



Licia Santos Santana
(Organizadora)

**GÊNERO E DIVERSIDADE:
INSTRUMENTOS DE
PROMOÇÃO SOCIAL E
ATENÇÃO A SAÚDE**

EDITORA INOVAR

**GÊNERO E DIVERSIDADE: INSTRUMENTOS DE PROMOÇÃO
SOCIAL E ATENÇÃO A SAÚDE**

Licia Santos Santana
(Organizadora)

GÊNERO E DIVERSIDADE: INSTRUMENTOS DE PROMOÇÃO SOCIAL E ATENÇÃO A SAÚDE

1.ª edição



Copyright © das autoras e dos autores.

Todos os direitos garantidos. Este é um livro publicado em acesso aberto, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original seja corretamente citado. Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons Internacional (CC BY-NC 4.0).



Licia Santos Santana (Organizadora).

Gênero e diversidade: instrumentos de promoção social e atenção a saúde. Campo Grande: Editora Inovar, 2021. 227p.

ISBN:978-65-86212-83-9

DOI: 10.36926/editorainovar-978-65-86212-83-9

1. Saúde. 2. Gênero. 3. Diversidade. 4. Pesquisas. 5. Autores. I. Título.

CDD – 614

As ideias veiculadas e opiniões emitidas nos capítulos, bem como a revisão dos mesmos, são de inteira responsabilidade de seus autores.

Conselho Científico da Editora Inovar:

Franchys Marizeth Nascimento Santana (UFMS/Brasil); Jucimara Silva Rojas (UFMS/Brasil); Maria Cristina Neves de Azevedo (UFOP/Brasil); Ordália Alves de Almeida (UFMS/Brasil); Otilia Maria Alves da Nóbrega Alberto Dantas (UnB/Brasil), Guilherme Antônio Lopes de Oliveira (CHRISFAPI - Cristo Faculdade do Piauí).

Editora Inovar
www.editorainovar.com.br
79002-401 - Campo Grande – MS
2021

PREFÁCIO

“Qualquer local em que convivem pessoas com identidades grupais e significações culturais distintas constitui um sistema social em que há diversidade. Nesse espaço, pessoas com identidades diferentes interagirão num mesmo sistema social, no qual coexistem grupos de maioria e de minoria. Entre eles, incluem-se os grupos das mulheres, dos idosos, das pessoas negras, das pessoas com orientação sexual homoafetiva e as com deficiência. As diferenças entre as pessoas e os grupos também podem ser observadas nas organizações, local em que a homogeneidade característica da força de trabalho deu lugar à diversidade, e onde indivíduos de diferentes grupos lutam para ocupar, em igualdade de condições, os mesmos espaços sociais e de trabalho. Entretanto, essa igualdade almejada nem sempre se concretiza. É o caso, por exemplo, de mulheres brancas e negras ou homens negros, que recebem salários menores e têm mais dificuldade de ascender a cargos executivos” (ZAULI *et al*, 2013).

Ao se propor estudar sobre a definição de gênero, o indivíduo se coloca em uma posição em que o mesmo se oferece um olhar mais atento para os processos que desmistificam e consolidam as diferenças de valores entre o ser homem e o ser mulher e que geram desigualdades.

Quando se fala sobre sistemas de gênero, apontados como masculino e feminino, e de formas de operar nas relações sociais de poder entre homens e mulheres, observamos que os mesmos são decorrência da cultura, e não de diferenças naturais instaladas nos corpos desses. E apesar de não faltarem exemplos demonstrativos de que a hierarquia de gênero, em diferentes contextos sociais, é em favor do masculino, há uma necessidade de identificação para além do sociocultural para ressignificar tal condição aplicada.

Para as ciências sociais e humanas, o conceito de gênero se refere à construção social do sexo anatômico. Ele foi criado para distinguir a dimensão biológica da dimensão social, baseando-se no raciocínio de que há machos e fêmeas na espécie humana, no entanto, a maneira de ser homem e de ser mulher é realizada pela cultura. Assim, gênero significa que homens e mulheres são produtos da realidade social e não decorrência da anatomia de seus corpos. Por exemplo, o fato de as mulheres, em razão da reprodução, serem tidas como mais próximas da natureza, tem sido apropriado por diferentes culturas como símbolo de sua fragilidade ou de sujeição à ordem natural, que as destinaria sempre à maternidade.

Para Jean-Paul Sartre (1905-1980) não há nada que determine uma pessoa antes dela nascer, cada pessoa se torna o que fizer de si, em sua história de vida e por meio de suas escolhas. Simone de Beauvoir (1908-1986) entende que a pessoa não nasce homem ou mulher, mas se torna homem ou mulher, por meio de uma construção sócio-cultural.

A partir disso, identifica-se que o termo "diversidade de gênero" parte da concepção de que não existem apenas dois gêneros, mas uma diversidade de gêneros. Trata-se de uma questão relacionada ao

existencialismo, pois parte do princípio de que não há uma essência que define o ser humano, mas seu modo de existir no mundo.

Enquanto o sexo é uma condição biológica natural, o gênero é uma construção psicológica e sociocultural, que está relacionado à identidade de uma pessoa. Os conceitos de como ser homem ou de como ser mulher são construções sociais, pois dependem de um tempo e local. O que entendemos por homem e por mulher nos tempos atuais é diferente do modo como era o homem e a mulher em tempos passados.

Por ser uma construção, não há um modelo único de ser homem ou de ser mulher, mas eles se transformam de acordo com o espaço e o período histórico. Existem diversos modelos do que possa ser homem e do que possa ser mulher que não são definidos pelo sexo biológico, mas pela relação histórica e cultural entre as pessoas.

Nos anos 2002 e 2016, o Brasil passou por um momento político ímpar no que diz respeito à formulação e execução de políticas públicas de gênero e diversidade no campo da Educação, políticas que têm como marca a forte articulação com movimentos sociais e demandas por parte da sociedade brasileira. No bojo deste momento político-social, as Universidades tiveram um papel fundamental na aplicação e desenvolvimento de projetos pioneiros no que diz respeito a questões de gênero/sexualidade e diversidades étnico-raciais.

É baseado nisso, que a proposta desse livro foi construída. Uma temática capaz de abordar a respeito das múltiplas variáveis de gênero, podendo incluir o sexo biológico: como o estado de ser do sexo masculino, do sexo feminino, ou uma variação intersexo; levando em consideração os aspectos éticos, morais, sociais, econômicos, salutar e conscientizadores a respeito dessa diversidade, levando-se a observar com ênfase os aspectos jurídicos, sociais e de intervenção em saúde dentro dessa diversidade.

Licia Santos Santana

Mestre em Ginecologia e Obstetrícia da FMRP/USP
Doutora em Ginecologia e Obstetrícia da FMRP/USP
Organizadora do Livro

Davi Santana Sousa

Pesquisador do Instituto de Tecnologia e Pesquisa de Sergipe
Membro da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia

SUMÁRIO

Capítulo 1 A ABORDAGEM DO PROJETO NASO ALVEOLAR MODELADOR (NAM) EM UM PACIENTE COM FISSURA LABIOPALATAL <i>Isabela Vieira Andrade</i> <i>Renato Alcântara Bento Raphael</i> <i>Cátia Ribeiro de Sá Rodrigues</i> <i>Henrique Pretti</i>	9
Capítulo 2 A ÉTICA DA PSICOLOGIA FRENTE ÀS CONFIGURAÇÕES DE GÊNERO <i>Mariana Kehl</i>	17
Capítulo 3 A PREVALÊNCIA DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS EM HOMENS HOMOSSEXUAIS <i>Breno de Souza Rodrigues</i> <i>Bruno Leandro Santos da China</i> <i>Davi Santana Sousa</i> <i>Lícia Santos Santana</i>	25
Capítulo 4 CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM INFECÇÕES RELACIONADAS A CATETER EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA <i>Isabel Comassetto</i> <i>André Luiz Fidelis Lima</i> <i>Glauciene Cavalcante Gomes</i> <i>Janinne Santos de Melo</i> <i>Vanessa Vieira da Silva</i> <i>Júlio César Pereira da Silva</i> <i>Kleinn de Oliveira Silva</i>	38
Capítulo 5 DESAFIOS AINDA PRESENTES NA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA <i>Luana de Oliveira Medeiros</i> <i>Marcos Roberto de Oliveira Lima Filho</i> <i>Mariella Almeida Moreira</i> <i>Josevaldo Monteiro Maia Filho</i> <i>Raffaella Neves Mont'Alverne Napoleão</i> <i>Joseane Marques Fernandes</i>	48
Capítulo 6 GÊNERO E VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO NO MATO GROSSO DO SUL (2015-2020) <i>Aldierica Pissoli Menezes Barros</i> <i>Luciana Henrique da Silva</i>	58
Capítulo 7 GÊNERO(S), SEXUALIDADE(S) E SEXO NO ENSINO BÁSICO BRASILEIRO COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO DA CIDADANIA E COMBATE À ABJEÇÃO E AO MORTICÍDIO <i>Eduardo Henriques</i>	71
Capítulo 8 INCIDÊNCIA DA DOR LOMBAR NAS MULHERES GESTANTES A PARTIR DO SEGUNDO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO <i>Davi Santana Sousa</i> <i>Juliana Feitoza Rocha dos Anjos</i> <i>Stéfani Lima Gois</i> <i>Lícia Santos Santana</i>	84

Capítulo 9	100
O CAMINHO PERCORRIDO POR CASAIS HOMOAFETIVOS NO PROCESSO DE ADOÇÃO	
<i>Belisa Maria Santos da Silva</i>	
<i>Isabel Cristina Ribeiro Regazzi</i>	
<i>Jane Baptista Quitete</i>	
<i>Juliana Andrade Araújo de Sousa</i>	
<i>Luisa Baptista Quitete Rangel</i>	
<i>Myllena Lino de Andrade Silva</i>	
<i>Thaylana Maria Reis Jucá</i>	
Capítulo 10	111
O CUIDADO DE ENFERMAGEM A MULHERES PORTADORAS DE FERIDAS TUMORAIS EM MAMA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	
<i>Glaciene Cavalcante Gomes</i>	
<i>Graziela B. Santana</i>	
<i>Isabel Comassetto</i>	
<i>André Luiz Fidelis Lima</i>	
<i>Vanessa Vieira da Silva</i>	
<i>Júlio César Pereira da Silva</i>	
<i>Janine Santos de Melo</i>	
Capítulo 11	128
ÓBITOS MATERNS DECORRENTES DE “GRAVIDEZES QUE TERMINARAM EM ABORTO” SEGUNDO CID-10 NO BRASIL	
<i>Jeferson Moreira dos Santos</i>	
<i>Maria Antônia Alves de Souza</i>	
<i>Joanna Maria Alves Moraes</i>	
<i>Daniela Sousa Oliveira</i>	
Capítulo 12	138
PERFIL DE MULHERES DO SERTÕES DE CRATEÚS COM ABORTAMENTO RETIDO SUBMETIDAS À CURETAGEM UTERINA	
<i>Nágela Bezerra Siqueira</i>	
<i>Francisca Amanda Dias Leitão</i>	
<i>Sabrina Cezário de Oliveira Lima</i>	
<i>Mônica Kallyne Portela Soares</i>	
Capítulo 13	148
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE VAGINISMO ATENDIDAS EM UMA CLÍNICA PARTICULAR DA CIDADE DE ARACAJU/SE	
<i>Davi Santana Sousa</i>	
<i>Mirna de Aquino Lima</i>	
<i>Suelen Brunelly dos Santos</i>	
<i>Lícia Santos Santana</i>	
Capítulo 14	161
PRESERVATIVO FEMININO: SOBRE POSSIBILIDADES E DIFICULDADES PARA O LIVRE EXERCÍCIO DA AUTONOMIA FEMININA	
<i>Beatriz Garcia de Souza</i>	
<i>Belisa Maria Santos da Silva</i>	
<i>Célida Luna Mendivil</i>	
<i>Jane Baptista Quitete</i>	
<i>Mara Dayanne Ramos Alves de Cerqueira</i>	
Capítulo 15	174
PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES DO CURSO DE FISIOTERAPIA DE UMA UNIVERSIDADE DE SERGIPE	
<i>Davi Santana Sousa</i>	
<i>Evelyn dos Santos</i>	
<i>Suyane Santos Cavalcante Braga</i>	
<i>Lícia Santos Santana</i>	

