consentir às necessidades alimentares do recém-nascido, ele deve ser o nutrimento exclusivo até os seis meses de vida, como preconiza o Ministério da Saúde. Para isso, é necessário que as gestantes recebam orientações e que sejam instigadas pelos profissionais de saúde a buscar conhecimento dos benefícios do aleitamento materno⁽⁴⁾.

O estímulo ao aleitamento materno deve ser contínuo, desde o pré-natal até o puerpério, e seguido principalmente nos primeiros dias das nutrizas, ocasião em que estão fragilizadas pela vivência da trajetória ao papel materno. Os profissionais de saúde carecem estar aptos para acolher precocemente a gestante durante o pré-natal, assim como no período puerperal, com a finalidade de prever o surgimento de problemas e dificuldades associados ao processo do aleitamento materno. A identificação de problemas que possam propiciar a interrupção da amamentação deve ser realizada o quanto antes, para que se direcionem ações e cuidados apropriados junto à mulher e à criança, a fim de que uma análise de risco não evolua para uma análise real: amamentação ineficaz/interrupção precoce da amamentação⁽⁵⁾.

O leite materno possui o balanço ideal de nutrientes para o lactente e adapta-se às necessidades deste, mudando fisiologicamente a sua composição desde o colostro ao leite maduro. Apesar das recomendações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde sobre aleitamento materno exclusivo e as vantagens vinculadas por meio da mídia, campanhas promovidas pelo Ministério da Saúde e também pelas Estratégias Saúde da Família, percebe-se que ainda no Brasil o desmame precoce alcança níveis alarmantes⁽⁶⁾.

Assim, diante do contexto, o objetivo geral deste estudo é realizar uma revisão da produção científica da enfermagem sobre o aleitamento materno. Consideramos que este tema tem a intenção de contribuir para o estímulo do aleitamento materno, contribuindo para o crescimento e desenvolvimento de crianças, mediante respaldo em descrever e discutir a importância da proteção, promoção e do apoio ao aleitamento materno e minimizar os níveis do desmame precoce.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico, tipo revisão da literatura, desenvolvida mediante material já elaborado, como artigos científicos. A revisão de literatura é resultado do processo de levantamento e análise do que foi publicado sobre o tema e o problema de pesquisa escolhido, permitindo um mapeamento de quem já escreveu e o que já foi escrito sobre o tema e/ou problema da pesquisa⁽⁷⁾.

A pesquisa foi realizada no período de dezembro de 2016, no qual foram analisados, sob a temática em estudo, artigos científicos indexados na base de dados eletrônicos Bireme (Biblioteca Virtual em Saúde), sendo usados os seguintes descritores: saúde da mulher, aleitamento materno, desmame precoce.

Para condução da pesquisa determinados critérios foram utilizados: inclusão – artigos publicados de 2006 a 2016, disponíveis na íntegra, artigos na língua portuguesa, baseados em segmento do estudo; exclusão – artigos que não contemplassem os critérios referidos.

A partir dos descritores saúde da mulher, aleitamento materno, desmame precoce, surgiram 66 artigos, dentre esses 40 estavam disponíveis na íntegra, porém apenas 32 estavam na língua portuguesa e 22 possuíam o perfil de inclusão entre os anos de 2006 a 2016. Durante o processo analítico dos dados, iniciou-se a pré-análise do material mediante pesquisa exploratória, buscando identificar e conhecer o que a enfermagem estava publicando sobre desmame precoce. Posteriormente, foi realizada a exploração dos artigos em foco, elaborando fichamento de todos os artigos identificados sobre a temática de amamentação e desmame precoce. Por meio deste procedimento, foram identificados 15 artigos que atendem aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Para uma melhor visualização dos dados, estes foram divididos em categorias empíricas e descritos embasados na literatura pertinente.

RESULTADOS

Da análise dos 15 artigos que visam sobre a temática do Aleitamento Materno emergiram 03 núcleos, conforme mostra a Figura 1.

Figura 1. Distribuição dos núcleos temáticos do Aleitamento Materno identificados em artigos de periódicos brasileiros de 2007 a 2017.



Considerando os artigos analisados, a enfermagem vem publicando temas que permeiam o processo do aleitamento materno visando à saúde da criança e da mãe. Deste modo, são analisados os resultados obtidos conforme os núcleos temáticos identificados.

Aleitamento Materno

O leite materno é considerado o melhor e mais completo alimento para o bebê, especialmente nos primeiros seis meses de vida, e nenhum outro alimento pode substituí-lo com vantagem. Além de nutrir e fornecer anticorpos necessários à proteção do bebê contra diversas doenças, constitui-se em um gesto de amor, proporciona segurança afetiva à criança e oferece inúmeras vantagens para ambos, mãe e filho, uma vez que a criança amamentada no seio raramente adoecer⁽⁸⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconizou em 2007, definições em relação ao aleitamento materno (AM) que são reconhecidas no mundo inteiro. Desta forma, o AM é classificado em: Aleitamento Materno Exclusivo (AME), quando a criança recebe somente leite materno, permitindo-se gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos minerais e outros medicamentos; Aleitamento Materno Predominante (AMP), além do leite materno recebe também água ou bebidas a base de água; Aleitamento Materno Misto ou Parcial (AMM) recebe leite materno e outros tipos de leite; Aleitamento Materno, independente de receber ou não outros alimentos; e Aleitamento Materno Complementado (AMC), além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo⁽⁹⁾.

O AME é recomendado nos primeiros seis meses de vida e AMC é indicado por dois anos ou mais. O AM é a estratégia

isolada que mais previne mortes infantis. De acordo com dados da OMS, a cada ano, um milhão e meio de mortes poderiam ser evitadas por meio da prática do aleitamento materno⁽¹⁰⁾.

As experiências e estratégias utilizadas para aumentar a prática de amamentação são muitas, tendo como alvo o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida. Entre essas, estão incluídas atividades dirigidas aos profissionais de saúde e à população em geral, assim como no pré-natal, parto, pós-parto e em visitas domiciliares a puerperais. Sabe-se que estas ações são de fácil execução, baixo custo e de boa afetividade, devendo ser incluídas, com mais ênfase, no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro⁽¹¹⁾.

Apesar das inúmeras estratégias voltadas para AME, pesquisas anteriores demonstraram que apenas 40% das crianças com menos de seis meses são amamentadas exclusivamente com o leite materno, seja eles por fatores culturais, econômicos e sociais. O não aleitamento ou o aleitamento não exclusivo, ou mesmo o desmame precoce, pode acarretar danos à saúde das crianças, com desaceleração do crescimento ou ganho de peso acima do esperado para estatura e idade, além do risco para desenvolvimento de obesidade⁽¹²⁾.

Desmame precoce

A prevalência de AME aos seis meses foi aquém do preconizado pela OMS, sendo que a interrupção teve como principais justificativas o término da licença maternidade, o pouco ganho de peso do bebê e a orientação médica⁽⁹⁾.

Condições desiguais na sociedade, apontadas no estudo, não podem ser tratadas como pano de fundo, mas como determinantes do não aleitamento materno e do desmame a serem combatidos. São condições que sinalizam para a compreensão de que o AM não é uma prática da saúde, mas uma prática humana, feminina e social devendo ser protegida como direito humano. Outra questão importante que podemos extrair dos textos é que baixa escolaridade, baixa renda, relações assimétricas de poder em ambiente de trabalho ou escolar, sistema de saúde inadequado às necessidades de nutrízes e bebês, marketing indiscriminado de fórmulas lácteas, são injustiças presentes na sociedade, que geram privação sob a forma de exclusão ou inclusão injusta, mas que há marcos legal para enfrentá-los. Dar luz à categoria injustiça social, como fator causal para o não aleitamento materno e o desmame, ao contrário de considerar apenas como condições desfavoráveis, talvez seja, nos dias atuais, o maior desafio para a promoção, proteção e apoio ao AM. Assim, desvelar a dimensão real que essa categoria tem sobre mulheres e crianças poderá conduzir-nos a pensar políticas públicas e estratégias sociais para o seu enfrentamento no âmbito da intersectorialidade e com maior participação social. É necessário, portanto, que outros marcos sejam incorporados ao debate, sendo a

bioética um importante referencial para se compreender a amamentação como prática humana, social e feminina⁽¹³⁾.

Com base nos resultados obtidos, conclui-se que: a influência cultural e familiar, o trabalho materno e problemas de saúde da mãe e do bebê, foram determinantes para o início do desmame precoce; o trabalho materno foi o maior responsável pela introdução de complementos ao AM antes dos 6 meses; as alegações maternas acerca do seu leite e sobre cólicas do bebê foram muito referidas como motivo para iniciar o desmame precocemente; é essencial que o profissional de saúde, inclusive o dentista, entenda o seu papel como esclarecedor, conscientizador e motivador do AM. Entretanto, a decisão de amamentar será, em última instância, sempre da mãe, entendendo-se esse ato como resultante de uma rede de aspectos considerados por ela⁽¹⁴⁾.

A participação paterna desde o pré-natal quebra barreiras nas dificuldades de adaptação e nos cuidados ao filho e à puérpera, contribuindo no manejo da amamentação, evitando assim o desmame precoce, motivado inclusive por desconforto materno e falta de incentivo às mães. Consideramos ainda que os pais expressassem pouco conhecimento a respeito dos benefícios do aleitamento para a criança e para a mãe. Isso reforça a necessidade de implementação de ações de saúde, pois, se o pai conhecesse os benefícios biológicos, econômicos e psicológicos para o filho e toda a família, provavelmente seria grande parceiro nesse processo, incentivando e contribuindo com o aleitamento de seu filho⁽¹⁵⁾.

O aleitamento materno tende tanto para o desmame precoce como para o desmame tardio, sendo este compreendido como separação ou sensação de perda do vínculo materno-infantil. Apesar de os dois fatos serem de naturezas opostas, estes se inserem na vida de muitas mulheres⁽¹⁶⁾.

Vale ressaltar a importância do aconselhamento sobre amamentação no pré-natal com a futura mãe, seu companheiro e avós, pois, desta forma, todos estarão inseridos no processo do aleitar, mesmo antes disso se estabelecer. A valorização dessas pessoas ajudará na promoção e manutenção do aleitamento materno. As dúvidas, mitos e crenças devem ser esclarecidos durante a gravidez com todas essas pessoas, para que em um momento posterior de dúvida materna estas possam ajudá-las a compreender o que está acontecendo, de forma não impositiva. Com esse apoio e interação, a mulher-mãe se sentirá mais segura para amamentar e desfrutará de uma experiência positiva, possibilitando a continuidade do ato de amamentar⁽¹²⁾.

Orientar a mulher para o aleitamento materno não encerra, em si, o apoio necessário para a mulher mãe que amamenta. É preciso utilizar abordagens múltiplas, que contemplem as necessidades de cada mulher que vivencia o aleitamento materno, considerando sua singularidade,

sua história de vida e sua vontade, que podem incluir tanto emoções positivas quanto negativas. E se, ainda assim, ocorrer o desmame precoce, a postura do profissional de saúde não deve ser a de um promotor diante de uma mãe que cometeu o suposto crime de desmamar seu filho, deve considerar o mundo-vida e todos os condicionantes que permearam o desmame precoce, ajudando-a a enfrentá-lo com postura orientada para a manutenção da saúde da relação mãe-filho⁽¹⁷⁾.

Nota-se uma contradição entre os seis meses de aleitamento materno exclusivo, recomendados pelo Ministério da Saúde, e a licença à maternidade de quatro meses vigente, sendo que esta lei passa por alterações. As mães começam a introduzir outros alimentos pouco tempo antes de voltar ao trabalho para que seus filhos vão se acostumando ao novo hábito alimentar⁽¹⁸⁾.

O cuidado da Enfermagem

A atuação do profissional de enfermagem é agir como responsável pelo gerenciamento do cuidado, sendo ele um facilitador, oferecendo às nutrizes orientações para o apoio e incentivo à prática da amamentação, como também para a manutenção da lactação, em seu domicílio. Então, a promoção de orientações para a garantia de habilidades no processo do aleitamento materno, torna-se importante para a saúde do recém-nascido. A gerência do enfermeiro define estratégias para que haja sucesso no processo da lactação⁽¹⁹⁾.

É preciso que o profissional atuante na assistência à nutriz tenha a visão voltada à peculiaridade de cada mulher e compreenda não apenas a sua participação biológica, mas também os aspectos sociais e psicológicos que circundam o universo feminino, de modo a trabalhar a questão da amamentação de forma individualizada⁽¹⁶⁾.

É importante que o profissional de saúde, enfocando aqui a equipe de enfermagem, se sinta responsável pelos casos de desmame precoce em mães sob sua orientação e que busque a razão de cada caso de insucesso, refletindo sobre o que poderia ter feito a mais e melhor. Dessa forma, sugere-se, que o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, esteja habilitado a preparar a gestante para o aleitamento, percebendo a importância da comunicação como instrumento do processo de trabalho em saúde, utilizando o diagnóstico de enfermagem com o objetivo de direcionar as ações para uma resolução ou intervenção adequada, descobrindo novas opções, evitando assim dúvidas, dificuldades e possíveis complicações, investindo em atividades como visitas domiciliares, palestras, grupos de apoio e aconselhamento para incentivo e manutenção do aleitamento materno, a fim de evitar o desmame precoce⁽²⁰⁾.

O aleitamento materno pode significar queda nas taxas de morbimortalidade infantil; portanto, todas as estraté-

gias devem ser cogitadas e se possível, utilizadas, a fim de alcançar o maior número possível de mulheres, no sentido da promoção do aleitamento materno⁽¹⁷⁾.

O profissional de saúde não está isento de desenvolver suas crenças e assimilar mitos a partir de sua visão de mundo, dos saberes que foram construídos ao longo da sua formação, o que evidencia a necessidade de permanente processo de capacitação, a fim de que novos conceitos baseados em evidências científicas sejam assimilados⁽¹³⁾.

