

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

RETEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional
Journal of Trends of Professional Nursing

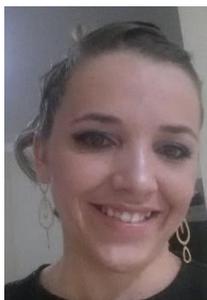
v. 10 n. 2 2018



www.coren-ce.org.br

Sumário

- [2](#) Editorial
- [3](#) Sentimentos e percepções de gestantes sobre o trabalho de parto pré-termo
Feelings and perceptions of pregnant women about preterm labor
Luciana Magalhães Mesquita, Elys Oliveira Bezerra, Luciana Maria Montenegro Santiago, Maria do Socorro Melo Carneiro.
- [11](#) As tramas da violência no cotidiano de mulheres brasileiras em Portugal
The traps of violence in the daily life of brazilian women in Portugal
Marcos Pires Campos, Gleisson Ferreira Lima, Roberta Magda Martins Moreira, Lycélia da Silva Oliveira, Eliany Nazaré Oliveira.
- [19](#) Compreensão de estudantes adolescentes de um curso técnico em enfermagem sobre papilomavírus humano e câncer de colo uterino
Comprehension of adolescent students of a technical course in nursing on human papillomavirus and uterine column cancer
Celidia Raquel Santana, Diógenes Farias Gomes, Maria Socorro de Araújo Dias, João Henrique Vasconcelos Cavalcante, Maria Sinara Farias, Marina Pereira Moita.
- [25](#) Desafios vivenciados por familiares cuidadores de idosos fragilizados: um problema de saúde pública latente
Problems experienced by family caregivers of frail elderly: a latent public health problem
Natália Frota Goyanna, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, José Jeová Mourão Netto, Gervânia Bezerra Gomes.
- [34](#) O enfermeiro na prevenção de infecção relacionada ao Cateter Central de Inserção Periférica em recém-nascidos
The nurse in the prevention of infection related to the Peripherally Inserted Central Catheter in newborns
Janaína de Pádua Carneiro Vasconcelos, Maria Adelane Monteiro da Silva, Marcos Aguiar Ribeiro, Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque, Janaína de Almeida Prado, Jaciara Alves de Sousa.

**Dra. Maria da Conceição Coelho Brito**

Enfermeira, Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE), Docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade Luciano Feijão.

Visibilidade, valorização e identidade profissional: um trinômio em discussão para o fortalecimento da Enfermagem

Historicamente, a Enfermagem tem seu fazer associado ao servilismo e a caridade, aspectos que, continuamente, repercutem na forma como somos vistos e reconhecidos nos diversos espaços e no imaginário social da profissão. Reconhecem-se avanços importantes, mas ainda é algo que nos afeta significativamente, especialmente, a nossa identidade profissional.

Refletir questões identitárias demanda discutir sobre o ator social e histórico que somos: refletimos o que fazemos e projetamos, mas também somos envolvidos da constituição histórica que nos funde. São necessários entendimentos e aprofundamentos nesses aspectos para estabelecer estratégias adequadas para uma conformação identitária que, realmente, nos represente. Todavia, é de ciência que o processo de construção da identidade na Enfermagem possui diversas influências inclusas no contexto da profissão, dentre os movimentos e atuações de enfermagem.⁽¹⁾

Assim, é veemente investir cada vez mais na ciência Enfermagem, tornando-a concreta e visível no cotidiano de nossas práticas; essas caracterizadas pela reflexividade, criticidade e sustentadas pelos fundamentos teóricos que congregam nossos saberes estruturados – as Teorias de Enfermagem – e pelo método científico que os operacionaliza – o Processo de Enfermagem. A prática sistematizada possibilita expressar que a Enfermagem é dotada de um corpo de

conhecimento e rigor que lhe são específicos. É isso que deve representar a profissão!

De tal modo, trabalhar estratégias de reconhecimento e valorização são vitais, sejam elas direcionadas para o próprio profissional – reconhecer o seu papel singular na saúde –, como pelos nossos pares e sociedade civil. Desse modo, é preciso divulgar – e esclarecer – o que fazemos, como fazemos e como isso beneficia as pessoas, coletividades e sistema de saúde. Isso mesmo! É preciso incorporar o marketing nos nossos contextos pessoais e profissionais! É um trabalho diário esclarecendo quem somos, uma questão de postura profissional, pois o marketing é uma estratégia para dar visibilidade a características e competências relevantes na perspectiva da aceitação e do reconhecimento pessoal e profissional por parte de outros.⁽²⁾

Não se trata somente de falar sobre quem somos e o que fazemos, mas de provocar o reconhecimento do nosso valor. Por isso, é mais complexo, pois é algo cotidiano, uma constância que se expressa pelo que fazemos e não unicamente pelo que falamos.

Nesse contexto, a Revista Tendências da Enfermagem Profissional oportuniza refletir e discutir sobre a profissão Enfermagem a partir dos artigos que compõem esse número. Fica o convite à leitura e apreciação crítica de importantes resultados de pesquisas que contribuem para o reconhecimento e fortalecimento dessa ciência.

Referências

1 Silva AR, Padilha MI, Backes VM. et al. Identidade profissional de enfermagem: uma perspectiva através das lentes da mídia impressa brasileira. Esc Anna Nery, 22(4):e20180182, 2018.

2 Gentil RC. O enfermeiro não faz marketing pessoal: a história explica por quê? Rev. Bras. Enferm, 62(6), 2009.

ARTIGO ORIGINAL



Sentimentos e percepções de gestantes sobre o trabalho de parto pré-termo

Feelings and perceptions of pregnant women about preterm labor

Luciana Magalhães Mesquita¹, Elys Oliveira Bezerra², Luciana Maria Montenegro Santiago³, Maria do Socorro Melo Carneiro.⁴

1 Enfermeira. Graduada pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral, CE, Brasil. **2** Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral, CE, Brasil. **3** Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral, CE, Brasil. **4** Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral, CE, Brasil.

Abstract

Objective: to know the feelings and perceptions of pregnant women about preterm labor. **Methods:** a descriptive and qualitative study developed between May and August 2017 in the maternity hospital of a Reference Hospital in Sobral, Ceará, Brazil. Twenty-one pregnant women hospitalized due to preterm labor participated. Data were collected from semi-structured interviews and analyzed using simple descriptive statistics, while the open questions were analyzed using the Bardin framework. **Results:** the profile showed a majority of pregnant women in the age range of 20 to 29 years (52.4%); of brown color (76.2%); with full secondary education (66.7%); married or in a stable union (71.4%); housewife (71.3%). The main feelings about the child's risk of prematurity were worry, fear, insecurity, nervousness, sadness and anxiety. Despite these negative feelings, we could see the strengthening of hope and faith in God. As to the knowledge about preterm labor, 10 (47.6%) interviewed women did not know how to pass on any information about this event. **Conclusion:** knowing the perceptions of the pregnant women is fundamental so that the professionals, especially the nurse, are prepared for the elaboration of effective actions that guarantee both quality and humanized assistance.

Descriptors: Pregnancy. Pregnancy Complications. Obstetric Labor, Premature.

Resumo

Objetivo: conhecer os sentimentos e as percepções de gestantes acerca do trabalho de parto pré-termo. **Métodos:** estudo descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvida entre maio e agosto de 2017, na maternidade de um Hospital de Referência, em Sobral, Ceará, Brasil. Participaram 21 gestantes internadas em decorrência de trabalho de parto pré-termo. Os dados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas e foram analisados mediante estatística descritiva simples, enquanto as questões abertas, analisadas a partir do referencial de Bardin. **Resultados:** o perfil apontou maioria de gestantes na faixa entre 20 a 29 anos (52,4%); de cor parda (76,2%); com ensino médio completo (66,7%); casada ou em união estável (71,4%); dona de casa (71,3%). Os principais sentimentos frente ao risco de prematuridade do filho foram preocupação, medo, insegurança, nervosismo, tristeza e ansiedade. Apesar destes sentimentos negativos, observou-se o fortalecimento da esperança e a fé em Deus. Quanto ao conhecimento acerca do trabalho de parto prematuro, 10 (47,6%) entrevistadas não souberam repassar nenhuma informação sobre este acontecimento. **Conclusão:** conhecer as percepções das gestantes é fundamental para que os profissionais, principalmente o enfermeiro, estejam preparados para a elaboração de ações efetivas que garantam uma assistência de qualidade e humanizada.

Descritores: Gravidez. Complicações na Gravidez. Trabalho de Parto Prematuro.

Autor Correspondente
Luciana Magalhães Mesquita. E-mail: lucianaenfermagem13@hotmail.com

Não declarados conflitos de interesse

Submissão
10/10/2018

Aprovação
06/02/2019

Como citar: Mesquita LM, Bezerra EO, Santiago LMM, Carneiro MSM. Sentimentos e percepções de gestantes sobre o trabalho de parto pré-termo. RETEP [Internet] 2018 [citado em];10(2):3-10. Disponível em:

Introdução

A gestação é um processo fisiológico que, para a maioria das mulheres, desenvolve-se sem complicações. No entanto, um menor número pode ter uma gestação de alto risco, quando apresentam alguma doença ou condição sociobiológica, como a hipertensão arterial, diabetes, alcoolismo, obesidade e outras, que prejudicam a evolução da gravidez e determinam condições de ameaça à saúde do feto ou da gestante.⁽¹⁾ Entende-se, portanto, que a gestação de alto risco pode ser considerada como sendo aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou feto tem maiores chances de ser atingida por agravos que a média das gestações.^(2,3)

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil⁽³⁾, fatores de risco presentes anteriormente à gestação, no que se referem às características individuais, condições sociodemográficas desfavoráveis e complicações que podem surgir no decorrer da gestação, propiciam uma gestação de alto risco, como a ocorrência de trabalho de parto pré-termo, que apresenta repercussões negativas, principalmente para o feto, trazendo também impactos multidimensionais para a mãe e família.

O parto pré-termo é definido como o nascimento que ocorre antes de 37 semanas de gestação e representa a maior causa de morbidade e mortalidade neonatal em todo o mundo.⁽⁴⁾ É causador de 75 a 95% dos óbitos neonatais, quando excluídas as malformações congênitas, e 50% das anormalidades neurológicas⁽⁵⁾, representando um grave problema de Saúde Pública.⁽⁶⁾

As causas do trabalho de parto pré-termo não são bem esclarecidas, porém existem alguns fatores que podem classificar a gestante como baixo ou alto risco. Desta maneira, os fatores de risco estão associados diretamente com história clínica e obstétrica, sendo imprescindível uma anamnese detalhada da mulher durante o pré-natal.⁽⁵⁾

Na maioria dos casos, não é possível a identificação de fator causal, porém, incluem-se principalmente os fatores emocionais, que muitas vezes são pouco apresentados e debatidos. Os aspectos psicológicos como a ansiedade, medo, entre outros, vêm sendo considerados como possíveis fatores que

podem determinar a prematuridade.⁽⁷⁾

Alterações dos aspectos emocionais, como ansiedade, medo, angústia, preocupação e mudança nos vínculos afetivos, são facilmente percebidos em gestantes de alto risco. Quando as gestantes são classificadas como alto risco, sentimentos de desamparo, solidão e incompetência podem emergir, por não terem atendidas suas exigências e expectativas frente a gestação e ao parto, que refletem risco de vida.⁽⁸⁾

Considerando-se que o parto por si só é um momento de fragilidade para a mulher, quando este acontece inesperadamente, as tensões e vivências estressantes aumentam. A mudança inesperada vivenciada na prematuridade é acompanhada por despreparo e aparecimento de sentimentos como angústia, medo, entre outros, capaz de gerar sofrimento psíquico na gestante, podendo afetar a decisão da mãe quanto a ter outros filhos no futuro, além de interferir na lactação e no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê.⁽⁹⁾

Neste sentido, ressalta-se que muitos dos sintomas físicos e psíquicos das gestantes frente ao trabalho de parto pré-termo vêm se tornando uma problemática na obstetria. No entanto, é importante que o profissional de enfermagem propicie a expressão de sentimentos e queixas pelas gestantes, sem fazer abordagens rápidas e generalizadas. A equipe de enfermagem deve estar atenta para identificar e valorizar esses sentimentos, assim como desenvolver intervenções para que as mulheres sintam-se apoiadas durante o trabalho de parto pré-termo, promovendo o acolhimento, oferecendo atenção e apoio, além da assistência obstétrica necessária.

Este estudo partiu dos seguintes questionamentos: quais os sentimentos das gestantes diante do trabalho de parto pré-termo? Quais suas expectativas com relação ao trabalho de parto e ao nascimento do seu filho? Com isso, objetivou-se conhecer as percepções sobre o trabalho de parto pré-termo expressas por gestantes.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, realizada entre os meses

de maio e agosto de 2017, na maternidade de um Hospital de Referência em obstetrícia de Sobral, Ceará, Brasil, que atende gestantes advindas de 55 municípios.

Participaram 21 gestantes, com idades acima de 18 anos, internadas em decorrência de trabalho de parto pré-termo, que concordaram participar do estudo e estavam em condições para o estabelecimento de uma interação com o pesquisador, favorável ao desenvolvimento da coleta de dados. Todas as gestantes convidadas aceitaram participar do estudo, não havendo recusas.

Para a coleta dos dados, inicialmente foi realizada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para depois se iniciar a entrevista semiestruturada, que continha questões para investigação do perfil sociodemográfico e obstétrico da gestante e aspectos da vivência do trabalho de parto prematuro, como sentimentos, dificuldades enfrentadas, conhecimentos sobre os riscos de sua gestação e expectativas sobre o parto.

As gestantes encontravam-se na fase inicial do trabalho de parto e foram identificadas nas enfermarias. Buscou-se local reservado para abordagem da gestante, como um consultório livre ou o isolamento do leito com biombo, para garantir de privacidade, onde foram convidadas a participar da pesquisa, sendo esclarecidas quanto aos objetivos da mesma e aos procedimentos a serem realizados, no caso de aceite. Em decorrência das condições estruturais e de lotação do serviço da maternidade, as entrevistas foram realizadas no leito das pacientes abordadas. Todas as gestantes convidadas, aceitaram participar do estudo.

Os dados sobre o perfil das participantes foram organizados no software Excel e analisados mediante estatística descritiva simples, sendo apresentados em tabelas, enquanto as questões abertas, após análise de conteúdo a partir do referencial teórico de Bardin⁽¹⁰⁾, foram apresentadas em duas categorias temáticas, denominadas: (1) sentimentos das gestantes frente ao risco de prematuridade do filho, fontes de apoio e enfrentamento do momento; (2) conhecimentos sobre o trabalho de parto pré-termo e sentimentos frente ao seu risco iminente.

Esta pesquisa fundamentou-se na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹¹⁾, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Acaraú (UVA), sob o parecer 2.039.609.

Resultados e discussão

Perfil das gestantes em trabalho de parto prematuro

A maioria das participantes tinha entre 20 e 35 anos (14; 66,7%), se autodeclarou parda (16; 76,2%), casada ou em união estável (15; 71,4%), com ensino médio completo (14; 66,7%), católica (13; 61,9%) e donas de casa (15; 71,3%).

Um dos determinantes do parto pré-termo é a idade materna. Gestantes com idade inferior a 18 anos e com idade igual ou superior a 35 anos têm maior risco de parto pré-termo e óbito fetal^(3,12), no entanto, apenas 4 (19,0%) encontrava-se com idade acima de 35 anos.

A maior parte das gestantes ter se autodeclarado parda condiz com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)⁽¹³⁾, que aponta maioria de pardos nos estados das regiões Norte e Nordeste. Em Sobral, de acordo com o IBGE⁽¹⁴⁾, as informações sinalizam que a maior parcela da população também se declarou parda. A questão da etnia também merece atenção, pois existe relação desta com o parto, visto que os filhos de mães negras apresentaram maiores taxas de mortalidade com relação à gemelaridade, peso ao nascer, prematuridade e situação socioeconômica.⁽¹⁵⁾

Ter o ensino médio completo pode associar-se a melhor compreensão de informações e orientações para o desenvolvimento de habilidades de cuidado, de uso de direitos e cidadania. O nível de escolaridade interfere diretamente nas condições de vida e saúde das pessoas, sendo a baixa escolaridade um dos fatores de risco para prematuridade, devido à influência na capacidade de cuidados e na compreensão de informações, que pode interferir no acompanhamento pré-natal.^(15,16)

Ter uma religião é aspecto considerado importante durante o enfrentamento de situações adversas em saúde. A busca por ajuda espiritual é uma realidade durante a hospitalização, independentemente da religião,

fé ou crença, relacionando-se a esperança da cura ou formas de enfrentar a situação com menos sofrimento no processo de partur e nascimento pré-termo.⁽¹⁷⁾

A maioria ser dona de casa não implica ausência de riscos ocupacionais, pois pode ser um trabalho exaustivo, exigir esforço físico e ser gerador de estresse. Ressalta-se que a exposição aos riscos ocupacionais, como esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse, significa importante fator de risco gestacional.⁽³⁾

Quanto à história obstétrica, a maior parte era multípara (13; 61,9%), com gravidez não planejada (13; 61,9%), idade gestacional entre 34 e 36 semanas (10; 47,6%), com seis ou mais consultas de pré-natal (13; 61,9%) e a dor em baixo ventre ou contrações foram as principais causas de procura por serviços de saúde (12; 57,1%).