Capítulo 16	189
PREVALÊNCIA DOS SINAIS E SINTOMAS DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA E SUAS IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES PARTICIPANTES DO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE DE ARACAJU/SE	
<i>Davi Santana Sousa</i>	
<i>Mariane Bispo de Jesus</i>	
<i>Nayá Vieira dos Santos</i>	
<i>Jessica Santa Brígida da Silva</i>	
<i>Rianny Deborah Souza dos Santos</i>	
<i>Lais Bispo Silva</i>	
<i>Yasmin dos Santos</i>	
<i>Lícia Santos Santana</i>	
Capítulo 17	204
PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER (PAISM): ALGUNS APONTAMENTOS	
<i>Clebes Iolanda Leodice Alves</i>	
<i>Leonice A. de F. A. Pereira Mourad</i>	
Capítulo 18	211
QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA	
<i>Glauciene Cavalcante Gomes</i>	
<i>André Luiz Fidelis Lima</i>	
<i>Isabel Comasseto</i>	
<i>Vanessa Vieira da Silva</i>	
<i>Júlio Cesar Pereira da Silva</i>	
<i>Janine Santos de Melo</i>	
<i>Kleinn de Oliveira Silva</i>	
SOBRE A ORGANIZADORA	223
ÍNDICE REMISSIVO	224

Capítulo 1

A ABORDAGEM DO PROJETO NASO ALVEOLAR MODELADOR (NAM) EM UM PACIENTE COM FISSURA LABIOPALATAL

DISCUSSING THE NAM PROGRAM NASOALVEOLAR MOLDING (NAM) ABOUT A PATIENT WITH CLEFT LIP AND PALATE

Isabela Vieira Andrade¹
Renato Alcântara Bento Raphael²
Cátia Ribeiro de Sá Rodrigues³
Henrique Pretti⁴

RESUMO: A fissura labiopalatal é uma condição relacionada a fatores genéticos e ambientais que, segundo dados da Organização Mundial de Saúde, acomete um a cada 650 recém nascidos no Brasil. É considerada a malformação mais comum que envolve a região do crânio e face, resultado da falta de fusão de processos labiais entre a quarta e oitava semana de gestação, sendo os bebês do gênero masculino são mais afetados quando se comparado ao gênero feminino. O tratamento precoce inicia-se com uma moldagem e produção de uma prótese ortopédica a fim de diminuir a largura da fissura alveolar, permitindo uma cirurgia menos invasiva e melhores resultados pós-operatórios com o objetivo de restaurar a anatomia estática e dinâmica, redução da simetria da fenda nasal e proporcionar uma cicatriz natural.

Palavras-chave: Fissura Nasopalatina. Moldagem nasoalveolar. Tratamento ortodôntico para crianças.

ABSTRACT: Cleft lip and palate is a condition related to genetic and environmental factors that, according to data from World Health Organization, affects one in every 650 born in Brazil. It is considered the most common malformation involving the skull and face region, resulting from the lack of fusion of lip processes between the fourth and eighth week of gestation, with male babies being more affected when compared to females. The treatment starts Early with a molding and production of an orthopedic prosthesis in order to decrease the width of the alveolar fissure, allowing a less invasive surgery and better postoperative results in order to restore the static and dynamic anatomy, reducing symmetry of the nasal cleft and provide a natural scar.

Keywords: Cleft lip and palate. Nasoalveolar molding. Orthodontic treatment for children.

Introdução

A fissura labiopalatal é considerada a má formação congênita mais comum que envolve a região do crânio e da face, resultado da falta de fusão de processos labiais entre a quarta e oitava semana de gestação. Um a cada 650 bebês nascem com o lábio fissurado e essa incidência aumenta com a presença desta doença em algum familiar. Este dado epidemiológico varia de acordo com a etnia, sendo maior em descendentes asiáticos 1: 440 nascidos, seguidos dos caucasianos 1:650 e negros 1:2000 (FREITAS et al., 2011). Porém, nem sempre se manifestam sozinhas, podendo ser associada a síndromes ou a outras anomalias. Segundo

¹ Graduando em medicina pela Centro Universitário de Belo Horizonte. E-mail: bela.vandrade162@gmail.com.

² Graduando em medicina pela Centro Universitário de Belo Horizonte E-mail: ralcantarabr@gmail.com.

³ Graduando em medicina pela Centro Universitário de Belo Horizonte. E-mail: catiardesa@gmail.com.

⁴Doutorado em odontologia pela UFMG, professor associado e diretor da Faculdade de Odontologia da UFMG – Campus: Pampulha. E-mail: henriquepretti@gmail.com.

França & Locks (2003), bebês do gênero masculino são mais afetados quando se comparado ao gênero feminino. Apesar da etiologia não estar totalmente esclarecida, observa-se que pode ter fatores genéticos associados e ainda estar relacionados a fatores ambientais como obesidade, anemia e deficiência de vitaminas da mãe ou ao uso de alguns medicamentos, cigarro e álcool principalmente no início da gestação.

No que diz respeito ao tratamento, depende basicamente de três fatores: adesão do paciente ao tratamento, gravidade da fissura e experiência da equipe profissional, (RAPOSO DO AMARAL, 2011). Os centros de tratamento que envolvem esse tipo de malformação, demandam uma equipe multidisciplinar composta por cirurgiões, odontólogos, fonoaudiólogos, médicos e psicólogos. A ausência do tratamento adequado pode deixar sequelas irreparáveis na criança que afetam a estética da face, o que pode alterar de forma significativa a qualidade de vida delas e até mesmo de seus familiares e também afetar na função, como dificuldades de sucção, deglutição, mastigação, respiração, fonação e audição. Além disso, a criança começa a falar tardiamente e essa fala pode ser ininteligível. Quanto mais precoce for o diagnóstico, melhor será o planejamento e os cuidados do recém-nascido, o diagnóstico pode ser feito através de ultrassom por volta da 15° e a 22° semana de gestação. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2012). O diagnóstico de fissura é dependente da topografia da face em múltiplos planos, experiência na técnica e observação no grau de ondulação da língua e o reconhecimento pré-natal, ajuda na preparação das expectativas dos pais, além dos pacientes apresentarem uma melhora mais precoce pelo uso mais rápido das placas palatinas.

A correção da fissura labiopalatal é executada em várias etapas cirúrgicas. É importante a adesão do paciente ao tratamento e respeitar a sequência correta para obter uma boa reabilitação do ponto de vista estético funcional. O NAM que utiliza software de engenharia reversa e sistemas de prototipagem mostra-se como uma alternativa promissora na abordagem pré-cirúrgica ortopédica, especialmente a lactentes portadores de fissuras transforâmica (PRETTI, 2019). Além de tornar essa técnica menos complexa e intensificar o modo de obtenção dos aparelhos, esses avanços potencializam a produção em série dos conjuntos como um todo dos modelos. O projeto NAM consiste então, primeiramente, na coleta de dados do paciente. Em seguida, há a geração do modelo digital, o planejamento virtual via web e a obtenção dos modeladores. Após essa parte de confecção dos moldes, há o preparo pré-clínico dos modeladores, preparo do elevador nasal e tape labial e por fim, a instalação do aparelho e o monitoramento do tratamento.

Desenvolvimento

A fissura labiopalatal é complexa e exige grande atenção da equipe envolvida, uma vez que alcançar resultados estéticos e funcionais satisfatórios é um desafio pra equipe multidisciplinar, considerando que essa alteração pode levar a sequelas irreversíveis. (BHUSKUTE; TOLLEFSON, 2016; SMITH; HENRY; SCOTT, 2016).

Essas sequelas podem gerar discriminação e afetar a qualidade de vida do paciente, com importante impacto psicossocial. (RAPOSO; KUCZYNSKI; ALONSO, 2011). Logo a abordagem multidisciplinar é fundamental na excelência do tratamento, fornecendo acompanhamento a longo prazo por todo o desenvolvimento da criança, isso possibilita alcançar os principais objetivos que visam a harmonia facial, a integridade do palato duro e mole, a fala, a audição e respiração normais, boa função mastigatória, boa saúde dentária e periodontal e o desenvolvimento psicossocial normal. (LADEIRA; ALONSO, 2012).

A fissura labial pode ser encontrada desde um corte no lábio superior a divisões maiores que adentram para o assoalho na narina até a porção alveolar do osso maxila, sendo uni ou bilateral, sendo o resultado de uma modificação na migração do mesoderma no que diz respeito ao desdobramento dos arcos branquiais, mais precisamente, do processo frontal e processos maxilares, uni ou bilateralmente e decorre em uma direção frontodorsal. Embriologicamente, o palato se desenvolve em dois momentos: primário e secundário. O palato primário forma as estruturas centrais da face média como a parte pré-maxilar da maxila. Já o palato secundário é composto por partes moles e duras do palato e é formado a partir de fusão dos processos palatinos. O forame incisivo é um resquício intrauterino que separava esses dois palatos e a linha de fusão desses processos faciais embrionários é considerado uma linha de fragilidade, que, na presença de sua falha, origina a fissura. As fissuras labiopalatinas são facilmente diagnosticadas e classificadas pela sua morfologia e origem embriológica (SILVA FILHO et al., 1992). A classificação mais usada no Brasil é a classificação de Spina et. al (1979), baseada no forame incisivo do palato, o qual identifica a anatomia. Dessa forma, a fissura labiopalatina pode ser dividida em 4 grupos: grupo I- fissuras pré-forame (lábio e lábio-gengival); grupo II- fissuras transforame (labiopalatal); grupo III- fissuras pós-forame (palatal); grupo IV- fissuras raras da face (fissuras faciais). (ROCHA, 2015).

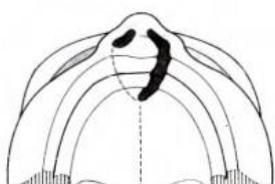


Figura 1- Aspecto clínico da Fissura Pré-Forame Incisivo.
(Fonte: CARREIRÃO, LESSA, ZANINI, 1996).

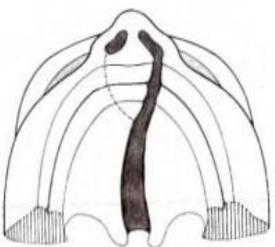


Figura 2- Aspecto clínico da Fissura Transforame Unilateral.
(Fonte: CARREIRÃO, LESSA, ZANINI, 1996).

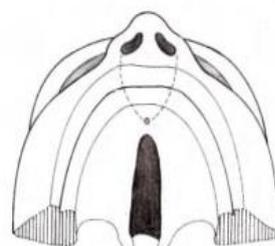


Figura 3- Aspecto clínico da Fissura Pós-Forame Incompleta.
(Fonte: CARREIRÃO, LESSA, ZANINI, 1996).