Suporte teórico e bibliografias não faltam quando se procura saber sobre as vantagens do aleitamento materno exclusivo; mesmo assim, alguns profissionais não valorizam essa prática. Para orientação em relação ao aleitamento materno, é necessário qualificação e atualização, cursos e aperfeiçoamento contínuo, ou seja, envolver-se com o assunto para que não sejam repassadas às mães práticas ultrapassadas. O assunto evoluiu nos últimos anos em virtude de pesquisas e estudos sobre amamentação e seus aspectos. É fundamental, pois, o profissional respeitar e acreditar naquilo que faz e que fala. Além, é claro, de respeitar a escolha da mãe em relação ao aleitamento materno⁽¹⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amamentação embora seja um ato natural, é também um comportamento, e como tal, pode ser aprendido. Por isso, são necessários profissionais da saúde que encorajem e apoiem as mães para que essas iniciem e mantenham a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses da criança e que introduza, no período correto, a alimentação complementar adequada. Os resultados encontrados além de revelarem a situação do AME nas UBS em estudo, poderão contribuir para o monitoramento das ações de saúde e para a elaboração de novas estratégias em relação ao aleitamento materno, visando aumentar as taxas de amamentação⁽⁹⁾.

Os estudos revisados neste trabalho reforçam a já difundida ideia na comunidade científica de que se acumulam as evidências sobre os benefícios da amamentação, tanto para a criança como para a mulher. Verifica-se também o crescente interesse da categoria de enfermagem acerca da

necessidade e das consequências do tipo de cuidado dispensado à criança no início da vida, algo evidenciado na maioria dos trabalhos e publicações pesquisados. No entanto, o impacto sobre como programar essa prática ainda é insuficiente, devido à inter-relação de fatores ambientais e socioculturais que atuam na prática de amamentar, mesclando políticas públicas, benefícios, rotinas, ações de profissionais, apoio de familiares, constituem desafios para os acadêmicos e profissionais de saúde pública, bem como para a Pediatria em geral, já que intervenções nesta área devem observar prioridades de custo e efetividade.

Nessa revisão de literatura foi possível observar que a mulher necessita assumir com mais segurança o papel de nutriz, devendo ser melhor assistida durante a fase do pré-natal, parto e puerpério, pelos profissionais de saúde, assim, esclarecendo suas dúvidas, principalmente com as práticas de Grupos de Gestantes e Conversas de orientação na Maternidade. Desmistificando alguns aspectos culturais irrelevantes na prática da amamentação, conhecendo as vantagens e garantindo mais tranquilidade a nutriz, isso acarretará um AME eficiente evitando assim o desmame precoce.

Confirma-se que é de grande relevância que os profissionais de saúde sejam qualificados, tanto no manejo clínico da lactação, como na técnica de aconselhamento, e conheçam o cotidiano materno, o contexto sociocultural a que essas mães pertencem, as suas dúvidas, os seus medos e expectativas, bem como os seus mitos e crenças referentes à amamentação, para que possam garantir, a cada mulher, uma escuta ativa, sem julgamentos e dirimir suas dúvidas, de modo a tornar a amamentação um ato de prazer e não de obrigação. A fim de que haja a atuação e a abordagem ao processo de aleitamento materno e todo o universo que o permeia, valorizar o ser mulher como mãe, esposa, trabalhadora e cidadã, torna-se fundamental para a consolidação da prática de amamentar. Diante do exposto, vale ressaltar que a aplicação do conhecimento biológico em conjunto com a experiência da lactante, propicia uma amplitude de cuidados que nos aproxima da situação real e individual de cada mãe.

REFERÊNCIAS

1. Soares RKC, Silva SF, Lessa PRA, Moura ERF, Pinheiro PNC, Damasceno AKC. Partu1. Souza SNDH, Mello DF, Ayres JRMC. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(6):1186-1194, jun, 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, 2009a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Iniciativa hospital amigo da criança: área técnica de saúde da criança e aleitamento materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção a Saúde. Brasília, 2010.
4. Carneiro LMMC, Barbieri F, Moro ASS, Freitas HMB, Colomé JS, Backes DS. Prática do aleitamento materno por puérperas: fatores de risco para o desmame precoce. *DisciplinarumScientia*. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 15, n. 2, p. 239-248, 2014.

5. Vargas GS, Alves VH, Rodrigues DP, Branco MBLR, Souza RMP, Guerra JW. Atuação dos Profissionais de saúde da estratégia saúde da família: promoção da prática do aleitamento materno. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-9, abr./jun. 2016.
6. Santos GMR, Costa SLB, Mendonça BOM, Barros EJ, Mota RM, Oliveira VCC, Nogueira DS. Mitos e crenças sobre aleitamento materno que levam ao desmame precoce nas estratégias saúde da família no município de Firminópolis-GO. *Revista Faculdade Montes Belos (FMB)*, v. 8, n° 4, 2015, p (177-202), 2014.
7. Silva EL, Menezes EM. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. 4. Ed. rev. atual. Florianópolis: UFSC, 2005. 138 p.
8. Silva DDF, Lima DL, Rosito DB, Ribeiro SFR, Figueiredo MC. Percepções e saberes de um grupo de gestantes sobre aleitamento materno: um estudo qualitativo. *RFO*, v. 13, n. 2, p. 7-11, maio/agosto 2008.
9. Barbieri MC, Bercini LO, Brondani KJM, Ferrari RAP, Tacla MTGM ; Sant'anna FL. Aleitamento materno: orientações recebidas no pré-natal, parto e puerpério. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 36, n. 1, supl, p. 17-24, agosto 2014.
10. Freitas GL, Joventino ES; Aquino PS; Pinheiro AKB; Ximenes LB. Avaliação do conhecimento de gestantes acerca da amamentação. *Reme-Rev.Min.Enferm*;12(4):461-468, out/dez,2008.
11. Afonso VW, Teixeira MTB, Chibli JMF, Ribeiro LCR, Caetano R, Monteiro MFG. Fatores Associados Ao Aleitamento Materno Exclusivo Em Juiz De Fora, MG. *Universidade do Estado do Rio de Janeiro*, 2007.
12. Torres LEAS, Sales JRP, Melo MCP, Mendes RNC, Mistura C. Influências sociais no processo do aleitar: percepções das mães. *Revista espaço para a saúde*, Londrina .v. 15, n. 1, p. 25-36 , abr. 2014.
13. Peres PLP, Pegoraro OA. Condições desiguais como causas para a interrupção do aleitamento materno. *Revenferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2014 mar/abr; 22(2):278-85.
14. Giuliani NR, Oliveira J, Santos BZ, Bosco VL. O Início do Desmame Precoce: Motivos das Mães Assistidas por Serviços de Puericultura de Florianópolis/SC para esta Prática. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 12(1):53-58, jan./mar., 2012.
15. Paula AO, Sartori AL, Martins CA. Aleitamento materno: orientações, conhecimento e participação do pai nesse processo. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2010;12(3):464-70.
16. Marques DM, Pereira AL. Amamentar: sempre benefícios, nem sempre prazer. *Cienc-CuidSaude* 2010 Abr/Jun; 9(2):214-219.
17. Silva RMR, Marcolino C. A vivência do processo de amamentação e desmame precoce por mulheres-mãe orientadas para o aleitamento materno: estudo qualitativo. *Online braz. j. nurs. (Online)*;8(1), 2009.
18. Parizotto J, Zorzi NT. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. *O Mundo da Saúde São Paulo* 2008; 32(4):466-474.
19. Baptista SS, Alves VH, Souza RMP, Rodrigues DP, Cruz AFN, Branco MBLR. Manejo clínico da amamentação: Atuação do enfermeiro na unidade de terapia intensiva neonatal. *RevEnferm UFSM* 2015 Jan/Mar;5(1):23-31
20. Rivemales MC, Azevedo ACC, Bastos PL. Revisão sistemática da produção científica da enfermagem sobre o desmame precoce. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2010 jan/mar; 18(1):132-7.

Recebido em: 04.05.2017

Aprovado em: 20.05.2017

TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS ASSOCIADAS À PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

EDUCATIONAL TECHNOLOGY ASSOCIATED WITH THE PREVENTION OF PRESSURE DAMAGE IN INTENSIVE THERAPY UNITS

Artigo de Revisão

Laís Lopes Martins¹

Igor Cordeiro Mendes²

RESUMO

As lesões por pressão, que antigamente eram denominadas úlceras por pressão, geralmente surgem sobre proeminências ósseas, que resultam em alterações da pele e/ou tecido subjacente após a combinação da pressão exercida pelo tecido com a parte óssea durante um determinado tempo, representando uma das complicações mais frequentes nos pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Sendo essencial a incorporação de tecnologias que possam ajudar no auxílio do aprendizado dos profissionais de enfermagem, permitindo assim, que o processo de educação em saúde tenha um ambiente criativo e dinâmico, para que a difusão do conhecimento possa ocorrer adequadamente. Este estudo objetivou identificar, por meio da literatura científica, as tecnologias educacionais que auxiliam na prevenção de lesão por pressão em pacientes hospitalizados na terapia intensiva.

Palavras-chave: Lesão Por Pressão; Unidade De Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Pressure lesions once called pressure ulcers, generally emerge on bony prominences, resulting in alterations of the skin and/or underlying tissue after the combination of the pressure exerted by the tissue with the bone part during a certain time, representing one of the complications in patients admitted to the intensive care unit. It is essential to incorporate technologies that can help nursing professionals to learn, therefore enabling the health education process to have a creative and dynamic environment, so that knowledge dissemination can take place properly. This study aims to identify, through the scientific literature, the educational technologies that aid in the prevention of pressure injury in patients hospitalized in intensive care.

Keywords: Pressure Ulcer; Intensive Care Unit.

¹ Enfermeira. Especialização em Unidade de Terapia Intensiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: lalahloppes@hotmail.com.

² Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

INTRODUÇÃO

Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) os pacientes requerem uma assistência de maior complexidade por serem considerados graves, instáveis e com risco de falência dos sistemas fisiológicos. Além disso, essa necessidade se amplia pelo déficit de mobilidade que os restringe ao leito e ao tempo prolongado de internação hospitalar, contribuindo para um alto risco de desenvolver lesões por pressão (LPPs)⁽¹⁾.

As lesões por pressão geralmente surgem sobre proeminências ósseas que resultam em alterações que acometem a pele e/ou o tecido subjacente, sendo ocasionada pela combinação da pressão exercida pelo tecido com a parte óssea durante um determinado tempo, representando uma das complicações que acometem frequentemente os pacientes internados em uma UTI⁽²⁾.

No Brasil, a incidência de lesão por pressão em pacientes críticos mostra uma variação entre 10 a 62,5%. Já em estudos internacionais, essa incidência de lesão em UTI varia de 3,2% a 39%^(3,4).

A etiologia da LPP inclui fatores tanto intrínsecos como a idade, estado nutricional, presença de comorbidades, nível de consciência, perfusão tecidual diminuída, quanto os fatores extrínsecos, como uso de drogas vasoativas e sedativas, umidade, pressão e fricção^(3,5).

Contudo, tendo em vista que na UTI há uma grande preocupação para se alcançar a estabilização dos sinais vitais do paciente, muitas vezes, ocorrem dificuldades na realização de medidas preventivas para a preservação da integridade da pele, desenvolvendo assim, as LPPs. O aumento da incidência de LPPs contribuem para o prolongamento do período de hospitalização e a piora da qualidade de vida⁽²⁾.

Os profissionais precisam dominar o conhecimento com relação aos fatores de risco das LPPs, assumindo em sua prática clínica a avaliação diária global dos pacientes, principalmente do risco de desenvolvimento de lesão por pressão na pele dos internados. Portanto, é importante que os enfermeiros programem medidas preventivas eficazes para que essas lesões possam ser minimizadas. Muitas vezes, o resultado poderá depender da capacidade e conhecimento dos profissionais responsáveis pela assistência em saúde, tendo resultados ineficazes se o conhecimento for insuficiente^(5,6).

Nesse contexto, a educação em saúde tem papel essencial no desenvolvimento de competências profissionais para prevenção dessas lesões, por ser uma ferramenta de trabalho valiosa para os enfermeiros na transmissão de informações de modo didático sobre as medidas preventivas que vão garantir uma maior qualidade de vida e evitar complicações aos pacientes internados⁽⁷⁾.

A incorporação de tecnologias que ajudam no auxílio do aprendizado dos profissionais de enfermagem permite que o processo de educação em saúde tenha um ambiente criativo

e dinâmico para que a difusão do conhecimento possa ocorrer adequadamente⁽⁸⁾.

Algumas das ferramentas disponíveis nesse novo modelo de aprendizado, que acontece por intermédio das tecnologias educacionais, são os protocolos, as cartilhas, a literatura de cordel, a educação à distância (EaD), entre outros, consistindo em instrumentos que podem facilitar o processo de ensino e aprendizagem, além de favorecer a prevenção das LPPs.

Mediante a importância da temática, esse trabalho torna-se relevante, pois os seus resultados irão evidenciar como as tecnologias educacionais existentes propiciam a melhoria do conhecimento dos enfermeiros com relação a prevenção de lesão por pressão em pacientes internados, sendo essencial para que se tenha uma implementação dos cuidados adequados e impulse no incentivo de novas pesquisas sobre o assunto. Dessa forma, o objetivo do estudo consiste em identificar, por meio da literatura científica, as tecnologias educacionais que auxiliam na prevenção de lesão por pressão em pacientes hospitalizados na terapia intensiva.

METODOLOGIA

A revisão integrativa configura-se como um tipo de revisão da literatura que reúne os achados de estudos desenvolvidos mediante diferentes metodologias, permitindo que os revisores procedam à análise e síntese dos dados primários de forma sistemática e rigorosa⁽⁹⁾.

