

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

ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional
Volume 9 - Número 4 - Dezembro/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 4 - 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

BDENF

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

2289

Adolescentes: Maior Vulnerabilidade às IST/Aids?

Adolescents: Larger Vulnerability to STI/Aids?

Catarina Praciano de Sousa, Ana Débora Assis Moura, Cristianne Soares Chaves, Guldemar Gomes de Lima, Aline Rodrigues Feitoza e Emília Soares Chaves Rouberte.

2296

Cobertura Vacinal do Esquema Básico Para o Primeiro Ano de Vida no Estado do Ceará

Vaccination Coverage of the Basic Plan For the First Year of Life in The State of Ceará

Marilyse Alencar Ribas e Gerarda Maria Araujo Carneiro.

2301

Condições Sanitárias de Idosos Institucionalizados

Health Conditions of Institutionalized Elderly

José Nilson Rodrigues de Menezes, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos, Francisco Jenilson de Sousa Costa, Brena Gonçalves de Andrade e Lívia Lima Benevides.

2306

Dimensionamento de Enfermagem Como Ferramenta de Gestão do Serviço de Saúde

Nursing Sizing as a Health Care Management Tool

Maria Girlane Sousa Albuquerque Brandão, Aline Maria Veras Mendes, Maria Aline Moreira Ximenes, Josiane da Silva Gomes, Odézio Damasceno Brito e Lívia Moreira Barros.

Artigos de Reflexão

2311

Teoria da Consecução do Papel Materno para o Tornar-se Mãe de Recém-nascido Prematuro

Accomplishment of the Maternal Role Theory for the Becoming Mother of a Premature Newborn

Aliniana da Silva Santos, Larissa Ludmila Monteiro de Souza Brito, Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa, Ana Ruth Macedo Monteiro, José Maria Ximenes Guimarães e Edna Maria Camelo Chaves.

2315

Normas de Publicação

NADA SUBSTITUI A PRESENCIA

Uma campanha em favor da
qualidade do ensino, contra
o EAD na graduação e na
formação de técnicos em
Enfermagem.



Conheça mais sobre a campanha e
participe do abaixo-assinado no site:

www.presencialparasertegal.com.br

#PRESENCIA
TRANSFORMA



ADOLESCENTES: MAIOR VULNERABILIDADE ÀS IST/AIDS?

ADOLESCENTS: LARGER VULNERABILITY TO STI/AIDS?

Artigo Original

Catarina Praciano de Sousa¹

Ana Débora Assis Moura²

Cristianne Soares Chaves³

Guldemar Gomes de Lima⁴

Aline Rodrigues Feitoza⁵

Emília Soares Chaves Rouberte⁶

RESUMO

Verificar o conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis e Aids e a prática do uso do preservativo por adolescentes alunos de Escola Pública de Fortaleza, Ceará. Estudo do tipo descritivo, de natureza quantitativa, realizado em escola pública de Fortaleza, Ceará. Os sujeitos da pesquisa foram 100 adolescentes com idade de 18 e 19 anos, de ambos os sexos. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário, distribuído aos adolescentes em sala de aula. Os dados foram organizados em tabelas e analisados com embasamento na literatura pertinente. Os adolescentes conheciam a importância do uso do preservativo com os parceiros na prevenção das IST/Aids e gravidez; as meninas, na maioria das vezes, não usavam o preservativo, pois alegavam serem casadas, confiarem no

parceiro, usarem anticoncepcional ou simplesmente não gostarem. A presença do enfermeiro é de fundamental importância, pois este tem capacidade de agir por meio de intervenção positiva, como a promoção da saúde.

Palavras-chave: Adolescência; Enfermagem; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

ABSTRACT

This study aims to assess the knowledge on sexually transmitted infections and Aids and the practice regarding the use of condoms by adolescents from a public school in Fortaleza, Ceará. It is a descriptive study of quantitative approach carried out in a public school in Fortaleza-CE, Brazil. The study subjects

¹ Enfermeira da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. Graduada pela Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF).

² Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública pela Universidade das Ciências Empresariais e Sociais (UCES) - Buenos Aires/Argentina. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Assessora Técnica das Ações de Imunização da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE). Atua na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: anadeboraam@hotmail.com.

³ Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública pela UCES. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Assessora Técnica das Ações de Imunização da Coordenadoria Regional de Saúde de Limoeiro do Norte, Ceará, Brasil.

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

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente Adjunto da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente Adjunto da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro Brasileira (UNILAB).

were 100 adolescents of both genders aged from 18 to 19 years old. The data collection happened through a questionnaire, distributed to the adolescents in the classroom. The data were organized in tables and analyzed based on the relevant literature. The adolescents knew the importance of using condoms with partners to prevent STI/AIDS and pregnancy, however the girls, most of the times, did not use it because they claimed to be married and trust their partners, as well as they claimed to use birth control pills or just because they don't like it. The presence of nurses is fundamentally important, once they have the ability of working through positive intervention such as health promotion.

Keywords: Adolescence; Nursing; Acquired Immunodeficiency Syndrome.

INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), são doenças causadas por microorganismos, como vírus, fungos, bactérias e protozoários, veiculados por via sexual quase que exclusivamente, fato de importância epidemiológica relevante.⁽¹⁾

Essas doenças, em sua maioria, manifestam-se na região genital dos infectados de ambos os gêneros, ou ainda em outras partes do corpo. Podem também não apresentar manifestações clínicas; possuem alto índice de disseminação e, além disso, podem causar graves danos à saúde do indivíduo. Aliadas a isso, estão as práticas sexuais pouco aconselhadas, como mudança frequente de parceiros, educação sexual inadequada e, sobretudo, a não utilização de métodos preventivos, proporcionando aumento nos índices de incidência das IST.⁽²⁾

As IST são importantes causas de procura pelos serviços de saúde e podem provocar sérias complicações, como infertilidade, aborto espontâneo, malformações congênitas, infecções generalizadas e morte, se não tratadas. Também aumentam a chance, em pelo menos dez vezes, de contaminação pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), são doenças de difícil detecção, uma vez que acarretam poucos sintomas visíveis. Muitas vezes, apresentam-se de forma assintomática, fazendo com que indivíduos infectados possam inadvertidamente disseminar a doença sem saberem de sua condição.⁽³⁻⁴⁾

Diante desse contexto, vale destacar que a adolescência é um período marcado por vulnerabilidades em virtude de ser uma etapa da vida em que ocorrem conflitos nos aspectos físico e psicossocial. A descoberta do prazer, muitas vezes, ocorre nessa época, havendo a necessidade de ações de educação em saúde para orientar adolescentes sobre os riscos para a contaminação de IST. Nesse período, encontra-se a maior incidência de IST, pelo fato de os adolescentes realizarem atividades sexuais cada vez mais cedo, com maior número de parceiros e irregularidades no uso do preservativo.⁽⁵⁾

O contágio das IST é considerado um grave problema de saúde pública, sobretudo entre a população jovem, entre 15 e 21 anos de idade⁽⁶⁾. A repercussão de suas sequelas, em ambos os sexos, sua relação com o aumento da morbimortalidade ma-

terna e infantil, além do papel facilitador da transmissão sexual do HIV, estão bem documentados, o que evidencia a relevância dessas enfermidades.⁽⁷⁾

No Brasil, a Aids tem se configurado como epidemia concentrada. No início da década de 1980, a epidemia atingiu principalmente os usuários de drogas injetáveis, gays, e homens que faziam sexo com homens, assim como os indivíduos que haviam recebido transfusão de sangue e hemoderivados. Nos últimos anos da década de 1980, e início dos anos 1990, a epidemia assumiu outro perfil: a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de contágio do HIV, apresentando maior tendência de crescimento em anos recentes, acompanhada de expressiva participação das mulheres na dinâmica da epidemia. Os últimos anos são marcados também pelo processo de interiorização e pela pauperização da epidemia. Passou dos estratos sociais de maior escolaridade para os menos escolarizados.⁽⁷⁾

Usar preservativo nas relações sexuais é o método mais eficaz para a redução do risco de transmissão das IST, em especial do HIV.⁽⁷⁾ O uso consistente do preservativo entre adolescentes ainda é pouco frequente, principalmente nas relações sexuais eventuais e não programadas.⁽⁵⁾

A vulnerabilidade dos jovens às IST são diversas, envolvendo aspectos como o início precoce da atividade sexual, a necessidade de aceitação e inserção em grupos sociais, aumento do consumo de álcool e outras drogas, e questões de gênero. Muitos deles consideram-se suficientemente informados, a ponto de não perceberem o risco de adquirir IST/HIV.⁽⁸⁾

Assim, objetivou-se verificar o conhecimento sobre IST, Aids e a prática do uso do preservativo por adolescentes de uma Escola Pública do Município de Fortaleza, Ceará.

METODOLOGIA

Pesquisa do tipo descritiva, de natureza quantitativa, realizada em uma Escola Pública de Ensino Fundamental e Médio, no Município de Fortaleza-CE, Brasil. A escola possuía um total de 1.837 alunos matriculados, nos turnos manhã, tarde e noite.

A amostra do estudo envolveu 100 adolescentes, matriculados na referida escola, nos turnos da manhã e noite. Foram utilizados como critérios de inclusão: estar na faixa etária de 18 e 19 anos e cursando o ensino médio. Os turnos manhã e noite foram os escolhidos por serem mais convenientes a disponibilidade da pesquisadora.

A coleta de dados ocorreu por meio de questionário, com 14 perguntas objetivas, no mês de outubro de 2010. O instrumento foi distribuído aos adolescentes em sala de aula. Foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, a forma da coleta de dados, como seria a organização destes e a forma de divulgação. Os dados foram organizados em duas tabelas e analisados com embasamento na literatura pertinente.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e aprovado conforme protocolo de nº 291/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os participantes da pesquisa compreenderam um total de 100 adolescentes, 43 (43%) do sexo masculino e 57 (57%) do sexo feminino. Dos entrevistados, 74 (74%) relataram já ter

tido sua primeira relação sexual. Destes, 36 (48%) eram meninos, e 38 (52%) meninas.

Na tabela a seguir, estão expostos os dados obtidos através do questionamento sobre a vida sexual e o uso do preservativo na prevenção das IST/Aids dos 74 adolescentes.

Tabela 1. Caracterização das práticas sexuais dos adolescentes. Fortaleza, CE, Brasil.

VARIÁVEIS	GERAL		MASCULINO		FEMININO	
	N	%	N	%	N	%
FAIXA ETÁRIA 1ª RELAÇÃO SEXUAL						
9-12 anos	4	6%	4	100%	-	-
13-15 anos	35	47%	21	60%	14	40%
16-19 anos	35	47%	11	31%	24	69%
USO PRESERVATIVO 1ª REL. SEXUAL						
Sim	42	57%	18	43%	24	57%
Não	32	43%	18	56%	14	44%
NÚMERO DE PARCEIROS						
1	21	28%	5	24%	16	76%
2-5	33	45%	15	45%	18	55%
6-10	5	7%	1	1%	4	80%
Mais de 10	15	20%	15	100%	-	-
É SEXUALMENTE ATIVO						
Sim	52	70%	28	54%	24	46%
Não	22	30%	8	36%	14	64%
TEM PARCEIRO FIXO						
Sim	52	70%	23	44%	29	56%
Não	22	30%	13	59%	9	41%
FREQUÊNCIA DAS RELAÇÕES SEXUAIS						
Semanal	41	55%	21	51%	20	49%
Quinzenal	12	16%	4	33%	8	67%
Mensal	8	11%	2	25%	6	75%
Outros	13	18%	9	69%	4	31%
ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL						
Menos de 1 mês	53	72%	27	51%	26	49%
1-2 meses	13	17%	4	31%	9	69%
3-5 meses	3	4%	3	100%	-	-
Mais de 6 meses	5	7%	2	40%	3	60%

VARIÁVEIS	GERAL		MASCULINO		FEMININO	
	N	%	N	%	N	%
USA PRESERVATIVO NAS RELAÇÕES SEXUAIS						
Sim	55	74%	29	53%	26	47%
Não	19	26%	7	37%	12	63%
COMO ADQUIRE O PRESERVATIVO						
Compra	59	80%	28	47%	31	53%
Pega no posto	9	12%	5	56%	4	44%
Outros (Não usa ou pega com amigos)	6	8%	3	50%	3	50%
FREQUÊNCIA DO USO DO PRESERVATIVO						
Sempre	34	46%	18	53%	16	47%
Algumas vezes	33	45%	14	42%	19	58%
Nunca usa	7	9%	4	57%	3	43%
PARA QUE SERVE O PRESERVATIVO						
Prevenir Gravidez	2	3%	2	100%	-	-
Prevenir IST/AIDS	4	5%	3	75%	1	25%
Prevenir Gravidez e IST/AIDS	68	92%	31	46%	37	54%
COM QUEM É IMPORTANTE USAR PRESERVATIVO						
Namorado(a)	4	5%	3	51%	1	25%
"Ficante"	4	5%	1	31%	3	75%
Marido/Mulher	-	-	-	-	-	-
Com quem não conheço	7	10%	4	57%	3	43%
Todos	57	77%	26	46%	31	45%
Ninguém	2	3%	2	100%	-	-

Fonte: Dados do estudo.