A predominância de gravidez não planejada entre as participantes constitui um aspecto preocupante, por sinalizar a ineficiência ou inexistência de ações de planejamento familiar, suscitando maior atenção dos serviços de saúde às mulheres que estão vulneráveis a uma gravidez indesejada, principalmente no que concerne ao planejamento familiar e aconselhamento pré-concepcional⁽¹⁸⁾, pois o planejamento reprodutivo repercute em vários aspectos da vida da mulher, principalmente socioeconômicos e psicológicos.⁽¹⁹⁾

A idade gestacional dos conceptos variou de 27 a 36 semanas, sendo predominante a gravidez de 34 a 36 semanas (10; 47,6%), seguida da faixa de 31 a 33 semanas e 6 dias (8; 38,1%), observando-se grande risco para prematuridade moderada a tardia.

A prematuridade é classificada de acordo com a idade gestacional em que o conceito se encontra, compreendendo o período entre 22 (ou 154 dias) e 37 (ou 259 dias) semanas, sendo considerado prematuro extremo aquele nascido menor de 28 semanas; prematuridade grave, entre 28 e 30 semanas; moderado, nascido entre 31 e 33 semanas; e prematuro tardio, aquele nascido entre 34 e 36 semanas de gestação.⁽³⁾

Além da possibilidade de apresentarem alterações no neurodesenvolvimento relacionadas com a hipóxia, os recém-nascidos

prematuros podem adquirir outras morbidades graves e complicações comuns no primeiro ano de vida, tais como: doença de membrana hialina, hemorragia intracraniana, entre outros, além das sequelas tardias, que podem associar ao quadro o atraso de crescimento, disfunções auditivas e visuais.⁽⁵⁾

Com relação ao número de consultas de pré-natal, observou-se que seis mulheres realizaram 4 a 5 consultas (28,5%), 13 gestantes realizaram seis ou mais consultas (61%) e 2 delas, não sabem informar se realizaram a consulta. Os resultados indicam que a maioria fez seis ou mais consultas (61%), estando em acordo ao preconizado pelo Ministério da Saúde⁽⁸⁾, que estabelece um mínimo de seis consultas pré-natais, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no último trimestre.

O acompanhamento pré-natal deve ser iniciado ainda no primeiro trimestre com o intuito de identificar, precocemente, possíveis fatores desfavoráveis, possibilitando que a gestação ocorra da forma mais saudável possível. Quando considerada uma gestação de alto risco, tem que haver uma frequência maior de consultas e visitas domiciliares, sendo o intervalo definido de acordo com o fator de risco identificado e a condição da gestante no momento.⁽³⁾

A realização de um pré-natal apropriado, em que os profissionais da saúde têm a oportunidade de oferecer uma atenção mais específica e qualificada, identificando o perfil das mulheres assistidas, estabelecendo um vínculo de confiança com as mesmas, possibilita a identificação de gestantes de risco para diversos agravos e possíveis complicações, permitindo a orientação adequada das mesmas e a intervenção em tempo oportuno.

Sentimentos das gestantes frente ao risco de prematuridade do filho e ao apoio dos profissionais

A vivência do risco de nascimento pré-termo do filho acarretou na presença de diversos sentimentos negativos, sendo predominante a preocupação, o medo e o nervosismo. As sensações de choque, surpresa, desespero, tristeza, angústia e ansiedade também foram referidas, como pode ser observado nas falas que seguem.

Me senti triste e, ao mesmo tempo, com medo de perder meu bebê (E1, G2P1A1, 27 semanas).

Foi um choque e chato, pelo fato de ficar sabendo que não podia ficar acompanhante, e a preocupação e medo de perder meu bebê (E2, G1P0A0, 33 semanas).

No primeiro momento fiquei preocupada, porque a gente mora muito longe do posto, aí lembrei que a doutora disse no pré natal os sinais de alerta, aí procurei o hospital, além disso, fiquei nervosa e com medo (E3, G2P1A0, 36 semanas).

Desespero, angústia e medo (E5, G2P1A0, 31 semanas).

Ao receberem a informação do diagnóstico de Trabalho de Parto Prematuro (TPP), as gestantes são tomadas por sentimentos negativos. Dessa maneira, a insegurança, o medo, a ansiedade e outros fatores psicológicos podem, por vezes, ter resultados estressantes e desgastantes em relação à experiência da gravidez.⁽²⁰⁾

O fato de estarem sozinhas, sem acompanhante ou familiar, emergiu das falas como um aspecto que aumentou a insegurança e os demais sentimentos negativos. Estudos⁽²¹⁾ têm verificado que a falta ou a redução do apoio social constitui um fator relevância para a sensibilidade ao parto pré-termo, uma vez que um nascimento prematuro provoca ansiedade, insegurança e aumenta as chances de depressão pós-parto. Ter o acompanhante por perto garante à gestante um suporte psíquico e apoio emocional pela presença reconfortante, dando-lhe segurança, pois poderá dividir seus medos e ansiedades.⁽²²⁾

Ao receber o diagnóstico de um problema na gestação, o abalo que a notícia proporciona pode fomentar sentimentos de medo e insegurança, quanto ao enfrentamento das dificuldades associadas ao problema, suas consequências e aos cuidados necessários. As mulheres se sentem vulneráveis, temem morrer, receiam a morte do filho, do futuro incerto, o nascimento prematuro e deformidades, ainda que tenham alguma confiança no sucesso da experiência.⁽²³⁾

Este contexto vivenciado por estas gestantes aponta para necessidades de cuidados que vão além da perspectiva biológica. Assim, a avaliação da saúde mental da gestante tem despertado pouca atenção, provavelmente por estar mais difundido que a gravidez é um período de bem-estar,

além da maior valorização, pelos profissionais da saúde, do período pós-parto, enquanto momento de maior vulnerabilidade para a ocorrência de transtornos mentais durante este ciclo da vida da mulher.⁽²⁴⁾

Logo, a atenção ofertada deve abranger a multidimensionalidade dos fatores que influenciam as vivências no processo saúde-doença, ou seja, deve buscar abordar os aspectos biopsicossociais de cada mulher, a fim de que ela expresse seus sentimentos e enfrente essa vivência de forma positiva, pois as mulheres que vivenciam e expressam os eventos biológicos, afetivos, situações familiares e sociais, e os superam, podem lutar contra ocorrências e situações que comprometem e afetam seu bem estar, incluindo o seu processo reprodutivo e as suas possibilidades de cuidar de si.⁽²⁵⁾

Ao serem perguntadas quanto ao apoio e assistência dispensada pelos profissionais da maternidade onde se encontravam, percebe-se que estes estão desenvolvendo uma assistência satisfatória.

Sim. Os profissionais me deram apoio (E1, G2P1A0, 27 semanas).

São todos legais! As meninas sempre acompanham a gente e tem o acompanhamento do doutor também para avaliar as medicações (E3, G2P1A0, 37 semanas).

Sim, total! Também deram (apoio) no pré-natal e os agentes de saúde também (E3, G02P01A0, 37 semanas).

Foi boa, os profissionais me explicaram muito bem (E8, G1P0A0, 27 semanas).

Os profissionais da saúde devem ser as principais referências para esclarecimentos sobre a condição de saúde e os cuidados necessários para a gestante e o recém-nascido, portanto, devem ser fonte de apoio ao proporcionarem não só cuidados físicos, mas também fornecer atenção para melhor enfrentamento desta etapa, contribuindo para diminuir ou aliviar os sentimentos negativos, pois estes profissionais podem prestar cuidados significativos capazes de atender às reais necessidades físicas e emocionais dos seres humanos por eles assistidos.⁽²⁷⁾

Ainda no tocante aos sentimentos que permeiam a hospitalização em decorrência de TPP, as falas que seguem retratam os sentimentos das gestantes no momento da realização da entrevista.

Estou bem, porém triste e ansiosa (E1, G2P1A0, 27 semanas).

Não, só estou preocupada (E2, G1P0A0, 33 semanas).

Tranquila (E5, G2P1A0, 31 semanas).

Estou mais calma (E11, G2P1A0, 33 semanas).

Bem, doida pra ir embora (E15, G4P1A2, 31 semanas)

Observa-se que o sentimento de preocupação, tristeza e ansiedade é constante, porém a hospitalização aproxima as gestantes de um cuidado especializado, que pode e deve promover a tranquilização e o conforto da gestante, deixando-as mais seguras com relação aos cuidados necessários ao binômio mãe-filho.

Mesmo assim, a necessidade de permanência no ambiente hospitalar também gera desconforto, pois o ambiente hospitalar pode ser assustador, gerador de receios e estresse. Nesse contexto, as gestantes podem permanecer por longos períodos no hospital, o que contribui para que seus dias sejam dominados por expectativas, angústia e medo.⁽²⁸⁾

Logo, é imprescindível que os profissionais da saúde acolham as gestantes de risco com o intuito de formação de um vínculo que viabilize o conhecimento e a compreensão dos sentimentos vivenciados pelas mulheres em TPP, além dos fatores que permeiam esse processo de hospitalização, a fim de oferecer uma assistência adequada e que promova conforto, manutenção da saúde e melhora do quadro clínico do binômio mãe-filho.

Conhecimentos sobre o trabalho de parto pré-termo e sentimentos frente ao seu risco iminente.

Quando questionadas sobre ter conhecimento acerca do TPP, 10 (47,6%) entrevistadas demonstram um conhecimento superficial. As demais participantes explicaram mediante a expressão de sinais físicos de deflagração do parto ou conhecimentos gerais relacionados ao tempo de desenvolvimento do feto, como demonstrado nas falas que seguem.

É quando há perda de líquido e sangramento até 35 semanas (E3, G2P1A0, 36 semanas).

É quando o bebê não está no tempo de nascer (E7, G1P0A0, 35 semanas).

O que eu sei é que o bebê pode ficar na incubadora e ter complicações (E15, G4P1A2, 31 semanas).

Diante desses relatos, pode-se inferir que, embora algumas gestantes expressassem conhecimentos significativos sobre o TPP, parte importante apresenta um déficit de informações e conhecimentos sobre o assunto, sinalizando a necessidade de se empoderar, educar e emancipar as gestantes.

A partir dos esclarecimentos e orientações prestadas pelos profissionais, durante o pré-natal, as gestantes do estudo souberam reconhecer e descrever os sinais e sintomas para procurar a assistência hospitalar, como expresso na fala que segue.

Estava dormindo, quando comecei a sentir as contrações, daí percebi algo estranho na minha calcinha, era o tampão mucoso, aí fui ao posto de saúde e me encaminharam para o hospital (E11, 20 anos, G2P1A0, 33 semanas),

As orientações fornecidas durante o pré-natal foram bem processadas pelas gestantes e as levaram a buscar assistência em tempo oportuno. Como propõe o Ministério da Saúde do Brasil, o profissional que realiza o pré-natal deve proporcionar à gestante e seus familiares apoio emocional, troca de experiências e de conhecimentos, com o propósito de fazer com que a gestante compreenda o período da gravidez, sendo recomendado que as gestantes recebam orientações sobre temas como processo gestacional, mudanças corporais e emocionais, trabalho de parto, parto, puerpério, cuidados com RN e amamentação.⁽⁸⁾

Durante as consultas pré-natais, o enfermeiro desenvolve um papel estruturante no tocante às ações educativas, por meio de consultas, palestras e orientações, esclarecendo dúvidas e medos relacionados à gestação, além de orientar as gestantes de como reconhecer sinais e sintomas de alerta que possam acarretar risco à sua vida e/ou do recém-nascido.⁽⁸⁾

Quando questionadas sobre quais profissionais orientaram-nas sobre sua condição clínica, os médicos e enfermeiros foram destacados por serem, respectivamente, os profissionais que diagnosticam o quadro clínico e por integrarem a equipe que está permanentemente oferecendo os cuidados em saúde. Outros estudos têm corroborado com esta constatação, ao destacarem que estes

são os principais profissionais de saúde responsáveis por informar a paciente no que diz respeito à gravidez, ao trabalho de parto, parto, atendimento ao recém-nascido, bem como aos meios de que ela pode se valer para melhorar sua saúde.⁽²⁹⁾

Pela possibilidade de vivência iminente do parto, é importante que as mulheres em TPP sejam esclarecidas não só quanto à sua condição clínica, mas também sobre este evento que pode prosseguir durante a hospitalização. O trabalho de parto e o parto, apesar de serem eventos fisiológicos e naturais, geram por si só sentimentos diversos e às vezes ambíguos entre as gestantes.

O componente emocional no seguimento da gestação de alto risco é um fato quase esquecido. Geralmente, a assistência destas gestantes volta-se apenas a sua dimensão fisiológica, em detrimento das dimensões psicológicas e sociais. Assim, é necessário compreender melhor os aspectos sociais, psicológicos e emocionais que podem induzir as expectativas sobre o parto, à preparação para essa vivência ao longo da gestação e as vivências da parturição pelas mulheres.⁽⁸⁾

Portanto, os profissionais da saúde devem estar atentos e orientar as gestantes em relação aos conhecimentos e sentimentos, principalmente o medo e insegurança ao se pensar na via de parto, que geralmente são influenciados e formados por experiências anteriores, informações obtidas por meio de conversas com outras mulheres, o que pode favorecer com que o parto normal seja temido e erroneamente representado por suas dores insuportáveis ou por trazer riscos adicionais para o feto.⁽³⁰⁾

A apreensão das repercussões emocionais decorrentes da vivência de um TPP constitui um dos pontos relevantes para o desenvolvimento de uma atenção humanizada, que envolve uma escuta acolhedora das gestantes, abordando suas inseguranças, medo e dor, de modo que o profissional de saúde possa compreender o que ocorre em cada fase da hospitalização e que a mulher manifeste-se livremente.⁽³¹⁾

Conclusão

A realização deste estudo proporcionou a

identificação de sentimentos vivenciados pelas gestantes frente ao TPP, sendo que estes, em sua grande maioria, foram sentimentos negativos, como tristeza, dor, desespero, preocupação, medo, angústia e sensação de perda.

A abordagem biopsicossocial deve sempre caracterizar a assistência em saúde da mulher no ciclo gestacional, indo além da abordagem de aspectos clínicos e apreendendo os sentimentos emergentes que interferem no processo saúde-doença-cuidado.

Recomenda-se que o enfermeiro busque identificar as gestantes que estão fragilizadas e faça uso de ferramentas como a educação em saúde para realização de orientações adequadas, informando o que está ocorrendo, diminuindo as dúvidas e os sentimentos negativos que emergem durante a hospitalização

A atuação do enfermeiro na maternidade é fundamental, pelo fato de ser um profissional preparado não só para identificar os fatores de risco ou para satisfazer as necessidades da gestante, mas também para elaborar ações efetivas que visem à garantia de uma assistência de qualidade e humanizada.

Referências

1. Luz BG et al. O perfil das gestantes de alto risco acompanhadas no pré-natal da policlínica de Divinópolis-MG, no biênio 2013-14. *J. Health Biol. Sci.* 2015; 3(3): 137-43.
2. Souza NL, Araújo ACPF, Costa ICC. Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. *Rev Esc Enferm. São Paulo.* 2011; 45(6): 1285-92.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. [Internet]. 5. ed. Brasília, DF: MS, 2012. [Acesso em 04 ou de 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
4. Passini RJ et al. Brazilian multicenter study on prevalence of preterm birth and associated factors. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2010; 10(22). 2010.
5. Araújo LA, Reis AT. Enfermagem na prática materno-neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
6. Morken NH. Preterm birth: new data on a global health priority. *The Lancet.* 2012; 379(9832): 2128- 30.
7. Teixeira CBPV. Ansiedade e depressão em mulheres e homens durante a gravidez. Dissertação de Mestrado. Inst Ciências Biomédicas Abel Salazar. Portugal, 2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. [Internet]. Brasília: MS, 2013. [Acesso em 15