Figura 4- Aspecto clínico de uma Fissura rara.
(Fonte: CARREIRÃO, LESSA, ZANINI, 1996).

O tratamento precoce inicia-se com a execução de moldagem intra-bucal com hidrocolóide irreversível, para a produção de uma prótese ortopédica modeladora a fim de diminuir a largura da fissura alveolar no pré e pós operatório tanto das fissuras uni como nas bilaterais. Essa prótese não entra na fenda, percorre a lesão e marca para orientação e propriocepção. O uso da fita (tape) adesiva micropore e transpore, são aplicadas na fase pré-operatório do lábio com o objetivo de melhorar ou impedir alterações ósseas decorrentes do desequilíbrio muscular.

De acordo com Smith, Henry e Scott (2016) o ideal é que os tecidos labiais sejam estirados e as estruturas mal posicionadas sejam direcionadas à sua posição normal antes da correção cirúrgica, pois isso permite uma cirurgia menos invasiva e melhores resultados pós-operatórios. A realização do reparo cirúrgico do lábio sob tensão pode levar ao colapso do arco maxilar e deformidades que alteram o contorno normal dos lábios. Dessa maneira, a terapia ortopédica pré-cirúrgica de modelagem nasoalveolar tem se mostrado benéfica e seu uso tem sido apoiado por muitos cirurgiões e ortodontistas devido aos bons resultados alcançados. (GRAYSON et al., 1999; HUDDART; CRABB, 1977; LIM et al., 2017; MCNEIL, 1950; RAU et al., 2015; SABARINATH et al., 2010; SANTIAGO et al, 1998; SHAW, 1978). A odontologia tem papel fundamental na reabilitação, sendo uma das etapas mais longas no tratamento do paciente, pois as malformações de lábio e palato causam alterações na cavidade bucal que demandam atenção especial. A intrusão ortopédica é importante nesses casos de fissura visto que oferece a possibilidade de fazer a correção sem influenciar no crescimento.

Capalozza (2002) disse que a cirurgia moderna respeita algumas teorias para o êxito da quiloplastia: preservação dos caracteres anatômicos existente no lábio fissurado como a crista filtral, o arco de cupido e o tubérculo mediano; ressecção mínima dos tecidos dos aspectos labiais e reestruturação do lábio em três planos, muscular, cutâneo e mucoso. Alguns ideias maiores devem ser trabalhados para melhoras os resultados e beneficiar o paciente, restaurando a anatomia estática e dinâmica, reduzir a assimetria da fenda nasal e ocasionar uma cicatriz natural.

Na coleta de dados feito pelo NAM, é feita a anamnese, o exame clínico e exames complementares que consiste basicamente na fotografia e na impressão maxilar. A obtenção do modelo digital é feita em dois momentos: na clínica odontológica e no laboratório. Na clínica odontológica, faz-se a moldagem da cavidade oral e o envio do molde ao laboratório especializado. Já no laboratório, é realizada a digitalização da

moldagem com scanner a laser tridimensional e é gerado o modelo digital, enviando, por fim, ao núcleo de planejamento. O planejamento virtual constitui-se inicialmente, pela padronização dos planos e pontos de referência e pelo estudo tridimensional do modelo digital. Em sequência, há a delimitação da linha de oclusão de referência, a delimitação dos planos de clivagem inter e intrasegmentar e movimentação dos segmentos fracionados. Finalmente, espera-se a aprovação do planejamento pelo ortodontista e, em casos positivos, há a geração automática dos modelos geométricos digitais pelo laboratório especializado, que depois de pronto, é enviado à clínica odontológica da universidade. Ao chegar na clínica portanto, é feito um aprimoramento dos modeladores de acordo com cada paciente. Finalizando o processo de vez, é preparado então, o tape labial e o elevador nasal, que já podem ser utilizados a partir da segunda semana de vida.

A rotina da maternidade é encaminhar todos os recém nascidos com fissuras labiopalatais para o hospital onde é a referência para o tratamento e acompanhamento dos casos, porém, a maternidade e o Banco de Leite Humano iniciaram uma parceria em fevereiro de 2019 com uma universidade onde todos os bebês portadores de fissuras labiopalatais são encaminhados para o projeto NAM aos cuidados do nosso orientador e coordenador do projeto para tratamento pré-cirúrgico. A mãe é orientada sobre os dois encaminhamentos e explicado a ela que este projeto NAM é inovador e as possibilidades que ele oferece como melhora na qualidade de vida, conforto na alimentação e melhora na estética. Após a inserção das placas o bebê é encaminhado ao banco de leite para que seja dado auxílio na amamentação e aguarda o agendamento da cirurgia pelo hospital que é referência na cirurgia de fissura labiopalatal em Belo Horizonte através do fluxograma do Centro de Tratamento e Reabilitação de Fissuras Labiopalatais e Deformidades Craniofaciais (CENTRARE).

Considerações Finais

O projeto NAM, tem como finalidade, portanto, viabilizar ao portador da fissura nasopalatal, uma boa qualidade de vida, possibilitando uma inserção social saudável. A reparação da fissura é desenvolvida em vários processos cirúrgicos e o projeto NAM, que emprega software de engenharia e sistemas de prototipagem, a chamada engenharia reversa, torna esse método menos complicado. Existe um fluxo que deve ser seguido após a captação desse paciente, sendo a coleta de dados o primeiro a ser realizada, logo após ocorre a geração do modelo digital seguido pelo planejamento virtual via web e obtenção dos modeladores. Em seguida, ocorre o preparo pré-clínico dos modeladores, o preparo do elevador nasal e tape labial e por fim ocorre a instalação do aparelho e acessórios para então monitorizar o tratamento. Durante a coleta de dados é realizada uma anamnese completa, seguida de exame clínico e exames complementares como fotografia da lesão e da cavidade oral e impressão maxilar, para obtenção do modelo digital, faz-se a moldagem da cavidade oral, envia-se o molde ao laboratório especializado e aguarda o contato do mesmo para realização do

planejamento virtual via web. Já no laboratório a digitalização e moldagem com scanner a laser tridimensional ocorrem, para então gerar o modelo digital e enviar ao núcleo de planejamento. Uma vez nesse núcleo é realizado as etapas via web, que são, a padronização dos planos e pontos de referência, o estudo tridimensional do modelo digital, a delimitação dos planos de clivagem inter e intrasegmentar, a movimentação dos segmentos fracionados, a aprovação do planejamento pelo ortodontista e a geração automática dos modelos geométricos digitais. Esses modelos são confeccionados de acordo com cada fissura, tendo duas fases seguido de 7 modelos cada fase. Já no laboratório especializado os dados obtidos durante o planejamento virtual, são exportados para imprimir o conjunto de modelos sólidos, pelo sistema de prototipagem rápida. Em seguida, os aparelhos são produzidos por termo plastificação, tendo como base os tais modelos. Esse conjunto de modeladores é enviado então à clínica da faculdade de odontologia, onde será feito o preparo clínico desses modeladores naso alveolares. Na clínica é realizado o refino dos recortes dos modeladores, conforme demanda individual, para otimizar a adaptação e retenção dos mesmos. E finalizando o processo confecciona-se o tape labial e o elevador nasal. Os modeladores NAM, tem protocolo clínico para início de uso a partir da segunda semana de vida, é importante manter o uso contínuo com ciclo de substituição semanal, sendo que o último NAM é mantido até a queiloplastia que é a cirurgia labial. O tape labial também é de uso contínuo, substituindo a fita conforme demanda de aderência, já o elevador nasal o uso também é contínuo, com a substituição do elástico a cada 2 dias. Sendo assim concluímos que o protocolo clínico é seguido em sua totalidade quando se faz a terapêutica completa que inclui o uso do tape labial, do elevador nasal e do NAM, seguido de monitoramento do tratamento. Dessa forma, a paciente relatada nesse estudo, diagnosticada com a fissura ao nascer na maternidade, foi encaminhada pelo Banco de Leite do Hospital ao projeto NAM, através da recente parceria realizada por esse hospital com a universidade, visto que antes os pacientes eram encaminhados a outro determinado hospital de referência em fissura labiopalatal para só então serem direcionados ao projeto. A partir de então iniciou seu acompanhamento que levará em torno de 15 semanas até a realização da avaliação pré-cirúrgica. A relação de recém-nascidos com a fissura é de um para 650, o que demonstra a alta prevalência dessa patologia. Segundo informação colhida, na região metropolitana de belo horizonte nasceram 147 pacientes fissurados no ano de 2018, sendo que desses, apenas 40 foram atendidos pelo projeto na clínica da universidade, o que evidencia que informações e divulgações sobre o projeto NAM não estão ocorrendo de maneira eficaz. Percebemos com esse estudo que pelo fato desse ser o único centro de tratamento de fissuras de Minas Gerais, muitos hospitais da grande Belo Horizonte não sabem sobre o programa. O que gera um fluxo de pacientes que não são beneficiados com o projeto e muitas vezes tem sua primeira avaliação cirúrgica após a data considerada ideal.

No período do tratamento, deve-se considerar que até os seis meses de idade a cartilagem do nariz sofre mudanças, o que evidencia a importância do comprometimento do tratamento dentro dos limites de tempo. A paciente encontra-se no segundo ciclo do tratamento e se encontra na sétima plaquinha que tem o

objetivo de aproximar os segmentos alveolares. Para a realização primeira cirurgia, é necessário um peso mínimo de cinco quilogramas ter entre quatro a seis meses de vida.

Referências

ALPEROVICH, M.; BRECHT, L. E.; WARREN, S. M. Discussion on: nasoalveolar molding therapy for the treatment of unilateral cleft lip and palate improves nasal symmetry and maxillary alveolar dimensions. **Journal of Craniofacial Surgery**, Burlington, v. 27, n. 8, p. 1983-1984, Nov. 2016.

AMARAL, V. L. A. R. Aspectos psicológicos, problemas sociais e familiares associados às fissuras labiopalatinas. In: CARREIRAO, S., LESSA, S., ZANINI, S. A. **Tratamento das fissuras labiopalatinas**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. Cap.3. p. 19-24.

ARAÚJO, Yve Jorge Prudente de; ANDRADE, Laura Katarine Félix de; FERREIRA, Gabriela Zuin; *et al.* **Relato de caso: Fonoterapia intensiva em indivíduo com fissura labiopalatina**. Anais. São Paulo: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2014. Disponível em: < <http://bdpi.usp.br/single.php?id=002674269>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. **No Brasil nasce uma criança com fissura labiopalatal a cada 650 nascimentos**. Nov. 2016. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/materias-especiais/51968-materia-especial-no-brasil-nasce-uma-crianca-com-fissura-labiopalatinas-a-cada-650-nascimentos>>. Acesso em: 14 mai. 2019.

BHUSKUTE, A. A.; TOLLEFSON, T. T. Cleft lip repair, nasoalveolar molding, and primary cleft rhinoplasty. **Facial Plastic Surgery Clinics of North America**, Philadelphia, v. 24, n. 4, p. 453-466, Nov. 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. **No Brasil nasce uma criança com fissura labiopalatal a cada 650 nascimentos**. Nov. 2016. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/materias-especiais/51968-materia-especial-no-brasil-nasce-uma-crianca-com-fissura-labiopalatinas-a-cada-650-nascimentos>>. Acesso em: 14 mai. 2019.

CAPELOZZA, L.; SILVA FILHO, O., G. Abordagem interdisciplinar no tratamento das fissuras labiopalatinas. In: Mélega JM, editor. **Cirurgia plástica: fundamentos e arte II. Cirurgia reparadora de cabeça e pescoço**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.59-88.