Na estratégia de busca dos artigos, o seguimento de algumas etapas é essencial para que a pesquisa possa ter um resultado satisfatório, como: Identificação da temática, seleção dos estudos primários (através da questão norteadora e os critérios de inclusão), análise e interpretação dos artigos encontrados, síntese do conhecimento evidenciados nos artigos analisados e apresentação da revisão integrativa⁽⁹⁾.

Sendo assim, a pergunta definida para este estudo foi: Quais são as tecnologias atuais, evidenciadas pela literatura científica, que auxiliam na prevenção de lesão por pressão em um ambiente de terapia intensiva?

Os critérios de inclusão adotados pelo presente estudo foram: artigos científicos que retratem as tecnologias atuais utilizadas que auxiliam na prevenção de lesão por pressão na unidade de terapia intensiva, artigos científicos indexados nas bases de dados (*SciELO*, *BDEnf* e *LILACS*), nos idiomas (português, inglês e espanhol), artigos científicos publicados entre o período de 2000 a 2016, por almejar estudos atualizados sobre a temática abordada.

Para realizar a seleção dos estudos, foram utilizados sistemas de bases de dados importantes no contexto da saúde. Por meio do acesso Online, foram utilizadas as seguintes bases de dados: *SciELO* (*Scientific Electronic Library Online*), *BDEnf* (*Base de Dados de Enfermagem*) e *LILACS* (*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*). O levantamento de artigos ocorreu no mês de abril de 2017.

Foram excluídos os editoriais, cartas ao editor, estudos reflexivos, relatos de experiência, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso na íntegra, publicações duplicadas, assim como os estudos que não abordem a temática relevante ao estudo da revisão.

A terminologia em saúde utilizada foi consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), pelos quais identificaram-se os seguintes descritores, utilizando os idiomas português, inglês e espanhol: úlcera por pressão, que atualmente se utiliza a expressão lesão por pressão, mas ainda não se identifica nos descritores, (*pressure ulcer / úlcera por presión*) e unidade de terapia intensiva (*intensive care units/unidades de cuidados intensivos*). Foi realizada essa única combinação entre os descritores para obtenção de resultados mais ampliados.

Após a busca dos estudos e obedecendo rigorosamente os critérios de inclusão e exclusão apresentados, foi realizada a leitura exaustiva do título e do resumo de cada artigo científico a fim de verificar a sua adequação com a questão norteadora da presente investigação. Ressalta-se que a busca, a seleção dos artigos e a extração dos dados foi realizada por um único pesquisador.

A análise dos dados exigiu tradução, leitura e releitura dos artigos. Foi utilizado um instrumento pré-estruturado que fa-

cilitava a análise dos principais dados encontrados em cada artigo, que continha as seguintes informações: título do artigo, periódico, categoria profissional dos autores, referência, ano de publicação, objetivo, características metodológicas, tecnologia educacional estudada, principais resultados e conclusões.

RESULTADOS

Após a análise de dados, através da utilização dos descritores nas bases de dados SciELO, BDeF e LILACS, identificou-se um quantitativo de 208 artigos. Desses, 40 foram excluídos por serem publicações duplicadas, 60 por estarem fora do período incluído na pesquisa e 40 por ser editorial, trabalhos de conclusão de curso ou dissertações. Foram 68 artigos lidos na íntegra, sendo que apenas 9 desses artigos abordavam sobre a temática, atenderam aos critérios de inclusão e assim, foram selecionados para compor a amostra da presente revisão.

Foram selecionados 06 artigos em português, 02 artigos em espanhol e 01 em inglês, sendo que todos os artigos foram desenvolvidos por enfermeiros.

As tabelas 1 e 2 mostram um resumo dos artigos selecionados para a amostra.

Tabela 1. Artigos selecionados para a revisão integrativa

REFERÊNCIA	AUTORES	ANO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	LOCAL DO ESTUDO
ROGENSKI & KURCGANT, 2012	The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol.	2012	Avaliar a implementação de um protocolo de prevenção de úlceras por pressão em pacientes internados em uma UTI.	Quantitativo Descritivo	Hospital Universitário de São Paulo
BARRIENTOS et al., 2005	Efectos de la implementación de un protocolo de prevención de úlceras por presión en pacientes en estado crítico de salud.	2005	Conhecer o impacto de um protocolo de prevenção de úlceras por pressão em pacientes de Unidades de Cuidados Intensivos.	Descritivo Descritivo Prospectivo Coorte Transversal	Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile
PICATOSTE et al., 2012	Efectividad de una intervención formativa en prevención de úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos quirúrgica: un estudio cuasi experimental.	2012	Avaliar a efetividade de uma intervenção educativa na prevenção de úlceras por pressão através da avaliação da incidência e da gravidade das lesões em uma unidade de cuidados intensivos cirúrgicos.	Quase experimental Caso controle	Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

REFERÊNCIA	AUTORES	ANO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	LOCAL DO ESTUDO
SILVA et al., 2010	Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva.	2012	Aplicar protocolo de prevenção de úlcera por pressão na UTI baseado na escala de Braden.	Descritivo Transversal	Hospital público extra- porte da cidade de Recife
BERETA et al., 2010	Protocolo assistencial para prevenção de úlcera por pressão em clientes críticos.	2010	Analisar o indicador de úlceras por pressão, além de elaborar e aplicar um protocolo assistencial de enfermagem para prevenção em UTI.	Descritivo Exploratório Quantitativo	Hospital Escola do noroeste paulista
FERNANDES; CALIRI; HAAS, 2008	Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras por pressão.	2008	Avaliar o efeito de intervenções educativas, no nível de conhecimento dos membros da equipe de enfermagem sobre a prevenção de úlceras por pressão em um Centro de Terapia Intensiva.	Descritivo Comparativo Quantitativo	Hospital Universitário de nível terciário do interior paulista
BARROS et al., 2002	Aplicação de protocolo para prevenção de úlcera de pressão em Unidade de Terapia Intensiva.	2002	Aplicar protocolo para prevenção de úlceras por pressão.	Descritivo Quantitativo	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná
LOURO; FERREIRA; PÓVOA, 2007	Avaliação de Protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão.	2007	Aplicar protocolo de prevenção e tratamento de úlceras por pressão.	Descritivo Prospectivo	Hospital Garcia de Orta
OLKOSKI & ASSIS, 2016	Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após campanha educativa.	2016	Avaliar a efetividade de uma campanha educativa com a equipe de profissionais para a prevenção de úlcera por pressão em um Centro de Terapia Intensiva.	Descritivo Exploratório Quantitativo	Hospital de Ensino da cidade de Curitiba

Com relação ao ano de publicação dos artigos, podemos observar a carência de estudos mais atuais, já que a maioria dos estudos não são dos últimos cinco anos, ou seja, são anteriores a 2012.

A maioria dos estudos foi realizada em instituições hospitalares públicas e universitárias. Não foi observada predominância com relação as regiões geográficas de realização dos estudos. Houve uma predominância com relação aos estudos do tipo quantitativo e descritivo.

Observou um destaque dos pacientes abordados referentes ao sexo masculino e idosos. Identificou-se que em 6 artigos, a tecnologia utilizada foi a de protocolo, representando uma ferramenta que utiliza diretrizes para ajudar na melhoria da prática profissional, sendo assim, considerada uma tecnologia educacional. E nos demais artigos utilizou-se diferentes intervenções educativas, como curso, campanha e materiais impressos.

Tabela 2. Artigos selecionados para a revisão integrativa

REFERÊNCIA	TECNOLOGIA ESTUDADA	PRINCIPAIS RESULTADOS	CONCLUSÃO
ROGENSKI & KURCGANT, 2012	Protocolo	<ul style="list-style-type: none"> Foi encontrada uma incidência de 23,1% para o desenvolvimento de LPPs. A maioria dos pacientes era idosos, do sexo masculino e ficaram internado em média 11,8 dias. Locais mais frequentes para LPP: calcâneo (42,1%) e Sacra (36,8%). A maioria eram estágio 2 (68,4%). 	A implementação do protocolo foi positiva pois a incidência foi menor do que a encontrada em um estudo anterior realizado na mesma instituição.
BARRIENTOS et al., 2005	Protocolo	<ul style="list-style-type: none"> Dos 107 pacientes, a maioria eram homens (63%), com idade maior ou igual a 65 anos (48%). 64 pacientes eram de alto risco na Escala de Braden. O desenvolvimento de UPP ocorreu em apenas 4 pacientes (2%) com lesões no Estágio 01. 	O protocolo foi eficiente já que dos 22 pacientes que cumpriram todos os itens do protocolo apenas 1 desenvolveu UPP de Estágio 01.
PICATOSTE et al., 2012	Curso de atualização sobre prevenção de LPPs	<ul style="list-style-type: none"> Participaram da intervenção enfermeiros e técnicos de enfermagem. Na fase pré-intervenção participaram 247 e deles 48 pacientes evoluíram com UPP (Incidência de 19,4%). Na fase pós-intervenção dos 200 participantes 32 desenvolveram UPP (Incidência de 15,9%). 	A efetividade das intervenções educativas foi confirmada com a redução da incidência das UPPs.
SILVA et al., 2010	Protocolo	<ul style="list-style-type: none"> Foram 21 pacientes participantes predominando o sexo feminino e idosos. A maioria (57,3%) possuíam elevado risco na Escala de Braden. 	A implantação do protocolo mostrou-se efetivo e importante na assistência.
BERETA et al., 2010	Protocolo	<ul style="list-style-type: none"> Comparação entre 2 UTIs, quantidade de pessoas expostas a desenvolver UPP foi semelhante. Indicador de UPP: UTI Geral 1 (20,3%) e UTI Geral 2 (12,6%). 	O protocolo foi elaborado a partir de atividades simples, de baixo custo e fácil execução. A incidência de UPP foi inferior e mostrou subsídios a elaboração de um POP.
FERNANDES; CALIRI; HAAS, 2008	Intervenção educativa (aula expositiva, discussão, materiais impressos)	<ul style="list-style-type: none"> Os enfermeiros obtiveram 86,4% de acertos na fase de pré-intervenção. Os técnicos obtiveram 74,3% de acertos na fase de pré-intervenção e 81,2% na fase de pós-intervenção. 	Houve melhora nos resultados dos profissionais nos testes. A não participação dos enfermeiros na fase de pós-intervenção não possibilitou a avaliação dos efeitos da intervenção nesse grupo.

REFERÊNCIA	TECNOLOGIA ESTUDADA	PRINCIPAIS RESULTADOS	CONCLUSÃO
BARROS et al., 2002	Protocolo	<ul style="list-style-type: none"> Dos 51 participantes a maioria era do sexo masculino com média de idade de 48 anos. 29 pacientes possuíam risco de desenvolver LPPs, deles 17 não apresentaram alterações na pele, 12 apresentaram alterações na pele. Pacientes que apresentaram alteração na pele, tiveram valores de Hemoglobina abaixo de 10g/dL. 	Foi verificado que o Protocolo é uma tecnologia eficaz para o trabalho preventivo de UPP pela equipe de profissionais.
LOURO; FERREIRA; PÓVOA, 2007	Protocolo	<ul style="list-style-type: none"> 155 pacientes com média de idade de 63 anos, sendo predominante o sexo masculino (63%). Durante a internação, 40 pacientes desenvolveram UPP. Protocolo de prevenção eficaz em 79% dos pacientes. 	Pacientes em que ocorreu o cumprimento na totalidade do protocolo de prevenção tiveram o escore e o grau das UPP significativamente inferior em relação aos outros.
OLKOSKI & ASSIS, 2016	Campanha Educativa	<ul style="list-style-type: none"> No decorrer da campanha, observou-se um aumento no percentual de adesão da equipe às medidas preventivas. Em discussão posterior, os itens que não eram exercidos com frequência foram bastante debatidos durante a atividade de capacitação. Melhores índices ao comparar antes e após a campanha: Lateralização com angulação menor que 90° (antes 56,5% e depois 93,5%); Elevação de cabeceira com angulação menor que 45° (antes 79,4% e depois 100%); Reposicionamento em até 3 horas (antes 31,5% e depois 50,4%). 	O envolvimento dos profissionais na atividade de capacitação favorece o aumento nos índices de adesão as orientações repassadas sobre as medidas preventivas essenciais para prevenção de UPP

DISCUSSÃO

A discussão dos resultados teve como principal foco identificar os tipos de tecnologias educacionais encontradas na literatura, os resultados positivos ou negativos avaliados com a sua implementação e como essas tecnologias influenciaram na abrangência do conhecimento dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade da assistência. Foi possível reconhecer que o objetivo da maioria dos estudos era avaliar o uso e a efetividade da tecnologia estudada.

Por ter a maioria dos participantes do estudo pertencentes ao sexo masculino e idosos, reconhece-se que com o envelhecimento, a pele sofre diversas alterações, como redução do número de glândulas sudoríparas, atrofia e afinamento das camadas epiteliais e gordurosas, fazendo com que a pessoa idosa mereça cuidados especiais em sua pele⁽¹⁶⁾. Sendo assim, mais propensas ao desenvolvimento de LPPs se não for prestada uma assistência imprescindível e conseqüentemente, a necessidade de implementar diferentes tecnologias educacionais.

A tecnologia educacional predominante foi a implementação de protocolos. O protocolo é designado como uma decisão estratégica de fortalecimento em melhores práticas assistenciais, permitindo a integração de diferentes equipes profissionais, além de sistematizar um cuidado mais qualificado, objetivando reduzir as incidências de LPPs^(13,14). Foi identificada também o uso de intervenções educativas diferenciadas.

O protocolo tem como propósito estruturar e implantar intervenções, que são principalmente exercidas pelos enfermeiros, incluindo: realizar inspeção da pele, avaliar o risco de desenvolver LPPs, documentar no prontuário, elaborar uma escala com mudança de decúbito, indicar maneiras de como descomprimir áreas de pressão em pacientes restritos ao leito, atentar para a ingesta nutricional, entre outras ações⁽¹⁴⁾.