- set de 2017]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_a_tencao_basica_32_prenatal.pdf
9. Donelli TS, Caron NA, Lopes RCS. A experiência maternal do parto: confronto de desamparos. *Revista de Psicanálise da SPPA*. 2012; 19(2): 395-413.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [Internet]. Brasil, 2012. [Acesso em 2 Jan 2017]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
12. Gravena AAF et al. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(2):130-5.
13. Microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD. [Internet]. 2007. [Acesso em: 20 de agosto de 2017]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/microdados.shtm>
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: resultados da amostra - características da população de Sobral. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. [Acesso em: 20 de agosto de 2017]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=231290&idtema=90&search=ceara|sobral|censo-demografico-2010:-resultados-da-amostra-caracteristicas-da-populacao>
15. Ramos HAC, Cuman RKN. Prematuridade e fatores de risco. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13(2):297-304.
16. Rosa CQ, Silveira DS, Costa JSD. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(6): 977-984.
17. Hayakawa LY et al. Rede social de apoio à família de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(3): 440-5.
18. Borges ALV, Santos OA, Nascimento NC, Chofakian CBN, Gomessponholz FA. Preconception health behaviors associated with pregnancy planning status among Brazilian women. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(2):208-15. [Acesso em 21 de agosto de 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342016000200208
19. Brasil. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico*. [Internet]. 5. ed. Brasília, DF: MS, 2010. [Acesso em 04 set de 2017]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf
20. Misund AR et al. Mental health in women experiencing preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014; 14: 263-271.
21. Wachholz VA et al. Relação entre a qualidade da assistência pré-natal e a prematuridade: Uma revisão integrativa. *Rev. Bra. Edu. Saúde*. 2016; 6(2): 01-07.
22. Brasil. Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. [Internet]. Brasília (DF), 2001. [Acesso 03 set 2017]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf
23. Oliveira VJ, Madeira AMF, Penna CMM. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. *Rev Rene*. [Internet]. 2011; 12(1): 49-56. [Acesso em: 26 agosto 2017]. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a07v12n1.pdf
24. Almeida MS et al. Mental disorders in a sample of pregnant women receiving primary health care in Southern Brazil. *Cad Saúde Pública*. Portuguese. 2012; 8(2):385-93.
25. Oliveira DC, Mandú ENT. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2015; 19(1): 93-101. [Acesso em: 26 agosto de 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0093.pdf>
26. Vieira JMF, Farias MF, Santos JL et al. Vivências de mães de bebês prematuros no contexto da espiritualidade. *J. res.: fundam. care. Online*. 2015;7(4): 3206-3215.
27. Vale EG, Pagliuca LMF. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2011; 64(1): 106-13. [Acesso em: 26 de agosto de 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000100016&script=sci_arttext
28. Melo RCJ, Souza IEO, Paula CC. O sentido do ser mãe que tem a possibilidade de tocar o filho-prematuro. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2012; 16(2): 219-26. 2012. [Acesso em: 3 setembro 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/02.pdf>
29. Borbolato BM, Cardoso MP. O Impacto do Pré-natal na Prevenção do Parto Prematuro. *Revista Thêma et Scientia*. [Internet]. 2015; 5(1). [Acesso em: 14 de setembro de 2017]. Disponível em: <http://www.themaetscientia.fag.edu.br/index.php/RTES/article/view/243/252>
30. Pinheiro BC, Bittar CML. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: Relato de um grupo de mulheres. *Fractal Revista de Psicologia*. [Internet]. 2013; 25(3): 585-602. [Acesso em: 21 de setembro de 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198402922013000300011&script=sci_abstract&tlng=pt
31. Frello AT, Carraro TE, Bernardi MC. Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira. *Rev Baiana Enferm*. [Internet]. 2011;25(2):173-84. [Acesso 21 de setembro de 2017]. Disponível em <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5093>

ARTIGO ORIGINAL



As tramas da violência no cotidiano de mulheres brasileiras em Portugal

The traps of violence in the daily brazilian women in Portugal

Marcos Pires Campos¹, Gleisson Ferreira Lima², Roberta Magda Martins Moreira³, Lycélia da Silva Oliveira⁴, Eliany Nazaré Oliveira.⁵

1. Discente da Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil. 2 Educador Físico, Universidade Estadual Vale do Acaraú. 3 Enfermeira, Discente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará, Sobral, CE, Brasil. 4 Psicóloga, Discente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará, Sobral, CE, Brasil. 5 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará, Sobral, CE, Brasil.

Abstract

Objective: : to analyze the violence experienced by Brazilian immigrant women in Portugal. **Methods:** a cross-sectional study with a quantitative approach, conducted in the first half of 2016, with 682 women over 18 years of age in Portugal. Two types of data collection were instituted: online, through the Limasurvey Platform, and in person, in the General Brazilian Consulates, in Porto and Lisbon, and in the More Brazil Association. For the calculation of the sample, P was set at 50%, since this value implies a maximum sample size. Data were organized and processed with the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 21.0 and statistical analysis with the Kruskal-Wallis and Anova Tests. **Results:** among the types of violence, the psychological one appeared in greater proportion. Residence time in the country had an influence on the types of aggressors. The perpetrators included several social actors, such as husband, ex. husband, boyfriend, ex. boyfriend, employer / boss and police officer / law enforcement officer. **Conclusion:** : the women reported having suffered psychological / moral violence, intimidation, physical, sexual, financial torture and trafficking. There is a pressing need for policies that aim at transforming actions aimed at strengthening immigrant women.

Descriptors: Human Migration. Violence. Women.

Resumo

Objetivo: analisar a violência vivenciada por mulheres imigrantes brasileiras em Portugal. **Métodos:** estudo transversal com abordagem quantitativa, conduzido no primeiro semestre de 2016, com 682 mulheres maiores de 18 anos, em Portugal. Duas modalidades de coleta de dados foram instituídas: online, através da Plataforma Limasurvey, e presencialmente, nos Consulados Geral do Brasil, no Porto e Lisboa, e na Associação Mais Brasil. Para o cálculo da amostra fixou-se P em 50%, haja vista que esse valor implica em tamanho máximo de amostra. Os dados foram organizados e processados com o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0 e análise estatística com os Testes de Kruskal-Wallis e Anova. **Resultados:** dentre os tipos de violência, a psicológica surgiu em maior proporção. O tempo de residência no país teve influência nos tipos de agressores. Os agressores compreenderam diversos atores sociais, como marido, ex. marido, namorado, ex. namorado, patrão/chefe e policial/agente da lei. **Conclusão:** as mulheres declararam ter sofrido violência psicológica/moral, intimidação, física, sexual, financeira tortura e tráfico. É premente a necessidade de políticas que tenha como objetivo ações transformadoras dirigidas ao fortalecimento das mulheres imigrantes.

Descritores: Migração Humana. Violência. Mulheres.

Autor Correspondente
Marcos Pires Campos.
E-mail:
e14.marcos@gmail.com

Não declarados conflitos de interesse

Submissão
20/12/2018

Aprovação
23/03/2019

Como citar: Campos MP, Lima GF, Moreira RMM, Oliveira LS, Oliveira EN. As tramas da violência no cotidiano de mulheres brasileiras em Portugal. *ReTEP [Internet]* 2018 [citado em];10(2):11-18. Disponível em:

Introdução

De acordo com as Nações Unidas⁽¹⁾, o número de migrantes internacionais está crescendo rapidamente. No ano de 2000, eram 173 milhões; em 2010 já somavam 222 milhões e em 2015 atingiram 244 milhões. Na Europa, o percentual de mulheres imigrantes no ano 2000 era de 51,6%, aumentando para 52,4% em 2015.⁽¹⁾ Diante disso, percebe-se, um aumento considerável no número de migrantes, em especial de mulheres, constituindo-se um fenômeno atual a feminização nas migrações transnacionais.

Diante do exposto, Portugal acompanha este crescimento migratório, junto ao fenômeno da feminização, de forma que, entre a população de imigrantes, os brasileiros despontam em maior número. Referente à população brasileira com vistos oficiais em Portugal, totalizou-se, no ano de 2014, um público de 87.493 indivíduos (53.537 mulheres e 33.956 homens)⁽²⁾. Vale ressaltar que, esses dados se referem aos indivíduos em situação legal.

Os imigrantes enfrentam muitos desafios quando se estabelecem em um novo país. Inúmeros são os fatores que influenciam essa experiência, incluindo os recursos que eles trazem consigo e aqueles encontrados na sociedade hospedeira.⁽³⁾ Dessa forma, a Organização das Nações Unidas afirma que, apesar dos benefícios do processo migratório, os imigrantes, em geral, são os mais vulneráveis na sociedade, podendo estes ser os primeiros a perderem os seus empregos quando da desaceleração econômica, bem como se encontram em contextos laborais, por vezes, insalubres, com menores salários, com extenuante carga-horária e em piores condições de trabalho.⁽⁴⁾

Assim, enquanto que para alguns a migração é uma experiência de capacitação, para outros há a intensa violação dos direitos humanos, particularmente as mulheres. O processo migratório implica em maior vulnerabilidade, evidenciado situações de exclusão, como a violência doméstica, abusos, discriminação, tráfico de seres humanos e exploração sexual.⁽³⁻⁴⁾

As múltiplas formas de violência que atingem brasileiras imigrantes em Portugal são

evidenciadas no cotidiano. Em geral, estas demandas chegam aos órgãos de assistência e proteção sob a forma de solicitação de ajuda. O silêncio sobre tais violações, entretanto, é preponderante entre essas mulheres, seja pela dependência econômica do parceiro, por estarem em situação irregular no país, por não encontrarem acolhimento adequado na rede de atendimento ou ainda por não reconhecerem a violência que sofrem. A violência sofrida é produto de relações sociais construídas de forma desigual e, geralmente, materializada na desigualdade social, econômica, pobreza/miséria, discriminação de gênero, raça/etnia e orientação sexual.⁽⁵⁾

No caso das mulheres imigrantes, o caminho percorrido até à denúncia pode ser ainda mais difícil, haja vista a atuação dessas políticas, que mostram-se ineficazes, uma vez que tona-se mais complexo intervir separadamente sobre pessoas que sofrem duplas e triplas experiências de discriminação, marcada pelo gênero, pela classe, pela raça ou nacionalidade.⁽⁶⁾ Como consequência, são necessárias políticas de imigração abrangentes que não apenas forcem as populações migrantes a refugiar-se na clandestinidade.

Diante dos diversos fatores explicitados, o presente trabalho torna-se relevante por identificar os aspectos sociais e contextos socioculturais relacionados à dimensão do fenômeno da violência vivenciada por mulheres migrantes brasileiras, bem como, justifica-se pela necessidade de estudos que possibilitem a reflexão sobre o problema evidenciado e estimule transformações no que se refere a construção de políticas públicas que integrem dispositivos de saúde, econômicos, sociais e políticos com o intuito de evitar e minimizar o sofrimento vivenciado pelas mulheres.

Assim, objetivou-se analisar a violência vivenciada por mulheres imigrantes brasileiras que vivem em Portugal.

Métodos

Trata-se de um recorte de uma pesquisa de doutorado, do tipo transversal com abordagem quantitativa, intitulada: Estado de saúde e qualidade de vida de imigrantes brasileiras em Portugal. A pesquisa foi conduzida durante o primeiro semestre de 2016, com 682 mulheres.

Os critérios de inclusão foram: mulheres brasileiras, que moram em Portugal a mais de três meses e com mais de 18 anos de idade. Para o cálculo da amostra fixou-se P em 50%. Também, fixou-se o nível de significância de 5% e um erro amostral relativo de 8% (erro amostral absoluto = 4%).

Para a coleta, foram instituídas duas modalidades: online, através da Plataforma Limasurvey, e presencialmente, no Consulado Geral do Brasil no Porto e em Lisboa, na Associação Mais Brasil. A população de mulheres brasileiras imigrantes constituem-se em um público de 53.357. Assim, com base nesse parâmetro, foi realizado o cálculo para populações finitas, em que o tamanho da amostra "n" indicou um público de 600 mulheres. Para o artigo, utilizaram-se apenas os aspectos relacionados às informações sociodemográficos e dados sobre a violência, informados na primeira parte do inquérito aplicado. As informações foram processadas no *Programa Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0. A análise estatística foi realizada a partir dos testes Kruskal-Wallis e anova.

O estudo foi apresentado aos consulados do Brasil no Porto, Lisboa e Faro, Associação Mais Brasil no Porto e Associação Internacional Luso-brasileira em Santarém, tendo apoio e divulgação destas instituições. Além da criação de um grupo no Facebook (Brasileiras que vivem em Portugal) que serviu de suporte na divulgação da pesquisa nas redes sociais.

O estudo obteve-se o parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), conforme o nº 1.692.0639.

Resultados e Discussão

Quanto à faixa etária, as imigrantes brasileiras apresentam a seguintes proporções: 22,1% têm entre 18 e 29 anos, 38,4% estão compreendidas entre 30 e 39 anos, 23,1% entre 40 e 49 anos e 15,5% das mulheres se encontram na faixa etária entre 50 e 76 anos. Sobre o tempo que vivem em Portugal, 20% relataram viver em Portugal há um ano, 25% entre 2 a 5 anos, 29% entre 6 a 10 anos e 26% há mais de 10 anos.

Em relação ao estado civil, 27% são solteiras, 48% casadas, 13% vivem em união estável, 2% são separadas e 8% divorciadas, verificando-se ainda 2% de viúvas. Sobre a nacionalidade do cônjuge, das mulheres que têm marido, 57% são de nacionalidade portuguesa, 37% brasileira, 2% de nacionalidade luso-brasileira e 4% responderam outra, especificando as nacionalidades francesa (4), angolana, cabo-verdiana e espanhola (2 cada) e ainda, as nacionalidades alemã, britânica, holandesa e senegalesa (1 cada).

Para o nível de escolaridade, 5% têm ensino fundamental incompleto e 5% possui ensino fundamental completo, 8% ensino médio incompleto, 25% dispõe de ensino médio completo, 15% ensino superior incompleto, 15% têm ensino superior completo e 27%, pós-graduação. No que concerne à situação de moradia, com quem vive em Portugal, 69% vivem com família própria, 15% residem sozinha, 10% com família portuguesa e 6% com amigos brasileiros.

Em relação ao quadro laboral e mercado de trabalho, se apresentam da seguinte forma: 21% estão desempregadas, 44% estão empregadas, 17% somente estudam, 5% são estudantes e trabalhadoras e 13% são donas de casa.

Tabela1. Distribuição dos tipos de violência sofrida por mulheres imigrantes brasileiras em Portugal, Portugal, 2016.

Tipo de violência	Não selecionado		Sim
	N	%	N
Física	628	92,8%	49
Psicológica/Moral	517	76,4%	160
Sexual	654	96,6%	23
Tortura	668	98,7%	09
Tráfico de seres humanos	674	99,6%	03
Financeira/ Econômica	627	92,6%	50
Intimidação	591	87,3%	86

De acordo com a tabela 1, 23,6% sofreram violência psicológica/moral, 12,7% sentiram intimidação, 7,5% sofreram violência financeira/econômica, 7,2% violência física, 3,4% sofreram violência sexual, 1,3% vivenciaram tortura e 0,4% foram alvo de tráfico de seres humanos.

Tabela 2. Distribuição dos agressores de mulheres imigrantes brasileiras. Distribuição por tempo de residência em Portugal, 2016.

Agressor	Tempo de residência	N	% Sim	Desvio Padrão	F	P
Marido	1 ano	135	1,5%	12,1%	4,039	** 0,007
	2 a 5 anos	166	7,2%	26,0%		
	6 a 10 anos	192	10,4%	30,6%		
	> 10 anos	175	4,6%	20,9%		
Ex Marido	1 ano	135	0,0%	0,0%	11,977	** 0,000
	2 a 5 anos	166	0,6%	7,8%		
	6 a 10 anos	192	1,6%	12,4%		
	> 10 anos	175	9,7%	29,7%		
Namorado	1 ano	135	1,5%	12,1%	0,450	0,717
	2 a 5 anos	166	2,4%	15,4%		
	6 a 10 anos	192	1,0%	10,2%		
	> 10 anos	175	1,1%	10,7%		
Ex Namorado	1 ano	135	0,7%	8,6%	0,680	0,564
	2 a 5 anos	166	3,0%	17,1%		
	6 a 10 anos	192	2,6%	16,0%		
	> 10 anos	175	2,9%	16,7%		
Patrão/Chefe	1 ano	135	2,2%	14,8%	1,895	0,129
	2 a 5 anos	166	7,8%	26,9%		
	6 a 10 anos	192	8,3%	27,7%		
	> 10 anos	175	6,3%	24,3%		
Policial /Agente da Lei	1 ano	135	3,0%	17,0%	3,553	* 0,014
	2 a 5 anos	166	6,0%	23,9%		
	6 a 10 anos	192	4,7%	21,2%		
	> 10 anos	175	0,0%	0,0%		
Desconhecido	1 ano	135	10,4%	30,6%	0,381	0,767
	2 a 5 anos	166	13,3%	34,0%		
	6 a 10 anos	192	9,9%	29,9%		
	> 10 anos	175	10,9%	31,2%		

Fonte: dados do estudo.

Ao se analisar a tabela 2, percebe-se que o valor de prova é inferior a 5% para marido, ex-marido e policial/agente da lei. Assim, existem diferenças estatisticamente significativas entre as classes do tempo de residência. O valor de prova é superior a 5% para os outros agressores.

Em relação ao agressor, quando este corresponde ao atual companheiro, é identificado que há um aumento proporcional com o tempo de residência da mulher em Portugal, diminuindo quando esta reside a mais de 10 anos no país. Quando o agressor é o ex-marido, há um aumento exponencial da frequência de agressão em relação as de mais tempo de residência em Portugal. Quando o agressor relatado ser policial/agente da lei, a frequência mostra-se superior para 2 a 5 anos de residência no país, diminuindo quando a permanência é superior a 10 anos, sendo as diferenças observadas entre as classes do tempo

de vida em Portugal, estatisticamente significativas.

Na amostra, quando o agressor é o namorado, a frequência de agressão mostra-se superior durante o período de 2 a 5 anos (2,4%), porém quando o agressor é o ex-namorado, a frequência de agressão é inferior para até um ano (0,7%). Em relação ao patrão/chefe, essa frequência mostra-se inferior durante o primeiro ano, ampliando na medida em que os anos se sucedem, indicando (7,8%) para o período de 2 a 5 anos e (8,3%) entre o intervalo de 6 a 10 anos. Se o agressor for desconhecido é superior para o intervalo de 2 a 5 anos, no entanto, as diferenças observadas entre as classes do tempo de vida em Portugal não são estatisticamente significativas.

Das mulheres que participaram do estudo, e revelaram ter sofrido algum tipo de violência, apenas 44,7% destas buscaram ajuda.

Tabela 3. Distribuição dos tipos de ajuda buscada por mulheres imigrantes brasileiras que sofreram violência em Portugal, 2016.