CASTRO, C. H. B. C. **Caracterização clínica, radiográfica e molecular da síndrome de Van der Woude**. 2006. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, Bauru, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25136/tde-12062007-144801/fr.php>>. Acesso em: 14 de mai. 2019.

CRUZ, A. C; RECHIA, G.; ZANINI, L. S. **Prevalência dos Tipos de Fissuras em Pacientes atendidos no Centro de Fissurados Labiopalatal (CEFIL) do Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro, 2012.

DE REZENDE, G. L. B., PIMENTA, L.A., PRETTI, H., GOLDEN, B.A., ROBERTS, J., DRAKE, A.F. (2014). Difference in maxillary sinus volumes of patients with cleft lip and palate. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, 78(12), 2234– 2236.

FRANÇA, C., M., C.; LOCKS, A. Incidência das fissuras lábio-palatinas de crianças nascidas na cidade de Joinville (SC) no período de 1994 a 2000. **J Bras Ortodont Ortoped Fac.** 2003; 8(47): 429-36.

FRANCO, D., GONÇALVES, L.F., FRANCO, T. Perfil do Tratamento de Fissurados no Brasil. **Rev. Bras. Cir. Plást.** 2000; 15 (3): 21-32.

FREITAS, J.A.S. et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate experience of the Hospital of Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP- Part 1: overall aspects. **J Appl Oral Science.** v. 12, p. 9-15, 2011.

FREITAS, M.C.A. et al. Estudo epidemiológico das fissuras labiopalatinas na Bahia. **Revista UNINGÁ**, Maringá – PR, n.37, p. 13-22 jul./set. 2013.

GALÁRRAGA, I. M. C. Use of botulinum toxin in cheiloplasty: a new method to decrease tension. **The Canadian journal of plastic surgery**, Oakville, v. 17, n. 3, p. 1-2, Oct. 2009.

LOFFEDO, L.C. M. et al. Fissuras lábio-palatais: estudo caso-controle. São Paulo. **Rev Saúde Pública**, 28 (3): 213- 7, 1994.

RAPOSO DO AMARAL, C.E. et al. Qualidade de vida de crianças com fissura labiopalatina: análise crítica dos instrumentos de mensuração. **Rev. Bras. Cir. Plást**, Campinas, 2011; 26(4): 639-44.

REBOUCAS, P. D. et al . Prevalência de fissuras labiopalatinas em um hospital de referência do nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro , v. 71, n. 1, jun. 2014.

ROCHA, R., RITTER, D.E., RIBEIRO, G.L.U., DERECH, C.A. Fissuras labiopalatinas – diagnóstico e tratamento contemporâneos. **Orthod. Sci. Pract.** 2015; 8(32): 526-540. Disponível:<[https://www.researchgate.net/publication/292610470 Fissuras labiopalatinas - diagnostico e tratamento contemporaneos](https://www.researchgate.net/publication/292610470_Fissuras_labiopalatinas_-_diagnostico_e_tratamento_contemporaneos)>. Acesso em: 13 mai. 2019.

SANDRINI et al. Fissuras Labiopalatinas em gêmeos: relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe, v.5, n.4, p. 43 - 48, outubro/dezembro 2005.

Secretaria Municipal de Saúde. **Manual: cuidados básicos aos portadores de fissura lábiopalatina**. São Paulo. 1ª Edição, 2012. 21p.

SILVA FILHO, O.G. et al. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestões de modificação. **Rev Bras Cir.** v.82, n.2, p.51-65, 1992.

Capítulo 2

A ÉTICA DA PSICOLOGIA FRENTE ÀS CONFIGURAÇÕES DE GÊNERO

THE ETHICS OF PSYCHOLOGY IN FACING GENDER SETTINGS

Mariana Kehl¹

RESUMO: Segundo estatísticas da Organização Mundial da Saúde, a violência de gênero constitui-se como uma crítica questão de saúde pública em muitos países, configurando-se como um fenômeno de caráter global e endêmico. Tal assertiva conforma-se, em grande parte, como desdobramento das construções sociais de gênero e de sua respectiva e ainda recorrente patologização pelo discurso médico. Considerando-se a ética da Psicologia e suas práticas, propõe-se uma reflexão teórica a respeito do papel do psicólogo enquanto promotor de saúde mental e cuidado. Para tanto, são recuperados alguns aspectos sócio-históricos articulados ao tema e é promovido um sintético debate sobre a transexualidade com o intuito de respaldar a argumentação proposta.

Palavras-chave: Psicologia. Ética. Gênero. Violência.

ABSTRACT: According to statistics from the World Health Organization, gender-based violence constitutes a critical public health issue in many countries, configuring itself as a global and endemic phenomenon. Such an assertion is, in large part, an unfolding of the social constructions of gender and their respective and still recurrent pathologization by the medical discourse. Considering the ethics of Psychology and its practices, a theoretical reflection is proposed regarding the role of the psychologist as a promoter of mental health and care. To this end, some socio-historical aspects related to the theme are recovered and a synthetic debate on transsexuality is promoted in order to support the proposed argument.

Keywords: Psychology. Ethics. Gender. Violence.

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), a violência de gênero se configura como um problema de saúde pública que produz impactos na vida de milhões de pessoas ao redor do mundo. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1993), em um documento dedicado ao tema publicado há quase 25 anos, caracterizava a violência de gênero como um obstáculo de caráter endêmico, nomeadamente devido ao número de vítimas e seus desdobramentos deletérios a curto e longo prazos na qualidade de vida das pessoas afetadas (MINAYO, 2006).

Considerando-se o contexto supracitado e seu recrudescimento na contemporaneidade, entende-se que a apropriação de tais assertivas pelos profissionais de saúde – dentre estes, psicólogos – é de absoluta relevância não somente no que diz respeito à identificação do problema, esforços de prevenção, promoção de políticas e intervenções difusas no espaço público, mas também e principalmente, no que se refere às esferas

¹ Doutoranda em Psicologia Clínica pela PUC-Rio. E-mail: marianakehl@gmail.com

de cuidado e atenção direta, como notabiliza o dispositivo clínico psicológico no campo social e privado, e em termos individuais e coletivos.

Pretende-se, assim, apresentar através de uma breve reflexão teórica um recorte da questão. Para tanto, serão recuperados alguns dados que dizem respeito aos aspectos sócio-históricos do tema que possibilitem um melhor entendimento do cenário, assim como elementos que respaldem a argumentação e franqueiem o enfrentamento do enunciado de modo mais diligente pelo campo da Psicologia.

Michel Foucault e a Sexualidade

Em “A vontade de saber”, primeiro volume da “História da Sexualidade”, Michel Foucault (1988) defende que o sexo, mais do que reprimido, foi incitado, disseminado e, além de ter se constituído como campo de estudo, foi tomado como objeto de interesse público. Havia, inclusive, toda uma literatura classificada como libertina que se dedicava a descrevê-lo em seus detalhes. Paralelamente, surgia uma nova pastoral cristã reivindicando que tudo fosse narrado: não apenas a confissão de atos considerados pecaminosos e de fato realizados, mas também o relato de todas as intenções de agir e seus desejos.

Pode-se dizer que o século XVIII foi marcado, dessa forma, pelo crescente interesse do Estado pelo sexo. Com o aumento da população, a sexualidade foi instaurada como dispositivo de controle público e governamental. Trata-se aqui do que Foucault nomeia como *biopoder*, ferramenta que foi empregada como estratégia política e através da qual o poder estatal “assumiu a função de gerir a vida” (FOUCAULT, 1988, p. 150).

Gerir a vida da população passou a figurar como a grande função do Estado Moderno com o intuito de evitar grandes epidemias, prover condições de habitação, de educação, de saúde, zelar pela longevidade, controlar a natalidade, etc. Despontou-se todo um conjunto de técnicas de poder que encontrou na gestão da sexualidade seu elemento chave.

Além disso, para Foucault (1988), a psiquiatria teria realizado, ao se apropriar das práticas qualificadas e compreendidas como “perversas”² como objeto de estudo, uma verdadeira disseminação, implementação e medicalização da sexualidade. Assim, a perversão sexual não teria sido tomada pela psiquiatria com a finalidade de exclusão e banimento, mas ela foi utilizada justamente como instrumento para a análise do indivíduo, o que produzia, inevitavelmente estigmas através dos diagnósticos.

² Neste período da história, toda e qualquer prática sexual que desviasse dos padrões estabelecidos como “normais” era classificada como perversão. Apenas recentemente o termo foi desarticulado dos transtornos mentais e de comportamento e foi igualmente substituído nos manuais de psiquiatria com o intuito de mitigar seu caráter pejorativo.

Assim, a partir da relação do sujeito com sua própria sexualidade, uma classificação era proposta, algo que o pudesse identificar e qualificar, implicando aniquilamento subjetivo em função da verificação de determinadas práticas não toleradas ou convencionalmente não admitidas.

A sodomia [...] era um tipo de ato interdito e o autor não passava de um sujeito jurídico. O homossexual do século XIX torna-se uma personagem: um passado, uma história, uma infância, um caráter, uma forma de vida; também é morfologia, com uma anatomia indiscreta e, talvez, uma fisiologia misteriosa. A homossexualidade apareceu como uma das figuras da sexualidade quando foi transferida, da prática da sodomia, para uma espécie de androgenia interior, um hermafroditismo da alma. O sodomita era um reincidente, agora o homossexual é uma espécie. Como são espécies todos esses pequenos perversos que os psiquiatras do século XIX entomologizam atribuindo-lhes estranhos nomes de batismo. (FOUCAULT, 1988, pp. 50-51).

Para Foucault, todo esse interesse, toda essa vontade de saber sobre o sexo, gerou uma verdadeira “ciência sexual” no fim do século XVIII, encontrando na confissão – método da hermenêutica cristã – uma maneira de extrair a verdade dos indivíduos. Segundo o autor (1988, p. 66): “Desde a Idade Média, pelo menos, as sociedades ocidentais colocaram a confissão entre os rituais mais importantes de que se espera a produção da verdade”. Contudo, se inicialmente o dispositivo confessional era de domínio religioso, posteriormente a confissão iria se disseminar, implementando-se nas subjetividades e fazendo do homem ocidental um ser confidente.

Confessam-se os crimes, os pecados, os pensamentos e os desejos, confessam-se passado e sonhos, confessa-se a infância; confessam-se as próprias doenças e misérias; emprega-se a maior exatidão para dizer o mais difícil de ser dito; confessa-se em público, em particular, aos pais, aos educadores, ao médico, àqueles a quem se ama. (FOUCAULT, 1988, p. 68)

Considera-se que, desse modo, o dispositivo de confissão teria verdadeiramente se alastrado. Medicina, pedagogia, instituições jurídicas: de todos os lados havia a injunção de que o sujeito produziria por sua própria vontade, a partir da tomada voluntária da palavra, a sua verdade. Essa injunção não seria mais percebida como um poder que é exercido sobre os indivíduos tamanho é seu nível de enraizamento na subjetividade moderna.

A obrigação da confissão nos é, agora, imposta a partir de tantos pontos diferentes, já está tão profundamente incorporada a nós que não a percebemos mais como efeito de um poder que nos coage; parece-nos, ao contrário, que a verdade, na região mais secreta de nós próprios, não ‘demanda’ nada mais que revelar-se. (FOUCAULT, 1988, p. 68)

Para o filósofo, é justamente a dinâmica múltipla de poderes, que investiria cada vez mais o sexo, que iria produzir a sexualidade. A sexualidade, portanto, tal como a entendemos, passa a ter data de emergência e apresentação, figurando-se como um efeito da vontade de verdade. Aqui, observa-se a tentativa marcante em toda a obra de Foucault: a de historicizar seus objetos de estudo. Mesmo quando se trata de um objeto à primeira vista tão biologicamente natural, é preciso abordá-lo através de sua constituição na malha dos poderes e dos saberes vigentes.