Quando interrogados sobre a faixa etária em que ocorreu a primeira relação sexual, 4 (6%) destes afirmaram ter iniciado entre nove e 12 anos de idade; 35 (47%) afirmaram entre 13 e 15 anos; e 35 (47%) destes entre 16 e 19 anos de idade. A média de idade da primeira relação sexual entre os meninos foi de 14 anos, e entre as meninas, de 16 anos.

Em resposta ao uso do preservativo na primeira relação sexual, 42 (57%) dos adolescentes responderam que usaram, sendo as meninas com o maior número, de 24 (57%), e os meninos, 18 (43%).

Quando questionados quanto à última relação sexual, 53 (72%) relataram que ocorreu há menos de um mês, destes 27 (51%) faziam parte da amostra masculina e 26 (49%) da amostra feminina.

Em relação ao uso do preservativo nas relações sexuais atuais, 26 (47%) das meninas e 29 (53%) dos meninos afirmaram que utilizavam. Dezenove (26%) do total de adolescentes relataram não usar o preservativo porque eram casadas, utilizavam anticoncepcionais orais, relataram diminuição do prazer e a não permissão por parte da religião. O uso sistemático do preservativo foi relatado "sempre", em 34 (46%) dos adolescentes; "algumas vezes", em 33 (45%); e "nunca", em sete (9%) destes.

Acerca da importância de com quem se usar o preservativo, para 57 (77%) adolescentes, é importante utilizar com todos os parceiros; 7 (10%) dos adolescentes afirmaram que é importante usar com quem não se conhecia; 4 (5%) destes com namorado(a), "ficante"; e 2 (3%) deles referiram que com nin-

guém; com marido/mulher nenhum dos participantes considerou importante o uso do preservativo.

Em relação ao número de parceiros, 21 (28%) adolescentes relataram ter apenas um parceiro; 33 (45%), de dois a cinco parceiros; 5 (7%) de 6 a 10 parceiros; e 15 (20%) relataram mais de 10 parceiros. Dos adolescentes que haviam tido mais de 10 parceiros, 100% faziam parte da amostra masculina.

Com relação à causa do uso do preservativo, destacam-se: para prevenir IST/Aids, com resposta de 4 (5%) adolescentes; para prevenir gravidez, com 2 (3%); e 68 (92%) para prevenção das IST/Aids e gravidez não planejada.

A respeito de como obtiveram o preservativo, a maior parte dos adolescentes respondeu que o comprava, com 59 (80%); apenas 9 (12%) o procuravam em postos de saúde; e 6 (8%) deles afirmaram que pegavam o preservativo com amigos ou, simplesmente, não usavam.

Quando questionados se eram sexualmente ativos, 52 (70%) afirmaram que sim. Destes, 28 (54%) eram rapazes, dos quais 23 (44%) tinham parceira fixa; e 24 (46%) eram moças, das quais 29 (56%) também tinham parceiro fixo. Em relação à frequência das relações, os adolescentes declararam: 41 (55%) mantinham relações sexuais semanalmente; 12 (16%), quinzenalmente; 8 (11%), mensalmente; e 13 (18%) adolescentes com outra periodicidade (diariamente, ou outras).

A proporção entre homens e mulheres que já tinham realizado a primeira relação sexual se mostrou diferente da observada em outro estudo, em que 33% dos estudantes afirmaram ter tido a primeira relação sexual, sendo 76% destes do sexo masculino e 24% do sexo feminino.⁽⁹⁾

Os adolescentes estão iniciando cada vez mais cedo a vida sexual, o que foi demonstrado pela representação da faixa etária precoce no estudo. Nas adolescentes, em relação aos meninos, houve acréscimo na média, de dois anos. Elas também, têm mantido relações sexuais precocemente, aos 13 anos de idade, fato percebido com alta representatividade.

Índices semelhantes foram encontrados em outro estudo⁽¹⁰⁾, em que a média de idade dos adolescentes que declararam ter a primeira relação sexual foi de 13,7 anos no gênero masculino, e de 15,1 anos, no sexo feminino.

Em mais um estudo⁽¹¹⁾, as adolescentes pesquisadas iniciaram a atividade sexual antes dos 16 anos de idade, ficando na faixa etária de 13 a 15 anos a primeira relação sexual. Outra pesquisa mostrou⁽¹²⁾ que, 150 (39,6%) dos entrevistados que mantinham relações sexuais, destes, 70 (52,7%) eram meninas, com média de idade da primeira relação sexual de 15 anos; e entre os meninos, a média de idade da primeira relação sexual foi de 14,8 anos.

Esse estudo, constatou números inferiores em relação ao uso do preservativo, tendo verificado que 58,1% dos adolescentes do gênero masculino e 60,5% do gênero feminino declararam utilizar o preservativo nas primeiras relações sexuais.

Em estudo⁽¹³⁾ realizado com alunos de escolas privadas e públicas sobre o uso do preservativo nas relações sexuais, os adolescentes responderam, respectivamente, 60,6% e 68,0% sempre o utilizavam; 6% e 8% quase sempre o utilizavam; e 33,3% e 24,0% nunca o utilizavam, com diferença significativa em comparação com a pesquisa daqueles que responderam que às vezes utilizavam o preservativo.

A maioria dos adolescentes relatou a utilização do preservativo nas relações, com maior percentual entre os homens. Várias questões podem apontar para o menor uso do preservativo entre as mulheres como: terem parceiro fixo; receio em comprar ou ir à unidade de saúde receber o preservativo, pois consideram isso uma forma de exposição; e mais uma vez a questão da persuasão pelo parceiro, que refere à parceira diminuição no prazer ou mesmo ausência de confiança nele.

A confiança no parceiro, principalmente das mulheres, é destacada na literatura como uma das razões mais comuns para abandono do comportamento preventivo⁽¹¹⁾. No lugar do preservativo, usam a própria fidelidade, a confiança e o conhecimento do parceiro como fantasiosa forma de prevenção.⁽¹⁴⁾

Dentre os métodos disponíveis para prevenção da gravidez indesejada e prevenção das IST, o preservativo masculino é o mais conhecido e mais usado entre os adolescentes.⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

As IST se comungam com a gravidez precoce, uma vez que os adolescentes/jovens iniciam a vida sexual sem utilizar qualquer um dos métodos que as previnem, o preservativo. Então, algumas vezes, adquirem uma IST ou a gestação precocemente. Muitas vezes, os adolescentes/jovens se preocupam apenas com o risco de gestação precoce, e o cuidado com a prevenção das IST não é relevante.⁽⁵⁾

Os homens demonstraram vida sexual mais ativa que as mulheres, porém estas tiveram maior representatividade de parceiros fixos nas relações, o que enfatiza que a mulher geralmente relaciona o sexo ao amor. O homem aproveita mais o momento, relacionando-se ocasionalmente em festas e encontros casuais.

A prevalência das IST em adolescentes/jovens pode advir do fato de eles desconhecem os métodos de prevenção e contágio, ou não atribuírem a devida importância à situação, mesmo sendo constantemente informados, continuando com o comportamento de risco. As adolescentes ainda caracterizam a sexualidade como etapa do desenvolvimento, podendo estar relacionada aos atos sexuais ou ao relacionamento a dois, marcando o início da vida sexual.⁽⁶⁾

Ações educativas voltadas para o adolescente devem contemplar a saúde sexual e reprodutiva, dúvidas e medos acerca da temática abordada e a identificação do contexto cultural no qual está inserido, pois as estratégias devem condizer com a realidade, de modo a serem efetivas.

A partir do surgimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF), começou-se a exigir dos profissionais de saúde maior participação na resolução dos problemas da comunidade, por

estarem diretamente inseridos na realidade específica da sua área de atuação⁽¹⁷⁾. Nessa percepção, o enfermeiro atuará nas diferentes etapas de desenvolvimento do indivíduo, de modo especial, na adolescência, fase primordial para a formação e construção do indivíduo como cidadão.

A enfermagem tem um papel fundamental na saúde dos adolescentes e no âmbito educacional, que tem como desafio implementar ações de educação em saúde, incentivando os jovens à reflexão crítica da realidade, a prevenção e promoção da saúde em todo o seu ciclo vital⁽⁶⁾. Observou-se que a busca de aventura e de prazer dos adolescentes transpassava barreiras para realizar sua ação e, nessas questões de vulnerabilidade, torna-se fundamental intervir de maneira dialógica sobre o método de prevenção das IST.

A prática sexual dos adolescentes está sendo iniciada cada vez mais cedo, e na maioria das vezes, de maneira desprotegida, com isso as políticas públicas, juntamente com a ação do enfermeiro, devem ser efetivas, tanto com educação em saúde quanto na verbalização de apoio e orientações, a fim de que o acolhimento e os encontros de saúde posteriores sejam favorecidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O início da prática sexual dos adolescentes ocorre em diferentes idades para homens e mulheres, com predomínio entre 13 e

19 anos de idade, como verificado nesse estudo. A média de idade foi, nos meninos, de 14 anos, e nas meninas, de 16 anos de idade.

Com relação ao uso do preservativo na primeira relação sexual, houve predomínio das meninas. Nas relações posteriores, os meninos passaram a utilizá-lo mais.

Em ambos os sexos, os adolescentes permaneciam vulneráveis a contrair as IST/Aids e/ou gravidez indesejada, pois alegavam serem casadas (os) para não utilizar o preservativo, ou usavam outro método contraceptivo; afirmavam diminuição do prazer, ou não o utilizavam por questões religiosas.

Apesar da não utilização do preservativo em todas as relações sexuais, 92% dos adolescentes detinham o conhecimento acerca da sua importância na prevenção das IST/Aids e gravidez não planejada, tendo referido ser importante usar com todos os parceiros, independente de conhecê-lo ou não.

Nesse contexto, a presença do enfermeiro é de fundamental importância, com ações de promoção à saúde aos adolescentes, tanto durante as consultas de enfermagem, quanto através da formação de grupos voltados para o debate acerca das doenças sexualmente transmissíveis e gravidez planejada. Com isso, podendo viabilizar ao adolescente, conhecimentos e práticas sexuais mais seguras.

REFERÊNCIAS

1. Goldman MDL, Bennett MD. Tratado de Medicina Interna. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
2. Santos SMJ, Rodrigues JA, Carneiro WS. Doenças Sexualmente Transmissíveis: Conhecimento de Alunos do Ensino Médio. DST - J Bras Doenças Sex Transm 2009; 21(2):63-8.
3. Carret MLV, Fassa AG, Silveira DS, Bertoldo AD, Hallal PC. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. Rev Saúde Pública. 2004; 38(1):76-84.
4. Codes JS, Cohen DA, Melo NA, Teixeira GG, Leal AS, Silva TJ. Detecção de Doenças Sexualmente Transmissíveis em ambientes clínicos e não clínicos na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006; 22(2):325-34.
5. Freitas NO, Carvalho KEG, Araújo EC. Estratégia de Educação em Saúde para um grupo de adolescentes do Recife. Rev. Adolescência e Saúde. 2017; 14(1):29-36.
6. Amorim BC, Campos AR, Beserra EP. Reflexões sobre vulnerabilidade dos adolescentes a infecções sexualmente transmissíveis. Rev. Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP 2015; 8(1):163-71. [Acesso em 10 out 2016]. Disponível em <https://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/issue/view/82>.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e aids. Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Cabral JVB, Oliveira FHPC, Messias DCA, Santos KLLM, Bastos V. A percepção de vulnerabilidade da população adolescente sobre o HIV/Aids. Rev. Espaço para a Saúde 2016; 17(2):212-19.
9. Saldanha AAW et al. Comportamento sexual e vulnerabilidade à AIDS: um estudo descritivo com perspectiva de práticas de prevenção. DST - J Bras Doenças Sex Transm 2008; 20(1):36-44.
10. Coutinho MPL, Saldanha AAW, Azevedo RLW. Uso do Preservativo na Primeira Relação Sexual: Mito ou Realidade? DST - J Bras Doenças Sex Transm 2006; 18(2):124-9.
11. Ferreira T, Almeida MI, Silveira LC. A experiência da gravidez precoce na percepção das adolescentes da comunidade do Manga. Rev Rene 2007; 7(2):89-97.
12. Custódio G, Massuti AM, Schuelter-Trevisol F, Trevisol DJ. Comportamento sexual e de risco para DST e gravidez em adolescentes. DST - J Bras Doenças Sex Transm 2009; 21(2):60-4.
13. Conti FS, Bortolin S, Kulkamp IC. Educação e Promoção à Saúde: Comportamento e Conhecimento de Adolescentes de Colégio Público e Particular em relação o Papilomavírus Humano. DST - J Bras Doenças Sex Transm 2006; 18(1):30-5.

14. Cruz E, Brito N. Fios da vida: tecendo o feminino em tempos de Aids. Brasília: Grupo de Incentivo à Vida, Coordenação Nacional de DST e Aids/Ministério da Saúde; 2000.
15. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Bioética 1996; 4(supl 2):15-25.
16. Fundo das Nações Unidas para a Infância. A voz dos adolescentes [Internet]. 2007 [Acesso em 20 jan 2012]. Disponível em: <http://www.unicef.org.br>.
17. Garbin CAS, Lima DP, Dossi AP, Arcieri RM, Rovida TAS. Percepção de Adolescentes em Relação a Doenças Sexualmente Transmissíveis e Métodos Contraceptivos. DST - J Bras Doenças Sex Transm 2010; 22: 60-3.