Nos resultados finais dos estudos, quando houve o devido cumprimento do protocolo, foi constatada a redução nos índices de LPPs. Enfatizando que com uma prevenção adequada, as intervenções têm maiores chances de terem resultados satisfatórios⁽¹⁷⁾.

Com a execução dos protocolos, foi possível efetuar medidas preventivas, que realizadas e avaliadas diariamente, possibilita o reconhecimento da efetividade dessa tecnologia educativa.

Na implementação de uma campanha educativa, observou-se que com relação às medidas preventivas implantadas pelos profissionais de saúde na UTI, em um primeiro momento, foram identificados déficits de conhecimento em algumas condutas, fazendo com que, em uma discussão posterior fossem debatidas com maior abordagem. É essencial que ocorra frequentemente a capacitação dos profissionais de saúde, por apresentar resultados expressivos na melhora da adesão a medidas preventivas, reduzindo assim, os agravos⁽¹⁸⁾.

As intervenções educativas ocasionam efeitos determinantes no conhecimento dos profissionais com relação à avaliação do risco e à prevenção das LPPs, significando ferramentas importantes para que ocorra a difusão e melhora da qualidade de vida dos pacientes internados⁽¹⁵⁾.

Na maioria dos estudos observou-se que o uso das tecnologias abordadas trouxe notáveis resultados para suas instituições, seja através da redução dos índices de desenvolvimento das lesões por pressão ou pela melhora do conhecimento entre seus profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que com a implementação de tecnologias educacionais o conhecimento dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, por serem os responsáveis por uma

assistência ininterrupta aos pacientes, teve ampliação. Além disso, a efetividade do uso dessas tecnologias foi confirmada com a identificação da redução nos índices de incidências de LPPs quando comparadas com estudos anteriores.

O protocolo teve predominância no estudo, mostrando-se eficaz no trabalho preventivo de LPPs, por permitir o registro das condições da pele e implementação de medidas preventivas que direcionam a prescrição de cuidados a cada paciente individualmente.

A capacitação é importante para que os profissionais da saúde se tornem mais familiarizados com as novas tecnologias educacionais existentes, que os auxiliam a serem mais atentos às prescrições essenciais dos cuidados com a pele dos pacientes e na eficiência desses cuidados. O uso deve ser rotineiro e não apenas na admissão, para que resultados positivos possam ser determinados.

Houve uma quantidade bastante reduzida de estudos sobre essa temática, com poucos achados na literatura. Com isso, torna-se necessário uma ampliação na produção de estudos e a implementação de novas tecnologias educacionais em UTI.

A introdução de novas tecnologias educacionais possibilita a melhora na assistência, acrescentando e intensificando os modos de exercê-la, sem ser apenas no modelo convencional.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa TP, Beccaria LM, Poletti NAA. Avaliação do risco de úlcera por pressão em UTI e assistência preventiva de enfermagem. *Rev. Enferm UERJ*. 2014; 22(3): 353-358.
2. Araujo AA, Santos AG. Úlceras por pressão em pacientes internados em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. *Ciência&Saúde*. 2016; 9(1): 38-48.
3. Campanili TCGF, et al. Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica. *Rev. Esc Enferm USP*. 2015; 49(especial): 7-14.
4. Palhares VC, Neto AAP. Prevalência e incidência de úlcera por pressão em uma unidade de terapia intensiva. *Rev. Enferm UFPE*. 2014; 8(2): 3647-3653.
5. Lima AFC, et al. Custos da implantação de um protocolo de prevenção de úlceras por pressão em um hospital universitário. *Rev. Eletr. Enf*. 2015; 17(4): 1-9.
6. Monteiro AKC, et al. Educação permanente à distância sobre a prevenção de úlcera por pressão. *Rev. Enferm. UERJ*. 2016; 24(1): 1-7.
7. Silva EA, et al. Literatura de cordel na educação em saúde de famílias para prevenção de úlceras por pressão. *Rev. Baiana de Enfermagem*. 2013; 27(3): 203-211.
8. Casaburi PR, Westin UM, Zem-mascarenhas SH. Elaboração e avaliação de conteúdo educacional sobre Úlceras por Pressão. *J. Health Inform*. 2012; 4(especial): 120-124.
9. Soares CB, et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev. Esc Enferm USP*. 2014; 48(2): 335-345.
10. Rogenski NMB, Kurcgant P. The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(2): 333-339.
11. Barrientos C, et al. Efectos de la implementación de un protocolo de prevención de úlceras por presión en pacientes en estado crítico de salud. *Rev. Chilena de Medicina Intensiva*. 2005; 20(1): 12-20.
12. Picatoste MJW, et al. Efectividad de una intervención formativa en prevención de úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos quirúrgica: un estudio cuasi experimental. *Rev. Gerokomos*. 2012; 23(3): 128-131.

13. Silva EWNL, et al. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*. 2010; 22(2): 175-185.
14. Bereta RP, et al. Protocolo assistencial para prevenção de úlcera por pressão em clientes críticos. *Rev. Cuidarte*. 2010; 4(2): 80-86.
15. Fernandes LM, Caliri MHL, Haas VJ. Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras pressão. *Acta Paul. Enferm*. 2008; 21(2): 305-311.
16. Barros SKSA, et al. Aplicação de protocolo para prevenção de úlcera de pressão em Unidade de Terapia Intensiva. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2002; 23(especial): 25-32.
17. Louro M, Ferreira M, Póvoa P. Avaliação de Protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*. 2007; 19(3): 337-341.
18. Olkoski E, Assis GM. Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa. *Esc. Anna Nery*. 2016; 20(2): 363-369.

Recebido em: 06.08.2017

Aprovado em: 01.09.2017

VIOÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA REVISÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

OBSTETRICAL VIOLENCE: A PRODUCTION SCIENTIFIC REVIEW

Artigo de Revisão

Sabrine Rodrigues Feitoza¹

Ana Kelve de Castro Damasceno²

Francisca Alice Cunha Rodrigues³

Regia Christina Moura Barbosa Castro⁴

Aline Rodrigues Feitoza⁵

Lorena Damasceno Alves Bezerra⁶

Maria Luiza Soares de Amorim⁶

Tatiane da Silva Coelho⁷

RESUMO

Objetivou-se mostrar as principais evidências científicas sobre violência obstétrica, através de uma revisão narrativa da literatura, nas bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde em Enfermagem e na PubMed. Após leitura exaustiva e crítica, emergiram duas categorias: "Conhecendo a violência obstétrica" e "Por um parir com respeito: estratégias de enfrentamento da violência obstétrica". Os achados dessa revisão denunciam que muitos procedimentos ainda são realizados de forma violenta e/ou sem consentimento da mulher, sendo enfermeiras e médicos os que mais promovem a violência obstétrica. Estratégias podem ser eficazes na luta pelo enfrentamento da violência obstétrica, como: inserção da Enfermeira Obstetra no cenário

do parto; realização de pré-natal de qualidade; a prevenção quaternária e o ativismo. Conclui-se que há uma escassez na literatura sobre estudos que abordem de maneira direta e objetiva a problemática, sendo urgente a necessidade de que mais pesquisas sejam realizadas.

Palavras-chave: Violência; Mulheres; Obstetrícia.

ABSTRACT

The objective was to show the main scientific evidence on obstetric violence, through a narrative review of the literature in databases indexed in the Virtual Health Library Nursing and PubMed. After thorough and critical reading, two categories emerged: "Knowing obstetric violence" and "For a calve regarding: coping strategies of obstetric violence".

¹ Residente em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal do Ceará (UFC)/Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: sabrine.feitoza@hotmail.com

² Enfermeira Obstetra. Docente Doutora Associado I do Departamento de Enfermagem da UFC.

³ Enfermeira Obstetra. Docente Mestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

⁴ Enfermeira. Docente Doutora Adjunta II do Departamento de Enfermagem da UFC.

⁵ Enfermeira. Docente Doutora do curso de graduação em Enfermagem da UNIFOR e do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE/UNIFOR).

⁶ Residente em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal do Ceará/Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

⁷ Enfermeira Obstetra da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC/EBSERH/UFC. Coordenadora Assistencial da Residência em Enfermagem Obstétrica da UFC – RESENF0.

The findings of the review report that many procedures are still performed violently and / or without the consent of the woman, and nurses and doctors who promote more obstetric violence. Strategies can be effective in the fight for coping with obstetric violence, such as insertion of Nurse Midwife at birth scenario; conducting pre-natal quality; quaternary prevention and activism. We conclude that there is a shortage in the literature on studies that address directly and objectively the problem, with an urgent need for more research is done.

Keywords: Violence; Women; Obstetrics.

INTRODUÇÃO

Nem todas as parturientes tem a oportunidade de se beneficiarem com o parto que idealizaram e nem todos os recém-nascidos são recebidos de forma segura e respeitosa no Brasil e no mundo. Pesquisas relatam que durante um dos momentos mais importantes da vida da mulher brasileira, seu trabalho de parto e parto, 25% delas sofrem violência obstétrica⁽¹⁾.

Configura-se como violência obstétrica qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, que leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade⁽²⁾.

A Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, aprovada na Venezuela e que é a primeira legislação latino-americana que define e engloba a violência obstétrica como um tipo de agressão contra a mulher, considera como delitos: 1) Não atender oportuna e eficazmente as emergências obstétricas; 2) Obrigar a mulher a parir em posição supina e com as pernas levantadas, existindo os meios necessários para a realização do parto vertical; 3) Dificultar o contato precoce entre a mulher e o recém-nascido, sem causa médica justificada, negando-lhe a possibilidade de ser amamentado imediatamente ao nascer; 4) Alterar o processo natural do parto de baixo risco, mediante o uso de técnicas de aceleração, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher; e 5) Realizar cesárea, mesmo existindo condições para o parto normal, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher.

A violência obstétrica além de desumanizante, também configura-se como violação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu artigo XXV, que garante cuidados e assistência especiais à maternidade e à infância; e quaisquer pensamentos e atitudes que vão contra estes aspectos, refletem a precariedade dos recursos materiais e humanos, a descontinuidade da assistência nos três níveis de atenção à saúde, o uso exacerbado e desnecessário das tecnologias duras em detrimento das leves e, principalmente, o despreparo para lidar com a subjetividade da mulher, principalmente quando esta encontra-se em processo de parto⁽³⁻⁴⁾.

Foi percebido durante a prática obstétrica, a subordinação profissional, especialmente pela classe médica; as questões de gênero, colocando a figura masculina em condição de superioridade à feminina; e a falta de empoderamento da mulher ao seu próprio corpo, ainda encontram-se presentes na maioria das salas de parto. Desta forma, considerando que a prática tecnocrática da obstetrícia apropriou-se dos processos naturais e fisiológicos do nascimento, e que há um “silêncio científico” quanto a investigação e abordagem dessas práticas obstétricas violentas cometidas contra a mulher, justifica-se a realização desta revisão narrativa da literatura.

Diante do exposto, surge a pergunta norteadora: Como a problemática da violência obstétrica tem sido abordada no meio científico?

O estudo da problemática mundial da violência obstétrica é de extrema relevância para a área obstétrica, visto que pode contribuir para a reflexão e compreensão mais ampla e abrangente deste momento único na vida da mulher, carregado de fortes emoções e que pode deixar marcas indelévels, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas.

Neste estudo, objetivou-se mostrar as principais evidências científicas sobre a violência obstétrica na literatura existente.

METODOLOGIA

Para o alcance do objetivo proposto no presente estudo, selecionou-se a revisão narrativa da literatura como método de revisão, a qual consiste na apresentação de novas informações, ao proporcionar conhecimentos atuais sobre o tema explorado ou enfatizar lacunas no corpo de pesquisas, e assim instigar pesquisadores a melhorar a base de dados científicos⁽⁵⁾.

A busca dos artigos se deu no período de Novembro a Dezembro de 2015, consultando-se o Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e a *PubMed*, em suas respectivas bases de dados indexadas, mediante os descritores: *Violence and Obstetric*. Ressaltamos que a terminologia “violência obstétrica” não se constitui como um Descritor em Ciências da Saúde (DeCS) ou *Medical Subject Headings* (MeSH), justificando a adoção de descritores mais amplos e que abrangessem um maior número de artigos.

Foram utilizados como critérios de inclusão: artigos em português, inglês ou espanhol, com textos disponíveis gratuitamente na íntegra e que abordassem a temática violência obstétrica. Foram excluídos: editoriais, carta ao editor, opiniões de especialistas, dissertações, teses e artigos que não correspondiam ao tema em questão.

Deste modo, a busca inicial se deu na PubMed, onde foram encontrados 77 artigos. Após leitura dos títulos e resumos, oito artigos contemplavam a temática proposta, mas apenas um artigo obedecia aos critérios para compor a amostra final.

Na BVS, na busca inicial foram encontrados 109 artigos. Desses, somente 47 estavam disponíveis na íntegra. Visto que a busca resultou em muitos artigos que abordavam outros tipos de violência não condizentes com o objetivo proposto, refinou-se a pesquisa, utilizando-se o filtro “assunto principal”: obstetrícia, coerção, preconceito e mulheres, o que gerou um resultado de 23 artigos disponíveis. Contudo, após a leitura dos títulos e resumos, observou-se que apenas oito artigos apresentavam coerência exclusivamente sobre violência obstétrica. Portanto, nove (9) artigos compuseram a amostra final, demonstrando a escassez da literatura sobre o assunto.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram incluídos 9 artigos nesta revisão, sendo um em inglês, dois em espanhol e seis em língua portuguesa. Percebeu-se uma valiosa presença de publicações Venezuelanas, pois o país é um dos poucos que possui lei própria direcionada à problemática da violência obstétrica.

A descrição dos artigos selecionados estão categorizadas no Quadro 1, segundo título da publicação, autores/ano de publicação/periódico, delineamento da pesquisa e objetivo(s).