Nestas estratégias, de que se trata? (...) De fato, trata-se, antes, da própria produção da sexualidade. Não se deve concebê-la como uma espécie de dado da natureza que o poder é tentado a pôr em xeque, ou como um domínio obscuro que o saber tentaria, pouco a pouco, desvelar. A sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico. (FOUCAULT, 1988, p. 116)

Como é possível constatar, a grande questão para Foucault conforma-se numa tentativa de compreensão das dinâmicas a partir das quais a sexualidade foi fisgada pela *vontade de verdade*. “Precisamos verdadeiramente de um verdadeiro sexo?”, Foucault (1982, p.1) nos questiona, evidenciando como, cada vez mais, a sociedade moderna se preocupou em definir a verdade de cada indivíduo, buscando-a em seu sexo e em sua sexualidade. Segundo o autor:

O importante é que o sexo não tenha sido somente objeto de sensação e de prazer, de lei ou de interdição, mas também de verdade e falsidade, que a verdade do sexo tenha-se tornado coisa essencial, útil ou perigosa, preciosa ou temida; em suma, que o sexo tenha sido constituído como objeto de verdade. (FOUCAULT, 1988, p. 64)

Configurações de Gênero: Psicologia e Ética

No artigo de Bento e Pelúcio, “Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas” (2012), é apresentada uma breve discussão acerca da construção social de gênero e sua respectiva patologização pelo discurso médico em articulação com outros saberes. Considerando-se a função da Psicologia, que se encontra incorporada, obviamente, na figura do psicólogo enquanto operador e em suas instituições, propõe-se uma reflexão sobre qual a ética da Psicologia diante de tais discursos científicos patologizantes. Qual é o lugar do psicólogo nessa celeuma enquanto promotor de saúde mental e cuidado?

Até 2018, a transexualidade era considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um distúrbio mental de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID). Embora seja verificável alguns avanços com sua atualização recentemente publicada, a condição segue listada, porém sob nova categoria denominada “condição relativa à saúde sexual”. Assim, ainda que haja algum progresso na compreensão da transexualidade, a prática é classificada como um tipo de desvio de acordo com as ponderações realizada pela classe médica responsável.

Tal avaliação é justificada pela constatação da disparidade entre sexo biológico e o gênero ao qual o sujeito se identifica. Embora as pessoas *trans* tenham adquirido grande visibilidade e, conseqüentemente, tenham contribuído para a promoção de algumas mudanças políticas e sociais, a manutenção e atribuição de algum tipo de desvio à categoria favorece o recrudescimento de preconceito, discriminação e, portanto, violência.

Segundo Bento e Pelúcio (2012), o gênero foi transformado em categoria diagnóstica. Isto é, a não conformidade entre sexo anatômico e identidade de gênero, atrelado à lógica heteronormativa, qualifica o indivíduo *trans* como portador de uma doença e/ou disfunção. Tal classificação, compulsoriamente declarada

em laudos médicos, psiquiátricos e psicológicos, ainda é pré-requisito para a realização de cirurgias de transgenitalização no Brasil através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Aqueles que defendem tal classificação – presente em publicações médicas internacionais, como o supracitado Código Internacional de Doenças (CID), promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e também no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), promovido pela Associação de Psiquiatria Norte-Americana (APA) – defendem que a diferença sexual é um fenômeno natural, portanto “normal e imutável” (BENTO; PELÚCIO, 2012, p.6). O corpo é, então, compreendido como resultado da natureza, critério que exclui os aspectos subjetivos, culturais e psicológicos de cada indivíduo.

Como descrito anteriormente, sabe-se que o corpo foi apropriado como objeto pelo discurso científico e que o modo de o conceber não pode ser entendido desvinculado das malhas de *poder-saber* que o constituem. Logo, é preciso que tais verdades sejam postas em xeque, considerando-se os aspectos culturais e simbólicos das formações sociais.

Como escreve Judith Butler (2003), “os atributos de gênero são performativos, produzindo inclusive a ilusão de uma identidade pré-existente. A postulação de um ‘verdadeiro sexo’ ou de uma ‘verdade sobre o gênero’, revela-se antes uma ficção reguladora” (BUTLER, 2003).

Como nos mostra Foucault (1988), reiterado por Butler (2003), é preciso que se considere os mecanismos de poder velados nessas concepções supostamente naturalistas e verdadeiras de sujeito, suas práticas e performatividade.

A linguagem é um elemento chave para um entendimento mais amplo acerca dessas construções: tudo é moldado e produzido a partir dos discursos. É preciso que sejam realizadas considerações a respeito dessas concepções e das lógicas heteronormativa e binária que aprisionam o sujeito e o colocam à margem da normalidade, uma vez que aquilo considerado normal é pura construção: não é algo pré-existente e tampouco natural.

A Psicologia enquanto disciplina articulada ao discurso científico também pode mostrar uma face produtora de verdades, o que a expõe à certa incoerência quando se reflete sobre o seu posicionamento genérico diante da emergência dessas questões. Se sua função, em termos gerais, implica promoção do bem-estar biopsicossocial dos indivíduos, o que dizer de sua anuência ou falta de posicionamento frente aos critérios estigmatizantes impostos sem evidências³ à transexualidade? Os psicólogos e o lugar do qual falam pressupõe um:

[...] saber sobre a dimensão subjetiva da experiência humana e pelo poder que daí decorre, a palavra da psicóloga tem peso, produz efeitos, para além do âmbito profissional, atingindo a vida familiar e as relações sociais em geral. Reconhecendo que há aí alguma verdade sobre o lugar de suposto saber e, conseqüentemente, de poder que a Psicologia confere a quem fala em seu nome. (CFP, 2013, p. 14)

³ De acordo com Bento e Pelúcio (2012), não existe qualquer teste diagnóstico específico para o anterior “Transtorno da Identidade de Gênero” listado no CID, informação apresentada discreta ou cifradamente nos próprios manuais.

É preciso, conseqüentemente, que a atenção se volte para o processo de fazer ciência, com o intuito de esclarecer que toda “verdade científica” pode emergir de um contexto sócio-ideológico. É preciso levar em conta que toda verdade estabelece de alguma forma relações de poder.

Considerações Finais

A Psicologia enquanto enunciado científico apresenta uma constituição polifônica. Em outras palavras, uma imensidão de discursos provenientes de diferentes abordagens teóricas a instituem enquanto ciência. Independentemente de sua múltipla composição de práticas e expressões, é preciso que cada profissional reflita sobre seu próprio exercício profissional.

Como apresentado no livro publicado pelo Conselho Federal de Psicologia (2013):

Não há como se voltar para o cuidado de outras(os) sem que haja uma rigorosa contemplação de si, que inclua uma crítica sócio-histórica e uma profunda análise contextual de nossa inserção na sociedade. Podemos libertar e podemos oprimir, na medida em que aquilo que está em questão é a autonomia e o conceito de liberdade que subsidia nossas práticas. (CFP, 2013, p.7)

Nesse sentido, entende-se que é de significativa importância a constante discussão sobre gênero e sexualidade e o combate a todas as formas de violência que emergem desse vínculo, principalmente se o condicionamos ao resultado de uma construção que, compreendida e debatida à luz do discurso psicológico, pode apresentar efeitos deletérios para os sujeitos em questão. Daí a importância de se pensar a ética no exercício de cuidado e no modo como norteamos tais discursos.

Na contemporaneidade, pode-se observar um entendimento equivocado do conceito de ética e de seus desdobramentos práticos. Tal compreensão, cuja incorreção pode ser facilmente verificada através de movimentos antidemocráticos e da ascensão da extrema direita ao redor do mundo, por exemplo, tem produzido uma ética relativa, alienada em relação a valores e ideais coletivos e sujeita ao “personalismo, à superficialidade” (AYRES *et al*, 2014, p. 78).

No discurso psicológico o interesse próprio é contemplado, muitas vezes, em detrimento da alteridade. A ética, claramente, não deve se limitar à rigidez e à inadaptabilidade, pois tal modo de pensar retira a reflexão, liberdade e criatividade dos indivíduos. É preciso, portanto, que se pense em novos modos de ser, numa articulação entre o ser e o dever, isto é, entre a norma – que deve ser reiteradamente reavaliada – e as idiosincrasias do sujeito. A prática, “além de comprometida com as normas, implicada com as demandas advindas do campo de produção de subjetividade”, possibilita “novos modos de subjetivação e de práticas de si singulares” (AYRES *et al*, 2014, p. 80).

Para concluir, vale recuperar, numa breve contextualização histórica, que a emergência da Psicologia como disciplina ocorre após o estabelecimento de um novo paradigma científico: a ciência moderna. O devir

científico moderno, cuja lógica foi pautada em uma metodologia aos moldes das ciências naturais, surge com o intuito de trazer certeza e progressos para nossa sociedade. Contudo, como nos demonstra Foucault, onde há saber, há também exercício de poder. Os saberes são usados, pois, de modo recorrente, para justificar a dominação de certos grupos sobre outros e também para justificar e reiterar preconceitos e produções culturais.

O saber é transitório e é imprescindível que o profissional busque-o extrapolando as amarras teóricas, adquirindo, assim, uma leitura dos atravessamentos, das relações de poder instituídas e adotando uma postura crítica, reflexiva e analítica, principalmente no que diz respeito ao cuidado livre, inventivo, disponível e ético com o outro.

Pode-se dizer, sinteticamente, que a Psicologia e aqueles que a representam, devem buscar um fazer ético e a desconstrução de verdades naturalizadas. Isto é, aqueles que a praticam e são operadores da Psicologia devem estar conscientes de suas produções discursivas. Dessa forma, seus desdobramentos sociais devem ser, obrigatoriamente, modulados por valores éticos que contribuam para a produção de diversidade e da pluralidade.

Assim, aposta-se na Psicologia como campo cujo dever é o de apontar os pontos críticos de qualquer questão com o propósito de promover a subjetividade livre de cada indivíduo, impugnando a adoção de constructos teóricos que o patologizem, que levem em conta sua adequação ou inadequação ao socialmente estabelecido e que, principalmente, corroborem com qualquer forma de violência.

Referências

AYRES, Lygia Santa Maria; BARBOSA, Carla Silva; RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages (Orgs.) **Ética e Psicologia**: reflexões do Conselho Regional de psicologia do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: CRP, pp. 75-99, 2014.

BENTO, Berenice; PELUCIO, Larissa. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, pp. 559-568, Aug. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000200017&lng=en&nrm=iso Acesso em 13 jan. 2021.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero**: Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Psicologia**: uma profissão de muitas e diferentes mulheres. Brasília: CFP, 2013.

FOUCAULT, Michel. **Herculine Barbin**: o diário de um hermafrodita. Tradução de Irley Franco. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I**: A Vontade de Saber. 13ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. pp. 1259-1267, 2006.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500015&lng=en&nrm=iso Acesso em 02 mar. 2021.

ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Resolución XIX**: Violencia y Salud. Washington, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on violence and health**. Geneva, 2002.