Recebido em: 02.05.2018

Aprovado em: 10.08.2018

COBERTURA VACINAL DO ESQUEMA BÁSICO PARA O PRIMEIRO ANO DE VIDA NO ESTADO DO CEARÁ

VACCINATION COVERAGE OF THE BASIC PLAN FOR THE FIRST YEAR OF LIFE IN THE STATE OF CEARÁ

Artigo Original

Marilyse Alencar Ribas¹
Gerarda Maria Araujo Carneiro²

RESUMO

É indiscutível a importância que os imunobiológicos têm como medida de controle de doenças, principalmente no primeiro ano de vida. Este artigo tem como objetivo descrever a cobertura vacinal dos principais imunobiológicos do esquema básico de vacinação no primeiro ano de vida no período de 2006 a 2016, no estado do Ceará. Trata-se de um estudo retrospectivo e transversal, por meio de uma pesquisa epidemiológica. A BCG mostra-se a vacina com cobertura vacinal mais elevada, o que sinaliza de forma positivamente seu acesso e adesão. Entre as coberturas vacinais das Macrorregiões de Saúde do estado do Ceará, a Cidade de Fortaleza apresenta o índice mais baixo para a maioria das vacinas; em contrapartida, detém os índices mais elevados de BCG. Os resultados do presente estudo trazem constatações relevantes acerca da cobertura vacinal no Estado do Ceará, o que pode contribuir para o processo de monitoramento e avaliação relativo à cobertura vacinal que podem re-

percutir positivamente na implementação do Programa Nacional de Imunização no estado.

Palavras-chave: Cobertura Vacinal; Saúde Pública; Enfermagem; Imunização.

ABSTRACT

The importance that immunobiologicals have as a disease control measure is undeniable, especially in the first year of life. This article aims to describe the vaccination coverage of the main immunobiologicals of the basic vaccination scheme over the first year of life from 2006 to 2016 in the state of Ceará. This is a retrospective and cross-sectional study on epidemiological research. BCG shows itself as the vaccine with the highest vaccination coverage, which acts positively on its access and administration. Among the vaccination coverage over the Macro Regions of Health in the state of Ceará, Fortaleza is the city that presents the lowest rate for most vaccines. On the other hand, the city holds the highest

¹ Enfermeira. Discente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS). E-mail: marilyse.alencarr@gmail.com

² Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS).

BCG rates. The data from the current study bring us relevant confirmation regarding vaccination coverage in the state of Ceará which may contribute to the process of monitoring and evaluating the data regarding the vaccination coverage which may be positive on the implementation of the National Program of Immunization over the state.

Keywords: Vaccination Coverage; Public Health; Nursing; Immunization.

INTRODUÇÃO

Os imunobiológicos surgiram no século XVIII, e chegaram ao Brasil por volta do início do século XIX, utilizados, então, como medida de controle de doenças. Entretanto, foi somente a partir do ano de 1973 que se formulou o Programa Nacional de Imunizações (PNI), regulamentado pela Lei Federal no 6.259, de 30 de outubro de 1975, e pelo Decreto N° 78.321, de 12 de agosto de 1976, que instaurou o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE).⁽¹⁾

A cada ano morrem, no mundo, 2,5 milhões de crianças menores de cinco anos por doenças que poderiam ser evitadas por ações de imunização. No entanto, os imunobiológicos ainda são inacessíveis a cerca de 24 milhões de crianças, que estão mais suscetíveis ao adoecimento e morte.⁽²⁾

A importância que as vacinas possuem na proteção à saúde e na prevenção de doenças é inquestionável, inclusive, apresentando repercussões significativas para a redução nas taxas de mortalidade infantil.⁽³⁻⁴⁾

Apesar da evolução positiva do Programa Nacional de Imunização (PNI) por meio do calendário básico de vacinação, com o qual se conseguiu a diminuição das doenças imunopreveníveis no país, ainda se observam disparidades nos dados acerca da cobertura vacinal e um número elevado de crianças menores de um ano que não estão com o calendário vacinal atualizado.^(5, 6)

Os motivos da não vacinação das crianças se dão principalmente por crenças, mitos e credos religiosos, medo de reações adversas após a vacinação e desinformação acerca do calendário vacinal.⁽⁶⁾

Tendo em vista a importância de conhecer a situação da cobertura vacinal, este artigo tem como objetivo descrever a cobertura vacinal dos principais imunobiológicos do esquema básico de vacinação no primeiro ano de vida, no período de 2006 a 2016, no Estado do Ceará.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de série histórica dos principais imunobiológicos que compõem o esquema básico de vacinação no primeiro ano de vida do Ministério da Saúde, no Estado do Ceará, no período de 2006 a 2016. Trata-se de um estudo retrospectivo e transversal.

Esta pesquisa epidemiológica foi realizada no estado do Ceará, localizado na região Nordeste do Brasil. Segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o estado do Ceará tinha, em 2016, uma população de 8.963.663 habitantes⁽⁷⁾.

A escolha do Estado do Ceará se deu por sua localização na região Nordeste, e por ser esta região a de maior índice de mortalidade infantil (33,9 por mil) segundo o IBGE (2008), além de ter sofrido um surto de Sarampo no ano de 2015. A partir da escolha, utilizou-se a divisão do estado em macrorregiões de saúde⁽⁸⁾.

Foram escolhidos os imunobiológicos: BCG, Hepatite B, Vacina Oral de Rotavírus Humano (VORH), Tetravalente/Pentavalente e Poliomielite.

Os dados foram inseridos em planilha do programa Excel 2013, aproveitados de modo quantitativo e apresentados por meio de tabela, a fim de observar sua evolução ao longo dos anos e por macrorregião de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 descreve a Cobertura Vacinal (CV) dos imunobiológicos Bacilo Calmette-Guérin (BCG), Vacina Oral Rotavírus Humano (VORH), Hepatite B, Tetravalente e Poliomielite no período de 2006 a 2009. Observa-se que o único imunobiológico que se manteve abaixo da meta de vacinação (95%) foi a VORH no período estabelecido. Além disso, observa-se também, que existe uma mínima variação nas porcentagens das CV dos outros imunobiológicos.

Um dos possíveis motivos para o não alcance das metas estabelecidas para a vacina VORH deve-se à perda da faixa etária preconizada⁽⁹⁾. De acordo com Domingues e Teixeira⁽¹⁰⁾ a baixa cobertura dessa vacina se dá por contato do esquema vacinal adotado pelo PNI. É comum a ocorrência de atrasos na aplicação das doses no primeiro ano de vida da criança, principalmente pela quantidade de vacina e receio do responsável quanto à ocorrência de eventos adversos pós vacinação.

Tabela 1. Cobertura vacinal em % no estado do Ceará no período de 2006 a 2009.

IMUNOBIOLOGICO	2006	2007	2008	2009	MÉDIA
BCG	110,12	112,81	107,02	108,08	109,51
Rotavírus	41,73	85,67	88,77	90,97	76,64
Hepatite B	104,35	104,49	101,68	103,63	103,54
Tetravalente bacteriana	106,6	108,06	103,5	106,45	106,17
Poliomielite	109,21	108,98	105,37	105,7	107,33

Fonte: Programa Nacional de Imunização (PNI)

Com relação à BCG, sua CV se manteve acima da meta estabelecida (95%) em todos os anos observados, apesar de uma pequena variação. Esse destaque relaciona-se com o fato de ser a primeira vacina administrada na criança, ainda ao nascer, o que faz com que as crianças já saiam da maternidade vacinadas⁽¹¹⁾. Essa característica também pode explicar a variação da CV da BCG entre as macrorregiões de saúde no Ceará (Tabela 2).

É relevante considerar que um importante aspecto na análise da CV remete ao acesso e à adesão da população aos serviços, uma vez que a BCG é a vacina mais amplamente utilizada. Neste

estudo, a variação da cobertura entre os imunobiológicos é visto como um indicativo de acesso e adesão ao PNI.⁽¹²⁾

A vacina contra a Poliomielite consegue manter-se com boa CV em todo o período analisado. Credita-se tal fato tanto à gravidade da doença, já conhecida da população em geral, quanto à grande divulgação feita durante as campanhas anuais.

Com relação às metas e índices da CV das Macrorregiões de Saúde do estado do Ceará (Tabela 2), Fortaleza possui a CV mais baixa para as vacinas Rotavírus, Hepatite B, Poliomielite e Tetravalente. Em contrapartida, apresenta a CV mais alta de BCG.

Tabela 2. Cobertura vacinal nas macrorregiões de saúde do Estado do Ceará, no período de 2006 a 2009.

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	BCG	ROTAVÍRUS	HEPATITE B	POLIOMIELITE	TETRA BACTERIANA	MÉDIA
Fortaleza	116,81	69,64	99,66	104,94	102,8	76,03
Sobral	101,37	83,69	107,32	109,09	108,99	77,48
Cariri	103,44	81,05	107,33	110,66	110,27	78,17
Sertão Central	100,08	87,96	109,86	111,77	111,92	78,84
Litoral Leste/Jaguaribe	101,21	88,72	106,47	107,34	107,44	77,71

Fonte: Programa Nacional de Imunização (PNI)

Na cidade de Fortaleza, a capital do estado, o controle da atualização dos cartões de vacina se torna mais difícil, talvez em função da característica urbana. Neste sentido algumas iniciativas podem ser descritas, como a informatização do processo de trabalho no contexto da Atenção Primária, facilitando o processo de acompanhamento das doses aplicadas nas salas de vacinação.

Destaca-se que a maior porcentagem dos partos, na capital, acontece nas maternidades, garantindo uma boa CV da BCG, pois as crianças já são vacinadas nas primeiras 12h após o parto. Nas regiões do interior do estado, a presença significativa de partos no domicílio pode estar contribuindo para o atraso da aplicação da BCG. Pesquisas em outras regiões do país referem que as vacinas de dose única apresentam coberturas elevadas, diferentemente das vacinas de doses múltiplas, que

apresentam baixa cobertura devido às faltas e atrasos no cumprimento do esquema vacinal⁽¹²⁾. No entanto, há que se mencionar o fato de que muitos são os fatores que podem influenciar na CV, a depender ainda da região, do período analisado e das diversas linhas conceituais, metodológicas e operacionais adotadas.⁽¹⁴⁾

É importante levar em consideração a possível subnotificação desses dados, principalmente aqueles relacionados às diferentes maneiras de coleta, à falta de informatização no período e também pelos esquemas vacinais feitos em salas de vacinas particulares.

Ainda com relação à vacina da BCG, a tabela 3, mostra uma variação da sua CV no período de 2010 a 2016. Apesar disso, ela possui a CV mais alta entre os imunobiológicos, reforçando a relação da dose única com a CV.⁽¹⁵⁾

Tabela 3. Cobertura vacinal por tipo de vacina no Estado do Ceará, no período de 2010 a 2016.

IMUNOBIOLOGICO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	MÉDIA
BCG	106,6	105,98	103,02	108,63	107,4	114,62	108,83	107,82
Rotavírus Humano	87,61	88,44	88,66	95,56	97,49	107,6	112,02	96,65
Poliomielite	101,03	100	97,79	104,79	103,92	113,68	107,89	104,08
Tetra / Penta	101,46	100,11	93,83	98,03	98,92	106,69	111,48	101,50

Fonte: Programa Nacional de Imunização (PNI)

Com relação à vacina Rotavírus humano, sua taxa de cobertura vacinal aumenta gradativamente de 2010 para 2016, chegando neste último ano à faixa de 112,02%. Comparando com os dados relativos à tabela 1, observa-se um crescente aumento da sua CV, possivelmente pelo maior conhecimento da população acerca da importância que o imunobiológico possui em prevenir casos de diarreia.

A Hepatite B possui uma variação na sua CV no Ceará, tendo alcançado em 2016 sua maior cobertura. Com relação à vacina contra a Poliomielite e a tetravalente/pentavalente, comparando com os anos da tabela 1, observa-se oscilação entre

taxas mais altas e mais baixas no período de 2010 a 2016, tendo sua porcentagem mais alta nos anos de 2015 e 2016.

Vale salientar que a vacina Tetravalente só foi administrada até o ano de 2011. Em 2012 a vacina Pentavalente foi incluída no esquema básico de vacinação com cobertura que, além de DTP (difteria, tétano e pertussis) e Hib (Haemophilus influenzae B) incluía a Hepatite B, diminuindo, assim, a quantidade de injeções, e assegurando a proteção para o mesmo grupo de doenças e a possibilidade de adesão no prazo adequado ao calendário de vacinação da criança⁽¹⁰⁾. Apesar disso, a Pentavalente é relacionada com a ocorrência de eventos adversos, o que muitas vezes gera insegurança na população.

Tabela 4. Cobertura vacinal nas macrorregiões de saúde no Estado do Ceará, no período de 2010 a 2016.