Quadro 01. Descrição dos artigos incluídos na revisão integrativa

CÓD	TÍTULO DO PERIÓDICO	AUTOR/ANO PUBLICAÇÃO/ PERIÓDICO	DELINEAMENTO	OBJETIVO
A1	Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud	Faneite, Feo & Merlo 2012 Rev Obstet Ginecol Venez	Descritivo e transversal	Determinar o grau de conhecimento dos profissionais de saúde acerca da violência obstétrica e suas implicações legais e dos mecanismos de denúncia.
A2	Violência obstétrica: percepción de las usuárias	Terán et al. 2013 Rev Obstet Ginecol Venez	Prospectivo, descritivo, exploratório, de corte transversal	Avaliar a percepção da atenção obstétrica recebida durante o processo de parto em relação à violência obstétrica, em um grupo de usuárias no puerpério.
A3	Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde	Aguiar, Oliveira e Schraiber 2013 Cad Saúde Pública	Qualitativo	Entrevistar profissionais de saúde sobre a violência institucional em maternidades públicas e analisar à luz das relações entre o poder e a autoridade médicos e as relações de gênero
A4	Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras	Silva et al. 2014 Rev Rene	Relato de experiência	Relatar a experiência de enfermeiras obstetras sobre a violência obstétrica vivenciada, presenciada e observadas durante suas trajetórias profissionais.
A5	Disrespect and Abuse During Childbirth in Tanzania: Are Women Living With HIV More Vulnerable?	Sando et al. 2014 J Acquir Immune Defic Syndr. 2014	Quanti-Quali	Compreender a relação entre o estado HIV e desrespeito e abuso contra mulheres durante o parto

CÓD	TÍTULO DO PERIÓDICO	AUTOR/ANO PUBLICAÇÃO/ PERIÓDICO	DELINEAMENTO	OBJETIVO
A6	Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática	Santos & Souza 2015 Periódicos Estação Científica (UNIFAP)	Revisão sistemática da literatura brasileira	Realizar revisão sistemática da literatura sobre a violência institucional obstétrica, no Brasil, e apresentar as principais evidências encontradas
A7	Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer	Tesser et al. 2015 Rev Bras Med Fam Comunidade	Quantitativa	Justificar a necessidade de prevenção quaternária frente à violência obstétrica, bem como discutir estratégias e ações de prevenção quaternária a serem realizadas
A8	Violência obstétrica: ativismo nas redes sociais	Luz & Gico 2015 Cad Ter Ocup	Análise qualitativa	Conhecer como as bloqueiras ativistas estão se valendo das ferramentas da internet para chamar atenção para o problema da violência obstétrica.
A9	Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do estado de São Paulo	Luz & Gico 2015 Cad Ter Ocup Biscegli et al. 2015 Cuidarte Enfermagem	Transversal, descritivo	Verificar a prevalência de violência obstétrica na Maternidade de um hospital escola e descrever as características do atendimento.

Após a análise dos conteúdos abordados nos artigos, emergiram duas categorias para a síntese desses achados, descritas abaixo.

Conhecendo a violência obstétrica

Na Venezuela, estudo com 425 usuárias, mostrou que a violência obstétrica esteve mais prevalente entre as mulheres com mais idade, entre 35 e 42 anos (83,3%); nas que tinham um nível secundário de instrução educacional (49,8%) e nas que pariram por via vaginal não instrumentalizada (46,2%). Já no Brasil, entre 172 puérperas, revelou-se que a violência obstétrica tem outra identidade e é mais sofrida por mulheres pardas (45,5%), casadas (62,5%), com menos de 35 anos de idade (46,2%), múltiplas (51,7%) e que foram submetidas a uma cirurgia cesariana (50%)⁽⁶⁻⁷⁾.

Estudo realizado na Tanzânia, com um delineamento quali-quantitativo, abordou 2000 mulheres e fez uma análise comparativa dos maus tratos recebidos entre mulheres HIV positivas (12,2%) e mulheres HIV negativas (15%). Situações como falta de privacidade, quebra de sigilo, desrespeito/abuso ou abandono, não foram identificadas com uma prevalência estatisticamente significantes no grupo mais vulnerável⁽⁸⁾.

Independente da posição ocupada pela parturiente na sociedade, a posição da OMS é a de que todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação⁽⁹⁾.

Na Venezuela, 49,4% das 425 mulheres entrevistadas, relataram algum tipo de tratamento desumanizante, sendo a violência mais praticada, o impedimento de contato com o RN (23,8%). Os procedimentos mais realizados sem consentimento foram: toques vaginais repetidos (37,2%); administração de ocitócitos (31,3%) e decúbito dorsal obrigatório (24,9%)⁽⁶⁾.

Em São Paulo, com uma menor prevalência, 27,9% das 172 mulheres entrevistadas relataram a violência sofrida, sendo a mais prevalente a realização de procedimentos sem justificativa clínica e sem o consentimento da mulher (27,3%), como: episiotomia (25,5%); amniotomia artificial (17%) e enema (17%). Ainda, somente 2,3% tiveram a oportunidade de amamentar seus filhos durante a primeira hora de vida. Mesmo assim, 93% das mulheres encontravam-se felizes e realizadas com seu parto⁽⁷⁾.

A pesquisa Nascer no Brasil corrobora a realidade da violência obstétrica há muito tempo mascarada no Brasil e afirma que somente 25,6% das mulheres puderam aliviar-se durante o trabalho de parto, 19,8% tiveram seu direito a acompanhante respeitado, 46,3% puderam movimentar-se livremente, e para menos de um terço (28%) das mulheres foram oferecidos métodos não farmacológicos para alívio da dor. Ainda, condutas claramente proscritas continuam a serem utilizadas de forma indiscriminada, como a Manobra de Kristeller (37,3%) e a episiotomia (56,1%)⁽¹⁰⁾.

Mesmo tendo passado por procedimentos desnecessários e sem consentimento, e não tendo tido a oportunidade de amamentar seus filhos na primeira hora, muitas mulheres sentem-se satisfeitas com a assistência recebida. Isto pode nos fazer refletir sobre a deficiência no empoderamento e apropriação do corpo da mulher pelos profissionais de saúde, fazendo-a pensar que procedimentos realizados de forma mecânica e potencialmente iatrogênica são inerentes ao seu processo de assistência e tem o objetivo de lhes “ajudar”.

Quanto à visão dos profissionais de saúde sobre a violência obstétrica, em entrevista a 500 profissionais da saúde envolvidos no contexto obstétrico, concluiu-se que 89,2% dos profissionais conhecem o termo “violência obstétrica” e 63,6% já presenciaram alguma situação de violência obstétrica; no entanto, parecem não saber como agir diante de tal situação, pois a grande maioria (72,6%) desconhece os mecanismos para se fazer denúncia⁽¹¹⁾.

Em uma amostra de 18 profissionais paulistas, identificou-se uma postura de “culpabilização da vítima” por parte dos profissionais, visto que alguns deles justificaram seus maus tratos pela ignorância educacional e social das pacientes, afirmando dificuldades de estabelecer uma relação amigável com as mesmas⁽¹²⁾.

Para as pacientes que não se submetem à obediência que lhes é esperada, chamadas de “escandalosas” ou “histéricas”, a grande maioria dos profissionais revelou utilizar uma conduta “mais ríspida” como forma de coagir a paciente a “colaborar”, que são consideradas como legítimas no exercício da autoridade profissional pela maioria dos entrevistados. Por falta de empoderamento da maioria das mulheres, tais atos são vistos como atitudes de “ajuda” para acabar com seu “sofrimento”⁽¹²⁾.

Pode-se considerar que a formação acadêmica destes profissionais é o ponto-chave para se entendermos a origem destes comportamentos, que “na maioria baseiam-se em modelos tradicionais de autores consagrados há muitas décadas e sem comprovação verdadeira da relação entre danos e benefícios. Além disso, estes elementos de estudo dificilmente acompanharam as atualizações referentes ao parto natural”⁽³⁾.

Em um relato de experiência de enfermeiras obstetras, revelou-se verbalizações violentas dos profissionais de saúde às pacientes, como os jargões que há décadas fere e ridiculariza as mulheres: “Na hora de fazer não gritou. Alguns discursos visam ainda denegrir a imagem e as condutas de outras classes sociais envolvidas na assistência ao parto (“O seu parto foi feito por enfermeiras, se complicar a culpa é da enfermeira e sua”) ou ainda persuadir a mulher a determinadas condutas sem qualificação científica (“É melhor fazer cesariana, parto normal esgaça a vagina”)⁽¹³⁾.

Foram elencados também procedimentos realizados de forma desnecessária e que acabam por causar iatrogenia, sendo eles: realização de episiotomia ou fórceps para aprendizado de estudantes, realização de tricotomia e enema, jejum sem justificativas clínicas, amarrar as pernas da paciente em perneiras, não permitir contato pele a pele com o recém-nascido vigoroso, não permitir acompanhante, exame físico sem apresentação e sem privacidade, toques vaginais coletivos, manobra de Kristeller, restrição no leito, atendimento grosseiro⁽¹³⁾.

O que se pode perceber nesses relatos de procedimentos realizados é a objetificação e apropriação do corpo da mulher por quem é indevido. Além do mais, rotinas e protocolos são supervalorizados em detrimento à assistência individualizada de que necessita cada mulher.

O despreparo institucional para acolher a parturiente e sua família também é demonstrado como fator propulsor da violência obstétrica, como: falta de espaço e conforto mínimo, mesas de parto ultrapassadas, ambiente pouco arejado e com intensa iluminação artificial, falta ou descumprimento de protocolos que visem a humanização e falta de treinamento aos profissionais⁽¹³⁾.

Mesmo sendo esta a realidade na grande maioria das maternidades do país, a ambiência não pode ser fator impeditivo para que profissionais centrem suas ações nos princípios de humanização, pois além de investimentos financeiros em tecnologias avançadas, o modelo de atenção deve ser mais humanista, visto que conforto não é sinônimo de sofisticação, mas sim de direito a um tratamento digno e de respeito para com o momento do nascimento⁽³⁾.

É válido destacar que a problemática não se refere a uma violência “do obstetra”, mas sim uma violência que é praticada por diversas categorias profissionais. Em nossa revisão, vários estudos apontam os responsáveis pelas estatísticas insatisfatórias do país e do mundo, sendo eles: médico obstetra, médico generalista, enfermeiro generalista, enfermeiro obstetra, auxiliares/técnicos de enfermagem, acadêmicos e demais funcionários de maternidades, como porteiros, camareiras e etc^(6,11-14).

Paradoxalmente, o profissional que deveria passar segurança e confiança para a parturiente, acaba por aguçar seu ciclo de medo-tensão-dor com sua conduta. Por isto, é de fundamental importância que os profissionais de saúde,

indiferentemente do cargo que ocupam, tenham habilidade, competência técnica e controle emocional para prestar a assistência⁽¹⁵⁾.

Não somente os profissionais com suas condutas individuais são os responsáveis pela violência obstétrica praticada e suas indelévels consequências. A figura do Estado se faz presente quando se pensa na peregrinação diária das mulheres em trabalho de parto, em busca de uma vaga em uma maternidade onde possa parir de forma segura⁽¹⁶⁾.

Não destoante do restante do país, no Ceará, em maternidade vinculadas à Rede Cegonha, observou-se que 70% das mulheres são avaliadas em pelo menos uma maternidade, antes de serem internadas para assistência ao parto⁽³⁾.

Como pouco conhecedoras de seus direitos, a grande maioria das mulheres simplesmente acata a ocorrência de portas fechadas e seguem seus caminhos, em transportes coletivos ou próprios, em busca de uma porta aberta e não raro acabam dando a luz em calçadas ou nas portas das maternidades.

Por um parir com respeito: estratégias de enfrentamento da violência obstétrica

Diante do cenário obstétrico mundial exposto, percebeu-se que diariamente mulheres tem que travar contra o sistema, uma luta injusta e desigual se quiserem ser protagonistas de seus próprios processos de parto, sendo necessárias algumas estratégias de enfrentamento da violência obstétrica.

O empoderamento das gestantes, ainda durante o pré-natal é o ponto chave para a mudança da assistência. A partir do momento que as mulheres entenderem que “piques” na vagina para “ajudar” o bebê a nascer e/ou uma “forcinha” na barriga não se constituem como práticas assistenciais qualificadas, e cobrarem de seus prestadores de assistência condutas humanizadas e sérias, teremos uma apropriação do parto a quem realmente é de direito: a mulher.

Alguns profissionais são decisivos para o alcance dos resultados almejados, como é o caso da atuação da Enfermeira Obstetra, que por ser “profissional legalmente habilitada e capacitada para a assistência ao parto de baixo risco, pode ser capaz de reduzir intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto, oferecendo um cuidado mais integral à mulher e sua família”⁽¹³⁾.

Outros autores consideram que o êxito para mudanças de paradigmas se alcançará com um esforço coletivo. Acredita-se que congregar mulheres e profissionais, bem como iniciativas governamentais ou da sociedade civil em direção à construção de casas de parto, à atuação de parteiras e doulas, e do parto domiciliar, são ao mesmo tempo uma forte crítica à medicina e um convite à possibilidade da reinvenção social do cuidado às gestantes e puérperas⁽¹²⁾.

O governo vem há alguns anos reunindo esforços para a luta na mudança do modelo tecnocrático obstétrico, tais como a Política de Humanização da Assistência Hospitalar; o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, do Ministério da Saúde (2000) e a Rede Cegonha (2011), que são exemplos de respostas à insatisfação dos usuários com um tratamento denunciado como desrespeitoso, violento e o uso indiscriminado de tecnologias que resultam em altas taxas de cesarianas e dor iatrogênica⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

No entanto, a assistência no momento do parto é apenas a ponta do iceberg nessa grandiosa problemática da violência obstétrica. A humanização ao nascimento deve começar ainda no pré-natal, sendo este um dos componentes da estratégia de “Prevenção Quaternária” da violência obstétrica. Conceitua-se a prevenção quaternária como o conjunto de atividades empregadas para identificar pessoas que estejam sob risco de hipermedicalização e reduzir as intervenções desnecessárias ou excessivas a fim de minimizar as iatrogenias⁽¹⁹⁾.