Apoio	Não selecionado		Sim
	N	%	N
Família	146	80,2%	36
Amigos	147	80,8%	35
Polícia	152	83,5%	30
Instituições Religiosas	171	94,0%	11
Médicos de Família	174	95,6%	08
Consulado	172	94,5%	10
Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV)	168	92,3%	14
União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR)	179	98,4%	03
Cruz Vermelha	181	99,5%	01
Cáritas diocesana do Porto	182	100,0%	-

Fonte: dados do estudo.

Na subamostra das que referem ter sido alvo de violência e que receberam apoio, de acordo com a tabela 3, 19,8% respondem ter sido a família, 19,2% os amigos, 16,5% indicam a polícia, 7,8% assinalam APAV, 6,0% apontam instituições religiosas, 5,5% respondem o consulado, 4,4% relatam médicos de família, 1,6% assinalam a UMAR e 0,5% (um elemento) indica a Cruz Vermelha, não sendo assinalada a Cáritas Diocesana do Porto.

Tabela 4. Distribuição sobre o tipo de ajuda acionada para o enfrentamento da violência e o tempo de residência em Portugal por mulheres imigrantes brasileiras, Portugal, 2016.

Apoio	Tempo	N	% Sim	Desvio Padrão	F	P
Família	1 ano	22	27,3%	45,6%	0,384	0,764
	2 a 5 anos	48	16,7%	37,7%		
	6 a 10 anos	58	19,0%	39,5%		
	>10 anos	51	21,6%	41,5%		
Amigos	1 ano	22	31,8%	47,7%	1,087	0,356
	2 a 5 anos	48	18,8%	39,4%		
	6 a 10 anos	58	19,0%	39,5%		
	>10 anos	51	13,7%	34,8%		
Polícia	1 ano	22	4,5%	21,3%	1,065	0,366
	2 a 5 anos	48	16,7%	37,7%		
	6 a 10 anos	58	17,2%	38,1%		
	>10 anos	51	21,6%	41,5%		
Instituições Religiosas	1 ano	22	4,5%	21,3%	0,053	0,984
	2 a 5 anos	48	6,3%	24,5%		
	6 a 10 anos	58	6,9%	25,6%		
	>10 anos	51	5,9%	23,8%		
Médicos de Família	1 ano	22	0,0%	0,0%	0,442	0,723
	2 a 5 anos	48	4,2%	20,2%		
	6 a 10 anos	58	5,2%	22,3%		
	>10 anos	51	5,9%	23,8%		

Fonte: dados do estudo.

Consulado	1 ano	22	13,6%	35,1%	1,612	0,188
	2 a 5 anos	48	2,1%	14,4%		
	6 a 10 anos	58	3,4%	18,4%		
	> 10 anos	51	7,8%	27,2%		
Associação Portuguesa de Apoio à Vítima - APAV	1 ano	22	4,5%	21,3%	1,281	0,282
	2 a 5 anos	48	2,1%	14,4%		
	6 a 10 anos	58	8,6%	28,3%		
	> 10 anos	51	11,8%	32,5%		
União de Mulheres Alternativa e Resposta - UMAR	1 ano	22	4,5%	21,3%	1,493	0,218
	2 a 5 anos	48	0,0%	0,0%		
	6 a 10 anos	58	0,0%	0,0%		
	> 10 anos	51	3,9%	19,6%		
Cruz Vermelha	1 ano	22	0,0%	0,0%	0,834	0,477
	2 a 5 anos	48	0,0%	0,0%		
	6 a 10 anos	58	0,0%	0,0%		
	> 10 anos	51	2,0%	14,0%		
Cáritas diocesana do Porto	1 ano	22	0,0%	0,0%	--	--
	2 a 5 anos	48	0,0%	0,0%		
	6 a 10 anos	58	0,0%	0,0%		
	> 10 anos	51	0,0%	0,0%		

Teste ANOVA

Fonte: dados do estudo.

Com relação a tabela 4, o valor de prova é superior a 5% para todos os tipos de ajuda. Na amostra, os tipos de ajuda da família e consulado são superiores para até um ano e inferiores para 3 a 5 anos, a ajuda de amigos diminui com o aumento do tempo de residência em Portugal. A ajuda da polícia e médicos de família aumenta com o passar do tempo de permanência em Portugal. A ajuda de instituições religiosas é superior para 6 a 10 anos e inferior para até 1 ano, a ajuda da APAV é superior para mais de 10 anos e inferior para 2 a 5 anos. No perfil de ajuda, UMAR se verifica para os tempos extremos e o tipo de ajuda Cruz Vermelha se confirma para mais de 10 anos.

A faixa etária das imigrantes brasileiras com maior proporção foi de 30 a 39 anos revelando que, em geral, buscam migrar de seus países de origem em um período marcado por uma fase mais madura do desenvolvimento humano. Assim, ao agrupar as idades de 18 a 39 anos, esta porcentagem corresponde a 60,1%. Semelhante a outro estudo⁽⁹⁾ que demonstrou que a faixa etária entre 21 a 39 corresponde a um público de 73,3%.

Considerando o aspecto laboral e das políticas migratórias, percebe-se, atualmente, uma nova caracterização da participação das mulheres nos fluxos migratórios a partir do viés

do mercado de trabalho e da circulação de mão de obra a nível global.⁽¹⁰⁾ Já na pesquisa de Dutra⁽¹¹⁾ 79% declararam estar trabalhando, apesar de que só 29% se encontram em situação regular de documentação no país de destino, e 21% se encontravam desempregadas por falta de documentação que lhes permitissem a inserção no mercado de trabalho formal.

Importante reflexão sobre a tipificação de mulheres que migram foi realizada por um estudo que identificou que cresce progressivamente o número de mulheres com um projeto migratório individual, que se deslocam por razões de trabalho, não raramente como principais provedoras do lar. Essa nova tipologia de migração feminina, por vezes, é consequência da emancipação alcançada pelas mulheres nas últimas décadas, de forma que esta migração pode ser um instrumento de empoderamento feminino, mas nem sempre isso é verdadeiro.⁽¹²⁾

A violência é um flagelo que atinge tantos os países em desenvolvimento como as nações e as populações mais privilegiadas. Em Portugal, estima-se que um terço das mulheres já sofreu algum tipo de violência seja, física, sexual ou psicológica. O receio de represálias, o sentimento de vergonha, a dependência econômica, o medo de perder os filhos, entre

outros aspectos igualmente relevantes, contribui para que a violência permaneça no espaço familiar e não seja denunciada.⁽⁶⁾

O contexto onde estas imigrantes vivem pode dificultar as formas de enfrentamento de qualquer modo de violência. Muitas terão dificuldades em lidar com os padrões culturais do país de acolhimento, o que as deixa vulneráveis diante de várias situações de violação de direitos.⁽¹³⁾

No contexto da violência contra a mulher, é importante considerar que há um desencadeamento de acontecimentos, que são determinantes para o desequilíbrio da saúde, sendo importante lembrar que os processos violentos e suas marcas podem influenciar diferentes aspectos da saúde das vítimas, inclusive a saúde mental, causando sofrimento psíquico, com possibilidades reais de adoecimento físico e mental, sendo comum que as vítimas de violência convivam com elevada carga de estresse e esta, por sua vez, gera sofrimento psíquico.^(14,15)

Conclusão

Foi possível compreender o contexto da violência enfrentada por mulheres brasileiras que vivem em Portugal.

Estas declararam ter sofrido violência: psicológica/moral, intimidação, física, sexual, financeira tortura, e tráfico. Os agressores podem compreender diversos atores sociais, como marido, ex. marido, namorado, ex. namorado, patrão/chefe e policial/agente da lei.

Diante da complexidade do problema, as mulheres expuseram buscar ajuda no âmbito familiar, entre amigos, na instituição policial, médico da família, Consulado, Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, União de Mulheres Alternativa e Resposta e Cruz Vermelha. Assim, algumas particularidades do contexto situacional, como os tipos de violência sofrida e os locais de apoio acionados, são importantes diagnósticos para construção de estratégias de articulação e proteção a este grupo populacional.

Entende-se que todos estes aspectos carecem de análises mais aprofundadas, mas se considera também que o material presente neste artigo pode ser um ponto de partida

para a reflexão e produção de conhecimento sobre a problemática das mulheres imigrantes, principalmente diante da relação migração e violência.

Acredita-se ser crucial a criação de uma política que tenha como objetivo ações transformadoras dirigidas ao fortalecimento da consciência cidadã com ações coletivas destinadas a essas mulheres imigrantes, contra as diversas formas de violência, não as reduzindo, contudo, à categoria de vítimas passivas, nem as submetendo a processos de estigmatização e exclusão no país que escolheram viver.

Referências

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. Handbook for Legislation on Violence against Women [Internet]. New York: United Nations; 2010 [acesso em 10 nov 2016]. Disponível em: http://www.compromissoeatitude.org.br/wpcontent/uploads/2012/11/UN_DAW_2009HandbookforlegislationonVAW.pdf
2. Dias P, Machado R, Oliveira A. Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo. Barcarena; Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) [Internet], 2015 [acesso em 01 jul 2016]. Disponível em: http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2015.pdf
3. Padilla B. Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal. Rev. Inter. Mob. Hum. [Internet]. 2013 Jan/Jun [acesso em 10 nov 2016]; 21(40): 49-68. Disponível em: <http://www.csem.org.br/remhu/index.php/remhu/article/view/363/322>
4. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. International Migration Report 2015: Highlights [Internet]. New York; United Nations: 2015 [acesso em 30 nov 2016]. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015.pdf>
5. Silva VL. Tráfico de pessoas e desigualdades sociais no contexto da globalização. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Universidade de Brasília. Saúde, migração, tráfico e violência contra mulheres: o que o SUS precisa saber. 1a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. p. 157-67.
6. Duarte M, Oliveira A. Mulheres nas margens: a violência doméstica e as mulheres imigrantes. Sociologia (FLUP) [Internet]. 2012 [acesso em 12 nov 2016]; 23: 223-237. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-34192012000100012&lng=pt&nrm=iso
7. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília:

- Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 30 out 2016]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
8. Góis P, Marques JC, Padilla B, Peixoto J. Segunda ou terceira vaga? As características da imigração brasileira recente em Portugal. In: Padilla B, Xavier, M (org.). *Migrações entre Portugal e América Latina*. Lisboa: ACIDI; 2009. p. 111-133.
9. Dias, S., Rocha, C., & Horta, R. (2009). *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras – Um estudo Qualitativo*. Lisboa: ACIDI
10. Centro Scalabriniano de Estudos Migratórios. *Resenha migrações na atualidade: Dignidade humana e mulheres migrantes*. Brasília: CSEM; 2015. 46 p.
11. Dutra D. Mulheres, migrantes, trabalhadoras: a segregação no mercado de trabalho. *Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.* [Internet]. 2013 [acesso em 27 nov 2016]; 21(40): 177-93. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-85852013000100011>
12. Milesi R, Marinucci R. Mulheres migrantes e refugiadas a serviço do desenvolvimento humano dos outros [Homepage]. 2016 [acesso em 27 nov 2016]. Disponível em: <http://www.migrante.org.br/index.php/migrantes2/321-artigo-mulheres-migrantes-e-refugiadas-a-servico-do-desenvolvimento-humano-dos-outros>.
13. Rodrigues RA, Espinosa LMC. ¿Cómo mujeres inmigrantes enfrentan la violencia en la relación de pareja? *Estud. psicol. (Natal)* [Internet]. 2014 Mar [acesso em 28 nov 2016]; 19(1): 4-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2014000100002>.
14. Oliveira EN, Jorge MSB. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. *Rev. RENE.* [Internet]. 2007 Mai/Ago [acesso em 28 nov 2016]; 8(2): 93-100. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027958012>
15. Oliveira EN. *Pancada de amor dói e adoce: violência física contra mulheres*. 1ª edição. Sobral (CE): Edições UVA; 2007.

ARTIGO ORIGINAL



Compreensão de estudantes adolescentes de um curso técnico em enfermagem sobre papilomavírus humano e câncer de colo uterino

Comprehension of adolescent students of a technical course in nursing on human papillomavirus and uterine column cancer

Celidia Raquel Santana¹, Diógenes Farias Gomes², Maria Socorro de Araújo Dias³, João Henrique Vasconcelos Cavalcante⁴, Maria Sinara Farias⁵, Marina Pereira Moita.⁶

1 Enfermeira, Especialista em Urgência e Emergência, Sobral, CE, Brasil. **2** Enfermeiro, Doutorando em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. **3** Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil. **4** Enfermeiro, Mestre em Saúde da Família, Docente do Departamento de Enfermagem, Centro Universitário Inta **5** Enfermeira, Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. **6** Graduanda em Enfermagem, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil.

Abstract

Objective: to know the understanding of adolescent students, students of a nursing technical course, on HPV and its relation with cervical cancer. **Methods:** an exploratory-descriptive study, conducted between January and December 2017, with 18 adolescents, students of a nursing technical course, aged between 15 and 18 years. We used semi-structured interviews to collect information. The results were analyzed from the Bardin Content Analysis framework. **Results:** most adolescents had received the HPV vaccine and expressed knowledge about HPV, cervical cancer and the relationship between HPV and cervical cancer. The school was pointed out as the main source of information on the subject. However, if considered as future health professionals, knowledge may be considered insufficient. **Conclusion:** the students understand HPV as a precursor to cervical cancer. The results may represent a fragility of nursing teaching, in the studied context. Because it has been shown as the main source of information on the subject, the school should be considered as a privileged space for adolescents to approach HPV as other health topics.

Descriptors: Adolescent Health. Papillomavirus Infections. Cervix Uteri.

Resumo

Objetivo: conhecer a compreensão de estudantes adolescentes, alunas de um curso técnico de enfermagem, sobre o HPV e sua relação com o câncer de colo uterino. **Métodos:** estudo exploratório-descritivo, realizado entre janeiro e dezembro de 2017, com 18 adolescentes, alunas de um curso técnico de enfermagem, com idades entre 15 e 18 anos. Utilizou-se entrevistas semiestruturadas para coleta das informações. Os resultados foram analisados a partir do referencial de Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** a maioria das adolescentes havia recebido a vacina contra o HPV e expressaram conhecimentos sobre HPV, câncer do colo do útero e a relação entre HPV e câncer do colo uterino. A escola foi apontada como a principal fonte de informações sobre a temática. No entanto, se consideradas como futuras profissionais da saúde, o conhecimento pode ser considerado insuficiente. **Conclusão:** as estudantes compreendem o HPV como um precursor do câncer de colo uterino. Os resultados podem representar uma fragilidade do ensino de enfermagem, no contexto estudado. Por ter se mostrado como a principal fonte de informações sobre o assunto, a escola deve ser considerada como espaço privilegiado para a abordagem dos adolescentes quanto ao HPV como demais temas de saúde.

Descritores: Saúde do Adolescente. Infecções por Papilomavírus. Colo do Útero.

Autor

Correspondente

Diógenes Farias
Gomes. E-mail:
diogenesfgo@gmail.
com

Não declarados conflitos de interesse

Submissão

21/12/2018

Aprovação

22/03/19

Como citar: Santana CR, Gomes DF, Dias MAS, Cavalcante JHF, Farias MS, Moita MP. Compreensão de estudantes adolescentes de um curso técnico em Enfermagem sobre papilomavírus humano e câncer de colo uterino. *ReTEP [Internet]* 2018 [citado em];10(2):19-24. Disponível em:

Introdução

O câncer de colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma), podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou a distância. Há dois principais tipos: o carcinoma epidermóide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos); e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular, ambos podendo ser influenciados pelo Papilomavírus Humano (HPV).⁽¹⁾ Este câncer é considerado um problema de saúde pública na maioria dos países em desenvolvimento, principalmente entre as mulheres de baixo nível socioeconômico e em idade fértil. Nesta conjuntura, constitui a terceira causa de morte por câncer em mulheres no mundo e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil.⁽²⁾

Uma das mais importantes descobertas na investigação etiológica do câncer de colo do útero, nos últimos 30 anos, foi a sua relação com o HPV, importante agente patológico para o desenvolvimento das lesões cancerígenas.⁽³⁾ O HPV, dentre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), possui uma alta representatividade, sendo comum entre indivíduos jovens e adultos sexualmente ativos, independente do gênero. Considera-se, portanto, que o público adolescente constitui um grupo de alta vulnerabilidade, deste modo, a prevenção do vírus se direciona em geral às adolescentes, decorrente a alta probabilidade de desenvolvimento do câncer.^(4,5)

É importante que existam estratégias de promoção à saúde e prevenção dessa doença voltadas ao público adolescente. No que concerne a educação sexual, características sociais, culturais e comportamentais da comunidade, devem ser consideradas.

Neste sentido, uma das estratégias de prevenção adotada é a vacinação, realizada em meninas de 9 a 14 anos, que não tenham iniciado atividade sexual.

Apesar das estratégias para a prevenção do câncer de colo do útero, deve-se considerar o limbo existente entre os adolescentes sobre a relação do HPV com este tipo de câncer. Desta maneira, buscar compreender esta relação, na

perspectiva dos adolescentes, possibilita que sejam emanadas questões comuns que merecem esclarecimentos. Escolheu-se o enfoque sobre as adolescentes, uma vez que a maioria das estratégias educativas se direcionam para este público.

O estudo objetivou conhecer a compreensão de estudantes adolescentes, alunas de um curso técnico de enfermagem, sobre o HPV e sua relação com o câncer do colo de útero.