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	BCG	HEPATITE BEM < 1MÊS	ROTAVÍRUS	PENTA	POLIOMIELITE	MÉDIA
Fortaleza	114,97	94,56	94,23	88,67	104,1	85,79
Sobral	102,17	88,18	99,43	88,04	104,84	87,35
Cariri	96,78	92,02	96,69	85,68	102,37	86,07
Sertão Central	101	99,21	103,56	88,51	106,32	89,04
Litoral Leste/Jaguaribe	100,85	93,07	101,47	90,11	103,71	88,96
Total	107,82	93,19	96,65	88,12	104,08	86,51

Fonte: Programa Nacional de Imunização (PNI)

A cobertura vacinal de BCG no município de Fortaleza diminuiu se compararmos a tabela 2 e 4, com queda de 116,81 para 114,97 mas, ainda assim, consegue ficar acima do estabelecido pelo Ministério. O mesmo acontece na região do Cariri e na região Leste/Jaguaribe. Quanto ao município de Sobral e a região do Sertão Central/Litoral, essa cobertura tem um pequeno aumento.

Quanto à vacina contra o Rotavírus a cobertura vacinal cresce em todos os municípios e regiões em estudo, comparando a tabela 2 com a 4. Em contraponto, a Hepatite B em menores de um (1) mês diminuiu em todos os municípios e regiões.

Com relação à Poliomielite, em Fortaleza, sua cobertura consegue também ficar acima do que foi estabelecido pelo Ministério, sendo praticamente a mesma nas duas tabelas, o que não acontece com os outros municípios e regiões, em que esse número decresce. Nas outras regiões a cobertura vacinal desse imunobiológico diminuiu, contudo esse número ainda permanece acima do estabelecido, fato que pode ser relacionado à atitude passiva dos profissionais de saúde que ficam a mercer da demanda espontânea, o que tem efeito no aumento das oportunidades perdidas de vacinação.⁽¹³⁾

Foram observadas diferenças de cobertura vacinal entre as vacinas da Poliomielite e Tetra/Penta na tabela 2, apesar de as duas serem administradas no mesmo período, considerando

que o esquema básico completa-se aos seis meses de idade. Este fato pode sugerir que, de alguma forma, ocorram falhas de registro na sala de vacinação ou mesmo a não efetuação das vacinas nos períodos estabelecidos pelo Ministério.⁽¹¹⁾

Ainda comparando as tabelas 2 e 4, pode-se perceber que a cobertura vacinal da Hepatite B reduz-se significativamente em todas as regiões em estudo. Isso provavelmente ocorre pelo fato de que os imunobiológicos com múltiplas doses apresentam baixas coberturas em consequência das faltas e atrasos no cumprimento do esquema vacinal. A existência de crianças propensas às doenças imunopreveníveis proporciona risco à proteção individual e coletiva, o que facilita a introdução e a manutenção de agentes infecciosos.⁽¹⁵⁾

Estudos mostram que segmentos mais pobres da população possuem cobertura vacinal mais elevada. Porém, crianças das classes econômicas menos favorecidas, apresentaram maior risco de não completarem as vacinas, apontando para uma desigualdade social na cobertura vacinal.⁽⁵⁾

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Durante a coleta de dados, foram observadas algumas limitações no tocante aos dados de cobertura vacinal. Muitas vezes, a porcentagem de CV apresentada pelo DATASUS não condiz com a realidade, pois os dados são alimentados a partir das

equipes das salas de vacina do Sistema Único de Saúde. Porém, sabe-se que existem muitas vacinas que são aplicadas na Rede particular. Então, não há como calcular com exatidão os valores reais de cobertura vacinal, com exceção da vacina BCG, que é disponibilizada a todas as maternidades.

Além disso, muitos desses dados se perdem, especialmente durante a realização de campanhas de vacinação, o que dificulta a avaliação da cobertura vacinal. Por último, existem ainda as imprecisões com relação à base de dados demográficos utilizadas para estimar o número de crianças com menos de um ano de idade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados do presente estudo revelaram informações significativas acerca da cobertura vacinal no estado do Ceará no período de 2006 a 2016, as quais permitem observar a evolução das

primeiras vacinas aplicadas na criança. Além disso, foi possível comparar a cobertura vacinal com as macrorregiões do Estado.

Observa-se que a cobertura vacinal das primeiras vacinas do calendário básico possui taxas muito próximas das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Vale ressaltar, também, a relação entre a cobertura vacinal com as macrorregiões de saúde, o que torna possível observar as diferenças entre elas.

É necessário estar sempre acompanhando os dados relacionados com a cobertura vacinal, a fim de monitorar a evolução das taxas e o sucesso do Programa Nacional de Imunização, que visa à diminuição da mortalidade infantil por doenças imunopreveníveis, além da erradicação de doenças.

Esses dados contribuem também para a tomada de decisão e realização de ações que visem ao aumento da demanda por vacinas na Rede Pública e assim melhorar, cada vez mais, as taxas de cobertura vacinal com o intuito de atingir as metas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Manual de normas e procedimentos para vacinação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [Acesso em 30 set 2016]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf.
2. Organización Mundial de la Salud. Vacunas e inmunización: situación mundial [Internet]. 3rd ed. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2010 [Acesso 22 mai 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44210/1/9789243563862_spa.pdf.
3. Silveira ASA, Silva BMF, Peres EC, Meneghin P. Controle de vacinação de crianças matriculadas em escolas municipais da cidade de São Paulo. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2007 [Acesso em 24 abr 2017]; 41(2): 299-305. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200018
4. Gonçalves M. Da doença à saúde: os caminhos dos patógenos e das epidemias. ComCiência [Internet]. 2014 [Acesso em 30 set 2016]; (162):0-0. Disponível em: http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542014000800003&lng=pt&nrm=iso.
5. Yokokura AVCP, Silva AAM, Bernardes ACF, Lamy Filho F, Alves MTS S Brito, Cabra NAL, et al. Cobertura vacinal e fatores associados ao esquema vacinal básico incompleto aos 12 meses de idade, São Luís, Maranhão, Brasil, 2006. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013 [Acesso em 1 jun 2017]; 29(3):522-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2013000300010&lng=en.
6. Ramos CF, Paixão JGM, Donza FCS, Silva AMP, Caçador DF, Dias VDV, et al. Cumprimento do calendário de vacinação de crianças em uma unidade de saúde da família. Rev Pan-Amaz Saude [Internet]. 2010 [Acesso em 12 mai 2017]; 1(2):55-60. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232010000200006&lng=pt&nrm=iso.
7. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. Perfil básico municipal 2015: Fortaleza [Internet]. Fortaleza: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará; 2015 [Acesso em 2 de mar 2017]. Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/index.php/perfil-basico-municipal-2015>.
8. IPLANFOR. Revista Fortaleza 2040. Prefeitura Municipal de Fortaleza. – V.2, n.1. – Fortaleza: IPLANFOR, 2015.
9. Silva Júnior JB. 40 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma conquista da Saúde Pública brasileira. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2013 [Acesso em 3 mai 2017]; 22(1): 7-8. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100001&lng=pt.
10. Carneiro S, Lessa S, Guimarães J, Loepert M, Silva D. Cobertura vacinal real do esquema básico para o primeiro ano de vida numa Unidade de Saúde da Família. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2012 [Acesso em 30 mai 2017]; 7(23):100-7. Disponível em: <https://rbmf.org.br/rbmf/article/view/249>.
11. Moraes JC, Barata RB, Ribeiro MCSA, Castro PC. Cobertura vacinal no primeiro ano de vida em quatro cidades do Estado de São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2000 [Acesso em 22 mai 2017]; 8(5): 332-41. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n5/3626.pdf>.
12. Oliveira MFS, Martinez EZ, Rocha JS. Fatores associados à cobertura vacinal em menores de cinco anos em Angola. Rev Saúde Pública [Internet]. 2014 [Acesso em 1 jun 2017]; 48(6): 906-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102014000600906&lng=en.
13. Moraes JC, Ribeiro MCSA. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2008 [Acesso em 22 mai 2017]; 11(Supl1): 113-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11s1/10.pdf>.
14. Luhn KR, Cardoso MRA, Waldman EA. Cobertura vacinal em menores de dois anos a partir de registro informatizado de imunização em Curitiba, PR. Rev Saúde Pública [Internet]. 2011 [Acesso em 22 maio de 2017]; 45(1):90-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100010&lng=en.
15. Domingues CMA, Teixeira AMS. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2013 [Acesso em 1 jun 2017]; 22(1): 9-27. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100002&lng=pt.
16. Ministério da Saúde. Programa nacional de imunizações 30 anos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [Acesso em 25 de mai 2017]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf.

Recebido em: 10.04.2018

Approved em: 15.08.2018

CONDIÇÕES SANITÁRIAS DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

HEALTH CONDITIONS OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY

Artigo Original

José Nilson Rodrigues de Menezes¹
Zélia Maria de Sousa Araújo Santos²
Francisco Jenilson de Sousa Costa³
Brena Gonçalves de Andrade³
Lívia Lima Benevides⁴

RESUMO

Estudo documental com o objetivo de descrever as condições sanitárias de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILP) em Fortaleza-Ceará-Brasil. Utilizou-se noventa e um prontuários de idosos assistidos pelo Serviço de Fisioterapia. A maioria dos idosos estava na faixa etária de 60 a 90 anos (95,5%), era do sexo masculino (50,5%), andava sem ajuda (68,0%), tinha esquema vacinal atualizado (100,0%), tempo de permanência na Instituição de Longa Permanência (63,7%). Vale ressaltar que 41 (45,0%) idosos eram tabagistas e 19 (15,0%) tiveram infecções respiratórias, destes em 8 (21,0%) foi diagnosticado pneumonia. Constata-se o predomínio de idosos ativos, com satisfatórias condições de saúde, dentre os aspectos investigados. O Serviço de Fisioterapia na ILP disponibilizava orientações sobre condutas preventivas e terapêuticas para infecções respiratórias, para aquelas relacionadas ao sistema musculoesquelético. O idoso institucionalizado necessita de cuidados preventivos e de controle dos agravos crônicos que são prevalentes nesta fase do ciclo vital.

Palavras-chave: Envelhecimento; Perfil De Saúde; Instituição De Longa Permanência Para Idosos.

ABSTRACT

Documental descriptive study whose aim is to describe health conditions of elderly residents in a nursing home located in Fortaleza-Ceará-Brazil. It was used ninety-one nursing charts of elderly who were assisted by the Physiotherapy Service. Most elderly were in the age group 60-90 years old (95,5%), were male (50,5%), walked without assistance (68,0%) had an updated immunization schedule (100,0%), stay in the nursing home (63,7%). It is important to stress that 41 (45,0%) seniors were smokers and 19 (15,0%) had had respiratory infections, from these pneumonia was diagnosed in 8 (21,0%). The predominance of active senior citizens with satisfactory health conditions among the investigated aspects is observed. The Physiotherapy Service in the nursing home offers guidelines on preventive and

¹ Fisioterapeuta. Doutor em Biotecnologia e Docente no Curso de Fisioterapia na Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

² Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Docente Titular no Curso de Enfermagem. Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Saúde. Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR. E-mail: zeliasantos@unifor.br

³ Discente do Curso de Fisioterapia na UNIFOR.

⁴ Fisioterapeuta pela UNIFOR.

therapeutic measures for respiratory infections, for those related to the musculoskeletal system. The institutionalized elderly need preventive care and control of chronic diseases that are prevalent in this phase of the life cycle.