A prevenção quaternária à luz da violência obstétrica, indica dois tipos de ações: ações individuais, familiares e comunitárias realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS), associadas ao pré-natal; e ações em maior escala (social, política e institucional)⁽²⁰⁾.

Corroborando essa ideia, acredita-se que a humanização deva começar na primeira consulta de pré-natal, pois uma gestante que tenha recebido um bom preparo nesta fase, seja por orientações adequadas, participações em grupos de gestantes e até mesmo manipulação e reflexão de materiais informativos, chegam mais preparadas aos hospitais e detém melhor o conhecimento de seus direitos legais⁽¹³⁾.

Dentro do contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), um recurso subutilizado no Brasil é a construção de planos de parto. Recomendado pela OMS, sua elaboração convida a mulher, auxiliada por seus cuidadores, a refletir sobre práticas benéficas e danosas e sobre seus direitos durante o processo de parturição. Uma vez informadas sobre possíveis alternativas e direitos, supõe-se que as mulheres não somente optariam, mas também lutariam por uma assistência obstétrica com garantias de integridade física e emocional para si e para seus bebês^(14,20).

O segundo componente da Prevenção Quaternária diz respeito à criação de suportes e participação social para que sejam atendidas as reivindicações de humanização da assistência ao pré-natal e parto, provenientes dos movimentos de mulheres, de modo a impactar significativamente a violência obstétrica no sistema de saúde do Brasil⁽²⁰⁾.

No mundo globalizado em que se vive, a internet cada dia ganha mais força. Essa é uma das mais recentes e eficazes estratégias de reconhecimento, denuncia e ativismo contra a violência obstétrica. Nas redes sociais, em *blogs* pessoais e científicos, milhares de mulheres compartilham

suas histórias, com os amores e as dores da experiência de seus partos. Em análise qualitativa desenvolvida, as autoras abordam a violência obstétrica na perspectiva do ativismo nas redes sociais e mostram a importância de blogs como “Cientista que virou mãe”, “Estuda Melânia, Estuda!”, “Parto do Príncipe”, “Mamíferas”, entre outros⁽²¹⁾.

Várias blogueiras ativistas estão se valendo das ferramentas da internet para chamar atenção para a problemática da violência obstétrica, sendo tais blogs, sítio para várias pesquisas na área, como o “Teste da Violência Obstétrica”, que foi respondido por 1.966 mulheres e resultou em números extremamente pertinentes; e ainda a divulgação da pesquisa “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados”, que percorreu 170 municípios brasileiros para conhecer a evolução do pensamento e do papel das mulheres no país^(1,22).

O ativismo, virtual ou não, de pessoas que compartilham experiências biológicas intensas é ferramenta fundamental para que as pessoas se encontrem, se reconheçam e passem a construir juntas uma gama de pleitos até então vividos solitariamente⁽²³⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As violências obstétricas mais comumente relatadas nas literaturas exploradas foram: impedir contato com o RN; críticas por chorar ou gritar e impossibilidade de manifestar medos e angústias. Os procedimentos mais realizados sem consentimento das mulheres foram: toques vaginais repetidos; administração de ocitócitos, Manobra de Kristeller; jejum; cesárea sem real indicação e decúbito dorsal obrigatório.

Tais procedimentos ainda estão fortemente arraigados à formação acadêmica dos profissionais, fazendo com que em suas atividades diárias, a prática de atos potencial-

mente iatrogênicos seja considerada como parte fundamental do exercício de sua profissão.

Enfermeiras e médicos são os que mais promovem a violência obstétrica, sendo que paradoxalmente, são os profissionais que deveriam passar segurança e conforto para a parturiente. A figura do Estado também se faz presente na responsabilização pela violência obstétrica, quando pensamos na peregrinação diária das mulheres em trabalho de parto, em busca de uma vaga em uma maternidade onde possa parir de forma segura.

São consideradas estratégias eficazes na luta pelo enfrentamento da violência obstétrica: a inserção da Enfermeira Obstetra; realização de um pré-natal de qualidade e focado na adequada orientação da gestante, inclusive com a elaboração participativa de planos de parto; a prevenção quaternária, envolvendo o cuidado no contexto da APS e a participação social para que sejam atendidas as reivindicações de humanização; e o ativismo, importante ferramenta de troca e denúncia.

Percebe-se algumas limitações para realizar um estudo sobre violência obstétrica. Inicialmente, o fato de que há uma escassez na literatura sobre estudos que abordem de maneira direta e objetiva a problemática, sendo urgente a necessidade de que mais pesquisas, em especial as quantitativas, sejam realizados para que sirvam de subsídios e embasamento nas criações de futuras políticas públicas.

Destaca-se que enquanto profissionais de saúde não devemos nos abster da responsabilidade pela luta contra a violência obstétrica, até que alcancemos um modelo obstétrico que devolva o protagonismo do parto a quem realmente fez a força!

REFERÊNCIAS

1. Fundação Perseu Abramo. Pesquisa mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados. São Paulo: FPA, 2010. Disponível em: <<http://www.fpabramo.org.br/o-que-fazemos/pesquisas-de-opiniao-publica/pesquisas-realizadas/pesquisa-mulheres-brasileiras-nos-es>>. Acesso em: 20 dez. 2015.
2. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2006. Disponível em: <http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf> Acesso em: 05 jan. 2016.
3. Rodrigues FAC. Análise da violência institucional contra mulheres em processo de parturição em maternidades da Rede Cegonha de Fortaleza [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde; 2014.
4. Unesco. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>> Acesso em 13 Dez 2015.
5. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2011.
6. Terán P, Castellanos C, Blanco MG, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuárias. Rev Obstet Ginecol Venez 2013; 73(3): 171-180.
7. Biscegli TS, Grió JM, Melles LC, Ribeiro SRMI, Gonsaga RAT. Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do estado de São Paulo. Cuidarte Enfermagem. 2015 Janeiro-Junho; 9(1): 18-25.
8. Sando D, Kendall T, Lyatuu G, Ratcliffe H, McDonald K, Mwanyika-Sando M, et al. Disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: are women living with HIV more vulnerable? J Acquir Immune Defic Syndr. 2014 Dec 1;67 Suppl 4:S228-34.
9. Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra, 2014.

10. Fiocruz. Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em: 02 Jan 2016.
11. Faneite J, Feo A, Merlo JT. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2012; 72(1): 4-12.
12. Aguiar JM, Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2013 Nov; 29(11): 2287-2296.
13. Silva MG, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Toro RC, Shimo AKK. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. *Rev Rene*. 2014 Jul-Ago; 15(4): 720-8.
14. Santos RCS, Souza NF. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. *Estação Científica (UNIFAP)*. 2015 Jan-Jun; 5(1): 57-68.
15. Milbrath VM. et al. Vivências maternas sobre a assistência recebida no processo de parturição. *Esc. Anna Nery*. 2010; 14(2): 462-467.
16. Parto do Princípio. Dossiê Violência Obstétrica: Parirás com Dor, 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em: 03 Jan. 2016
17. Ministério da Saúde (BR), Portaria no 569, de 1 de junho de 2000: Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): MS; 2000.
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual prático para Implementação da Rede Cegonha. Brasília (DF): MS; 2011.
19. Souza JP, Pileggi-Castro, C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30 Sup:S11-S13.
20. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SD. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015; 10(35): 1-12.
21. Luz LH, Gico WV. Violência obstétrica: ativismo nas redes sociais. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*. 2015; 23(3): 475-484.
22. Sena, L. M. Entrevista para Rádio CBN e participação no Mamatraca. Florianópolis: Cientista que virou Mãe, 2012. Disponível em: <<http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2012/06/entrevista-para-radio-cbn-e.html>>. Acesso em: 18 jan. 2016.
23. Carneiro RG. Cenas de parto e políticas do corpo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.

Recebido em: 23.05.2016

Aprovado em: 10.06.2016

SAÚDE PENITENCIÁRIA SOB O ENFOQUE DE GÊNERO NO BRASIL

PRISON HEALTH IN FOCUS GENDER IN BRAZIL

Artigo de Revisão

Francisco Antonio da Cruz Mendonça¹
Francisca Maria Silva Araújo²
Luís Rafael Leite Sampaio³
Lia Maristela da Silva Jacob⁴
Ana Cristina Martins Uchoa Lopes⁵
Márcio Cristiano de Melo⁶
Breno Farias Maranhão⁷

RESUMO

Objetivou-se analisar as produções científicas disponíveis na base de dados SciELO sobre saúde de gênero em situação de prisão. Trata-se de um estudo descritivo, bibliográfico, realizado entre março e abril de 2014, na base de dados do Scielo, por meio dos descritores: Saúde, Enfermagem, Prisões. Sendo incluídos 20 trabalhos. Os resultados demonstraram uma produção científica realizada principalmente com abordagem qualitativa, o periódico que mais publicou essa temática foi o Cadernos de Saúde Pública, sendo esses artigos originais e o ano que mais se destacou nas publicações foi 2013. É com base nesta apresentação do sistema prisional que se faz uma

reflexão da atuação da saúde na vida dessas pessoas presas e do plano nacional de saúde no sistema penitenciário.

Palavras-chave: Prisões; Identidade De Gênero; Pesquisa; Base De Dados.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the available scientific productions in SciELO database on gender health situation in prison. This is a descriptive, bibliographical study, conducted between March and April 2014, the database already mentioned, through the descriptors, Health, Nursing, Prisons. 20 studies were included. The results demonstrated a scientific production undertaken primarily

¹ Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestre em Saúde Pública Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutor em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR. Conselheiro do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará. Docente da Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará. E-mail: francisco.mendonca@estacio.br

² Graduada em Enfermagem pela Faculdade Nordeste – DeVry Brasil.

³ Enfermeiro. Especialista em Enfermagem Clínica e Estomatoterapia pela UECE. Mestre e Doutor em Farmacologia pela UFC. Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza pela UNIFOR e do Centro Universitário Estácio do Ceará.

⁴ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela UFC. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Docente no Curso de Enfermagem - Anhanguera Faculdade.

⁵ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Doutoranda em Ciências da Saúde pela UNICAMP.

⁶ Enfermeiro. Especialista em Saúde Coletiva - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mestre e Doutorando em Saúde Coletiva - Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

⁷ Discente da Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará. Integrante do Núcleo de Pesquisa de Políticas e Práticas em Saúde Coletiva (Estácio). Bolsista de Iniciação Científica do Centro Universitário Estácio do Ceará.

qualitative approach, the journal that published this theme was more in Journal of Public Health, with these original articles and the year that most stood out in the publications was 2013. It is based on this presentation that the prison system is a reflection of the performance of health in the lives of these people arrested and the national health plan in the prison system.

Keywords: Prisons; Gender Identity; Research; Database.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal do Brasil informa que a saúde é direito de todos e um dever do Estado. Estamos tão habituados ao ouvir tal expressão que, na maioria das vezes, esquecemos que a palavra “todos” refere-se, realmente, a todo e qualquer cidadão brasileiro independente de sua classe, condição social e, até mesmo, da atual posição perante a sociedade e justiça⁽¹⁾.

Determinados grupos de indivíduos encontram-se em dívida com a justiça, pois em algum momento de sua vida descumpriram as regras que regem o convívio social em sociedade, e como punição acabam com o direito à liberdade sendo retirado. O fato é que esses indivíduos continuam a fazer parte do país, ou seja, continuam sendo brasileiros, logo o direito à saúde ainda lhes é reservado⁽²⁾.

O perfil atual da pessoa presa no Brasil não é muito diferente da população em geral, a maioria é composta por pardos e negros, dado esse reforçado pela análise sobre o impacto da escravatura no Brasil presente neste século³. As raízes da desigualdade e da exclusão começam na história colonial, o período de escravatura, que mesmo sendo abolida em 1888, deixou os negros “libertados”, sem dinheiro e sem preparação profissional, abandonados à própria sorte, passando a constituir um segmento marginal da sociedade⁽⁴⁾.

Apesar do avanço que a Constituição Federal de 1988 representou nos instrumentos fundamentais da democracia, a marginalização social e os desníveis regionais são imensos, a discriminação econômica e social é favorecida por aplicações distorcidas de preceitos legais onde simplesmente não há a aplicação dos dispositivos da constituição⁽³⁾.

A dificuldade que jovens de famílias menos abastadas têm de acessar bens sociais, saúde, trabalho, educação, facilita a sua entrada no mundo do crime. As políticas públicas não são eficazes ao ponto de inseri-los na sociedade⁽⁵⁾.

O Ministério da Justiça, através do Sistema de Informação Penitenciária (InfoPen), apontou que a população prisional cresceu, em média, 7% ao ano desde o ano 2000, o que totaliza um crescimento de 161% até 2014, registrando 607.731 pessoas em situação prisional, com uma taxa de 299,7 para cada 100 mil habitantes⁽⁶⁾.

O acesso dessa população a ações e serviços de saúde é legalmente garantido pela constituição, pela Lei nº 7.210 de 11 de julho de 1984, que institui a Lei de Execução Penal, pela Lei nº 8.080 de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde

(SUS) e pela Lei nº 8.142 de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS^(7,8).

Estudos demonstram que há vulnerabilidade do homem em relação à violência, seja como autor, ou seja como vítima. Adolescentes e jovens do sexo masculino sofrem mais lesões e traumas devido às agressões, e estas são mais graves e exigem uma internação mais prolongada quando comparada com as mulheres⁽⁹⁾.

As condições de vida e de saúde são importantes para todos, porque afetam o modo como as pessoas se comportam. Quando recolhidas a estabelecimentos prisionais, além dos vícios, as pessoas trazem problemas de saúde, transtornos mentais, que são gradualmente agravados pela precariedade das condições de moradia, educação, alimentação e saúde⁽¹⁰⁾.