Métodos

Estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, realizado entre janeiro e dezembro de 2017, com alunas do curso técnico em enfermagem, de uma Escola de Ensino Médio Integrado ao ensino profissional, em Sobral, Ceará, Brasil.

Participaram dezoito adolescentes (codificadas no texto de A1 até A18), com idades entre 15 e 18 anos e sexualmente ativas. Considerou-se esta faixa etária oportuna para a investigação, já que a idade média da primeira relação sexual entre os jovens do Brasil é de 14,9 anos, podendo as adolescentes iniciarem um pouco mais tarde.⁽⁶⁾ Deste modo, foi possível adentrar as características de concepção e risco, a primeira a partir das experiências teóricas vivenciadas pelas adolescentes, e a segunda pelo risco de exposição à relação sexual.

A coleta das informações aconteceu por meio de entrevistas semiestruturadas, a partir de um instrumento criado pelos autores do estudo. O roteiro continha oito perguntas, divididas em dois eixos: 1) compreensão sobre o HPV, modos de transmissão, prevenção e sintomas; 2) fatores de risco e a relação do HPV com o câncer de colo do útero. A coleta respeitou a amostra por saturação dos dados. Esse método é utilizado para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes quando a amostra já não pode mais fornecer novas informações.⁽⁷⁾ A análise das informações fundamentou-se no referencial da Análise de Conteúdo de Bardin.⁽⁸⁾

O estudo respeitou a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas que envolvem seres humanos. As adolescentes menores de 18 anos foram autorizadas pelos seus responsáveis, a partir da assinatura do Termo de Assentimento e Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que todas aceitaram participar. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, com parecer de número 2.260.994/2017.

Resultados

Nesta seção são apresentados os resultados do estudo, organizados e discutidos a partir das seguintes categorias temáticas: o HPV a partir da compreensão das adolescentes e compreensão das adolescentes sobre o câncer de colo do útero e sua relação com o HPV.

O HPV a partir da compreensão das adolescentes

Essa categoria trata da compreensão das adolescentes sobre o HPV, quando questionadas demonstraram insegurança sobre o que realmente se tratava. A maioria (n=14) reconheciam ser um vírus, apresentado de diferentes formas. Outras, porém, trouxeram uma visão diferenciada.

O que eu sei a respeito é que o HPV é um vírus, se não me engano, e que ele ataca o útero, gerando o câncer de colo de útero (A2).

(...) é uma doença que afeta o colo do útero, que é causada pelo papilomavírus humano (A5).

O HPV é uma doença sexualmente transmissível, tanto pode passar do homem para a mulher, como da mulher para o homem, sem uso de preservativo (A9).

(...) eu não lembro bem o que significa a sigla HPV, só que eu sei que é uma doença que é transmitida através do sexo e que ela é um dos fatores para progredir para o câncer de colo do útero (A13).

A partir das falas, ao todo de 14 das adolescentes entrevistadas, percebe-se que as adolescentes entendem que o HPV está intimamente relacionado ao câncer de colo do útero. Um estudo realizado em Pernambuco⁽⁹⁾, com estudantes universitários, revelou que 93,4% dos entrevistados responderam que o HPV é causado por um vírus, mesmo sem saber o significado da sigla, o que deixa claro que existe um conhecimento da população acerca do que causa o HPV.

Quando questionadas sobre o modo de transmissão do vírus, as adolescentes informaram que:

O HPV pode ser transmitido por relações sexuais, se eu não me engano, e muitas vezes ele pode ser silencioso ou não (A1).

É transmitido pelo sexo. Acho que apresenta sangramentos, dores (...) (A4).

(...) a transmissão ocorre sexualmente. Mas às vezes a mulher já tem o HPV quando nasce, que é transmitido de mãe para filho (A7).

É transmitido sexualmente, mas eu não conheço os sintomas (A12).

Ele é transmitido através de contato sexual, ele pode ocasionar verrugas (A18).

Os relatos demonstram que as adolescentes compreendem a relação sexual como principal meio de transmissão da doença, reforçando a característica do contato como elemento fundamental para transmissão, uma vez que destacam o uso do preservativo como método de prevenção.

Estudos⁽⁹⁾ evidenciam que os estudantes universitários também compreendem a relação sexual como principal modo de transmissão do HPV. Destacam também outras formas de contaminação como: contato com material contaminado e materno-fetal. Deduz-se, portanto, que estas adolescentes conhecem sobre o principal modo de transmissão do HPV.

Sobre as formas de prevenção, destaca-se a camisinha masculina como principal meio de proteção, sendo bem mais citada do que a própria vacina contra o HPV. A higienização, autocuidado, o cuidado nas relações sexuais, exame de Papanicolau e a vacina também foram citados como métodos de proteção.

O uso da camisinha, principalmente (A3).

Uso de camisinha, visitas frequentes ao médico ginecologista, uma vida mais saudável, porque quando você não tem uma vida saudável, você fica mais fragilizada e pode adquirir novas doenças, não somente o HPV, como diversas outras (A6).

A camisinha, fazer exames anuais pra ver se tá tudo normal, exame de prevenção (A11).

Só a vacina, para uma coisa mais interna. Se ele for realmente transmitido sexualmente, dá para evitar também com uso de preservativo (A15).

Como é uma doença transmitida sexualmente, o preservativo e também manter relação sexual com o mínimo possível de parceiros. Tem também a questão do exame de Papanicolau, para diagnosticar se a mulher tem a doença HPV e pode desenvolver o câncer de colo do útero (A16).

Com relação à prevenção, em um estudo realizado com adolescentes em São Paulo, foi

perguntado às participantes sobre o uso do preservativo masculino e 78,2% delas afirmaram ter utilizado na primeira relação sexual, número que caiu para 59,7% quando perguntadas sobre o uso do preservativo na última relação, sendo que 46,0% avaliou que o uso da camisinha diminui o prazer.⁽⁵⁾ Em outra pesquisa, realizada com adolescentes em Santa Catarina, o preservativo foi citado como principal método de prevenção contra o HPV, o que está consonante aos achados deste estudo, sendo citado por 96,3% entre os alunos de escolas públicas e 100% entre os alunos de escolas particulares. A vacina foi a segunda estratégia de prevenção mais citada pelas participantes.⁽¹⁰⁾

Menos da metade das adolescentes (n=5) citou o Papanicolau ou Colpocitologia Oncótica como forma de prevenção. Deduz-se que há alguns fatores que fazem com que o exame Papanicolau seja esquecido pelas adolescentes, como o fato de sua realização estar relacionada à mulheres com idade superior a vinte e cinco anos, independentemente do início da vida sexual, e o desafio de adentrar ao Centro de Saúde da Família.⁽¹¹⁾ Como as adolescentes não fazem parte do público alvo para rastreamento de lesões sugestivas, elas acabam não tendo acesso às informações acerca da finalidade do exame e da importância de sua realização, o que pode repercutir na vida adulta. Desta forma, uma das únicas formas de prevenção disponível para jovens adolescentes que já tem vida sexual ativa, além do uso do preservativo, é a vacinação.

Quando questionadas como aprenderam sobre HPV, afirmaram:

(...) devido ao curso de enfermagem e também, anteriormente, nas outras escolas que eu já passei, aí sempre quando era ministrado palestras que abordavam o assunto com adolescentes, geralmente meninas, era falado. Até mesmo em um determinado tempo do ano, sempre tinham essas palestras (A5).

Recebi essas informações na escola, no posto de saúde não (A9).

Recebi na escola. No posto só falaram que era pra proteger contra o câncer de colo de útero (A11).

Em palestras, quando a gente ia para campanhas, na escola (A15).

Demonstram que a escola e as intervenções de educação em saúde, por elas denominadas

como palestras, foram evidenciadas como principal forma de acesso às orientações sobre o HPV e câncer de colo do útero. O Centro de Saúde da Família não foi citado em nenhuma das entrevistas.

O fato das meninas estarem matriculadas em um curso técnico de enfermagem pareceu não influenciar no conhecimento sobre a temática, pois as alunas não expressaram conhecimentos mais específicos sobre a doença, suas formas de manifestação, meios de prevenção ou diagnóstico.

Deste modo, verifica-se a necessidade de aproximar as adolescentes aos serviços de saúde, e vice-versa, buscando estabelecer uma relação próxima para estabelecer estratégias de prevenção da infecção pelo HPV.

Compreensão das adolescentes sobre o câncer de colo do útero e sua relação com o HPV

Nesta categoria, apresentam-se as respostas dos questionamentos feitos às adolescentes sobre o câncer do colo uterino. Assim, afirmaram sobre o câncer de colo uterino:

(...) eu sei que assim como os outros tipos de câncer, é uma célula que vai sofrer metástase, nesse caso, no útero. E caso não seja tratado, pode trazer infertilidade na mulher, já que ela pode ter que tirar o útero (A1)

(...) o HPV é o vírus do câncer de colo de útero. No caso, o HPV gera o câncer de colo de útero. Ele causa dor pélvica, sangramentos intrauterinos e inflamação do colo do útero (A4).

É uma doença bem grave, porque a mulher pode perder o útero por completo e como eu falei, ela tem que estar sempre se prevenindo, fazendo a prevenção, usando a camisinha e se ela tiver, é pra ela procurar o tratamento logo (A6).

Bom, o câncer de colo do útero é uma doença que pode levar o paciente à morte e eu acho que ela se desenvolve lentamente e se agrava cada vez mais se a pessoa não fizer o tratamento correto (A13).

Percebe-se que as adolescentes associam o HPV ao desenvolvimento das lesões cancerígenas. O conhecimento sobre HPV e as lesões cancerígenas do colo uterino ganharam intensidade na sua difusão a partir da década de 40, quando o patologista George Papanicolaou desenvolveu o Teste de Papanicolaou, que identifica alterações celulares pré-malignas, impedindo a evolução para lesões neoplásicas ocasionadas pelo HPV.⁽³⁾

Mulheres com lesões pré-malignas ou com câncer do colo do útero em estágio inicial

geralmente não apresentam sintomas, pois estão associados aos estágios evoluídos da doença, como sangramento vaginal anormal, secreção vaginal incomum e dor após a relação sexual.⁽¹²⁾

Todos os discursos foram claros em afirmar que 'o HPV desenvolve o câncer', o que demonstra que, mesmo desconhecendo algumas informações sobre o HPV, as adolescentes admitem haver uma íntima relação entre os dois.

(...) um é o vírus e o outro é a doença feita. O vírus causa a doença (A2).

(...) se a mulher adquirir HPV, ela vai ter mais probabilidade de ter câncer de colo do útero (A3).

Eu acho que o HPV é o que leva a desenvolver o câncer de colo de útero (A8).

Acho que o HPV é o causador do câncer de colo do útero (A16).

Em uma pesquisa realizada com mulheres no Rio Grande do Sul, em 2014, sobre a relação do HPV com a neoplasia cervical, 66,37% das entrevistadas disseram que conhecia a influência do HPV como fator de risco para o desenvolvimento de lesões sugestivas; 30,11% das mulheres informaram não saber desta relação. Quanto ao desenvolvimento do carcinoma, 47,95% das participantes sabiam que este vírus tem a capacidade de causar câncer de colo do útero, e 12,26% acreditava não ser o HPV um fator de risco para este tipo de carcinoma.⁽¹³⁾ No entanto, este estudo diverge dos resultados encontrados nessa pesquisa.

Assim, ficou claro que as adolescentes associam o HPV ao câncer de colo uterino e conseguiram relacionar os métodos de prevenção. No entanto, estas conhecem a patologia de forma superficial, o que não é adequado a um futuro profissional da saúde, podendo ser uma sinalização para uma fragilidade na formação destes estudantes.

Ressalta-se que a amostra limitada de adolescentes configurou uma limitação, mas que não ofusca as questões levantadas pelo mesmo, embora impeça generalizações.

Conclusão

Embora as estudantes tenham expressado informações relevantes sobre o HPV e sua

relação com o câncer de colo de útero, uso da camisinha e da vacina contra o HPV, verifica-se que este conhecimento é superficial, se mostrando insuficiente para um futuro profissional da saúde.

Foi evidente nos discursos a pouca representação do Centro de Saúde da Família no que concerne às orientações sobre o HPV, embora as estudantes tenham sinalizado que compareceram a unidade para a aplicação da vacina contra o HPV.

A escola se mostrou como o espaço onde mais as alunas adquiriram informações sobre HPV, o que reitera o espaço escolar como privilegiado para a disseminação de conhecimentos sobre saúde, devendo ser potencializado.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Cad. Saúde Pública nº 13. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.
2. Gomes CH, Silva JA, Ribeiro JA, Penna RMM. Câncer cervicouterino: correlação entre diagnóstico e realização prévia de exame preventivo em Serviço de Referência no Norte de Minas Gerais. Rev. Bras. Cancerol [Internet]. 2012 [acesso em 2018 dez 14]; 58(1):41-5. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=654032&indexSearch=ID>.
3. Nakagawa JTT, Schirmer J, Barberi M. Vírus HPV e câncer do colo de útero. Rev. bras. enferm [Internet]. 2010 [acesso em 2018 dez 28]; 63(2):307-311. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000200021>
4. Silva AJ, Cruz VS. Conhecimento do HPV entre os adolescentes de 14 à 17 Anos. Web Artigos [internet]. 2009 [acesso 2018 nov 19]. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/conhecimento-do-hpv-entre-os-adolescentes-de-14-a-17-anos/34000/>
5. Cirino FMSB, Nichiata LYI, Borges ALV. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e HPV em adolescentes. Escola Anna Nery. Rev. Enferm [internet]; 2010 [acesso 2018 nov15]; 14(1): 126-134. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a19.pdf>
6. Barbosa RM, Koyama MAH. Sexual behavior and practices among men and women, Brazil 1998 and 2005. Rev. saúde pública. 2008; 42(Supl.1): 21-33.
7. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2008 [acesso em 2018 nov 20] 24(1):17-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>.
8. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Ed 70, LDA, 2011.

9. Silveira GA, Ferraz BG, Maranhão GA. Conhecimento dos universitários sobre HPV e câncer de colo uterino em uma Faculdade privada localizada no sertão de Pernambuco. *Saúde em Debate* [Internet], 2012 [acesso em 2018 nov 22]; 2(1):87-95. Disponível em: <http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo06.pdf>.
10. Caetano JCS, Silveira CLP. Abordagem do HPV na escola: caminhos e questionamentos no terceiro ano do ensino médio. 2006 [acesso em 2018 dez 21]. Disponível em: <http://www.anped.org.br/sites/default/files/gt23-3583-int.pdf>
11. Andrade SM, Almeida MMG, Araújo TM, Santos KOB. Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2014 23(1):111-120. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100011
12. American Cancer Society. Sinais e sintomas do câncer do colo do útero. 2016 [acesso em 2018 out 23]. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/sinais-e-sintomas-do-cancer-do-colo-do-utero/1281/284/>
13. Carijo MG, Spada PKWDS, Torriani T. Avaliação do conhecimento sobre Papilomavírus humano em jovens universitárias da cidade de Santa Maria. *Ciência em Movimento*. 2014. Ano XVI. 33: 10-16.

ARTIGO DE REVISÃO



Desafios vivenciados por familiares cuidadores de idosos fragilizados: um problema de saúde pública latente

Problems experienced by family caregivers of frail elderly: a latent public health problem

Natália Frota Goyanna¹, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas², José Jeová Mourão Netto³, Gervânia Bezerra Gomes.⁴

1 Enfermeira, Mestre em Saúde da Família, Docente do Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil. **2** Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil. **3** Enfermeiro, Doutorando em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE), Hospital Regional Norte, Sobral, CE, Brasil. **4** Enfermeira, Mestre em Saúde da Família, Hospital Regional Norte, Sobral, CE, Brasil.

Abstract

Autor Correspondente
Natália Frota
Goyanna. E-mail:
nataliagoyanna@yah
oo.com.br

Não declarados conflitos de interesse

Objective: to identify the challenges faced by family caregivers of frail elderly in Brazil. **Methods:** it is an Integrative Review, carried out between May and June 2016, in all databases available in the Virtual Health Library, using the descriptors "frail elderly", "dependent elderly", "family relations", "family" and "caregivers". **Results:** a total of 1527 articles were identified, however, 1508 were excluded, leaving 19 texts. From the analysis, the following categories emerged: the profile of the home caregiver of fragile elderly, precursors of tension and overload in the caregiver and feelings aroused during the caring process. It was observed that middle-aged women, daughters or partners predominate, who do not exercise paid work and have limited family support. **Conclusion:** the situation of family caregiver of the frail elderly causes tension and overload, so that the care of this caregiver represents a public health problem, since its exposure to diseases that compromises its physical and mental dimension.

Descriptors: Caregivers. Family. Family Relations. Frail Elderly.

Resumo

Objetivo: identificar os desafios vivenciados por familiares cuidadores de idosos frágeis no Brasil. **Métodos:** trata-se de uma revisão integrativa, realizada entre maio e junho de 2016, em todas as bases disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os descritores "idoso fragilizado", "idoso dependente", "relações familiares", "família" e "cuidadores". **Resultados:** foram identificados 1527 artigos. Desse total, foram excluídos 1508, restando 19 produções. A partir da análise, emergiram as seguintes categorias: perfil do cuidador domiciliar de idosos frágeis; fatores precursoros da tensão e sobrecarga no cuidador; sentimentos despertados durante o processo de cuidar. Observou-se que predominam as cuidadoras mulheres, de meia idade, filhas ou cônjuges, que não exercem atividade remunerada e contam com pouco suporte familiar. **Conclusão:** a situação de cuidador familiar do idoso frágil acarreta tensão e sobrecarga, de forma que o cuidado a este cuidador representa um problema de saúde pública, haja vista sua exposição a doenças que comprometem sua dimensão física e mental.