Keywords: Aging; Health Profile; Nursing Home For The Elderly.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial vem ocorrendo de forma acelerada nos últimos anos. Em quase todos os lugares pode-se encontrar idosos, alguns deles exercendo uma vida social, realizando atividades como trabalhar e cuidar de casa. Porém grande parte dessas pessoas já começou a sentir o peso da idade. Muitas apresentam fadiga, cansaço, dor e muitos são acometidos por doenças⁽¹⁾. Portanto, este fato tem trazido preocupações para enfermeiros e demais profissionais de saúde, em relação ao planejamento e implementação de cuidados voltados à melhoria da qualidade de vida de pessoas idosas. Esta inquietação tem impulsionado a realização de estudos que possam melhor caracterizar este grupo e discutir intervenções que se apliquem às situações clínicas e aos problemas da vida desta população.⁽²⁾

O envelhecimento pode ser definido com um processo fisiológico, de comportamento social e cronológico, com conseqüentes alterações no organismo no qual costuma se apresentar de forma variável e individual.⁽³⁾

Este processo provoca alterações e desgaste em vários sistemas funcionais, nos quais ocorrem de forma progressiva e irreversível⁽⁴⁾. Ocorrendo várias alterações entre elas, morfológicas, funcionais e bioquímicas. Em relação à fisiologia muscular há uma redução cerca de 30,0 a 40,0% em pessoas com 80 anos de idade quando comparada com as de 30 anos. Há também modificações de inervações de fibras musculares que com o passar dos anos diminuem em número e tamanho, conseqüentemente a massa muscular diminui de força ocorrendo uma redução em cerca de 40,0% em membros inferiores e 30,0% em membros superiores, isso quando comparada à força de um indivíduo de 80 anos com um de 30,0.⁽⁵⁾

Em conseqüência da melhoria da qualidade da assistência médica, saneamento básico e redução da taxa de mortalidade, ouve um aumento da expectativa de vida. Estes são fatores responsáveis pela modificação na pirâmide etária onde, é observado um aumento na população idosa. Os idosos normais são mais vulneráveis a doenças do que a população adulta normal.⁽⁶⁾

A saúde do idoso depende do bom desempenho de muitas funções pertinentes ao seu estágio de vida, de modo especial, a cognição, o humor, a mobilidade e a comunicação. As síndromes geriátricas são afecções que caracterizam a incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incapacidade comunicativa e iatrogenia. Esta última decorre da escassez de conhecimento da equipe de saúde, sobre as características do processo de envelhecimento, podendo causar agravos ao estado de saúde do idoso.⁽⁷⁾

Vem aumentando a procura por Instituições de Longa Permanência (ILP) para idosos no Brasil, entretanto o País não está estruturalmente preparado para acolher essa demanda. Diversos distúrbios como depressão, confusão mental, despersonalização e isolamento da sociedade, podem ser causados pela transferência de um idoso de seu lar para essas instituições. Há uma grande necessidade dos idosos institucionalizados receberem atendimento de caráter multiprofissional, pois na maioria das vezes eles apresentarão redução da capacidade física-funcional, associada a transtornos psicológicos⁽⁸⁾. Como conseqüência, muito dos idosos permanecem acamados vulneráveis às infecções agudas do trato respiratório e suas complicações. A taxa de incidência de pneumonia em indivíduos com idade superior a 65 anos tem sido considerada uma das maiores causas de hospitalizações.⁽⁹⁾

No tratamento da pneumonia, a fisioterapia respiratória exerce um papel relevante, tendo como principais objetivos: aumentar a oxigenação, promover a melhora da ventilação pulmonar, favorecer a remoção das secreções, aumentar a tolerância aos exercícios físicos e às atividades diárias e diminuir a dor. A fisioterapia irá também dificultar a progressão da doença, prevenindo as complicações respiratórias, melhorando na redução da mortalidade, diminuindo o tempo de hospitalização, acelerando a convalescença e facilitando a readaptação do usuário à sua vida ativa⁽¹⁰⁾.

Logo, mediante o aumento da prevalência de problemas de saúde entre os idosos, optou-se por este estudo com o objetivo de descrever as condições sanitárias de idosos institucionalizados.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e documental realizado em uma Instituição de Longa Permanência (ILP) em Fortaleza-Ceará-Brasil, com 91 (noventa e um) prontuários de idosos assistidos pelo Serviço de Fisioterapia. Foram incluídos na amostra todos os prontuários que estavam preenchidos completa e adequadamente.

A ILP tinha capacidade instalada para acolher 99 idosos, no entanto haviam 105 alojadas, em razão de excessiva demanda.

Realizou-se a coleta de dados durante os meses de março a maio de 2016, por meio de um formulário, cujo roteiro conteve idade, sexo, tempo na ILP, nível de autonomia, esquema vacinal, tabagismo e casos de infecções respiratórias.

Os dados coletados foram organizados no programa Microsoft Excel (versão 2011), representados em quadro, analisados estatisticamente com fundamentação na literatura selecionada.

O estudo atendeu a Resolução 466/12 da CONEP/CNS/MS (BRASIL, 2012) que regulamenta as pesquisas com seres humanos. A coleta de dados foi realizada após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa-COÉTICA da Universidade

de Fortaleza-UNIFOR sob Nº 424.683, e após a assinatura do Termo de Fiel Depositário (TFD).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o Quadro 1, a maioria dos idosos estava na faixa etária de 60 a 90 anos (95,5%), era do sexo masculino (50,5%), andava sem ajuda (68,0%). Tinha esquema vacinal atualizado (100,0%), tempo de permanência na Instituição de Longa Permanência (ILP) abaixo de três anos (63,7%). Vale ressaltar que 41 (45,0%) idosos eram tabagistas e 19 (15,0%) tiveram infecções respiratórias, destes em 8 (21,0%) foi diagnosticado pneumonia.

Quadro 1. Distribuição dos idosos segundo dados biológicos e sanitários. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016. n = 91

DADOS BIOLÓGICOS E SANITÁRIOS	F	%
IDADE (ANOS)		
60 – 7	46	50,5
76 – 90	41	45,0
Acima de 90	04	4,4
SEXO		
Feminino	45	49,4
Masculino	46	50,5
CONDIÇÃO FÍSICA		
Deambulante	62	68,0
Cadeirante	28	22,0
Acamado	1	10,0
Esquema vacinal atualizado	91	100,0
Infecções Respiratórias	19	15,0
Tabagismo	41	45,0
TEMPO DE PERMANÊNCIA NA ILP (ANOS)		
Abaixo de 3	58	63,7
Acima de 3	33	36,3

Fonte: Dados do estudo.

Nos últimos anos, com a melhora dos parâmetros de saúde das populações dos países em desenvolvimento observado ao longo do século XX, a velhice tem sido uma realidade populacional mesmo nos países mais pobres. Porém, no que se refere ao contexto socioeconômico e, conseqüentemente, à assistência à saúde, não tem sido distribuída de forma igualitária⁽¹¹⁾. Entretanto, os poderes públicos e a sociedade em geral, têm

empreendido lutas em favor da melhoria da qualidade de vida, da assistência médica, saneamento básico e diminuição da taxa de fecundidade, o que gerou o aumento da expectativa de vida, proporcionando uma modificação da pirâmide etária, gerando o aumento da população idosa.

Os idosos são mais vulneráveis as doenças do que a população adulta. Esses indivíduos precisam de maiores atenções e cuidados, o que, muitas vezes, os familiares, bastante asobrecarregados de trabalhos, não têm tempo para cuidar.⁽¹²⁾ Isso tem contribuído, para o aumento da procura por Instituições de Longa Permanência (ILP), ocasionando superlotação, comprometendo a capacidade física instalada, daquelas destinadas aos idosos de baixa renda ou sem renda alguma.

Quanto à idade dos idosos, constatou-se que estes têm, em sua maioria, idade entre 60 e 75 anos, o que também coincide com os dados encontrados por Rocha e Lima⁽¹³⁾, cuja pesquisa incluiu idosos institucionalizados com idade entre 61 e 74 anos. Os idosos institucionalizados apresentam perda da autoestima, daí porque precisam de atenção por parte de uma Equipe multiprofissional para que possam ter uma vida, uma melhor qualidade de vida. Quanto a isto, existe um consenso na literatura a respeito da importância do desenvolvimento de alguma atividade para preservar a qualidade de vida e recuperar a autoestima de idosos institucionalizados.⁽¹⁴⁾

Apesar da proximidade do número de homens e mulheres na ILP, destacou-se o sexo masculino, o que coincide com os achados de Rocha e Lima.⁽¹³⁾

Quanto à autonomia dos idosos, a maioria ainda tem condições de se locomover sem ajuda, seguida de cadeirantes e de acamados. A incapacidade de dominar uma função pode ser frustrante e desencadear um sentimento de dependência e invalidez, o que é suficiente para criar estereótipos negativos para o idoso. A dependência de alguns idosos, para realizar atividades cotidianas, está relacionada com as doenças crônicas degenerativas, e não apenas com o processo de envelhecimento⁽¹⁵⁾.

Constatou-se que a maioria dos idosos residia na ILP há mais de três anos, o que implic na continuidade de superlotação, pois, em geral, o desligamento desses idosos ocorre em decorrência de reintegração familiar (o que é raro), óbitos, retorno ao lugar de origem, saída espontânea e outros. A perspectiva maior, buscada pela ILP, diz respeito à recomendação da Organização das Nações Unidas (ONU).⁽¹⁶⁾

O Brasil não está estruturalmente preparado para acolher a essa demanda de idosos que necessitam de institucionalização, em decorrência da miséria e abandono ou por problemas físicos e mentais⁽¹⁷⁾. Assim, as vagas na ILP eram limitadas, e como os idosos eram bem assistidos em relação à sua saúde, é rara a vacância em decorrência a óbito.

A procura de idosos por serviços de saúde tem aumentado cada vez mais, com internações hospitalares mais frequentes, e elevada média de permanência.

O envelhecimento populacional se exprime em maior carga de doenças na população, trazendo assim incapacidades e aumento do uso de serviços de saúde.⁽¹⁸⁾

O tabagismo é um grave predisponente à pneumonia, o que é preocupante na ILP, pois 45% dos idosos institucionalizados são fumantes há muito tempo.

Em diversos países tem aumentado a incidência de infecções agudas do trato respiratório e suas complicações, bem como a taxa de incidência de pneumonia em indivíduos com idade superior a 65 anos, tem sido considerada uma das maiores causas de hospitalizações⁽¹⁹⁾. No Brasil, as doenças do aparelho respiratório se destacam, sendo a causa mais importante de internações hospitalares, e pneumonia a causa mais frequente, responsável por cerca de 46% dos casos.⁽²⁰⁾

Dentre os idosos, 21,0% tiveram infecções respiratórias, como a pneumonia, que é uma intercorrência bastante comum em idosos, visto que vários fatores predis põem a essa infecção, como a diminuição da mobilidade da caixa torácica devido à calcificação das cartilagens esternocostais, a hipotonia dos músculos respiratórios, a redução do poder da tosse, a perda de elasticidade pela redução de fibras elásticas, diminuição da ação mucociliar, bem como, modificações do sistema de defesa imunológico, são alterações fisiológicas próprias do aparelho respiratório do idoso.⁽²¹⁾

Entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento da pneumonia estão a faixa etária avançada, as comorbidades e a redução das defesas do organismo, comumente associada ao envelhecimento.⁽²⁾

A pneumonia pode ser definida como processo agudo de natureza infecciosa, no qual vai originar inflamação e consolidação do parênquima pulmonar, geralmente determinando aparecimento de opacificações radiológicas que não são previamente detectadas. Após os microrganismos terem vencido a barreira do hospedeiro, ocorre a infecção respiratória.⁽²⁰⁾

As taxas de mortalidade tiveram um aumento gradual com o envelhecimento, e a doença respiratória se mantém como das principais causas de morte de idosos no País⁽²⁰⁾. Por isso, existe um grande empenho da Equipe de Saúde, em particular do fisioterapeuta, na atenção integrada a estas pessoas com vista a prevenir e/ou controlar seus agravos respiratórios.

O tratamento da pneumonia no idoso consiste da hidratação adequada, alimentação equilibrada, oxigenação adequada, preservação das funções cardiovascular e renal. Em pessoas institucionalizadas, o risco de adquirir pneumonia é significativo, em decorrência da oportunidade frequente de contatos.

Assim, a prevenção da pneumonia do idoso é de extrema importância em Saúde Pública, por se tratar de uma grave infecção com alta taxa de letalidade. É preciso, portanto, que nas ILP as vacinações contra a gripe, contra o pneumococo, e os cuidados gerais como a higiene oral, sejam observadas rigorosamente. É importante, também, a realização de fisioterapia respiratória e acompanhamento pela Equipe de Saúde capaz de atuar na área de geriatria e gerontologia. O tratamento da pneumonia bacteriana consiste na administração de antibióticos nas primeiras 24 horas, mesmo não sendo especificado o agente etiológico.⁽²⁰⁾

Os fisioterapeutas na ILP exercem um papel relevante no tratamento da pneumonia recorrendo aos exercícios respiratórios, a fim de aumentar a oxigenação, promover a melhora da ventilação pulmonar, favorecer a remoção das secreções, aumentar a tolerância aos exercícios físicos e as atividades diárias, e diminuir a dor. Além disso, a fisioterapia impede a progressão da doença, prevenindo as complicações respiratórias mais graves, reduzindo a mortalidade e o tempo de hospitalização, acelerando a convalescença e facilitando a readaptação do usuário à sua vida ativa.⁽²²⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise dos resultados, constata-se o predomínio de idosos ativos, com satisfatórias condições de saúde, dentre os aspectos investigados.

O Serviço de Fisioterapia na ILP disponibilizava orientações sobre as condutas preventivas e terapêuticas para infecções respiratórias, a para aquelas relacionadas ao sistema musculoesquelético.

O idoso institucionalizado necessita de cuidados preventivos e de controle dos agravos crônicos que são prevalentes nesta fase do ciclo vital. Na prestação desses cuidados, a Equipe de Saúde deve estar envolvida e integrada no atendimento às necessidades de saúde, de segurança, e de apoio psicossocial.

REFERÊNCIAS

1. Coelho PM, et al. Comparação da avaliação funcional entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Coleção Pesquisa em Educação Física. 2011; 10(1): 49-56.
2. Sá LD de, Scatena LM, Rodrigues AP, Nogueira JA de, Villa TCS. Gateway to the diagnosis of tuberculosis among elders in Brazilian municipalities. Rev Bras Enferm. 2015; 68(3): 408-14.
3. Meireles VC, Matsuda LM, Coimbra JAH. Características dos idosos em área de abrangência do programa de saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. Saúde soc. 2007; 16(1): 69-80.
4. Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. Cadernos de Saúde Pública. 2010; 24(2): 12-14.
5. Papaleo NM. Tratado de Gerontologia. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2007.
6. Almeida JR, Ferreira FOF. Pneumonias adquiridas na comunidade em pacientes idosos: aderência ao Consenso Brasileiro de Pneumonias. J Bras Pneumol. 2004; 30(3): 229-236.
7. Ferreira TF, et al. Idosos institucionalizados: formas de intervenção fisioterapêutica. Fisioterapia Ser. 2012; 7(1): 29-33.