Tal temática faz parte do cotidiano da pesquisadora que é profissional da segurança pública do estado do Ceará, além de acadêmica de Enfermagem. Sendo assim, surgiram alguns questionamentos em relação à dificuldade encontrada pelos detentos na busca por serviços de saúde.

Diante do exposto surgiram os seguintes questionamentos: Quais as evidências disponíveis na literatura científica sobre os serviços de saúde ofertados à população carcerária brasileira sob o enfoque de gênero no Brasil? Quais as doenças que mais acometem as pessoas privadas de liberdade? Os homens são mais susceptíveis a doenças que as mulheres no cárcere privado? Existem ações de saúde voltadas ao preso, fundamentadas no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário?

O presente estudo torna-se relevante devido à superlotação dos estabelecimentos prisionais, à falta de projetos de ressocialização dos detentos, à precariedade e insalubridade dos presídios, a situação que vive o preso em um ambiente propício à proliferação de doenças, tornando-se como grave problema de saúde pública, além de poder evidenciar a importância do sistema de saúde na penitenciária, dando atenção ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário no Brasil.

Diante das condições de confinamento da população masculina, é possível compreender a importância da atenção à saúde como determinante para o seu bem-estar físico e psíquico. Baseado no exposto o estudo propõe a criação de um panorama atual do estado em que se encontra a saúde pública ofertada sob o enfoque de gênero no Brasil que se encontra reclusa na base de dados no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Face ao exposto, objetivou-se analisar a saúde penitenciária sob o enfoque de gênero no Brasil a partir da base de dados no SciELO.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que tem por intuito analisar os dados da produção científica existente a respeito da assistência a saúde no sistema penitenciário brasileiro. Esta revisão bibliográfica aborda atenção à saúde da população carcerária sob o enfoque de gênero no Brasil.

A investigação ocorreu em fonte secundária, na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Essa base de dados é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. A coleta de dados se deu no período de março e abril do ano de 2014.

A seleção de artigos foi feita em conformidade com o assunto proposto, sendo descartados os estudos que, apesar de constarem no resultado da busca, não apresentaram metodologia para avaliação de saúde no sistema penal sob o enfoque de gênero.

Quanto aos critérios de inclusão consistiram em artigos científicos que abordassem os descritores: Saúde, Enfermagem e Prisões, que estivessem coerentes com a temática, publicados em qualquer ano, em qualquer idioma, o que totalizou um número de 22 artigos. Foram excluídos os editoriais, totalizando uma amostra de 20 artigos sendo 2 artigos em inglês.

Foi realizada uma análise a partir de um formulário de coleta de dados, que foi preenchido para cada artigo pesquisado no estudo. O formulário permitiu a obtenção de informações

sobre aspectos estruturais e de conteúdo. Cabe lembrar que a abrangência temporal não foi definida. Para interpretação dos dados, fez-se uso de tabelas ilustrativas com dados estatísticos simples, como frequências absolutas e relativas. Tais recursos permitiram uma visão objetiva e válida dos dados para análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os artigos publicados no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), com os descritores: Saúde, Enfermagem e Prisões, totalizaram-se 20 produções científicas, sendo duas destas em língua inglesa. Nesta revisão, analisou-se 20 artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos.

Foi verificada uma predominância de artigos originais entre as publicações. Dentre os artigos, encontrou-se um relato de experiência, cujo objetivo foi descrever, por meio de um relatório científico, uma vivência ou atividade realizada. Da mesma forma, apenas um artigo era revisão sistemática sobre a saúde no sistema penal envolvendo os dois gêneros. Seguem as informações no quadro 1.

Quadro 1. Distribuição dos artigos analisados no trabalho, separados por ano/autor, título do artigo, periódico, objeto do estudo, tipo do estudo, sujeito do estudo e local do estudo. SciELO, mar/abr. 2014.

ANO AUTOR	TÍTULO DO ARTIGO	PERIÓDICO	OBJETO DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	SUJEITO DO ESTUDO	LOCAL DO ESTUDO
2002 Fernandes, R. C. P. et al.	Trabalho e cárcere: um estudo com agentes penitenciários da Região Metropolitana de Salvador, Brasil.	Cad. Saúde Pública	Associação entre condições de trabalho e saúde	Quantitativo	Homens/ Mulheres	Salvador/ BA
2004 Miranda AE et al	Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil.	Rev. Saúde Pública	Perfil e as condições de saúde das mulheres encarceradas	Qualitativo	Mulheres	Espírito Santo
2005 Carvalho ML et al	Modelo preditivo do uso de cocaína em prisões do Estado do Rio de Janeiro.	Rev. Saúde Pública	Grupos vulneráveis ao uso de cocaína em prisão	Quantitativo	Homens/ Mulheres	Rio de Janeiro/RJ
2006 Carvalho, M. L. et al.	Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social	Ciênc. saúde coletiva	Exclusão social a que essa população é submetida difere quanto ao sexo	Quali/Quanti	Homens/ Mulheres	Rio de Janeiro/RJ
2007 Coelho HC et al.	HIV prevalence and risk factors in a Brazilian Penitentiary	Cad. Saúde Pública	Prevalence of the marker of HIV and risk factors for HCV infection in male inmates at the Penitentiary	Quantitativo	Homens	Ribeirão Preto/ SP

ANO AUTOR	TÍTULO DO ARTIGO	PERIÓDICO	OBJETO DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	SUJEITO DO ESTUDO	LOCAL DO ESTUDO
2007 Sánchez AR et al.	A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil: uma urgência de saúde pública	Cad. Saúde Pública	Deteção de Tuberculose ativa	Quali/Quanti	Homens	Rio de Janeiro/RJ
2007 Strazza L et al.	Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil.	Cad. Saúde Pública	Comportamento sexual e associados ao risco de transmissão do HIV e Hepatite C	Qualitativo	Mulheres	São Paulo/SP
2008 Diuzana V et al.	Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil.	Cad. Saúde Pública	Discursos e representações envolvendo a saúde produzidos no espaço prisional	Qualitativo	Homens	Rio de Janeiro/RJ
2008 Souza MOS	A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades	Esc Anna Nery Rev Enfermagem	Atuação da equipe de enfermagem nos serviços de saúde do Sistema Penal	Qualitativo	Homens/ Mulheres	Rio de Janeiro/RJ
2009 Lemos ACM	Prevalência de TB ativa e TB latente em internos de um hospital penal na Bahia.	J. bras. Pneumologia	Prevalências de TB latente e TB ativa	Qualitativo	Homens	Bahia/BA
2009 Coelho, H.C. et al.	Soroprevalência da infecção pelo vírus da Hepatite B em uma prisão brasileira.	Rev. bras. Epidemiologia	Prevalência do marcador do HBV e seus fatores de risco na população masculina carcerária	Qualitativo	Homens	Ribeirão Preto/SP
2011 Rumin CR.et. al.	O sofrimento Psíquico no trabalho de vigilância em prisões	Psicologia: Ciência e Profissão	Sofrimento psíquico vivenciado por agentes de segurança penitenciária	Relato de experiência profissional	Homens	São Paulo/SP
2011 Nogueira, A.N. et al.	Infecção tuberculosa latente em profissionais contatos e não contatos de detentos de duas penitenciárias do estado de São Paulo, Brasil em 2008	Rev. Bras. Epidemiologia	Infecção pelo Mycobacterium tuberculosis entre os profissionais do sistema penal	Quantitativo	Homens/ Mulheres	São Paulo/SP
2012 Mauá. F.H.N. et al.	Criminal career-related factors among female robbers in the State of São Paulo, Brazil, and a presumed 'revolving-door' situation	Rev. Bras. Psiquiatria	Factors related to the onset and recurrence of criminal behavior in women robbers in the state of São Paulo, Brazil	Qualitativo	Mulheres	São Paulo/SP

ANO AUTOR	TÍTULO DO ARTIGO	PERIÓDICO	OBJETO DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	SUJEITO DO ESTUDO	LOCAL DO ESTUDO
2012 Souza, K.M.J. et al.	Atraso no diagnóstico da tuberculose no sistema prisional: uma experiência do doente apenado.	Texto contexto - enfermagem	Assistência ao doente acometido por TB em instituição prisional	Qualitativo	Homens	João Pessoa/PB
2012 Gois, SM et al.	Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária	Ciênc. saúde coletiva	Saúde penitenciária	Revisão Sistemática	Homens/Mulheres	Brasil
2013 Anjos SJSB, et al	Fatores de risco para o câncer de colo do útero em mulheres reclusas	Rev. bras. enfermagem	Fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de colo uterino	Qualitativo	Mulheres	Ceará/CE
2013 Ferreira. J. S. et al.	Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose em prisões e no serviço público de saúde	Rev. bras. Epidemiologia	Práticas sobre a TB em uma unidade prisional	Quantitativo	Homens/Mulheres	Hortolândia/SP.
2013 Lima. G.M.B. et al.	Mulheres no cárcere: Significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência	Saúde e Debate	Significados do encarceramento e estratégias de enfrentamento	Qualitativo	Mulheres	João Pessoa/PB
2013 Ribeiro, S. G. ET AL	Perfil gineco-obstétrico de mulheres encarceradas no Estado do Ceará	Texto Contexto Enfermagem	Identificação do perfil gineco-obstétrico	Quantitativo	Mulheres	Ceará/CE

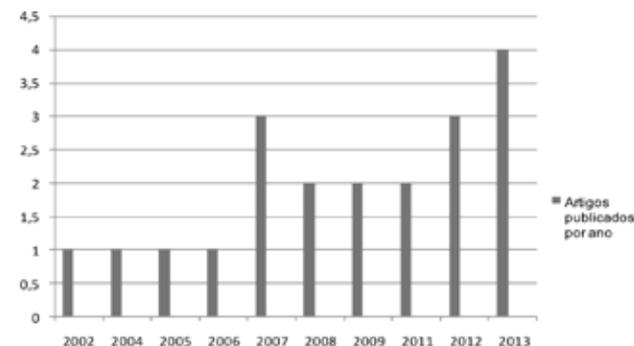
Observou-se que os anos de 2007-11-13, 2012-14-16 e 2013-17-20 concentraram 50% das publicações selecionadas sendo que houve maior volume de publicações nos anos de 2012 e 2013 (n = 3, n = 4). Ressalta-se que 2002-21 é o ano com a publicação mais antiga (Gráfico 1).

Através dessa análise científica, foi possível evidenciar que houve aumento de publicações nos últimos seis anos. Tal fato pode ser atribuído à criação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, pelo Ministério da Saúde no ano de 2003. As ações de saúde são desenvolvidas nas unidades penitenciárias por equipes multiprofissionais compostas minimamente por cinco profissionais de nível superior e dois profissionais de nível médio⁽¹⁰⁾.

Considerou-se relevante investigar também os periódicos que mais publicaram sobre saúde no sistema penal, a fim de detectar as possíveis fontes de conhecimentos para a área, como forma de contribuir para a pesquisa de novos assuntos e direcionar as futuras publicações.

Considerou-se relevante investigar também os periódicos que mais publicaram sobre saúde no sistema penal, a fim de detectar as possíveis fontes de conhecimentos para a área, como forma de contribuir para a pesquisa de novos assuntos e direcionar as futuras publicações.

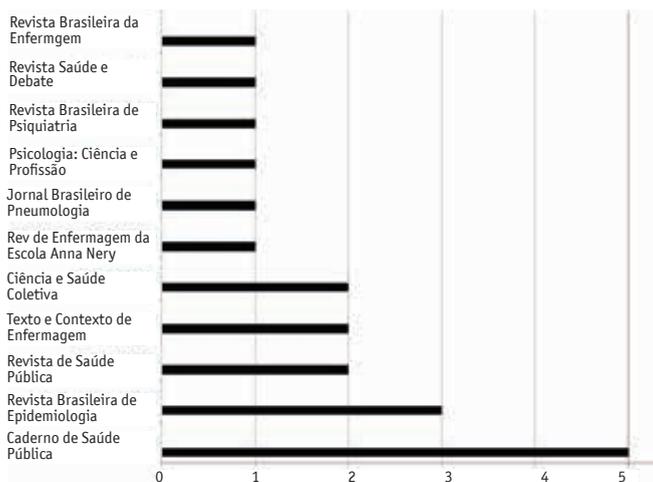
Gráfico 1. Distribuição das produções científicas sobre Saúde no Sistema Penal quanto ao ano de publicação. Scielo, mar/abr. 2014.



Fonte: Pesquisador.

A revista *Cadernos de Saúde Pública* foi a que mais publicou no período ($n = 5$)^(11-13, 21,22), seguida da *Revista Brasileira de Epidemiologia* ($n = 3$)^(18, 23, 24), *Revista de Saúde Pública*^(25, 26); *Texto e Contexto de Enfermagem*^(15, 20); *Ciências e Saúde Coletiva*^{16, 27} ($n = 2$ para cada), e dentre as outras um para cada⁽²⁸⁻³⁰⁾ (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição das produções científicas sobre Saúde no Sistema Penal quanto ao periódico. Scielo, mar/abr. 2014.



Fonte: Pesquisador.

Ambas as revistas que mais publicaram pertencem à região Sudeste, revelando onde se localizam as principais fontes de pesquisa sobre a temática deste estudo. Vale salientar que houve publicações de artigos em periódicos na região Nordeste nos estados do Ceará, Paraíba e Bahia.

Observa-se que 30% desses artigos ($n = 6$), relataram sobre a situação de encarceramento de mulheres, do homossexualismo feminino, do perfil ginecológico dessas mulheres, das doenças específicas desse sexo como, o câncer do colo do útero e as leucorréias^(13, 14, 17, 19, 20, 25).