Descritores: Cuidadores; Família; Relações Familiares; Idoso Fragilizado.

Submissão
15/12/2019

Aprovação
01/06/2019

Como citar: Goyanna NF, Freitas CASL, Netto JJM, Gomes GB. Desafios vivenciados por familiares cuidadores de idosos fragilizados: um problema de saúde pública latente. *ReTEP [Internet]* 2018 [citado em];10(2):25-33. Disponível em:

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que vem ocorrendo de forma acelerada, implicando grandes desafios à Saúde Pública. Esse aumento significativo do número de pessoas acima de 60 anos evidencia uma melhoria da qualidade de vida da população, ao passo que acarreta maiores custos aos serviços de saúde, que necessitam de uma melhor estrutura para atender aos idosos.⁽¹⁾

O processo de envelhecimento ocasiona alterações funcionais, que variam de um indivíduo para outro e acarreta em uma maior predisposição do indivíduo ao surgimento de condições crônicas e suas possíveis sequelas debilitantes, podendo aumentar o número de idosos dependentes inseridos nos meios familiares e sociais.⁽²⁾

Uma considerável parcela dos idosos apresenta limitações físicas, necessitando de auxílio na execução das atividades do cotidiano, e mesmo os idosos considerados independentes, precisam de atenção para manter um envelhecimento saudável.⁽³⁾

O envelhecimento e a cronicidade das doenças contribuem para o aumento do número de idosos com algum tipo de limitação funcional, o que implica em necessidade de cuidados continuados, de longa duração e complexos, geralmente prestados pelas famílias, com ou sem apoio, e no domicílio.⁽⁴⁾

Diante desse cenário, tem aumentado, progressivamente, o número de famílias que se deparam com o cuidado de familiares idosos em condição de dependência⁽⁵⁾ e assumir a responsabilidade de cuidar desses idosos tem sido colocada pelos cuidadores familiares como uma tarefa exaustiva e estressante, em virtude do envolvimento afetivo, do fato de ocorrer a transformação de uma relação de reciprocidade para uma relação de dependência e ainda por restrições impostas aos cuidadores decorrentes do cuidado ao idoso dependente.⁽⁶⁾

Na intenção de compreender as repercussões do cuidado ao idoso no domicílio e subsidiar a construção de políticas públicas ou linhas de cuidado para essa população, delimitou-se como objetivo do presente estudo identificar, a partir da literatura

científica, os desafios vivenciados pelos familiares cuidadores de idosos dependentes, no cenário brasileiro.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa, que tem a finalidade de sintetizar resultados obtidos em pesquisas acerca de um delimitado tema, de maneira sistemática e ordenada, objetivando contribuir para o conhecimento do tema investigado.⁽⁷⁾ Este método de pesquisa oferece aos profissionais de diversas áreas de atuação na saúde o acesso rápido aos resultados relevantes de pesquisas que fundamentam as condutas ou a tomada de decisão, tendo, portanto, relevante contribuição na melhoria do cuidado prestado ao paciente.⁽⁸⁾

No presente estudo, foram seguidas as etapas⁽⁹⁾: seleção da questão temática ou questão-problema, estabelecimento dos critérios para a seleção da amostra, representação das características da pesquisa original, análise dos dados, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

Para conduzir esta revisão, foi estabelecida a seguinte questão norteadora: quais os desafios vivenciados pelos familiares que cuidam de idosos fragilizados no Brasil?

O levantamento bibliográfico foi realizado nos meses de maio e junho de 2016, em todas as bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando os descritores "idoso fragilizado", "idoso dependente", "relações familiares", "família" e "cuidadores", de acordo com o quadro a seguir.

Quadro 1 - Distribuição de estudos por combinação de descritores. Sobral, CE, 2016.

Combinação de Descritores	Total de Artigos Encontrados	Total de Artigos para a Revisão
"idoso dependente" and "relações familiares" and "cuidadores"	34	03
"idoso fragilizado" and "relações familiares" and "cuidadores"	35	01
"idoso dependente" and família and "cuidadores"	736	14
"idoso fragilizado" and família and "cuidadores"	722	01
Total	1.527	19

Fonte: próprios autores

Os critérios utilizados para a seleção da amostra foram: artigos científicos publicados e indexados em qualquer língua, tratando da realidade brasileira, com acesso online ao texto completo, sem recorte temporal, sendo incluídas todas as publicações que se enquadraram nos demais critérios, até junho de 2016. Foram excluídos da amostra todos os artigos que se repetiram nas bases de dados, os que não atendiam à pergunta norteadora, artigos de opinião, editoriais e revisões de literatura.

Foram identificados 1527 artigos. Desse total, foram excluídos 1368 por não estarem disponíveis na íntegra ou por não retratarem a realidade brasileira. Com base nos critérios de exclusão mencionados. Dessa forma, foram selecionados dez artigos na Base de Dados Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS), oito na Base de Dados de Enfermagem (BDEnf) e um no Index Psicologia, totalizando 19 produções, publicadas entre os anos de 2003 a 2015.

Em seguida, procedeu-se a leitura dos artigos e realizou-se a extração dos dados dos estudos da amostra. Para isso, foi utilizado um instrumento que contemplou as seguintes informações: título do artigo, tipo de estudo, ano de publicação, autores, local onde foi desenvolvida a pesquisa, periódico e área de conhecimento. As informações contidas no instrumento foram tabuladas e analisadas descritivamente.

Resultados e Discussão

Na análise da produção bibliográfica sobre as tensões e desafios vivenciados pelos cuidadores familiares de idosos dependentes, foram selecionados dezenove artigos científicos para a construção desta revisão. Os estudos foram organizados e apresentados no quadro que segue.

Quadro 02. Distribuição das informações de identificação das produções científicas acerca de cuidadores familiares de idosos fragilizados. Sobral, CE, 2016.

Título do Artigo	Autores, Ano	Cidade/Estado	Tipo de Estudo	Periódico
Famílias cuidadoras de pessoa idosa: relação com instituições sociais e de saúde	Creutzberg e Santos ¹⁰ , 2003	Porto Alegre/RS	Estudo de caso do tipo etnográfico	Revista Brasileira de Enfermagem
Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso	Mazza e Lefèvre ¹¹ , 2005	São Paulo/SP	Estudo qualitativo	Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano
Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes	Giacomin, Uchoa e Lima-Costa ¹² , 2005	Bambuí/MG	Estudo de Coorte	Caderno de Saúde Pública
Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente	Nardi e Oliveira ¹³ , 2008	Jandaia do Sul/PR	Estudo exploratório-descritivo e qualitativo	Revista Gaúcha de Enfermagem
Estrutura da representação social do cuidado familiar com idosos hipertensos	Souza e Menezes ¹⁴ , 2009	Jequié/BA	Estudo descritivo e qualitativo	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia
Estrutura conceitual da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes	Fernandes e Garcia ¹⁵ , 2009	João Pessoa/PB	Estudo metodológico	Revista Eletrônica de Enfermagem

Fonte: próprios autores. Continua.

A enfermagem diante dos estressores de familiares acompanhantes de idosos dependentes no processo de hospitalização e de alta	Vieira, Alvarez e Gonçalves ¹⁶ 2009	Não identificado (Região Sul)	Estudo qualitativo	Ciências, Cuidado e Saúde
Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes	Fernandes e Garcia ¹⁷ , 2009	João Pessoa/ PB	Estudo de Campo	Revista da Escola de Enfermagem da USP
A relação de ajuda não-diretiva junto ao cuidador de um idoso incapacitado	Ramos, Pedrão e Furegato ¹⁸ , 2009	Ribeirão Preto/ SP	Estudo de caso	Revista Eletrônica de Enfermagem
Ser cuidador de idosos: sentimentos desencadeados por esta relação	Bohm e Carlos ¹⁹ , 2010	Farroupilha/ RS	Estudo qualitativo	Revista Kairós Gerontologia
Cuidador Familiar: Dificuldades para cuidar do idoso no domicílio	Rocha, et al. ²⁰ , 2011	Teresina/ PI	Estudo exploratório-descriptivo e qualitativo	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online
Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio	Stackfleth, et al. ²¹ , 2012	Ribeirão Preto/ SP	Estudo transversal	Acta Paulista de Enfermagem
Vivência dos cuidadores familiares de idosos dependentes: Revelando estratégias para o enfrentamento do cotidiano	Cartaxo, et al. ²² , 2012	Campina Grande/ PB	Estudo descritivo, exploratório, de campo e qualitativo	Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento
Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares	Pedreira e Oliveira ²³ , 2012	Salvador/ BA	Estudo de campo, qualitativo	Revista Brasileira de Enfermagem
O dia a dia de cuidadores familiares de idosos dependentes	Scalco, et al. ²⁴ , 2013	Cascavel/ PR	Estudo descritivo, exploratório, qualitativo, de caráter fenomenológico	Revista Kairós Gerontologia
Qualidade de vida do cuidador do portador de Doença de Alzheimer	Bagne e Gasparino ²⁵ 2014	Jundiaí/ SP	Estudo descritivo, transversal e qualitativo	Revista Enfermagem UERJ
Resiliência e Vulnerabilidade no Cuidado com o Idoso Dependente: Um Estudo de Caso	Schuck e Antoni ²⁶ , 2014	Porto Alegre/ RS	Estudo de caso exploratório, qualitativo e transversal	Temas em Psicologia
As reações do familiar acompanhante de idosos hospitalizados frente às situações de estresse	Chibante, Santo e Aquino ²⁷ , 2015	Rio de Janeiro/ RJ	Estudo descritivo, exploratório e qualitativo	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online
Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família	Reis e Trad ²⁸ , 2015	Jequié/ BA	Estudo descritivo, exploratório e qualitativo	Revista Psicologia: Teoria e Prática

Fonte: dados do estudo.

Conforme apresentando no quadro, os estudos foram realizados em estados da Região Nordeste, Sul e Sudeste; entre os anos 2003 e 2015, sendo 2009 o ano em que foram produzidos o maior número de publicações. Os periódicos da área da Enfermagem predominaram como meios de divulgação desses estudos.

Entre os artigos selecionados, o tipo de estudo mais utilizado foi o exploratório-descritivo de abordagem qualitativa. Os periódicos que mais contribuíram para a pesquisa foram a Revista Brasileira de Enfermagem, Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental e Revista Kairós Gerontologia.

Após a leitura na íntegra dos artigos selecionados, emergiram as seguintes categorias: perfil do cuidador domiciliar de idosos frágeis, fatores precursores da tensão e sobrecarga no cuidador e sentimentos despertados durante o processo de cuidar.

Perfil do cuidador domiciliar de idosos fragilizados

Os cuidados domiciliares são prestados por mulheres e homens, no entanto, a grande maioria dos cuidadores domiciliares são mulheres, com uma proporção de 70% de cuidadoras em comparação aos homens.^(14,16,21-25,27) Tem sido descrito que o fato do cuidador ser do gênero masculino pode dificultar o ato de cuidar.⁽²⁴⁾ Quanto a esses cuidadores, quase sempre são filhos(as) e cônjuges^(14,16,21-23,25,27) e, embora alguns desenvolvam atividade remunerada⁽²⁴⁾, o que predominam são os que estão desempregados, aposentados ou são estudantes.^(12,14,23,25) Estes cuidadores despendem ao menos de seis horas diárias de cuidados e, na maioria dos casos, podem chegar a mais de 12 horas de cuidados diários.⁽²⁵⁾

Quanto a renda, predominam as rendas de até 3 salários mínimos^(12,14,24), permitindo supor que a dimensão financeira da família com idosos frágeis está mais sujeita a inconsistências, nessa perspectiva.

Quanto a faixa etária, embora registre-se a presença de cuidadores adultos jovens⁽²²⁾, a grande maioria são adultos de meia idade, entre 25 e 59 anos^(16,21,24), faixa etária economicamente ativa e produtiva, de forma

de forma que a situação de cuidador pode interferir no desenvolvimento de trabalho e aquisição de renda. Há uma parcela significativa de idosos que cuidam de idosos^(12,21-24), evidenciando uma faceta preocupante do já representativo problema de Saúde Pública que representa a situação de cuidador de idosos fragilizados.

A necessidade de cuidado de um familiar idoso fragilizado gera impacto na dinâmica, na economia familiar, no desenvolvimento das relações familiares e na saúde dos membros da família que se ocupam dos cuidados, gerando sentimentos negativos, de forma que, independentemente da classe social, as famílias enfrentam dificuldades em se reestruturar diante da presença do idoso dependente, devido aos profundos arranjos, à organização e dinâmica intrafamiliares para corresponder às necessidades da pessoa dependente.^(12,23,28)

Para os cuidadores, o ato de cuidar é uma atividade difícil, se configurando em um evento estressor⁽¹⁴⁾ o qual, muitas vezes, é fruto de uma decisão solitária, sem discussão sobre a situação com o grupo familiar ou serviços de saúde, o que pode contribuir para intensificar a tensão familiar.⁽²³⁾

Fatores precursores da tensão e sobrecarga no cuidador

A tensão e a sobrecarga do cuidador familiar de idosos fragilizados constitui-se em um fenômeno multidimensional que se evidencia por alterações biopsicossociais, tendo como atributos alterações no estado físico; alterações emocionais, pesar e irritabilidade; déficit de lazer; além de enfrentamento individual comprometido, ressentimento, culpa, distúrbio do sono e uso de medicamentos.⁽¹⁵⁾

No entanto, concorrendo para isso, podem ser apontados elementos precursores para o desenvolvimento da sobrecarga e tensões ao cuidador, como questões financeiras, isolamento social, fragilidades no conhecimento sobre aspectos da doença, do idoso e do cuidado, déficit do apoio familiar e fragilidades na atenção fornecida pelos serviços de saúde.

Os cuidadores são influenciados por questões financeiras, devido aos baixos salários, provindos de pensões e aposentadorias, ao desemprego a impossibilidade de os cuidadores

principais desenvolverem atividades remuneradas, gerando incertezas que envolvem não apenas a saúde do idoso, mas também o dinheiro necessário para o sustento do idoso e da família, fazendo com que, muitas vezes, dependa o cuidador da renda de outrem, tolhendo sua liberdade financeira, o que pode agravar seu estado emocional.^(10,16-18,20,23-25,28)

Os cuidadores não contam com conhecimentos prévios e básicos para o desempenho de seu papel, havendo fragilidades no conhecimento sobre aspectos que envolvem a doença, a pessoa idosa e o cuidado, caracterizando esta assistência como improvisada e solitária^(12,21,24,28), o que também contribui para o aumento da sobrecarga e tensão, resultando em desgaste familiar, com prejuízos à saúde do idoso e cuidador.^(21,28) Tal cenário evidencia a problemática do cuidado ao cuidador, sendo premente a necessidade da construção e implantação de políticas públicas voltadas a este público.

Predominam os casos em que apenas um integrante da família adota o papel de cuidador do idoso, assumindo a responsabilidade na prestação dos cuidados no domicílio, evidenciando a falta de suporte familiar ao cuidador e ao idoso.^(12,20,23-24,28) Embora o afastamento dos familiares ocorra no maior número de casos, e que essa falta de apoio familiar dificulta a realização das atividades pessoais e sociais do cuidador, o que gera estresse e sobrecarga⁽²⁸⁾, há situações em que o cuidador recusa ajuda de familiares ou outros cuidadores, pois admitir a ajuda de um terceiro significaria admitir falhas na integralidade, além de permitir a inserção de um intruso na intimidade da casa.⁽¹²⁾

Outro ponto causador de sobrecarga para o cuidador é a restrição ao domicílio^(20,23), uma vez que esse apresenta dificuldades para encontrar outra pessoa com quem dividir as tarefas relacionadas ao cuidado do idoso dependente⁽²⁴⁾, o que configura estressante para o cuidador, pois o impede de vivenciar outras atividades que o coloquem em contato com outros ambientes sociais e outras relações⁽²⁰⁾, podendo causar-lhe ainda indignação frente aos outros membros da família que gozam de plena liberdade⁽²³⁾. Essa restrição ao domicílio provoca o isolamento

social, dificultando que o cuidador desenvolva atividades de lazer bem como dificulta ou impossibilita sua inserção no mercado de trabalho^(10,20,23), o que repercute em aumento da sobrecarga e tensões nos cuidadores de idosos.

O autocuidado também é contemplado de forma bastante frágil por cuidadores, negando suas necessidades e desejos, sendo comum dedicarem-se quase exclusivamente ao cuidado do idoso.^(12,15,19)

Também existem repercussões físicas da sobrecarga do cuidador, em virtude de sua exposição prolongada aos diferentes estressores emergidos do processo de cuidar, como hipertensão arterial, doenças coronarianas, modificações no sistema imunológico, distúrbios do sono, dores no corpo, modificações no peso corporal e do funcionamento intestinal.^(12,15,17,20)

É comum a preocupação e insegurança com relação ao cuidar do idoso dependente no lar relacionados ao suporte deficiente do aparato hospitalar e unidades básicas de saúde, bem como do apoio comunitário insuficientes, oriundos de outros serviços de saúde da rede pública^(10-12,16), sendo a atenção fornecida pelo SUS, na perspectiva dos cuidadores, irregular, de qualidade inferior, marcada, no ambiente hospitalar, pela falta de humanização, pela discriminação, pela postura autoritária, pela desconsideração do paciente e do familiar em seu contexto.^(10,18)

Sentimentos despertados durante o processo de cuidar

Muitas são as nuances envolvidas no processo de cuidar do idoso fragilizado. Neste processo, muitos sentimentos emergem nos cuidadores, sobretudo o medo, angústia e insegurança.