8. Carvalho VL de, Silva BMSD da, Santos JST dos. Hospitalized elderly: clinical profile and characteristics of the physiotherapy servisse. *Rev enferm UFPE on line*. 2015; 9(9): 9224-9. [Acesso em 10 out 2016]. Disponível em <https://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/issue/view/82>.
9. Francisco PMSB, et al. Fatores associados à doença pulmonar em idosos. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2006; 40(3): 428-435. [Acesso em 10 out 2016]. Disponível em <https://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/issue/view/82>.
10. Loyola F, Antônio Ignácio de et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2004; 13(4): 229-238.
11. Farenca GS, Silveira SN, Pasin JSM. Atuação Fisioterapêutica e morbidade por Pneumonia: um estudo no hospital casa de saúde, Santa Maria/RS. *Disc Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria* 2006; 29 (39): 49-63.
12. GIL AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175
13. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de Metodologia Científica. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2006.
14. ONU. Recomendação da Organização das Nações Unidas. Viena: ONU, 1982.
15. Freitas MAV, Schericher ME. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2010; 13(3): 204-14.
16. Veras RP. País jovem de cabelos brancos. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ UERJ, 2009.
17. Rocha MAS, Lima MLLT. Caracterização dos distúrbios miofuncionais orofaciais de idosos institucionalizados. *Geriatrics & Gerontology*. 2010; 4(1):21-26.
18. Tascón FJF, Ibor JML. Saber envejecer: cómo vivir más y mejor. Madrid: Temas de Hoy, 1994.
19. Pires ZRS, Silva MJ. Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2013; 3 (2), jul-dez. [Acesso em 10 out 2016]. Disponível em <https://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/issue/view/82>.
20. Marconi MA, Lakatos, EM. Fundamentos de Metodologia Científica. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2006.
21. Autran EA. Violência contra a pessoa idosa. [Monografia de Especialização]. Fortaleza: Universidade Estadual Vale do Acaraú, 2002.
22. Chaimowicz F. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 106-130

Recebido em: 09.04.2018

Aprovado em: 19.08.2018

DIMENSIONAMENTO DE ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA DE GESTÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

NURSING SIZING AS A HEALTH CARE MANAGEMENT TOOL

Artigo Original

Maria Girlane Sousa Albuquerque Brandão¹

Aline Maria Veras Mendes¹

Maria Aline Moreira Ximenes¹

Josiane da Silva Gomes²

Odézio Damasceno Brito³

Lívia Moreira Barros⁴

RESUMO

Este estudo retrata uma análise realizada com objetivo de dimensionar a equipe de enfermagem do setor de emergência de um hospital de ensino da região norte do estado do Ceará, Brasil, concretizada no segundo semestre do ano de 2017. O estudo consiste de uma análise descritiva, transversal e quantitativa. Os dados foram obtidos por meio de observações diretas, entrevista estruturada e leituras de prontuários em todos os dias da semana, nos três turnos. Para auxiliar o estudo, utilizou-se um instrumento com dados clínico-epidemiológicos, classificação de risco, escala de Glasgow e escala de Fugulin. Durante a avaliação, 2.557 observações foram realizadas a partir do atendimento de 783 pacientes. Os resultados obtidos evidenciam um quadro de funcionários inadequado para atender a demanda e o perfil dos pacientes, mediante a preconização do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

Palavras-chave: Dimensionamento; Enfermagem; Emergência Hospitalar.

ABSTRACT

This study consists of an analysis with the objective of sizing an emergency nursing team of a teaching hospital in the northern region of the state of Ceará – Brazil – accomplished in the second half of 2017. The study consists of a descriptive, cross-sectional and quantitative analysis. The data were obtained from direct observations, structured interviews and medical chart readings on every day of the week. To aid the study, an instrument with clinical-epidemiological data, risk rate, Glasgow scale and Fugulin scale was used. During the evaluation, 2,557 observations were made from the care of 783 patients. The results obtained show an inadequate staff to meet the demand and the profile of patients, according to the recommendation of the Federal Nursing Council.

Keywords: Sizing; Nursing; Hospital Emergency.

¹ Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). E-mail: girlane.albuquerque@yahoo.com.br

² Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

³ Enfermeiro. Residente Multiprofissional em Urgência e Emergência na Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

⁴ Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente do Curso de Enfermagem da UVA.

INTRODUÇÃO

A dinâmica laboral atribulada nos hospitais incorre na necessidade de incremento das práticas de gestão que impulsionem as organizações rumo ao posicionamento estratégico no mercado de trabalho. Nesse sentido, as instituições de saúde, em especial as hospitalares, estão buscando cada vez mais modernizar as suas ações gerenciais com o intuito de atingir melhores resultados assistenciais, e, paralelamente, garantir sua sobrevivência no mundo globalizado das organizações prestadoras de serviços.⁽¹⁾

No gerenciamento de recursos humanos produtores do cuidado, existe uma gama de meios e técnicas próprios da administração que otimizam e viabilizam a racionalidade da gestão de dada clientela.⁽²⁾ Entre as ferramentas de gestão encontradas na dinâmica hospitalar, existem algumas específicas para o serviço de enfermagem, uma vez que a categoria representa o maior contingente do capital humano atrelado à assistência nos hospitais; é a única a permanecer junto ao doente internado de forma ininterrupta⁽³⁾, bem como, vincula-se à dimensão gerencial própria à natureza do trabalho do enfermeiro.⁽⁴⁾

Na área de enfermagem, o dimensionamento de pessoal emerge como método próprio para a previsão quantitativa e qualitativa adequada de capital humano para a prestação assistencial segura de uma dada clientela.⁽⁵⁾

Entende-se por dimensionamento do pessoal de enfermagem uma etapa inicial e crucial do processo de provimento de pessoal, que tem como objetivo, a previsão do quantitativo de funcionários requerido para atender determinado número de tarefas, direta ou indiretamente, às necessidades de assistência de enfermagem da clientela. Então, pode-se entender que o dimensionamento de enfermagem é uma ação que visa à segurança do paciente, sem deixar de considerar a administração de recursos financeiros e humanos.⁽⁶⁾

O dimensionamento inadequado dos recursos humanos em enfermagem pode propiciar o comprometimento da saúde do usuário⁽⁷⁾, além de sobrecarregar a equipe de enfermagem existente, expondo os profissionais a desgastes físicos e psicológicos, tornando mais susceptível à ocorrência de falhas durante as ações de enfermagem.⁽⁸⁾

Para padronização do dimensionamento de forma correta e legalizada, o Conselho Federal de Enfermagem, em consonância com a Lei do Exercício Profissional, estabelece a Resolução 543/2017, que define a distribuição percentual dos profissionais de enfermagem de acordo com o nível de cuidado e indica as horas mínimas de assistência. Tal resolução propõe uma avaliação dos pacientes baseada na sua carência de tempo de cuidado, sendo classificada em assistência mínima, intermediária, alta dependência, semi-intensiva e intensiva.⁽⁹⁾

Considerando a peculiaridade do serviço prestado em uma emergência, a problemática deste estudo se torna social e cientificamente relevante, uma vez que o dimensionamento

de pessoal de enfermagem nestes espaços assistenciais pode servir como uma ferramenta de progresso na assistência ao paciente atendido e nas condições de trabalho da equipe de enfermagem.

Ante ao exposto, questionou-se: a equipe de enfermagem da emergência de um hospital de ensino da região norte do estado do Ceará encontra-se adequada às recomendações dos parâmetros oficiais brasileiros de dimensionamento de pessoal?

Com isso, objetivou-se dimensionar a equipe de enfermagem do setor de emergência de um hospital de ensino e comparar o quadro dimensionado ao quadro real existente.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, transversal e quantitativo realizado no período de julho a setembro de 2017 em um hospital de ensino da Zona Norte do Estado do Ceará, classificado e habilitado para assistência terciária, que desenvolve procedimentos de alta complexidade, como tratamentos ortopédicos, oncológicos, neurocirurgias, urgências e emergências, referência em emergência traumatológica.

Com 55 leitos, a unidade recebe pacientes de mais de 60 municípios da região norte do Ceará, que abrange aproximadamente dois milhões de habitantes. O hospital conta com uma equipe de 11 enfermeiros, 63 técnicos e 2 auxiliares de enfermagem.

A população foi composta por 783 pacientes e realizaram-se 2557 observações. Como critérios de inclusão adotou-se: possuir idade superior a 18 anos e pacientes que foram classificados quanto ao seu risco de saúde no acolhimento.

A coleta de dados ocorreu de segunda a domingo nos turnos matutino, vespertino e noturno, a partir de observação direta, entrevista estruturada e leitura do prontuário. Utilizou-se um instrumento com dados clínico-epidemiológicos (sexo, idade, ocupação, procedência, motivo da internação, comorbidades, sedação e presença do acompanhante), classificação de risco e escala de Fugulin.

A classificação de risco utilizada é proposta no protocolo HumanizaSUS em que o enfermeiro deve classificar os casos fundamentando - se em sistema de cores: vermelho - emergência (atendimento imediato); amarelo - urgência (atendimento em 50 minutos); verde - menor urgência (atendimento em 120 minutos) e azul - não urgência (atendimento em 240 minutos).⁽¹⁰⁾

Para classificação dos pacientes quanto à dependência dos cuidados de enfermagem, foi utilizado o instrumento de classificação de pacientes de Fugulin. O Instrumento de Classificação de Fugulin estabelece nove áreas de cuidados, a saber: estado mental, oxigenação, sinais vitais, motilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação e terapêutica, de acordo com a complexidade assistencial dos

pacientes internados. A partir dessa avaliação, os pacientes são classificados em uma das categorias: cuidados intensivos (acima de 31 pontos), cuidados semi-intensivos (27 a 31 pontos), cuidados de alta dependência (21 a 26 pontos), cuidados intermediários (15 a 20 pontos) e cuidados mínimos (9 a 14 pontos).⁽¹¹⁾

Os dados obtidos foram tabulados no programa Excel 2016 e analisados no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20 para Windows, e armazenados em banco de dados. O quantitativo de profissionais preconizados foi calculado conforme parâmetros recomendados pelo Conselho Federal de Enfermagem - COFEN.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sob parecer nº 2.156.152/2017 e autorizado pela instituição em estudo. Obteve-se a dispensa da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pois a avaliação das demandas de cuidado junto ao paciente é considerada uma atividade cotidiana do Enfermeiro e os pacientes não foram submetidos a nenhum outro procedimento em função da aplicação do instrumento.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Houve a predominância do sexo masculino (63,8%) e idade acima de 60 anos (40,8%). Do número total de pacientes (783), 61,3% tiveram classificação de risco amarela. Dos 783 pacientes, a maioria possuía um acompanhante (94,1%).

Foi observado que 42% dos pacientes apresentavam comorbidades como hipertensão e diabetes. Das 2557 classificações de grau de cuidados dos pacientes, 947 observações (37%) eram de cuidados mínimos, seguidos de 811 (31,7%) cuidados intermediários, 583 (22,8%) de alta dependência, 190 (7,4%) semi-intensivos e 26 (1%) de cuidados intensivos.

De acordo com a área de cuidados de Fugulin, verificou-se que os pacientes são em sua maioria conscientes (63,1%), não dependem de oxigenoterapia (89,7%) e possuem seus sinais vitais avaliados em controle de rotina (91,6%) e alimentam-se sozinhos (45%). Desses, 32% movimentam todos os segmentos corpóreos. No cuidado corporal (31,9%) e eliminação (33,3%) eram autossuficientes e a terapêutica mais comum foi E.V. contínua ou por sonda nasogástrica (45%).

Quanto à distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem, em consonância com a Resolução COFEN nº 543/2017 foi adotada a categoria de maior prevalência (cuidados mínimos), onde evidenciou-se a necessidade de 20 enfermeiros e 36 técnicos de enfermagem, em cumprimento ao percentual recomendado pela referida Resolução.

O número de funcionários do setor é de 11 enfermeiros e 65 técnicos/auxiliares de enfermagem. Dessa forma os achados mostram um número deficiente de enfermeiros no serviço enquanto o número de técnicos/auxiliares está acima do preconizado.