Capítulo 3

A PREVALÊNCIA DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS EM HOMENS HOMOSSEXUAIS

THE PREVALENCE OF SEXUAL DYSFUNCTIONS IN HOMOSEXUAL MEN

Breno de Souza Rodrigues¹
Bruno Leandro Santos da China²
Davi Santana Sousa³
Licia Santos Santana⁴

RESUMO: Introdução: As disfunções sexuais (DS) formam um grupo heterogêneo de transtornos que, em geral, se caracterizam por uma perturbação, clinicamente significativa na capacidade, de uma pessoa responder sexualmente ou de experimentar prazer sexual. **Objetivos:** Determinar a prevalência de disfunção sexual em homens homossexuais. **Metodologia:** Estudo transversal do tipo quantitativo, realizado via online por 120 homossexuais masculinos, sendo que desses 111 foram incluídos no presente estudo. Eles responderam a um questionário, o qual colhia informações da vida pessoal para análise de critérios, e em seguida responderam o International Index of Erectile Function (IIEF) para análise da função sexual no que se refere à resposta do ciclo sexual. Por fim, foi aplicada a Escala de autoestima de Rosenberg para determinar o nível de autoestima dos mesmos. **Resultados:** Houve relatos de DS em 100% dos voluntários. A média de idade foi de 25,95 anos (DP± 5,41), em que 53,15% dos participantes apresentaram severa DS no domínio orgasmo e ejaculação. Em relação à avaliação da autoestima, foi evidenciado resultado positivo com média de 26,27 (DP ± 2,67). **Conclusão:** Há uma alta prevalência de disfunção sexual em homens homossexuais, visto que dos participantes do presente estudo 100% relataram ter alteração na função sexual, de leve a severa intensidade. Os sintomas que tiveram maior predomínio de DS foram os domínios do orgasmo e da ejaculação e a função erétil.

Descritores: Disfunção sexual. Homossexualidade. Prevalência.

ABSTRACT: Introduction: Sexual dysfunction (SD) is a heterogeneous group of disorders that, in general, characterize a significant disturbance in the capability to respond positively to sexual experiences. **Objectives:** To determine the prevalence of sexual dysfunctions in homosexual men. **Methodology:** Transversal study, with a quantitative approach, held by an online survey with 120 homosexual men, 111 of those included in this study responded to a questionnaire which collected information about their personal life for critical analysis and later IIEF study of their sexual function related to their sexual circle. Finally, it was applied the Rosenberg Self-Esteem Scale to how they feel about themselves. **Results:** It has been observed SD in 100% of the participants. The average age was 25,95 years old (DP± 5,41) and 53,15% of the participants reported severe SD when questioned about orgasm and ejaculation. About the self-esteem evaluation, it noted a positive response in an average of 26,27 (DP ± 2,67) years old. **Conclusion:** There is a high prevalence of sexual

¹ Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Tiradentes (UNIT), Sergipe, Brasil.

² Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Tiradentes (UNIT), Sergipe, Brasil.

³ Acadêmico de Fisioterapia pela Universidade Tiradentes (UNIT), Sergipe, Brasil. Aluno Pesquisador e Membro do Laboratório de Biomateriais (LBMat) do Instituto de Tecnologia e Pesquisa (ITP). Membro da Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO).

⁴ Docente do curso de Fisioterapia e Estética e Cosmética da Universidade Tiradentes (UNIT), especialista em Fisioterapia em Saúde da Mulher pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Mestre e Doutora pelo departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP). Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher (ABRAFISM), da Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO) e da Associação Brasileira de Dermatofuncional (ABRAFIDEF).

dysfunction in homosexual men, 100% of the participants reported a disturb in their sexual function, on a scale of light to severe. The prevalent SD symptoms are related to orgasm and ejaculation.

Descriptors: Sexual Dysfunction. Homosexuality. Prevalence.

1. Introdução

O conceito de sempre foi objeto de estudo para diversos pesquisadores, pois o comportamento sexual faz parte de um processo contínuo que inicia na concepção e percorre em todo o ciclo da vida recebendo influência direta e constante de múltiplos fatores. Em outras palavras, ele depende da biologia dos nossos corpos, de aspectos psicológicos, emocionais, sociais e da cultura na qual estamos inseridos (REZENDE; SOBRAL, 2016).

O sexo é a parte inerente do ser humano e, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é uma necessidade básica do indivíduo que não pode ser dissociada de outros aspectos da vida. Sua prática vai além do ato sexual ou do coito, ela é a energia que motiva os encontros amorosos e promove o contato íntimo e afetivo com outros seres. Ela influencia e é influenciada por pensamentos, sentimentos, aspectos fisiológicos e psicológicos. Há muito tempo existe a preocupação em se compreender essa dimensão, seja em sua vivência saudável, seja na patológica (MEIRELES, 2019).

As práticas sexuais, entre pessoas do mesmo sexo, sempre ocorreram em diferentes sociedades e culturas. Antes chamada de homossexualismo, marcada pela influência da religião judaico-cristã, condenava-se, todo comportamento não reprodutivo, visto como admissível somente o sexo realizado entre casais heterossexuais com a finalidade de reprodução. Tal prática deixou de ser considerada doença e passou a ser reconhecida como variação da orientação sexual. Tanto a homossexualidade quanto a heterossexualidade são convenções sociais que, na modernidade, foram elaboradas e justificadas principalmente a partir de construções científicas, que conceberam, nomearam e estudaram as práticas homoafetivas (MAIA; PASTANA, 2018).

No Brasil, no final da década de 1970, à medida que avançava o processo de redemocratização, surgiram diversos movimentos sociais em defesa de grupos específicos e de liberdades sexuais. A exemplo destes, o Grupo Somos é reconhecido como precursor da luta homossexual, mas atualmente o movimento agrega lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e usa a pauta da homossexualidade como tema político. A expansão dessas ideias se configura no denominado movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer e Intersexuais (LGBTQI+), cujas reflexões e práticas ativistas têm promovido importantes mudanças de valores na sociedade brasileira. Essas mudanças deram visibilidade política para os problemas tanto da vida privada como das relações sociais que envolvem as pessoas LGBTQI+ (BRASIL, 2013).

Recentemente, começa-se a ponderar que a disfunção sexual, em homossexuais masculinos, pode estar associada a uma multiplicidade de fatores, designadamente, biológicos, sociais (idade, desemprego, stress, estigma social, suporte social, heterossexismo e relação conjugal), físicos, psicológicos (depressão,

ansiedade e homofobia internalizada) e comportamentais (álcool, drogas e comportamentos sexuais de risco) (GARRETT; SOUSA, 2015).

Em muitos contextos clínicos, não se conhece com exatidão a etiologia de um determinado problema sexual. Não obstante, o diagnóstico de uma disfunção sexual requer a exclusão de problemas, que são mais bem explicados por algum transtorno mental não sexual, pelos efeitos de substâncias, entorpecentes, medicamentos, lesão no nervo pélvico ou por perturbação grave no relacionamento, violência do parceiro ou outros estressores. Um mesmo indivíduo poderá ter várias disfunções sexuais ao mesmo tempo. Nesses casos, todas as disfunções deverão ser diagnosticadas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Entre as disfunções sexuais, as que mais se destacam na saúde sexual do homem impedindo que ele tenha uma vida prazerosa e saudável é: a ejaculação precoce, que ocorre geralmente ou sempre antes da penetração ou até um minuto após, gerando consequências, como angústia, frustração e aversão à intimidade sexual; ejaculação retardada é a dificuldade de o homem ejacular, podendo ser durante a atividade sexual ou a masturbação, apesar da presença de estimulação sexual adequada, da ereção peniana e do desejo de ejacular; e a disfunção erétil, que é a incapacidade de manter uma ereção suficiente que permita uma atividade sexual satisfatória. Outras situações pessoais podem afetar a performance sexual e causar falhas na ereção, como a diminuição temporária na libido sexual devido à fadiga ou preocupações, como o medo de ser pego em relações (BRASIL, 2018).

Até um passado recente e no que concerne à saúde sexual, pouca atenção formal foi dirigida à população LGBT já que a comunidade científica adotava uma postura de afastamento e gerava, assim, uma escassez de artigos com esta temática. Isso pode ser ligado ao fato de que a maioria dos estudos incidem sobre as disfunções sexuais na heteronormatividade, o que releva a existência de uma separação artificial entre a disfunção sexual de heterossexuais e a de homossexuais (GARRETT; SOUSA, 2015).

Problemas que envolvem a resposta sexual inapropriada são frequentemente relatados, o que evidencia a manifestação inapropriada da resposta sexual. A disfunção sexual produz dificuldades inerentes e está intimamente ligada a sentimentos de angústia, fracasso e sofrimento, devido às sensações de impotência ou frustração pela não realização do ato sexual satisfatório. Isso pode influenciar negativamente na autoestima desses indivíduos. A definição de autoestima é uma avaliação que o indivíduo faz sobre si mesmo, que se expressa numa atitude positiva ou negativa em função de como se ver. Uma autoestima elevada implica que o indivíduo sente que tem valor e inclui a dimensão dos sentimentos positivos que tem sobre ele. Neste contexto, uma baixa autoestima é originada por uma diminuição do indivíduo, perante sua imagem, através de uma autoavaliação negativa (QUINTÃO; DELGADO; PRIETO, 2011).

Novas pesquisas deverão contribuir para mudar essa realidade relacionada à prevalência da disfunção sexual em homens homossexuais. Esses indivíduos ainda enfrentam sérios problemas de discriminação e, por muitas vezes, são negligenciados pela comunidade científica. Logo, isso traz prejuízos psicossociais que

acabam por afetar a qualidade de vida dos mesmos. Sendo assim, a presente pesquisa justifica-se pelo seu ineditismo, uma vez que não há artigo com a mesma temática. Este estudo tem como objetivo determinar a prevalência de disfunção sexual em homens homossexuais.

2. Metodologia

2.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal e quantitativo, com homens homossexuais no qual foram aplicados questionários online validados para obtenção dos resultados.

2.2. Local da pesquisa

Em virtude da pandemia instaurada pelo novo Coronavírus (COVID-19), a presente pesquisa foi realizada através de um formulário online do Google Forms, em que os voluntários foram convidados a participar através de divulgações via redes sociais (WhatsApp e Instagram), pelo seu potencial em disseminar informações. Dessa forma, é garantido o distanciamento social, para seguir as orientações da Organização mundial da Saúde (OMS).

2.3. Amostra

O tamanho da amostra foi por conveniência composta por 120 voluntários homossexuais masculinos, com idade que variam entre 18 e 55 anos. Utilizou-se uma técnica de amostragem do tipo não probabilística, com uso de um questionário online desenvolvido para ser utilizado por meio da ferramenta do Google Forms.

2.4. Critério de Inclusão e Exclusão

Participaram da pesquisa homossexuais masculinos, com idades entre 18 e 55 anos. Estes critérios foram estabelecidos para captar sujeitos adultos jovens. Foram excluídos do estudo homens com incontinência urinária e câncer de próstata.

2.5. Aspectos éticos

O estudo cumpriu os termos da Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde, os quais foram respeitados. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi elaborado pelos pesquisadores e entregue aos participantes da pesquisa, por via online, para que os mesmos pudessem ler, assinar e assim consentir a sua participação.

2.6. Procedimento de Intervenção

Os voluntários que participaram do estudo foram convocados, via aplicativo de mensagens, para a apresentação do projeto, bem como esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa. Em seguida, foi fornecido o site com o formulário, apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a devida aceitação.

Após o consentimento, o voluntário foi diretamente encaminhado para a página de questionários, para que fosse feita a sua coleta de dados, os quais foram compostos por nove perguntas que incluíam sexo, idade, orientação sexual, quantidade de parceiros fixos, entre outros. Após todas as respostas terem sido concluídas, foram aplicados os questionários IIEF e a escala de autoestima de Rosenberg.