Quadro - Sentimentos despertados no cuidador durante o cuidar do idoso fragilizado, Sobral, CE, 2016.

Sentimentos	Estudos
Angústia, medo e frustração	Reis e Trad, 2015
Insegurança	Scalco, et al., 2013
Grande responsabilidade e estresse	Rocha, et al., 2011
Culpa	Bohm e Carlos, 2010
Modificações na autoestima, culpa, ressentimento, mágoa, sofrimento pelo sentimento de morte antecipada, irritabilidade emocional, cansaço físico e mental	Fernandes e Garcia, 2009

Fonte: dados do estudo.

Angústia, culpa, frustração e preocupação constante	Vieira, Alvarez e Gonçalves, 2009
Depressão, ansiedade, baixa autoestima, irritabilidade, ressentimento e culpa	Fernandes e Garcia, 2009

Fonte: dados do estudo.

Na perspectiva da família e dos cuidadores, evidencia-se que o cuidado prestado ao idoso desperta incertezas e dúvidas constantes no cuidador.⁽²⁸⁾ Por conta da fragilidade no conhecimento sobre o cuidado, a doença e o idoso, são despertados culpa, medo e frustração.^(16,19,28) Devido à inexperiência relativa ao papel de cuidador, a insegurança marca a fase inicial na prestação do cuidado⁽²⁴⁾ junto a grande responsabilidade e preocupação constantes impingidas pela situação de cuidado junto ao idoso.^(16,20)

Por estarem muitas vezes impossibilitados de andar e realizar demais atividades da vida diária, ou por ocasião de alterações cognitivas, é comum os idosos apresentarem comportamentos marcados pela teimosia^(12,20), o que influencia significativamente a relação de cuidado, contribuindo fortemente para a geração de estresse no cuidador.

A tensão do cuidador familiar de idosos dependentes resulta tanto de fatores biopsicossociais quanto econômicos e histórico-culturais⁽¹⁵⁾, de forma que os cuidadores sofrem alterações psicológicas decorrentes desses fatores.^(15,17,20) Dentre essas, as alterações da autoestima^(15,17), se configuram em uma das mais significativas, pois podem desencadear outras doenças.

O sentimento de pesar e angústia possui relevância no âmbito dos problemas emocionais do cuidador, estando associados ao convívio com a progressão das perdas funcionais e com a expectativa de morte do idoso.^(15,16)

Tornar-se cuidador provoca um impacto negativo na vida destas pessoas, interferindo em sua qualidade de vida, pois altera seu equilíbrio físico, social, financeiro e emocional.^{12,19-20,22}, sendo comum a sobrecarga física e mental decorrente do processo de cuidar, em muito pela sobreposição de papéis^{11,15,23,26}, devendo esta sobrecarga e o cuidado com o cuidador ser reconhecido como

um problema de saúde pública.⁽²⁰⁾

Existe uma relação direta entre a fragilidade e a sobrecarga, ou seja, quanto maior o nível de fragilidade, maior será a sobrecarga do cuidador.⁽²¹⁾ Nos casos de idosos que cuidam de idosos, a sobrecarga física gerada é ainda maior, pois muitas vezes, os cuidadores em idades avançadas possuem doenças crônicas e problemas osteoarticulares, que dificultam a realização de algumas tarefas.^(23,26)

A sobrecarga gerada no cotidiano da família provoca estresse e diminuição da tolerância do cuidador que, diante de situações estressoras que se perpetuam dia após dia, sem nenhuma possibilidade de mudança aparente, muitas vezes extrapolam o limite da razão e tomam atitudes que comprometem a qualidade do cuidado.^(20-21,23) Em um contraponto, em comparação com as famílias onde havia apoio de outros membros, o ambiente foi percebido como tranquilo e harmonioso.⁽²³⁾

Conclusão

Observou-se que na condição de cuidador do idoso fragilizado predominam mulheres de meia idade, filhas ou cônjuges, que não exercem atividade remunerada e contam com pouco suporte familiar. Há ainda uma significativa parcela de idosos que cuidam de outros idosos.

A situação de cuidador familiar destes idosos acarreta tensão e sobrecarga, tendo como fatores precursores para tal: alterações financeiras, isolamento social, fragilidades no conhecimento sobre aspectos da doença, do idoso e do cuidado; déficit do apoio familiar e inconsistências na atenção fornecida pelos serviços de saúde.

Frente a esses achados, verifica-se que o cuidado ao cuidador de idosos dependentes se configura como preocupante problema de saúde pública, haja vista que as situações impostas a estes os expõem a doenças que comprometem sua dimensão física e mental, havendo uma necessidade premente da implementação de políticas que atendam às demandas deste público.

Referências

1. Brito MCC, Freitas CASL, Mesquita KO, Lima GK. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde

- pública: análise da produção científica. *Rev kairós geront* [Internet]. 2013 [acesso em: 5 jun 2016];16(3):161-78. Disponível em <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18552/13738>
2. Silva L, Galera SAF, Moreno V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. *Acta paul enferm* [Internet]. 2007 [acesso em: 5 jun 2016]; 20(4):397-403. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/01.pdf>
3. Freitas CASL, *et al.* Perfil de Saúde de Idosos Institucionalizados em Sobral, Ceará, Brasil. *Retep*. 2012; 4(4):03.
4. Araújo I, Paúl C, Martins M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2011 ago [acesso em: 6 jun 2016]; 45(4): 866-71. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a11.pdf>
5. Oliveira APP, Caldana RHL. As Repercussões do Cuidado na Vida do Cuidador Familiar do Idoso com Demência de Alzheimer. *Saúde soc* [Internet]. 2012 [acesso em: 3 jul 2016]; 21(3): 675-85. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n3/13.pdf>
6. Fernandes MGM, Garcia TR. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev bras enferm* [Internet]. 2009 jan/fev [acesso em: 3 jul 2016]; 62(1): 57-63. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/09.pdf>
7. Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare enferm* [Internet]. 1998 jul/dez [acesso em: 3 jul 2016]; 3(2):109-12. Disponível em <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44358/26850>
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. *Texto context enferm* [Internet]. 2008 out/dez [acesso em: 2 jul 2016]; 17(4): 758-64. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
9. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res nurs health* [Internet]. 1987 mar [acesso em: 2 jul 2016]; 10(1): 1-11. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3644366>
10. Creutzberg M, Santos BRL. Famílias cuidadoras de pessoa idosa: relação com instituições sociais e de saúde. *Rev bras enferm* [Internet]. 2003 nov/dez [acesso em: 2 jul 2016]; 56(6):624-629. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n6/a06v56n6.pdf>
11. Mazza MMPP, Lefèvre F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. *Rev bras cresc desenv hum* [Internet]. 2005 [acesso em: 3 jul 2016]; 15(1): 1-10. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v15n1/02.pdf>
12. Giacomini KC, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cad saúde pública* [Internet]. 2005 set/out [acesso em: 3 jul 2016]; 21(5):1509-18. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/24.pdf>
13. Nardi EFR, Oliveira MRF. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. *Rev gaúcha enferm* [Internet]. 2008 mar [acesso em: 3 jul 2016]; 29(1):47-53. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5263>
14. Souza AS, Menezes MR. Estrutura da representação social do cuidado familiar com idosos hipertensos. *Rev bras geriatr gerontol* [Internet]. 2009 [acesso em: 3 jul 2016]; 12(1):87-102. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v12n1/1981-2256-rbgg-12-01-00087.pdf>
15. Fernandes MGM, Garcia TR. Estrutura conceitual da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev eletr enf* [Internet]. 2009 [acesso em: 3 jul 2016]; 11(3):469-76. Disponível em <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a02.htm>
16. Vieira GB, Alvarez AM, Gonçalves LTI. A enfermagem diante dos estressores de familiares acompanhantes de idosos dependentes no processo de hospitalização e de alta. *Cienc cuid saude* [Internet]. 2009 out/dez [acesso em: 3 jul 2016]; 8(4):645-51. Disponível em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9693/5397>
17. Fernandes MGM, Garcia TR. (2009). Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2009 [acesso em: 4 jul 2016]; 43(4): 818-24. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a12v43n4.pdf>
18. Ramos TMB, Pedrão LJ, Furegato ARF. A relação de ajuda não-diretiva junto ao cuidador de um idoso incapacitado. *Rev eletr enf* [Internet]. 2009 [acesso em: 4 jul 2016]; 11(4): 923-31. Disponível em https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a18.pdf
19. Bohm V, Carlos SA. Ser cuidador de idosos: sentimentos desencadeados por esta relação. *Rev kairós geront* [Internet]. 2010 jun [acesso em: 4 jul 2016]; 13(1): 211-20. Disponível em http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs/BHOM_SER_CUIDADOR.pdf
20. Rocha FCV, Santos WCLB, Lima VF et al. Cuidador familiar: dificuldades para cuidar do idoso no domicílio. *Rev pesqui Cuid fundam* [Internet]. 2011 [acesso em: 4 jul 2016]; 3(5 n.esp): 18-27. Disponível em http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1939/pdf_517
21. Stackfleth R, Diniz MA, Fhon JRS, Vendruscolo TRP, Fabrício-Whebe SCC, Marques S. et al. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. *Acta paul enferm* [Internet]. 2012 [acesso em: 5 jul 2016]; 25(5): 768-74. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/19.pdf>
22. Cartaxo HGO, Gaudêncio MMP, Santos ARM, Araújo RA, Freitas CMSM. Vivência dos cuidadores domiciliares de idosos dependentes: revelando estratégias para o enfrentamento do cotidiano. *Estud interdiscipl envelhec* [Internet]. 2012 [acesso em: 5 jul 2016] 17(1): 59-74. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/20437/23188>

23. Pedreira LC, Oliveira MAS. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. *Rev bras enferm* [Internet]. 2012 out [acesso em: 5 jul 2016]; 65(5): 730-36. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/03.pdf>
24. Scalco JC, Tavares KO, Vieira L, Silva JR, Bastos CCCB. O dia a dia de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Rev kairós geront* [Internet]. 2013 mar [acesso em: 5 jul 2016]; 16(1): 191-208. Disponível em <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/19072/14233>
25. Bagne BM, Gasparino RC. Qualidade de vida do cuidador do portador de Doença de Alzheimer. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2014 mar/abr [acesso em: 5 jul 2016]; 22(2): 258-63. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v22n2/v22n2a18.pdf>
26. Schuck LM, De Antoni C. Resiliência e vulnerabilidade no cuidado com o idoso dependente: um estudo de caso. *Temas psicol* [Internet]. 2014 dez [acesso em: 5 jul 2016]; 22(4): 941-51. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v22n4/v22n04a20.pdf>
27. Chibante CLP, Espírito Santo FH, Aquino ACO. As reações do familiar acompanhante de idosos hospitalizados frente às situações de estresse. *Rev pesqui cuid fundam* [Internet]. 2015 jul/set [acesso em: 5 jul 2016]; 7(3): 2961-73. Disponível em http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3899/pdf_1656
28. Reis LA, Trad LAB. Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. *Rev psicologia: Teoria e Prática* [Internet]. 2015 set/dez [acesso em: 5 jul 2016]; 17(3): 28-41. Disponível em <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/6992/5526>

ARTIGO DE REVISÃO



O enfermeiro na prevenção de infecção relacionada ao Cateter Central de Inserção Periférica em recém-nascidos

The nurse in the prevention of infection related to the Peripherally Inserted Central Catheter in newborns

Janaína de Pádua Carneiro Vasconcelos¹, Maria Adelane Monteiro da Silva², Marcos Aguiar Ribeiro³, Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque⁴, Janaína de Almeida Prado⁵, Jaciara Alves de Sousa.⁶

1 Enfermeira graduada pela Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil. **2** Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil. **3** Enfermeiro, Doutorando em Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal Paulista, Sobral, CE, Brasil. **4** Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil. **5** Enfermeira graduada pela Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil. **6** Discente da Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil.

Abstract

Objective: to identify the role of the nurse in the prevention of infection to the newborn using Peripherally Inserted Central Catheter. **Methods:** it is an integrative review, carried out between June and September 2018 in bases Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and the Medical Literature Analysis and On-Line Retrieval System (MedLine). **Results:** the final sample consisted of 27 articles and the results were organized into three categories: hand hygiene and use of maximum barrier precaution, dressing change and handling of PICC and catheter maintenance and prevention of infections. **Conclusion:** the good performance of nurses in PICC care has direct implications for the prevention of infections, either in the insertion, maintenance or removal of the catheter. In this way, it requires nurses to permanently develop knowledge and skills.

Descriptors: Newborn. Neonatal Nursing. Infection Control. Vascular Access Devices.

Resumo

Objetivo: identificar o papel do enfermeiro na prevenção de infecção ao recém-nascido em uso de Cateter Central de Inserção Periférica (PICC). **Métodos:** trata-se de uma revisão integrativa, realizada entre junho e setembro de 2018, nas bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-Line* (MedLine). **Resultados:** a amostra final constou de 27 artigos e os resultados foram organizados em três categorias: higienização das mãos e uso de precaução de barreira máxima, a troca de curativo e o manuseio do PICC e manutenção do cateter e a prevenção de infecções. **Conclusão:** o bom desempenho do enfermeiro no cuidado com o PICC traz implicações diretas na prevenção de infecções, seja no processo de inserção, manutenção ou remoção do cateter. Dessa forma, requer dos enfermeiros o permanente desenvolvimento de conhecimentos e habilidades.

Descritores: Recém-nascido. Enfermagem Neonatal. Controle de Infecções. Dispositivos de Acesso Vascular.

Autor Correspondente
Jaciara Alves de Sousa. E-mail: jacyaraalvessousa@gmail.com

Não declarados conflitos de interesse

Submissão
27/11/2018

Aprovação
26/03/2019

Como citar: Vasconcelos JPC, Silva MAM, Ribeiro MA, Albuquerque IMN, Prado JA, Sousa JA. O enfermeiro na prevenção de infecção relacionada ao Cateter Central de Inserção Periférica em recém-nascidos. ReTEP [Internet] 2018 [citado em];10(2):34-39. Disponível em:

Introdução

O Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) é um dispositivo para uso de terapia intravenosa, inserido através de uma punção periférica e introduzido até os vasos de grande calibre e fluxo sanguíneo. No Brasil, o PICC começou a ser utilizado em neonatologia a partir de 1990, tornando-se parte importante do cuidado ao neonato.⁽¹⁾

Os avanços tecnológicos em terapia intravenosa na neonatologia se intensificaram, trazendo benefícios aos recém-nascidos (RN), com a disponibilização de um acesso venoso seguro e funcional para o suporte desses pacientes⁽²⁾, tendo como objetivo constituir-se como uma via segura para a administração de drogas vasoativas e irritantes, soluções hidroeletrólíticas, nutrição parenteral e antibióticos.⁽³⁾

O local de inserção mais comum é a veia basilica, por suas características anatômicas favoráveis, pois possui um maior calibre e tem um menor número de válvulas. Após o procedimento, é necessária a realização de radiografia para a confirmação da posição do cateter.⁽²⁾

Devido a inserção do PICC ser um processo de significativa complexidade técnica, e necessitar de conhecimentos específicos, no Brasil, no âmbito da equipe de enfermagem, cabe, exclusivamente, aos enfermeiros a execução do procedimento, os quais devem ter realizado capacitação, envolvendo aspectos teórico-práticos relativos à inserção, manutenção e retirada do cateter, indicações e contraindicações da utilização do dispositivo e métodos de verificação da inserção, de modo a assegurar a qualidade na técnica realizada e o bem-estar do paciente.⁽⁴⁾

Esta prática é fundamentada, no Brasil, por meio da Resolução nº 258/2001, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Esta garante a atribuição de competência técnica e legal para o enfermeiro inserir e manipular o PICC. Desta forma, o referido profissional torna-se legalmente apto a inserir, manipular e remover o cateter, quando for indicado.⁽⁵⁾

O PICC é indicado para o RN pré-termo, particularmente com peso inferior a 1.500g, que necessita de terapia venosa superior a seis dias, com infusão de fluidos ou medicamentos

hiperosmolares, de pH não fisiológicos ou com propriedades irritantes, bem como em situações onde o RN apresenta poucas opções de acesso vascular periférico.⁽⁶⁾

No contexto do neonato em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), são necessárias intervenções terapêuticas constantes, como a reavaliação dos parâmetros metabólicos, por meio da coleta de exames laboratoriais, e a administração de hidratação venosa ou de hemoderivados, que requer a realização de repetidas punções venosas ou arteriais, podendo estes pacientes beneficiarem-se da inserção do PICC, uma vez que tais procedimentos comprometem os vasos periféricos, produzindo complicações, locais ou sistêmicas.⁽⁷⁾

As contraindicações para seu uso envolvem a presença de lesões cutâneas no local de inserção, necessidade de administração de grandes volumes em curto período, RN edemaciado ou extremamente pequeno, acesso venoso periférico difícil e formação de hematomas.⁽⁸⁾ Como vantagens: menor perda do acesso venoso que causariam interrupções na infusão de líquidos e eletrólitos, permanência prolongada e diminuição do desconforto do RN, com menor risco de infecção.^(9,10) As complicações incluem: flebites, extravasamento da infusão, infecção, trombose, sepse, embolia, oclusão e ruptura do cateter. Apesar de ocorrerem em menor frequência, quando comparado a outros acessos de via central, merece um cuidado adequado.⁽¹¹⁾

Considerando a importância do PICC para a prática de enfermagem, optou-se por realizar uma revisão integrativa com a seguinte questão: qual o papel do enfermeiro na prevenção de infecção ao recém-nascido em uso de PICC?