Esse estudo evidenciou a prevalência do gênero masculino no serviço de emergência, corroborando com uma pesquisa realizada no Pronto-socorro adulto do Hospital São Paulo, onde maioria dos pacientes era do sexo masculino (58,4%).⁽¹²⁾

Neste estudo observaram-se pacientes com idade mais avançada, ou seja, acima de 60 anos. A população idosa é caracterizada como vulnerável, visto que o processo de envelhecimento está relacionado à perda da funcionalidade e ao aumento de comorbidades⁽¹³⁾, com prevalência de HAS e DM. Esse achado corrobora com outro resultado encontrado na literatura que evidencia a presença de comorbidades em pacientes idosos.⁽¹⁴⁾

A maioria dos pacientes deste estudo foi classificada na cor amarela, evidenciando um grau de urgência no atendimento, o que difere de um estudo realizado no acolhimento com classificação de risco de um hospital de alta complexidade localizado em São Paulo que indicou a classificação verde (61,1%) como a mais prevalente.⁽¹⁵⁾

No que concerne à classificação do grau de cuidados, o estudo assemelha-se a uma pesquisa realizada em um pronto socorro de um hospital universitário do Estado do Paraná, onde 73,3% dos pacientes foram caracterizados por complexidade assistencial mínima⁽¹⁶⁾, definido como sendo um paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem e autossuficiente em relação ao atendimento das necessidades.⁽¹⁷⁾

Neste estudo, a realização do cálculo do dimensionamento da equipe de enfermagem mostrou que devem existir 20 enfermeiros, logo, cinco enfermeiros para cada plantão de 6 horas e 36 técnicos/auxiliares, resultando em nove para cada plantão de 6 horas com intuito de estabelecer um dimensionamento adequado e uma assistência de qualidade. Dessa forma os achados mostram um número deficiente de enfermeiros no serviço enquanto o número de técnicos/auxiliares está acima do preconizado.

Uma pesquisa que dimensionou a equipe de enfermagem do pronto socorro de um hospital universitário público do estado do Paraná, também constatou que o quantitativo de enfermeiros estava abaixo do preconizado⁽¹⁸⁾. Outro estudo que teve como objetivo dimensionar o pessoal de enfermagem de um hospital universitário no estado de Goiás, identificou um déficit de 91 enfermeiros e 70 técnicos ou auxiliares de enfermagem.⁽¹⁹⁾

O déficit de enfermeiros gera um aumento da demanda de cuidados a serem prestados pelos trabalhadores de nível médio e auxiliares de enfermagem. Infere-se que esta situação talvez possa contribuir para a insatisfação no trabalho, absenteísmo, rotatividade da equipe e a ocorrência de doenças relacionadas ao trabalho, além dos resultados negativos no bojo da segurança do paciente, já constatados como de direta associação quando na exposição de alta carga de trabalho⁽²⁰⁾. Outro ponto a se destacar é que a equipe de enfermagem em questão trabalha em um setor atribulado, o que, por si só, pode elevar sua carga de trabalho, mesmo que "não mensurável".⁽¹⁸⁾

Com o aumento da carga de trabalho da equipe de enfermagem, acompanhado ao déficit gerencial de provisão de recursos humanos, é comum que se constate subdimensionamento de pessoal provedor do cuidado. Isto é alarmante, pois, o número inadequado de profissionais promove déficits na qualidade da assistência de enfermagem, eleva a carga de trabalho e é associada com piores resultados assistencial, como o aumento de infecções associadas a cateteres, quedas, e até mesmo a maior mortalidade.⁽²¹⁾

O déficit de enfermeiros gera um aumento da demanda de cuidados a serem prestados pelos trabalhadores de nível médio e auxiliares de enfermagem. Infere-se que esta situação talvez possa contribuir para a insatisfação no trabalho, absenteísmo, rotatividade da equipe e a ocorrência de doenças relacionadas ao trabalho, além dos resultados negativos no bojo da segurança do paciente, já constatados como de direta associação quando há exposição de alta carga de trabalho.⁽²²⁾

Assim, o correto dimensionamento da equipe pode diminuir esses danos, aperfeiçoar o serviço e promover uma assistência de enfermagem qualificada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O dimensionamento de enfermagem projetado e preconizado pelo COFEN e o existente no setor emergência do hospi-

tal de ensino do estudo se mostram diferentes, apresentando um quadro de funcionários inadequado para a demanda e perfil dos pacientes atendidos, sendo em sua maioria idosos, com classificação de risco amarela e com comorbidades, o que exige maior atenção da equipe de enfermagem para essa clientela.

Ressalta-se que o dimensionamento inadequado está associado com aumento de doenças ocupacionais na equipe de enfermagem, ocorrência de eventos adversos e causa insatisfação do usuário com o atendimento.

Diante do exposto, a classificação dos pacientes consente o desenvolvimento de ações de enfermagem e mostra-se necessária para subsidiar o dimensionamento dos recursos humanos, contribuindo para a realização da assistência ao paciente com maior qualidade e segurança.

Espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir com o arranjo assistencial e de gerência da unidade, por meio do planejamento de estratégias de dimensionamento hospitalar, objetivando a qualidade da assistência e a organização do serviço. Sugere-se a realização de outros estudos que visem acompanhar os efeitos desse déficit de profissionais e suas implicações nos cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Santos JLG, Pestana AL, Guerrero P, Meirelles BSH, Erdmann AL. Nurses' practices in the nursing and health care management: integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 Mar/Apr; [Acesso em 28 mai 2018]; 66(2):257- 63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/16.pdf>
2. Bugs TV, Rigo DFH, Bohrer CD, Borges F, Oliveira JLC, Tonini NS. Dificuldades do enfermeiro no gerenciamento da unidade de pronto-socorro hospitalar. *Rev Enferm UFSM* 2017;7(1): 90-99.
3. Quadros DV, Magalhães AMM, Mantovani VM, Rosa DS, Echer IC. Analysis of managerial and healthcare indicators after nursing personnel upsizing. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 Jul/Aug; [Acesso em 28 mai 2018]; 69(4):684-90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400684
4. Vasconcelos RO, Bohrer CD, Rigo DFH, Marques LGS, Oliveira JLC, Tonini NS, et al. Means for nursing management used in critical hospital units. *Enferm Foco* [Internet]. 2016; [Acesso em 28 mai 2018]; 7(3/4):56-60. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/944/354>
5. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Lima AFC. Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em Instituições de Saúde. In: Kurcgant P. Gerenciamento em Enfermagem. 3ª Ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
6. Silva RGM, Nascimento VF, Souza Bertucci AA, Benício AC, Ferrreira DS, Lopes CCC. Análise reflexiva sobre a importância do Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem como ferramenta gerencial. *Enfermagem Brasil* [Internet]. 2016; [Acesso em 28 mai 2018]; 15(4), 221-226. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/314180625_Analise_reflexiva_sobre_a_importancia_do_Dimensionamento_de_Pessoal_de_Enfermagem_como_ferramenta_gerencial
7. Admi H, Eilon-Moshe Y. Do hospital shift charge nurses from different cultures experience similar stress? An international cross sectional study. *International journal of nursing studies*. [Internet] 2016 [Acesso em 28 mai 2018]; 63:48-57. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748916301201>
8. Admi H, Eilon Y, Renker P, Unhasuta K. Stress measurement among charge nurses: developing a cross cultural tool. *Journal of advanced nursing*. [Internet] 2016 [Acesso em 28 mai 2018]; 72(4):926-935. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12845/full>
9. Brasil. Resolução COFEN 0543/2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem. 2017.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
11. Moraes M, Linch GFC, Souza EN. Classificação de pacientes internados em uma unidade traumatológica. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet] 2012 [Acesso em 28 mai 2018]; 33(2):52-59. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000200009>
12. Paixão TCR, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA. Dimensionamento de enfermagem em sala de emergência de um hospital-escola. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2015 [Acesso em 28 mai 2018]; 49(3):486-493. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000300017>

13. Girondi JBR, Nothaft SCS, Santos SMA, Oliveira F, Sebold LF, Kempfer SS. Estudo do perfil de morbimortalidade entre idosos. *Rev Enferm UFSM*. [Internet]. 2013 [Acesso em 28 mai 2018]; 3(2):197-204. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/217976926704>
14. Kanabushi GHM. Risco para fragilidade em idosos com doenças crônicas. (Specialization dissertation, Universidade Federal de Santa Catarina). 2016. [Acesso em 29 mai 2018]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/170576>
15. Oliveira GN, Vancini-Campanharo CR, Lopes MCBT, Barbosa DA, Okuno MFP, Batista REA. Correlação das categorias de classificação de risco com aspectos clínicos e desfechos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. [Internet] 2016 [Acesso em 29 mai 2018]; 24:1-9. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281449727060.pdf>
16. Casarolli ACG, Eberhardt TD, Nicola AL, Fernandes LM. Nível de complexidade assistencial e dimensionamento de enfermagem no pronto-socorro de um hospital público. *UFSM* [Internet] 2015 [Acesso em 29 mai 2018]; 278-285. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769216811>
17. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN n° 293, de 21 de setembro de 2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados [Internet]. [Acesso em 29 mai 2018]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004_4329.html
18. Girardi C, Feldhaus C, Oliveira JLC, Schran LS, Luz MP, Tonini NS, Bordin V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em pronto socorro hospitalar. *Rev. Adm. Saúde* [Internet] 2018 [Acesso em 29 mai 2018]; 18 (71): 71-95. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.71.95>
19. Antunes AV, Costa MN. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. [Internet] 2003 [Acesso em 29 mai 2018]; 11(6): 832-839. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1838>
20. Magalhães AMM, Costa DG, Riboldi CO, Mergen T, Barbosa AS, Moura GMSS. Association between workload of the nursing staff and patient safety outcomes. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet] 2017 [Acesso em 29 mai 2018]; 51:e03255. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v51/1980-220X-reeusp-51-e03255.pdf>
21. Novaretti MCZ, Santos EV, Quitério LM, Daud-Gallotti RM. Nursing workload and occurrence of incidents and adverse events in ICU patients. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [Acesso em 29 mai 2018]; 67(5):692-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0692.pdf>
22. Magalhães AMM, Costa DG, Riboldi CO, Mergen T, Barbosa AS, Moura GMSS. Association between workload of the nursing staff and patient safety outcomes. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 [Acesso em 31 mai 2018]; 51:e03255. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v51/1980-220X-reeusp-51-e03255.pdf>

Recebido em: 09.06.2018

Aprovado em: 01.09.2018

TEORIA DA CONSECUÇÃO DO PAPEL MATERNO PARA A TORNAR-SE MÃE DE RECÉM-NASCIDO PREMATURO

ACCOMPLISHMENT OF THE MATERNAL ROLE THEORY FOR THE BECOMING MOTHER OF A PREMATURE NEWBORN

Artigo de Reflexão

Aliniana da Silva Santos¹

Larissa Ludmila Monteiro de Souza Brito²

Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa³

Ana Ruth Macedo Monteiro⁴

José Maria Ximenes Guimarães⁵

Edna Maria Camelo Chaves⁶

RESUMO

Objetivou-se realizar uma reflexão acerca de alguns dos conceitos da teoria da consecução do papel materno voltada para o cuidado ao Recém Nascido Prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Trata-se de um estudo descritivo do tipo análise reflexiva, acerca do cuidado do Recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, pautada na teoria da consecução do papel materno da Ramona Mercer. Ao tornar-se mãe de um Recém-nascido prematuro que precisa de cuidados intensivos, a mulher se depara com a quebra da expectativa quanto ao filho idealizado e vivencia inúmeros sentimentos negativos que podem prejudicar o desenvolvimento do vínculo do binômio. Conclui-se que o tornar-se mãe do neonato prematuro exige que os profissionais de enfermagem oportunizem o desempenho do papel materno nos cuidados ao bebê.

Palavras-chave: Relações Mãe-Filho; Recém-Nascido Prematuro; Unidades De Terapia Intensiva Neonatal; Enfermagem.

ABSTRACT

The reflection on some of the concepts of the accomplishment of the maternal role focused on the care of Premature Newborn in the Neonatal Intensive Care Unit was the aim of this study. This is a descriptive study achieved as a reflexive analysis on the care of a Newborn in the Neonatal Intensive Care Unit based on the achievement of the maternal role theory by Ramona Mercer. By becoming the mother of a premature newborn who needs intensive care, the woman is faced with a drop in expectation of the idealized child and experiences uncountable negative feelings that may harm the development of the binomial bond. It is concluded that becoming the mother of the premature

¹ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: enfa.aliniana@gmail.com

² Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE.

⁴ Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE.

⁵ Enfermeiro. Pós-doutorando do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE.

⁶ Enfermeira. Doutora em Farmacologia. Docente do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE.

neonate requires that the nursing professionals should play a role in the care of the baby.

Keywords: Mother-Child Relationship; Premature Newborn; Neonatal Intensive Care Units, Nursing.

INTRODUÇÃO

A teoria da consecução do papel materno envolve o processo de interação e de desenvolvimento que ocorre ao longo do tempo durante o qual a mãe se liga ao filho, adquire competência nas tarefas de cuidados que o papel envolve e exprime o prazer e a satisfação de desempenhar esse papel.⁽¹⁾

O tornar-se mãe é algo almejado pela maioria das mulheres. Ao se depararem com a notícia da gravidez desejada, todas esperam que o nascimento do seu bebê aconteça no período normal e quando este nasce prematuro, a mãe se percebe privada de desempenhar seu papel nos cuidados ao seu filho, uma vez que este necessitará de cuidados especializados.