2.7. Instrumentos de Avaliação

Inicialmente foi aplicado um formulário, criado pelos pesquisadores, que continha nove perguntas para levantamento de dados pessoais dos voluntários, tais como: sexo, idade, estado civil e postura sexual predileta.

A coleta foi realizada com a aplicação de dois questionários: O primeiro questionário escolhido foi o *International Index of Erectile Function* (IIEF). Trata-se de instrumento específico para avaliar a função sexual masculina, validado no Brasil por Ferraz e Ciconelli (1998). No total, o IIEF compreende 15 questões com pontuações de zero a cinco ou de um a cinco, com escore final de 5 a 75 pontos. As opções de pontuação são: 0 (nenhum), 1 (às vezes), 2 (poucas vezes), 3 (algumas vezes), 4 (a maioria das vezes) e 5 (quase sempre ou sempre), para 10 itens; e 1 (muito baixo), 2 (baixo/pouco), 3 (moderado), 4 (muito/alto) e 5 (muito alto/sempre) para cinco itens. Todas as perguntas são referentes às últimas quatro semanas. As questões do IIEF são organizadas em cinco domínios, que abrange os seguintes aspectos da função sexual masculina: função erétil (questões 1, 2, 3, 4, 5 e 15); orgasmo e ejaculação (questões 9 e 10); desejo sexual (questões 11 e 12); satisfação no intercurso sexual (questões 6, 7 e 8); e satisfação geral (questões 13 e 14).

O segundo instrumento utilizado neste estudo foi a Escala de Autoestima desenvolvida por Rosenberg et al (1995). Esta é uma medida unidimensional constituída por dez afirmações relacionadas a um conjunto de sentimentos de autoestima e autoaceitação, que avalia a autoestima global. Os itens são respondidos em uma escala tipo Likert, de quatro pontos, variando entre concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente. Neste estudo foi utilizada a versão adaptada para o português por Hutz (2000), cujos resultados iniciais já indicavam a unidimensionalidade do instrumento e características psicométricas equivalentes às encontradas por Rosenberg (1995).

2.8. Análise estatística

Inicialmente, os dados coletados foram transportados para uma planilha de dados no programa Excel for Windows 10, no qual foi realizada a estatística descritiva, com as medidas de medidas de posição (média), de dispersão (desvio padrão), frequência absoluta (n) e frequência relativa (%).

Posteriormente, foi realizada a estatística no programa GraphPad Prisma. Para associação entre as variáveis foi realizado o teste de qui-quadrado e o valor de $p < 0,05$ é considerado estatisticamente significativo.

3. Resultados

Participaram desta pesquisa 120 homens homossexuais, dos quais 9 foram excluídos, por não se encaixarem nos critérios de inclusão, como mostra a figura 1, e foram selecionados 111 que apresentaram os critérios para participar da pesquisa (FIGURA 1).

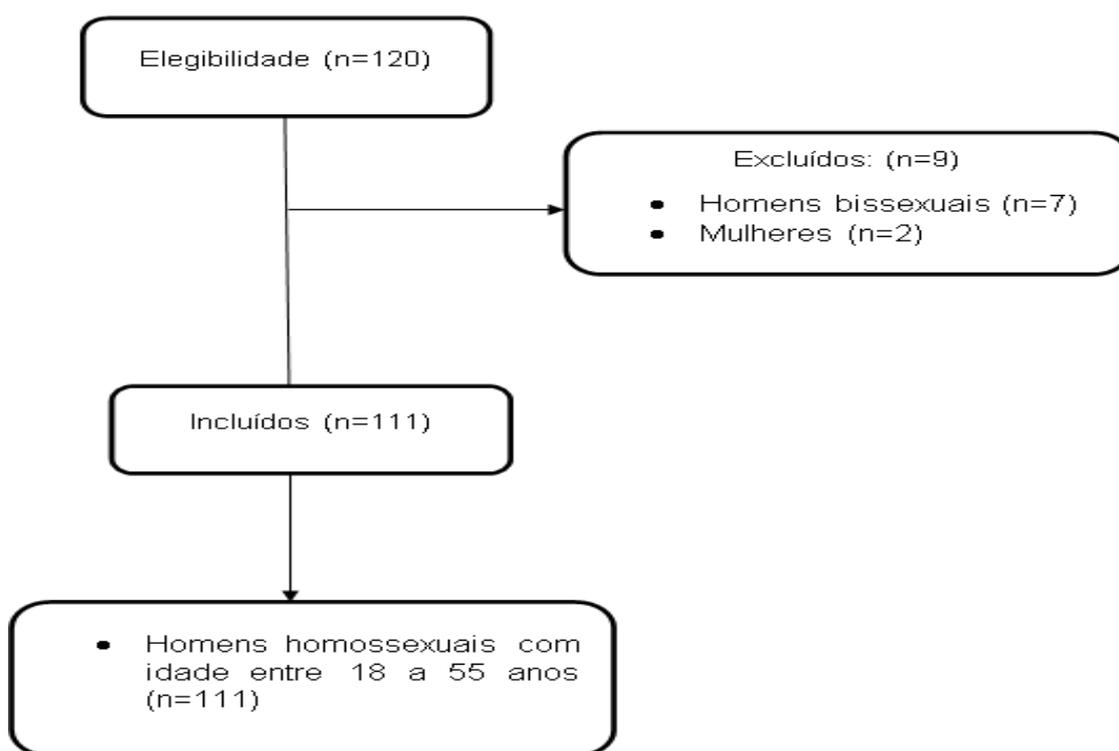


Figura 1: Fluxograma metodológico.

De acordo com apresentação dos dados da tabela 1, a média de idade dos participantes foi de 25,95 anos ($DP \pm 5,41$). Pôde-se notar, então, que houve um predomínio de indivíduos com vida sexual ativa (90,99%). Em relação ao estado civil, a maioria dos entrevistados era solteira (61,26%). Dos voluntários, 54,95% relataram ter parceiros fixos com média de parceiros de 3,08 ($DP \pm 7,00$) e nenhum dos participantes

responderam ter filhos (100%). Observou-se que a maioria dos voluntários tem predileção pela posição versátil (51,25%).

Tabela 1: Dados gerais dos participantes. Valores apresentados em média \pm desvio padrão, frequência absoluta (N) e relativa (%).

Dados gerais	Média \pm Desvio Padrão ou N (%)
Idade (anos)	25,95 \pm 5,41
Vida sexual ativa	
Sim	101 (90,99%)
Não	10 (9,01%)
Estado civil	
Solteiro	68 (61,26%)
Namorando	34 (30,63%)
Casado	9 (8,11%)
Parceiro fixo	
Sim	61 (54,95%)
Não	50 (45,04%)
Número de parceiros fixos	3,08 \pm 7,00
Tem filhos	
Sim	0
Não	111 (100%)
Postura sexual predileta	
Ativa	30 (27,03%)
Passiva	24 (21,62%)
Versátil	57 (51,35%)

Ao considerar a função sexual e o score final de cada domínio do questionário International Index of Erectile Function (IIEF), em que valores mais altos representam maior gravidade de disfunção, verificou-se que a taxa de disfunção mais grave foi em função erétil 11,43 (DP \pm 4,5) e satisfação no intercuro sexual 6,34 (DP \pm 2,57). Tal fato evidencia que o nível de disfunção erétil (DE) obteve maior taxa em relação aos outros domínios do referido questionário. No que se refere à escala de autoestima de Rosenberg, foi evidenciado resultado positivo com média de 26,27 (DP \pm 2,67), o que caracteriza um perfil forte e sólido dos participantes. Neste sentido, uma pontuação alta também poderia mostrar problemas na análise da realidade ou pessoas, em demasia, complacentes com elas mesmas. A pontuação ideal varia entre 15 e 25 pontos (TABELA 2).

Tabela 2: Escores finais dos questionários: Escala de Autoestima de Rosenberg e International Index of Erectile Function (por domínio) dos participantes. Valores apresentados em média \pm desvio padrão.

Escores finais	Média \pm Desvio Padrão
Escala de Autoestima de Rosenberg	26,27 \pm 2,67
International Index of Erectile Function	
Função erétil	11,43 \pm 4,51
Orgasmo e ejaculação	3,14 \pm 1,95
Desejo sexual	3,58 \pm 1,48
Satisfação no intercuro sexual	6,34 \pm 2,57
Satisfação geral	4,20 \pm 1,99

Ao avaliar individualmente cada domínio do IIEF, pode-se observar que o domínio com alta prevalência de DS foi o disfunção erétil (n=111), que correspondeu a 100% dos entrevistados (33,33% de DE severa, 55,85% de DE moderada, 9,01% de DE suave para moderada e 1,80% de DE suave). Porém, o domínio que demonstrou maior severidade foi orgasmo e ejaculação (n=59), o que corresponde a 53,15% da amostra. Levando-se em consideração a DS moderada, destaca-se os domínios satisfação geral (n=54) e desejo sexual (n=51), com frequência relativa de 48,63% e 45,94%, respectivamente (TABELA 3).

Tabela 3: Nível de disfunção por domínio dos participantes avaliados através do questionário International Index of Erectile Function. Valores apresentados em frequência absoluta (N) e relativa (%).

Domínio	Disfunção				
	Grave	Moderada	Leve a moderada	Leve	Sem disfunção
Função erétil	37 (33,33%)	62 (55,85%)	10 (9,01%)	2 (1,80%)	0
Orgasmo e ejaculação	59 (53,15%)	30 (27,03%)	13 (11,71%)	7 (6,31%)	2 (1,80%)
Desejo sexual	32 (28,83%)	51 (45,94%)	26 (23,42%)	1 (0,90%)	1 (0,90%)
Satisfação no intercursos sexual	14 (12,61%)	38 (34,23%)	50 (45,04%)	9 (8,11%)	0
Satisfação geral	25 (22,52%)	54 (48,65%)	16 (14,41%)	11 (9,91%)	5 (4,50%)

No estudo, como demonstrado na tabela 4, quando feita a associação entre o nível de autoestima (Escala de Autoestima de Rosenberg) e o grau de disfunção erétil (domínio função erétil do International Index of Erectile Function), observa-se que não houve significância estatística, ou seja, os voluntários que apresentaram disfunção erétil severa não tiveram impacto considerável em sua autoestima.

Tabela 4: Associação entre o nível de autoestima (Escala de Autoestima de Rosenberg) e o grau de disfunção erétil (domínio função erétil do International Index of Erectile Function) dos entrevistados. Valores apresentados em frequência absoluta (N) e relativa (%). Teste de qui-quadrado, $p = 0,065$.

Disfunção erétil	Autoestima			P
	Satisfatória	Média	Insatisfatória	
Severa	2 (1,98%)	35 (34,65%)	0	0,065
Moderada	2 (1,98%)	56 (55,44%)	4 (3,96%)	
Suave para moderada	1 (0,99%)	9 (8,91%)	0	
Suave	1 (0,99%)	1 (0,99%)	0	

4. Discussão

No que se refere à idade dos participantes do presente estudo, notou-se média de idade 25,95 anos, ao comparar com o estudo de Rosser et al (2015), que determinou a prevalência de disfunção sexual e preocupações sexuais em homens homossexuais com média de idade de 31 anos. Tal estudo confirma os resultados da presente pesquisa. Hirshfield et al. (2010), afirmaram que problemas sexuais

foram relatados com mais frequência por homens jovens e solteiros com média de idade de 35 anos. Destarte, idade é um fator que pode influenciar especificamente o domínio disfunção erétil (DE), como evidencia o estudo de Vansintejan, Vandevoorde e Devroey (2013), que determinou que a prevalência e a gravidade de DE, entre homens gays, aumentou com a idade, sendo que a faixa etária mais afetada foi a de 50 a 59 anos. Os efeitos da idade na DS também foram investigados por Lau, Kim e Tsui (2008), os quais observaram que o fator idade não tem impacto na DS, exceto para os casos de problemas eréteis, que mostraram um aumento da prevalência com a idade e desejo sexual hipoativo, que mostrou uma prevalência decrescente com a idade.