O estudo objetivou identificar, a partir da literatura científica, o papel do enfermeiro na prevenção de infecção ao RN em uso de PICC, possibilitando maior aprofundamento da temática abordada, podendo servir como referencial para atualização dos profissionais acerca do manejo adequado, visando minimizar riscos e complicações.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que objetiva avaliar a literatura,

assegurando o rigor necessário para a produção do trabalho científico, contendo em um único artigo uma gama de informações sobre outras pesquisas, além de revisar evidências sobre a aplicabilidade dos resultados de tais estudos.⁽¹²⁾

O estudo foi desenvolvido no período de junho a setembro de 2018. A busca foi realizada a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), acessando as bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e o *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-Line* (MedLine).

A busca dos artigos ocorreu por meio da utilização das seguintes palavras-chave: "PICC"; "Cuidados"; "Care"; "Prevenção de infecção"; "Prevention of infection". Como também, por meio de descritores em ciências da saúde (DeCS) sendo eles: "Enfermeiros"; "Cateterismo periférico"; "Recém-nascido" e descritores do *Medical Subject Heading* (MeSH) dos quais: "Nurse"; "Infanti Newborn"; "Catheterization Peripheral", associados pelo operador booleano "AND".

Foram definidos como critérios de inclusão: artigos científicos disponíveis na íntegra, produzidos entre 2005 e 2017, que se relacione ao tema, apresentado nos idiomas português, inglês ou espanhol. Foram excluídos estudos duplicados, que não atendiam a pergunta de pesquisa e estudos de revisão.

Para a obtenção dos dados dos artigos foi utilizado um instrumento de coleta criado por Ursi⁽¹³⁾ que abrange identificação do artigo original, características metodológicas do estudo, intervenções estudadas e resultados encontrados, o qual foi adaptado para atender a demanda da pesquisa em questão.

A leitura cuidadosa dos artigos selecionados possibilitou a organização dos resultados destacando as informações relevantes de cada trabalho e correlacionando com o tema de cada categoria: "Higienização das mãos e uso de precauções de barreira máxima", "A troca de curativo e o manuseio do PICC" e "Manutenção do cateter e a prevenção de infecções".

Resultados e Discussão

Na busca inicial, foram encontrados 246

artigos. Assim, dos estudos encontrados inicialmente, apenas 42 possuíam relação direta com o tema e destes, após serem excluídos os artigos repetidos, os não disponíveis na íntegra e os estudos de revisão, restou uma amostra de 27 artigos.

Os estudos encontrados possuem ano de publicação de 2006 a 2017, realizados a partir de diferentes métodos: estudos exploratórios, descritivos, transversais, documental, retrospectivo, coorte observacional prospectivo, ensaios clínicos randomizados, revisão de escopo, relatos de experiência e ensaio controlado randomizado.

Em relação a frequência de publicação, ao decorrer dos anos analisados, observou-se um aumento no ano de 2016, em que foram publicados 10 artigos, sendo 3 na língua portuguesa e 7 na língua inglesa. Em 2017 foram encontrados somente na língua inglesa, com um total de 9 estudos. Assim, dos 27 estudos analisados, 17 estavam na língua inglesa e 10 estavam na língua portuguesa.

Higienização das mãos e uso de precaução de barreira máxima

Destaca-se que as complicações relacionadas ao uso do PICC independem do local da punção, de fato, os membros superiores são demonstrados como os locais que mais desenvolvem complicação seguida de membro inferior direito e região cefálica, todavia, enfatiza-se o desenvolvimento de complicações em todas as regiões anatômicas.⁽¹⁴⁾

De acordo com a Anvisa⁽¹⁵⁾, a higienização das mãos promove a remoção de sujidades e de microrganismos, reduzindo a carga microbiana das mãos, com auxílio de um antisséptico. Como procedimento de rotina na UTI neonatal, antes e após contato com o paciente é realizada a higienização das mãos com solução antisséptica ou álcool, a fim de minimizar a transmissão de agentes infecciosos do profissional para o paciente e vice-versa.

O *Disease Control and Prevention* (CDC) recomenda a utilização de antissépticos cutâneos no ato da inserção do cateter, pois há rompimento do tecido cutâneo, colocando o paciente em risco para desenvolver infecções. O local da inserção torna-se colonizado por

bactérias da pele do neonato ou do profissional de saúde. Esses agentes poderão ser responsáveis por infecções locais, com possibilidade de ocorrer bacteremia adquirida através da inserção.⁽¹⁶⁾

Freeman⁽¹⁷⁾ implementou, no começo de 2009, listas de verificação de higiene das mãos. No final deste mesmo ano, as listas de verificação de inserção foram cumpridas por 95% dos profissionais, no prazo de quatro meses. Em geral, estes protocolos resultaram em reduções estatisticamente significativas na incidência de infecção. Ainda neste estudo, o autor também afirma que para reduzir a taxa de mortes por infecção, deve-se lavar as mãos antes e após a inserção do PICC, usando todas as precauções de barreira.⁽¹⁷⁾

Atualmente, há hospitais que exigem *checklists* com o intuito de prevenir infecções. Estes promovem um melhor controle infeccioso e incluem aspectos relacionados a: lavagem, com degermante, no local a ser inserido o cateter; higienização das mãos com clorexidina degermante, anterior à inserção; uso da paramentação cirúrgica, utilizando-se gorro, máscara, avental, luvas estéreis e campos estéreis longos; antisepsia da pele do paciente com clorexidina alcoólica.

A troca de curativo e o manuseio do PICC

É uma atribuição da enfermagem a troca de curativos, incluindo a cobertura do PICC. Este procedimento deve ser estéril, visto que há uma comunicação do cateter com o ambiente externo, aumentando o risco de possíveis infecções na corrente sanguínea.

É função do enfermeiro observar a integridade do óstio de inserção e a necessidade de troca do curativo, quando estiver úmido, sujo ou solto, bem como sua adequada fixação. Belo⁽⁹⁾ recomenda que a primeira troca do curativo seja realizada após 24 horas da colocação do cateter e que as trocas subsequentes sejam a cada 7 dias ou antes, se úmido, solto ou apresentar qualquer outra condição que comprometa a esterilidade.

Baggio⁽¹¹⁾ relatou que as veias basilica e cefálica têm sido indicadas como principais escolhas para inserção do PICC por, além de terem anatomia favorável, facilitaram a troca de curativos.

Nessa troca devem ser utilizadas luvas estéreis e realizar antisepsia com solução de clorexidina alcóolica a 5% e após a realização da antisepsia não se deve palpar o local da inserção.⁽¹⁸⁾

Todavia, o material utilizado pode necessitar de algum complemento a depender do peso do RN tendo em vista a fragilidade de sua pele. Em neonatos com peso inferior a 1.500 gramas, deve-se utilizar a clorexidina degermante no local da inserção do cateter e a solução fisiológica 0,9% para remoção. Naqueles com peso igual ou superior a 1.500 gramas, utiliza-se a clorexidina alcóolica e a solução fisiológica 0,9% para remoção do excesso do produto.⁽¹⁹⁾

Contudo, o local de inserção deve ser inspecionado diariamente pelo enfermeiro através do curativo transparente. A avaliação é necessária para análise de eritema ou irritação, sugerindo início de uma infecção.⁽²⁰⁾

A lavagem do PICC, com água destilada, antes e após a medicação, lavagem das mãos antes e após o manuseio do mesmo, realização do raio-x após a inserção do cateter e da limpeza das torneiras com álcool a 70%, bem como a troca das mesmas são imprescindíveis ao tratamento com o PICC.⁽¹⁹⁾

Manutenção do cateter e a prevenção de infecções

A observação criteriosa do enfermeiro na manutenção diária do cateter faz diferença nos resultados, para que não haja agravamento de infecções, permitindo a possibilidade de reversão de um quadro e assegurando o tratamento eficaz e efetivo.

O enfermeiro desempenha papel significativo nos cuidados relacionados à terapia intravenosa sendo o PICC importante aliado na maioria das UTI neonatais, entretanto, são necessários treinamentos e a proporção de experiências para a equipe para que se realizem cuidados efetivos relacionados à manutenção do PICC.⁽²¹⁾

A manutenção do dispositivo requer atenção pelos profissionais em razão da significativa incidência de eventos e complicações que determinam sua remoção, quais sejam: obstrução, infiltração, suspeita de contaminação, tração, ruptura e retirada acidental.⁽¹¹⁾

A utilização do PICC em neonatos vem aumentando, tendo como consequência uma

necessidade constante de atualização, objetivando manter o cateter o maior tempo possível em boas condições de uso sem ocasionar complicações ao neonato.

Observa-se que o neonato com presença de Infecção, no momento da inserção, o menor peso do neonato, o tipo de infusão e a administração de nutrição parenteral total (NPT) são determinantes para a ocorrência de complicações no PICC.⁽¹⁴⁾

Para melhor prevenção de infecções, deve-se realizar previamente ao acesso do cateter, a antisepsia com solução alcoólica por meio de fricção vigorosa das conexões e dos demais dispositivos relacionados.

A manutenção segura do cateter diminui os riscos de perda do mesmo antes do término do tratamento, a solução escolhida para isso é a salina a 0,9%, pois permite uma infusão contínua possibilitando assegurar a permeabilidade do cateter, devendo ser testado a cada turno por um membro da equipe de enfermagem. Vale salientar que a utilização do curativo feito com cobertura de película transparente permite inspecionar diariamente quanto a sinais de infecção do local de inserção do cateter.⁽¹⁸⁾

Conclusão

O uso do PICC é um método utilizado em muitas instituições e facilita a administração de medicamentos por via intravenosa, porém, para obtenção de bons resultados, estes devem observar diariamente o óstio de inserção do cateter, presença de eritema e irritação, como forma de prevenir as possíveis infecções decorrentes do dispositivo.

A equipe de enfermagem deve ser treinada para realização do procedimento, sendo imprescindível a educação permanente.

O bom desempenho do profissional de Enfermagem torna-se necessário nos processos do PICC, seja na inserção, manutenção ou remoção do mesmo. Dessa forma, requer dos enfermeiros e membros da equipe de saúde conhecimento, destreza e habilidade visando a prevenção de infecções. Nesse sentido, medidas preventivas repercutem na diminuição do tempo de internação, além de redução de custos ao sistema de saúde.

A educação permanente da equipe de enfermagem é indispensável para obter êxito e reduzir os casos de contaminação. Por essa razão, torna-se imprescindível a elaboração de protocolos para uso do PICC de acordo com a realidade de cada serviço, de modo a minimizar as dificuldades encontradas na inserção e manutenção do cateter, o que eventualmente pode implicar em sua retirada precoce.

O enfermeiro, como educador, deve dirigir ações informativas, enfatizando a importância da manutenção do PICC, bem como realizar treinamento de toda a equipe de enfermagem sobre esta prática, a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada aos neonatos.

Sendo assim, ressalta-se que a restrita produção sobre o assunto limitou o aprofundamento acerca do papel do enfermeiro na prevenção de infecções em recém-nascidos em uso de PICC. Assim, são necessários mais estudos que explorem as possibilidades de atuação da enfermagem junto a este dispositivo.

Referências

- 1 Baiocco GG, Silva JLB. A utilização do cateter central de inserção periférica (CCIP) no ambiente hospitalar. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. Nov-dez 2010 [citado em: 20 de Jun. 2016]; 18(6):[07 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_13
- 2 Petry J, Rocha KT, Madalosso ARM, Carvalho RMA, Scariot M. Cateter Venoso Central de Inserção Periférica: limites e possibilidades. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. Out-dez 2012 [citado em 22 jun. 2016]; 14(4): 937-943. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a23.pdf
- 3 Junior GF, Baiocco GG. Indicações e contra-indicações para a utilização do cateter central de inserção periférica. In: Baiocco GG (Org.) O Cateter Central de Inserção Periférica - CIPP na prática da enfermagem. 1ª ed. Porto Alegre: Moriá; 2014.
- 4 Jesus VC, Secoli SR. Complicações Acerca do Cateter Venoso Central De Inserção Periférica (PICC). Ciência Cuidado e Saúde [Internet]. Abr-Jun 2007 [citado em 12 ago. 2015]; 6(2): 252-260. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4174/2762>
- 5 Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº. 258 de 12 de julho de 2001. Inserção de cateter periférico central pelos enfermeiros [Internet]. Rio de Janeiro: COFEN; 2001 [Citado em 20 jul. 2015]. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2582001_4296.html

- 6 Di Santo MK, Takemoto D, Nascimento RG, Nascimento AM, Siqueira E, Duarte CT et al. Cateteres venosos centrais de inserção periférica: alternativa ou primeira escolha em acesso vascular?. *J. vasc. bras.* [Internet]. Junho 2017 [citado em 24 Fev. 2019]; 16(2): 104-112. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492017000200104&lng=en.
- 7 Fontenele FC, Pagliuca LMF, Cardoso MVLML. Cuidados com a pele do recém-nascido: análise de conceito. *Esc Anna Nery* (impr.). Jul-Set 2012; 15(2):480-485.
- 8 Montes SF, Teixeira JBA, Barbosa MH, Barichello E. Ocorrência de complicações relacionadas ao uso de Cateter Venoso Central de Inserção Periférica (PICC) em recém nascidos. *Enfermaria global*[Internet]. Out 2011 [citado em 19 jul 2015]; (24):10-18. Disponível em http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n24/pt_clinica1.pdf
- 9 Belo MPM; Silva RAMC; Nogueira ILMN, Mizoguti DP, Ventura CMU. Conhecimento de enfermeiros de Neonatologia acerca do Cateter Venoso Central de Inserção Periférica. *Rev. bras. Enferm* [internet]. Jan-Fev 2012 [citado em 19 jul 2015]; 65(1): 42-48. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/06.pdf>
- 10 Cavalcanti ARS, Silva GNS. Utilização de cateter venoso central de inserção periférica (PICC) em neonatos [Dissertação]. 2012 [citado em 20 jul 2015]. João Pessoa (PB): Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva. SOBRATI; 2012.
- 11 Baggio MA; Bazzi FCS; Bilibio CAC. Cateter central de inserção periférica: descrição da utilização em UTI neonatal e pediátrica. *Revista Gaúcha de enfermagem* [Internet]. Mar 2010 [citado em 22 jul 2015]; 31(1): 70-76. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100010
- 12 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008;17(4):758-763. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
- 13 Ursi ES, Gavão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: Revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet]. Jan-Fev 2006 [citado em 24 jun 2016]; 14(1):124-31. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17.pdf>
- 14 Danski MTR, Mingorance P, Johann DA, Vayego AS, Lind J. Incidência de complicações locais e fatores de risco associados ao cateter intravenoso periférico em neonatos. *Rev. Esc. Enferm USP* [Internet]. 2016; 50(1):22-29. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt_0080-6234-reeusp-50-01-0022.pdf
- 15 Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília: Anvisa, 2007.
- 16 Lourenço SA, Ohara CVS. Conhecimento dos enfermeiros sobre a técnica de inserção do cateter central de inserção periférica em recém-nascidos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. Mar - Abr 2010 [citado em 27 Jun 2016]; 19(2): [08 telas]. Disponível http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_08
- 17 Freeman JJ; Gadepalli SK; Siddiqui SM; Jarboe MD; Hirschl RB. Improving central line infection rates in the neonatal intensive care unit: Effect of hospital location, site of insertion, and implementation of catheter-associated bloodstream infection protocols. *Journal of Pediatric Surgery* [Internet]. Mai 2015. 50(5): 850-863. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25783394>
18. Rodrigues ZS, Camelo CEM, Leitão CMVLM. Atuação do enfermeiro no cuidado com o cateter central de inserção periférica no recém-nascido. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. Out 2006 [citado em 24 de Fev. 2019]; 59(5): 626-629. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a06.pdf>.
19. Dórea E, Castro TE, Costa P, Kimura AF, Santos FMG. Práticas de manejo do cateter central de inserção periférica em uma unidade neonatal. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. Nov-Dez 2011 [citado em 24 fev 2019]; 64(6): 997-1002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a02.pdf>.
- 20 Chapman AK, Aucott SW; Gilmore MM; Advani S; Clarke W; Milstone AM. Absorption and Tolerability of Aqueous Chlorhexidine Gluconate Used for Skin Antisepsis Prior to Catheter Insertion in Preterm Neonates. *J Perinatol.* Out 2013 [citado em 02 Jul 2016]; 33(10): 769-771. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/236907584_Absorption_and_Tolerability_of_Aqueous_Chlorhexidine_Gluconate_Used_for_Skin_Antisepsis_Prior_to_Catheter_Insertion_in_Preterm_Neonates
21. Barbosa JP. A importância do enfermeiro no manuseio o PICC na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Cuidado é fundamental* [Internet]. Abr-jun 2011 [citado em 24 fev. 2019];3(2):1827-843. Disponível em <https://www.redalyc.org/html/5057/505750888022/> e