Na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, o recém-nascido (RN) é cercado por cuidados especializados e fica mais restrito aos cuidados da mãe. Somado a isso, o enfrentamento materno em relação à prematuridade e à internação do seu bebê na UTIN, vêm acontecendo de forma traumática e ocasionando o afastamento entre o binômio, dificultando assim a formação efetiva do vínculo.⁽²⁾

A mãe do bebê prematuro, frente ao cenário da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, composto por diversas luzes, equipamentos, sons de alarmes e por profissionais especializados, sente incerteza e insegurança em relação à vida de seu bebê fora daquele ambiente. Acrescente-se ainda que o tempo de internação do neonato prematuro pode se estender por vários meses, e algumas mães podem reagir mantendo-se afastadas por medo, insegurança e até mesmo pela rejeição por ter tido um bebê diferente do desejado.⁽³⁾

Ao se tornar mãe de um recém-nascido prematuro, a mulher passa por um processo de resiliência que requer um suporte emocional e social para que elas possam lidar com os sentimentos negativos que permeiam o processo de hospitalização do seu bebê. Sabe-se que o período de hospitalização implica em mudanças na dinâmica familiar, causando o abandono de funções e de papéis sociais por parte dos membros da família, principalmente para a mãe, dada a necessidade de permanecer junto ao seu filho.⁽⁴⁾

Assim, existem vários fatores envolvidos nesse contexto e para que a mãe possa desempenhar o seu papel, é preciso que a equipe de saúde, em especial a enfermagem, ofereça apoio para que ela se perceba como a mãe desse RN.

Esta pesquisa utilizou alguns dos conceitos da teoria da enfermeira Ramona Mercer, a citar: Separação materno-infantil precoce; Tensão do papel materno; Angústia e ligação, tendo a mãe como o centro da discussão. A escolha desses conceitos se deu devido à adequação dos mesmos à interrupção do papel

materno ocasionada pela separação precoce do binômio após o nascimento.

Considera-se a abordagem dessa teoria de enfermagem fundamental para o fortalecimento da epistemologia do cuidado ao recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, trazendo conceitos que justificam e fortalecem o protagonismo materno para o estabelecimento do vínculo entre mãe e filho.

A pesquisa teve como objetivo realizar uma reflexão acerca do cuidado de enfermagem ao recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com base em alguns conceitos da teoria da consecução do papel materno de Ramona Mercer.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, tipo análise reflexiva, acerca do cuidado do Recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, pautada na teoria da consecução do papel materno da enfermeira Ramona Mercer^(1,5). A pesquisa foi originada da disciplina “Fundamentos teóricos do cuidado clínico em Enfermagem”, do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará/UECE, realizada no período de agosto a novembro de 2017.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Consecução do papel materno para o tornar-se mãe de recém-nascido prematuro

De acordo com a teorista Ramona Mercer, a mulher ao ser mãe pela primeira vez, inicia o processo de adaptação do tornar-se mãe e, portanto, passa pela experiência de transformação a partir de uma identidade materna que evolui com os desafios de desenvolvimento da criança⁽¹⁾. Ao se tornar mãe, a mulher experimenta maior vulnerabilidade e enfrenta enormes desafios ao fazer essa transição, o que requer um extenso trabalho psicológico, social e físico.⁽⁵⁾

A mulher ao se tornar mãe de um neonato prematuro vivencia a separação materno-infantil logo após o nascimento, passando pela nova e inesperada experiência de ter um bebê fora do idealizado, que necessitará de cuidados intensivos, em um ambiente totalmente diferente do que sonhara.

O nascimento prematuro frustra as expectativas da mulher, uma vez que na gestação ela projeta o acolhimento de seu filho para logo após o parto, com toda uma preparação da família para a chegada do bebê. E ao se deparar com a prematuridade e receber a notícia de que ele necessitará da UTIN, as preocupações, angústias e medos são manifestados. Afinal as mães não estão preparadas para ver seus filhos nas condições clínicas de saúde em um ambiente desconhecido, passando a vivenciar o conflito entre o sonhado e o real.^(6,7)

Assumir uma identidade materna diante da prematuridade não é uma tarefa fácil para a mulher, devido à tensão do papel.

E em relação a esse conceito, inúmeros autores destacam a importância de prestar assistência à mãe no ambiente da hospitalização.

Para que haja uma adaptação a essa realidade é preciso considerar a mãe no contexto da internação do recém-nascido, tendo em vista que a hospitalização repercute de forma negativa em relação a sentimentos como angústia, apreensão e medo de que o bebê não sobreviva.⁽⁸⁾

Devido às tecnologias utilizadas para a sobrevivência do bebê em UTIN, a mãe teme a morte, o sofrimento do filho, bem como a piora da condição clínica e sequelas futuras⁽⁹⁾. Essa instabilidade interfere na ligação do binômio, podendo resultar até mesmo no distanciamento da mãe em relação ao bebê.⁽⁶⁾

Essa tensão do papel também ocorre devido à mãe viver a cotidianidade das rotinas, não sendo incentivada a participar dos afazeres condizentes ao seu papel materno, ficando aquém das decisões tomadas sobre a saúde do seu filho. Essa inadequação do seu papel pode levar a uma perda de identidade acreditando que os outros sabem mais do que ela e assim, a mãe pode se sentir impotente, adotando a visão médica da prematuridade.⁽⁹⁾

Por causa da separação materno-infantil precoce, a mãe apresenta dificuldades em ligar-se ao filho, principalmente devido às poucas oportunidades de desempenhar cuidados elementares, e assim a qualidade da relação mãe-bebê pode ser prejudicada e até mesmo não estabelecida.⁽²⁾

Ramona Mercer destaca que o tornar-se mãe é influenciado por suas experiências de vida, criatividade e características únicas do binômio mãe-bebê. Todas essas variáveis contribuem de forma exclusiva para a sua expressão, preocupações e trabalho para que haja a aceitação do ser mãe.⁽⁵⁾ Assim, o tornar-se mãe está relacionado à inserção da mulher na realização dos cuidados ao seu filho.

Caso as mães não sejam inseridas nos cuidados, elas podem desenvolver sentimentos de fracasso e inutilidade e apresentar dificuldades de reconhecer-se como mãe e de aceitar seu filho,^(7,10) por isso, é indispensável considerar o protagonismo materno no ambiente da UTIN.

A mãe deverá ser incentivada, dependendo do estado do bebê, a participar de cuidados elementares como banho, troca de fralda, toque terapêutico, alimentação por gavagem, e a permanecerem a maior parte do tempo com ele realizando pequenas tarefas do cotidiano para o fortalecimento do vínculo e preparação para a alta.⁽¹¹⁾

Destaca-se como uma das maneiras de incentivar o vínculo em UTIN, a abordagem trazida pelo método canguru que, aliado à tecnologia desse ambiente, promove o contato direto do neonato com a mãe, desde que ambos apresentem condições clínicas para isso⁽¹²⁾. O método possibilita a inserção da mãe no cuidado do neonato, oportunizando uma assistência humanizada e facilitando o desenvolvimento do papel materno.

A interação entre mãe-bebê auxilia no processo de organização das características sensitivas e cognitivas do Recém-nascido, bem como para o despertar da responsividade materna, devendo essa ligação entre o binômio ser incentivada e proporcionada pelos profissionais da saúde em prol do bem-estar de ambos⁽¹³⁾, além de ser um elemento determinante para incremento da ligação materna com consequente redução do estresse.

Quando é dada à mãe a oportunidade de participar dos cuidados, ela se apropria do cuidado como inerente a ela, uma vez que é a única capaz de compreender o seu próprio bebê, assumindo assim o seu papel de mãe.⁽⁹⁾

O incentivo à inserção gradativa das mães nos cuidados ao RN prematuro torna o cuidado mais prazeroso e de fácil execução pelas mães, propiciando o sentimento de segurança e competência que, aliada à vivência diária com o RN, promove a reestruturação do papel materno⁽¹⁴⁾. Nesse sentido, destaca-se a importância da equipe de enfermagem para oferecer o suporte para a consecução do papel materno.

No tocante ao enfermeiro, cabe ao mesmo o cuidado de enfermagem baseado em julgamentos clínicos, pautado em habilidades e conhecimentos a respeito dos fenômenos de enfermagem relativos à mãe do bebê prematuro.⁽¹⁵⁾

O profissional de enfermagem deve acompanhar de forma atenciosa o desenvolvimento da autonomia materna dentro da UTIN, a partir da orientação e do acompanhamento dos procedimentos que possam ser realizados pela mãe, promovendo a segurança desta para o cuidado ao seu filho e participando assim da desconstrução da impressão negativa acerca das dificuldades de cuidar de um bebê prematuro; garantindo uma técnica adequada à promoção do bem-estar do RN.⁽¹⁴⁾

O apoio à mãe pode ser feito a partir do estabelecimento de uma boa comunicação acerca de como ela pode desenvolver as habilidades de cuidar do seu bebê e a maneira como ela pode interagir com ele. Para isso, é preciso identificar as preocupações maternas e procurar meios de resolvê-las. Acrescenta-se ainda a necessidade de se promover o senso de competência da mãe enquanto ela trabalha na obtenção de uma identidade materna, uma vez que os enfermeiros possuem maior contato com as mães e são os mais indicados para promover efeitos positivos, mesmo que a longo prazo, sobre elas, durante esta transição.⁽⁵⁾

Para que o tornar-se mãe de um Recém-nascido prematuro venha acontecer de forma menos traumática, é indispensável que a Enfermagem perceba a mãe dentro do contexto da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e a insira como protagonista no cuidado ao seu bebê, oportunizando o desempenho do papel materno dentro do ambiente de internação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mães de neonatos prematuros vivenciam a separação precoce de seus filhos dentro da UTIN, o que dificulta a forma-

ção de vínculo entre o binômio e o desenvolvimento do papel materno, uma vez que além dos sentimentos negativos vivenciados, elas não se sentem incluídas nos cuidados realizados aos seus filhos, não permitindo, assim, que assumam a sua identidade como mãe.

A teoria da consecução do papel materno ampara o enfermeiro a desenvolver, junto a mães, cuidados que favoreçam o fortalecimento do binômio mãe-bebê, para que haja a aceitação do se tornar mãe. Desse modo, o tornar-se mãe está rela-

cionado à sua inserção na realização dos cuidados ao seu filho na UTIN.

Por isso, é importante que o profissional de enfermagem incentive e ofereça suporte para o desenvolvimento da autonomia materna dentro da UTIN, uma vez que a mãe ao participar dos cuidados com o bebê, começa a adquirir a identidade do papel materno e assim o processo de ligação e criação de vínculo passa a ser iniciado e estabelecido.

REFERÊNCIAS

1. Mercer RT. Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of nursing scholarship*. 2004; 36(3):226-232.
2. Pontes GAR, Cantillino A. A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê. *J Bras Psiquiatr*. 2014;63(4):290-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000037>
3. Araújo BBM, Rodrigues BMRD. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(4):865-72.
4. Rolim KMC, Santiago NR, Vieira TL, Sancho MC, Frota MA, Boulard H, et al. O imaginário de mães acerca da hospitalização do filho na unidade de terapia intensiva neonatal. *Enferm. Foco* 2016; 7(1): 42-46.
5. Mercer RT. Nursing Support of the Process of Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. September–October 2006; 35(5):649–651. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00086.x>
6. Antunes BS, Paula CC, Padoin SMM, Trojahn TC, Rodrigues AP, Tronco CS. Internação do recém-nascido na Unidade Neonatal: significado para a mãe. *Rev Rene*. 2014 set-out; 15(5):796-803.
7. Cartaxo LS, Torquato JA, Agra G, Fernandes MA, Platel ICS, Freire MEM. Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, jul/ago; 22(4):551-7.
8. Rocha MCP, Carvalho MSM, Fossa AM, Rossato LM. Assistência humanizada na unidade de terapia intensiva neonatal: ações e limitações do enfermeiro. *Saúde em Revista*. 2015; 15(40):67-84. doi: <http://dx.doi.org/10.15600/2238-1244/sr.v15n40p67-84>
9. Brito MHA. Ser-mãe-de-prematuro: o cuidado inimitável da presença materna. [dissertação] Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente. Universidade Estadual do Ceará; 2002.
10. Fleury C, Parpinelle MA, Makuch MY. Perceptions and actions of healthcare professional regarding the mother-child relationship with premature babies in an intermediate neonatal intensive care unit: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:313.
11. Nieto GCS, Rugolo LM, Sadeck L, Silveira RC, Gabers R. Nascer prematuro: Manual de orientação aos pais, familiares e cuidadores de prematuros na alta hospitalar. 1 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
12. Spehar MC, Seidl EMF. Percepções maternas no método canguru: Contato pele a pele. *Amamentação e autoeficácia. Psicologia em estudo*; 2013; 18(4): 647-656.
13. Silva RS, Porto MC. A importância da interação mãe-bebê. *Ensaio Cienc, Cienc. Biol. Agrar. Saúde*; 2016; 20(2):73-78.
14. Veronez M, Borghesan NAB, Corrêa DAM, Higarashi IH. Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017; 38(2):e60911.
15. Carmona EV, Vale IN, Ohara CVS, Abrão ACFV. Diagnóstico de enfermagem “conflito no desempenho do papel de mãe” em mães de recém-nascidos hospitalizados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2013;21(2):[08 telas]*

Recebido em: 05.07.2018

Aprovado em: 01.09.2018

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

A apresentação dos trabalhos deve seguir a seguinte ordem:

1. Folha de Rosto

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

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

Nome completo e filiação institucional de cada autor.

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

Fonte financiadora da pesquisa (se houver).

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

2. Resumo em português e inglês

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

3. Corpo do Texto

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

4. Agradecimentos

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

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

5. Referências

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

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

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