Algumas citaram que já realizaram pelo menos uma vez, exame preventivo do colo do útero (Papanicolau) e que já tinham vida sexual anterior à prisão^(17, 20, 25). Algumas doenças como tuberculose foram adquiridas com a permanência delas na prisão^(18, 24). O homem preso, assim como as mulheres citadas no parágrafo anterior, adquire as mais variadas doenças quando ingressa no sistema penal. As hepatites, as tuberculoses pulmonares e as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), são os tipos de patologias mais frequentes que acometem esses gêneros^(11, 12, 18, 23, 24, 28, 29).

O confinamento estimula práticas que aumentam o risco de transmissão de doenças pelos comportamentos sexuais inadequados e uso de drogas⁽¹³⁾. Um estudo realizado em Montes Claros-MG, evidenciou o papel do uso de drogas, principalmente o *crack*, como um facilitador para a transmissão do HIV dentro das prisões e que, por analogia na forma de transmissão, é pos-

sível atribuir a esses mesmos componentes um papel semelhante para a transmissão do vírus da hepatite C (HCV)⁽³¹⁾.

Alguns artigos chegam a citar a dependência química dentro das penitenciárias e o reflexo causado na vida dessas pessoas. O uso rotineiro de entorpecentes fazendo com que alguns presos, fiquem reféns das drogas causa outro problema: as doenças da mente^(16, 26, 27).

Nota-se que 35% ($n = 7$) dos artigos publicados abordavam ambos os sexos. Desses itens pesquisados, encontrava-se a preocupação com o agravamento das doenças entre presos e os riscos a que os trabalhadores do sistema penal estão expostos. As condições de habitação desse público, agravadas muitas vezes pela superlotação, colaboram para uma maior vulnerabilidade frente às doenças, em particular as respiratórias e pulmonares^(16, 18, 21, 24, 26-28).

Outra variável está relacionada ao tipo de abordagem metodológica utilizada nos artigos, podendo ser classificada em qualitativa, quantitativa, quali/quanti e um relato de experiência, a abordagem mais utilizada foi do tipo qualitativo ($n = 10$)^(13-15, 17, 19, 22, 23, 25, 28, 29), seguido por quantitativa ($n = 6$)^(11, 18, 20, 21, 24, 26), quali/quanti ($n = 2$)^(12, 27). Entende-se que a abordagem qualitativa seja predominante devido aos pesquisadores buscarem entender destacando-se as discussões sobre gênero.

Com relação ao sexo, observa-se que 35% ($n = 7$) dos estudos foram realizados com o sexo masculino, 30% ($n = 6$) com o sexo feminino e 35% ($n = 7$) com ambos os sexos.

Desta forma, pode-se dizer que os gêneros estão sendo abordados de formas, relativamente, iguais pelos pesquisadores, entretanto estudos que focam o sexo feminino possuem destaque por serem voltados para as doenças específicas relativas à mulher. Mulheres encarceradas compõem uma população de risco para infecções transmitidas por via sexual e para infecções crônicas, pois apresentam, com frequência, comportamentos de risco que incluem atividades relacionadas ao uso de drogas e a troca de sexo por drogas⁽²⁵⁾.

Percebe-se que na análise da saúde penitenciária sob o enfoque de gênero no Brasil, a maioria dos estudos abordaram as mulheres com 40%, seguido de estudos envolvendo homens e mulheres (35%) e apenas com homens (25%).

Um novo panorama tem-se apresentado no Brasil nos últimos anos, resultado do encarceramento três vezes maior de mulheres em proporção aos homens, representando elas 7% da população brasileira que em geral são mães solteiras, afrodescendentes, e na maioria dos casos condenadas por envolvimento no tráfico de drogas, com queixas de doenças sintomáticas, portadores de ITS's e profissionais do sistema penal⁽³²⁾.

Na compilação dos dados pode-se constatar que os sujeitos de estudo, ou seja, os participantes das pesquisas realizadas pelos autores de cada artigo, foram homens e mulheres predominantemente jovens: mediana de 28 anos para os homens e 31 anos para as mulheres. A proporção de estrangeiros é cinco vezes maior em mulheres do que em homens, os homens pre-

tos referiram estar casados ou amigados com frequência quase duas vezes maior do que as mulheres⁽²⁷⁾.

Relacionado à temática, todas as produções científicas abordaram o descritor saúde, enfermagem, prisões, além disso, outros descritores foram abordados como: exclusão social, relações de gênero, Infecções Sexualmente Transmissíveis. Outros descritores, menos predominantes, também foram abordados.

Observou-se que a distribuição de artigos referentes à temática abordada neste estudo contempla apenas alguns estados brasileiros. A região Sudeste e a região Nordeste foram às únicas que apresentaram trabalhos publicados relacionados ao tema.

Tal informação pode ser justificada pelo fato de a região Sudeste ser um grande polo de desenvolvimento de pesquisa e local de maior concentração de cursos de pós-graduação. Já o Nordeste brasileiro, apresenta um grande número de penitenciárias.

Muitos periódicos nacionais têm emergido nos últimos anos, despontando-se como meios de divulgação de artigos brasileiros de alta qualidade e de diversas abordagens. Em seus estados, o Brasil possui um potencial no campo da publicação acadêmica vasto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que as produções científicas sobre Saúde no Sistema Penal quanto ao ano de publicação foi maior no ano de 2013 com 4 produções. A região Sudeste se destaca na produção de periódicos sobre a Saúde no Sistema Penal evidenciado com ênfase na Revista Brasileira de Epidemiologia e no Caderno de Saúde Pública.

Dessa forma, percebe-se que existe uma enorme lacuna, no que diz respeito a produções científicas sobre a temática saúde no sistema penal sob o enfoque de gênero, o que contribui para a necessidade de mais pesquisas serem feitas abordando os sujeitos da pesquisa em diversos aspectos, como sexualidade, relações entre os gêneros, situação de saúde e doença.

Ainda com relação aos sujeitos dos estudos sobre o sistema e saúde penal verificou-se que, embora seja fundamental considerar as diferenças entre homem e mulher, vários estudos têm analisado uma alta prevalência de diferentes problemas psicopatológicos em ambos. O abuso de substâncias psicoativas é uma das causas de transtorno de humor e transtornos de personalidade, sendo comumente encontrados nessa população e representando uma notável preocupação para a saúde mental para a saúde pública.

Em relação aos locais em que foram realizados os estudos abordando sistema de saúde penal, observou-se que na região Nordeste do país houve predomínio para estudo qualitativo. Torna-se relevante a realização de outros estudos abordando a saúde penitenciária sob o enfoque de gênero nos diversos cenários da saúde sejam desenvolvidos.

O conhecimento sobre problemas de saúde-doença dentro do sistema carcerário pode contribuir para fortalecer o papel da recuperação, que é um direito da pessoa presa. É essencial a percepção de que a saúde penitenciária envolve uma complexa teia de serviços, onde os saberes e as ações intersetoriais são fundamentais para o sucesso das práticas de promoção da saúde entre os presos, entretanto, somente a cooperação entre órgãos de saúde pública e o sistema penal pode produzir resultados eficientes.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa TP, Beccaria LM, Poletti NAA. Avaliação do risco de úlcera por pres1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Rocha AP. O Estado e o direito de punir: a superlotação no sistema penitenciário brasileiro. O caso do Distrito Federal. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Políticas, Universidade de Brasília, 2006.
3. Dallari DA. O Brasil rumo à sociedade justa. In: Silveira RMG et al. (Orgs). Educação em direitos humanos: fundamentos teóricos-metodológicos. João Pessoa: Ed. Universitária, 2007. p. 29-49.
4. Sales T. Raízes da desigualdade social na cultura política brasileira. Rev Bra Ciências Sociais 1994; 9(25):27-37.
5. Pereira SEFN. Crianças e adolescentes em contexto de vulnerabilidade social: articulação de redes em situação de abandono ou afastamento do convívio familiar. Aconchego-DF, 2013.
6. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de informações penitenciárias. Brasília. 2014.
7. Brasil. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União - Seção 1, 13 de setembro de 1984. p. 10227.
8. Brasil. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União - Seção 1 - 31 de dezembro de 1990. p. 25694.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de atenção integral à saúde do home: princípios e diretrizes. Brasília. 2009.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de saúde no sistema penitenciário. Brasília, 2005.
11. Coelho HC, Perdoná GC, Neves FR, Passos ADC. HIV prevalence and risk factors in a Brazilian penitentiary. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2007 Sep [cited 2017 Sep 14]; 23(9):2197-2204. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/20.pdf>
12. Sánchez AR, Massari V, Gerhardt G, Barreto AW, Cesconi V, Pires J et al. A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil: uma urgência de saúde pública. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2007 Mar [cited 2017 Sep 14]; 23(3):545-552. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/13.pdf>

13. Strazza L, Massad E, Azevedo RS, Carvalho HB. Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2007 Jan [cited 2017 Sep 14]; 23(1):197-205. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/20.pdf>
14. Mauá FHN, Baltieri DA. Criminal career-related factors among female robbers in the state of São Paulo, Brazil, and a presumed 'revolving-door' situation. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [Internet]. 2012 June [cited 2017 Sep 14]; 34(2):176-184. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v34n2/v34n2a10.pdf>
15. Souza KMJ, Villa TCS, Assolini FEP, Beraldo AA, França UM, Protti ST et al. Atraso no diagnóstico da tuberculose em sistema prisional: a experiência do doente apenado. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2012 Mar [cited 2017 Sep 14]; 21(1):17-25. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/en_a02v21n1.pdf
16. Gois SM, Santos JHPO, Silveira MFA, Gaudêncio MMP. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 May [cited 2017 Sep 14]; 17(5):1235-1246. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a17v17n5.pdf>
17. Anjos SJSB, Ribeiro SG, Lessa PRA, Nicolau AIO, Vasconcelos CTM, Pinheiro AKB. Fatores de risco para o câncer de colo do útero em mulheres reclusas. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2013 Aug [cited 2017 Sep 14]; 66(4):508-513. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a07.pdf>
18. Ferreira Junior S, Oliveira HB, Marin-Léon L. Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose em prisões e no serviço público de saúde. *Ver. Bras. Epidemiol.* [Internet]. 2013 [cited 2017 Sep 14]; 16(1):100-13. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v16n1/1415-790X-rbepid-16-01-0100.pdf>
19. Lima GMB, Pereira Neto AF, Amarante PDC, Dias MDr, Ferreira FMO. Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência. *Saúde debate* [Internet]. 2013 Sep [cited 2017 Sep 14]; 37(98):446-456. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a08v37n98.pdf>
20. Ribeiro SG, Lessa PRA, Monte AS, Bernardo EBR, Nicolau AIO, Aquino PS et al. Perfil gineco-obstétrico de mulheres encarceradas no Estado do Ceará. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2013 Mar [cited 2017 Sep 14]; 22(1):13-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/02.pdf>
21. Fernandes RCP, Silvano Neto AM, Sena GM, Leal AS, Carneiro CAP, Costa FPM. Trabalho e cárcere: um estudo com agentes penitenciários da Região Metropolitana de Salvador, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2002 June [cited 2017 Sep 14]; 18(3):807-816. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n3/9308.pdf>
22. Diuana V, Lhuillier D, Sánchez AR, Amado G, Araújo L, Duarte AM et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 Aug [cited 2017 Sep 14]; 24(8):1887-1896. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/17.pdf>
23. Coelho HC, Oliveira SAN, Miguel JC, Oliveira MLA, Figueiredo JFC, Perdoná GC et al. Soroprevalência da infecção pelo vírus da Hepatite B em uma prisão brasileira. *Rev. Bras. Epidemiol.* [Internet]. 2009 June [cited 2017 Sep 14]; 12(2): 124-131. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n2/03.pdf>
24. Nogueira PA, Abrahão RCM, Galesi VMN. Infecção tuberculosa latente em profissionais contatos e não contatos de detentos de duas penitenciárias do estado de São Paulo, Brasil, 2008. *Rev. Bras. Epidemiol.* [Internet]. 2011 Sep [cited 2017 Sep 14]; 14(3):486-494. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n3/en_13.pdf
25. Miranda AE, Merçon-de-Vargas PR, Viana MC. Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2004 Apr [cited 2017 Sep 14]; 38(2):255-260. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19786.pdf>
26. Sánchez ML, Valente JG, Assis SG, Vasconcelos AGG. Modelo preditivo do uso de cocaína em prisões do Estado do Rio de Janeiro. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2005 Oct [cited 2017 Sep 14]; 39(5):824-831. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n5/en_26305.pdf
27. Carvalho ML, Valente JG, Assis SG, Vasconcelos AGG. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2006 June [cited 2017 Sep 14]; 11(2):461-471. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n2/30433.pdf>
28. Souza MOS, Passos JP. A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2008 Sep [cited 2017 Sep 14]; 12(3):417-423. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a04.pdf>
29. Lemos ACM, Matos ED, Bittencourt CN. Prevalência de TB ativa e TB latente em internos de um hospital penal na Bahia. *J. bras. pneumol.* [Internet]. 2009 Jan [cited 2017 Sep 14]; 35(1):63-68. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n1/en_v35n1a09.pdf
30. Rumin CR, Barros GIF, Cardozo WR, Cavalheiro R, Atelli R. O sofrimento Psíquico no trabalho de vigilância em prisões. *Psicologia: Ciência e Profissão* [Internet]. 2011 [cited 2017 Sep 14]; 31(1):188-199. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n1/v31n1a16.pdf>
31. Alquimim AF. Comportamento de risco para HIV em população carcerária de Montes Claros. *Revista Unimontes Científica* [Internet]. 2014 [cited 2017 Sep 14]; 16 (1):1-7. Available from: <http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/311/289>
32. Centro pela Justiça e pelo Direito Internacional. Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil. Brasília, 2007.

Recebido em: 17.07.2017

Aprovado em: 30.07.2017

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 antecedidos 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 institucionais, 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 ●

**SEMANA DA
ENFERMAGEM**

12 A 20 DE
MAIO DE 2018



Coren^{CE}

Conselho Regional de Enfermagem do Ceará

Enfermagem

UMA VOZ PARA LIDERAR

A Saúde é um direito humano