No tocante ao estado civil, a presente pesquisa evidenciou que a maioria dos entrevistados $n=68$ (61,26%), era solteiro mas, o estudo de Grabski *et al.* (2019), que buscou avaliar a qualidade de vida de homens homossexuais, verificou que a maioria dos voluntários tinha um relacionamento estável $n=593$ (56,80%). O mesmo estudo destacou que homens solteiros eram mais propensos a ter sintomas de DS, o que poderia ser devido à falta de experiência em relacionamentos sexuais duradouros ou a DS, que impedem os mesmos de entrarem em relacionamentos sérios. A pesquisa de Shindel *et al.* (2011) corrobora o estudo de Grabski *et al.* (2019), demonstrando que 56,9% dos participantes tem um parceiro regular com baixa prevalência de DS (26,1%).

Como resultado do estudo em relação à variável DE, 100% dos participantes relataram pelo menos uma preocupação sexual, o que sugere que a disfunção sexual é comum, até mesmo universal, entre homens homossexuais. Isso se reflete nos achados de Rosser *et al.* (2015), em que quase todos seus voluntários relataram algum tipo de DS (97%). No entanto, o tipo de disfunção sexual relatado diferiu entre a presente pesquisa e o estudo de Rosser *et al.* (2015). Para o presente estudo, disfunção erétil, orgasmo e ejaculação foram os problemas mais comuns, enquanto para a amostra de Rosser *et al.* (2015), sexo anal receptivo, preocupações com a “normalidade” e o assédio de orientação foram os mais comuns.

No estudo de Gao *et al.* (2013), que investigou a prevalência de ejaculação precoce (EP) com 3.016 homens heterossexuais monogâmicos na China, a taxa de EP autorrelatada foi de 25,8%, que, comparada à presente pesquisa, não houve semelhança nos resultados encontrados. No presente estudo, constatou-se a prevalência de 98,20% de homossexuais masculinos com problemas na orgasmo e ejaculação. Segundo Saitz e Serefoglu (2016), há uma disparidade entre as taxas de prevalência relatadas na literatura, devido à falta de uma definição padronizada e de critérios operacionais, para o diagnóstico assertivo de EP.

Frequentemente, a literatura associa a ejaculação precoce com disfunção erétil, Galati *et al.* (2014) asseguram que a existência da DE leva ao risco do desenvolvimento da EP. Isso pode ocorrer, pois, ao buscarem uma estimulação mais intensa, em uma tentativa de não perder a ereção durante a penetração, aceleram a resposta ejaculatória (Althof *et al.*, 2010). Nos resultados encontrados, a maioria dos entrevistados (98,01%) apresenta ambas as disfunções, o que demonstra a semelhança nos resultados apontados pelas pesquisas supracitadas.

A satisfação geral dos participantes do presente estudo mostrou-se prejudicada, com moderada prevalência de disfunção ligada a satisfação sexual $n=54$ (48,65%). Segundo Brink et al (2017), as causas que provocam impacto na satisfação sexual estão ligadas tanto às atitudes negativas em relação à musculatura e a atitudes negativas em relação à obesidade, quanto atitudes negativas em relação às genitálias. Atitudes mais negativas em relação à musculatura, gordura corporal e genitais estiveram relacionadas à maior autoconsciência corporal durante a intimidade física, o que, por sua vez, esteve relacionado à maior insatisfação sexual.

De acordo com o estudo de Martín et al (2005), homens com DS sofrem prejuízos em sua autoestima e em sua autoconfiança, contrapondo-se ao presente estudo, que demonstrou uma alta prevalência de indivíduos com DS (100%), e apenas 3,96% dos participantes tiveram impacto negativo em sua autoestima. Deve-se levar em consideração que o fato de o estudo ter sido feito de forma online, tornou propício que alguns voluntários não respondessem fidedignamente às perguntas que foram propostas, o que ocasionou resultados superestimados ou subestimados.

Observou-se uma alta prevalência de disfunções sexuais em homens homossexuais, o que, correlacionada com a autoestima da amostra através de Escala de auto estima de Rosenberg, observou-se que não houve significância estatística. Contudo, tais constatações indicam a necessidade de estudos mais abrangentes, tanto no que se refere ao número de sujeitos, quanto na relação entre os aspectos investigados, explorando o impacto das dificuldades sexuais nas mais variadas dimensões na vida do homem. Portanto, o desenvolvimento de futuras pesquisas pode contribuir para a construção de bases de conhecimento que ampliem a atuação de profissionais na área da sexualidade humana.

Além disso, as limitações do presente estudo foram o desenho transversal (que impede a determinação da relação temporal dos eventos) e a obtenção de dados exclusivamente por meio de questionário auto responsivo e online, o que limita o relato dos sujeitos e a avaliação integral dos participantes. Indivíduos assintomáticos podem não ter referido estas condições, tornando algumas de nossas associações atenuadas ou ausentes.

Outrossim, não foram feitas análises correlacionando as disfunções sexuais com a posição sexual predileta da amostra, esses dados seriam interessantes no que tocante a formação mais integral do perfil dos homens homossexuais, visto que há diferenças entre o sexo receptivo e o sexo ativo, podendo haver diferenças na percepção e na identificação das disfunções sexuais. Garret, Sousa (2013), apontam que a falta de consenso na definição e operacionalização das disfunções sexual em homens gays pode estar relacionada ao fato dos poucos estudos, que abordam esta temática, centrarem-se na disfunção erétil ou na ejaculação precoce, sendo raros os estudos que exploram outras disfunções sexuais nesta população ou que aprofundem a dor no sexo anal, muito frequente em homossexuais masculinos que tem preferência no sexo anal receptivo. Ao levar ainda em consideração esses aspectos, uma avaliação mais específica e individualizada para cada

grupo, em relação à posição sexual predileta, ocasionaria em um tratamento mais assertivo e eficaz para esses pacientes.

Sugere-se a realização de mais estudos que supram as demandas específicas dos grupos de minorias sexuais. Com base nesta perspectiva, produzir academicamente sobre disfunção sexual e outros aspectos da sexualidade LGBTQI+ é uma forma de respeitar e reconhecer este construto em sua totalidade e pode servir de base para diversos profissionais da saúde compreenderem e desenvolverem suas práticas sob uma orientação mais sólida e menos intuitiva.

5. Conclusão

Há uma alta prevalência de disfunção sexual em homens homossexuais e o domínio mais prejudicado, no tocante à severidade da disfunção sexual, foi o orgasmo e a ejaculação. Já no que diz respeito ao montante geral, o domínio em destaque é o de função erétil, em que se verificou que todos os participantes alegaram ter alteração de leve a severa intensidade. Ao correlacionar função erétil com a escala de autoestima de Rosenberg notou-se que não houve significância estatística.

Com o presente estudo, foram fornecidos resultados e recomendações para pesquisas futuras, prática clínica e educação. Por causa da natureza exploratória do estudo e representatividade para as minorias, pesquisas adicionais, examinando o funcionamento sexual em homossexuais masculinos, tornam-se necessárias.

REFERÊNCIAS

ALTHOF et al. International society for sexual medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. **Sex. Med.**, [S.L.], v. 7, n. 2, p. 2947-2969, 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: 5.** ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** Brasília, p.32, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: os homens como sujeitos de cuidado.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 56 p.

BRINK, Femke van Den et al. Negative Body Attitudes and Sexual Dissatisfaction in Men: the mediating role of body self-consciousness during physical intimacy. **Archives Of Sexual Behavior**, [S.L.], v. 47, n. 3, p. 693-701, 23 jun. 2017. Springer Science and Business Media LLC.

FERRAZ, M.B.; CICONELLI, M. Tradução e adaptação cultural do índice interacional de disfunção erétil para a língua portuguesa. **Rev Bras Méd**, v. 55, n.1, p. 35-40, 1998.

GALATI, Maria Cristina Romualdo et al. Sexualidade e qualidade de vida em homens com dificuldades sexuais. **Psico-USf**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 242-252, ago. 2014.

GAO, Jingjing et al. Prevalence and Factors Associated with the Complaint of Premature Ejaculation and the Four Premature Ejaculation Syndromes: a large observational study in china. **The Journal Of Sexual Medicine**, [S.L.], v. 10, n. 7, p. 1874-1881, jul. 2013.

GARRETT, Ana; SOUSA, Mónica. A disfunção sexual em homossexuais masculinos: Potencialidades e desafios. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 31, n. 1, p. 103-111, jan. 2013.

GRABSKI, Bartosz et al. Sexual Quality of Life in Homosexual and Bisexual Men: the relative role of minority stress. **The Journal Of Sexual Medicine**, [S.L.], v. 16, n. 6, p. 860-871, jun. 2019.

HIRSHFIELD, Sabina et al. Sexual Dysfunction in an Internet Sample of U.S. Men Who Have Sex with Men. **The Journal Of Sexual Medicine**, [S.L.], v. 7, n. 9, p. 3104-3114, set. 2010.

HUTZ, Claudio Simon. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 41-49, 2011.

LAU, Joseph T.F.; KIM, Jean H.; TSUI, Hi Yi. Prevalence and Sociocultural Predictors of Sexual Dysfunction among Chinese Men Who Have Sex with Men in Hong Kong. **The Journal Of Sexual Medicine**, [S.L.], v. 5, n. 12, p. 2766-2779, dez. 2008.

MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi; PASTANA, Marcela. SEXUALIDADE E DIVERSIDADE SEXUAL NA FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 83-90, 2018.

MARTÍN, A. Morales et al. Repercusiones psicológicas de la disfunción eréctil sobre la autoestima y autoconfianza. **Actas Urol**, Espanha, v. 29, n. 5, p. 493-498, 2005.

MEIRELES, Gabriela Silveira. Aspectos psicológicos das disfunções sexuais. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 47-54, 2019.

QUINTAO, Sónia; DELGADO, Ana R.; PRIETO, Gerardo. Avaliação da escala de auto-estima de Rosenberg mediante o modelo de rasch. **Psicologia**, Lisboa, v. 25, n. 2, p. 87-101, 2011.

REZENDE, Anyelle Vasconcelos; SOBRAL, Osvaldo José. As temáticas relativas à sexualidade humana na formação superior do profissional de enfermagem. **Revista Científica Facmais**, Inhumas, v. 5, n. 1, p. 25-39, jan. 2016.

ROSENBERG, Morris et al. Global Self-Esteem and Specific Self-Esteem: different concepts, different outcomes. **American Sociological Review**, [S.L.], v. 60, n. 1, p. 141-156, fev. 1995.

ROSSER, B. R. Simon et al. Sexual difficulties, concerns, and satisfaction in homosexual men: an empirical study with implications for hiv prevention. **Journal Of Sex & Marital Therapy**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 61-73, nov. 2015.

SAITZ, Theodore Robert; SEREFOGLU, Ege Can. The epidemiology of premature ejaculation. **Translational Andrology And Urology**, [S.L.], v. 5, n. 4, p. 409-415, ago. 2016.

SHINDEL, Alan W. et al. Sexual Dysfunction, HIV, and AIDS in Men Who Have Sex with Men. **Aids Patient Care And Stds**, [S.L.], v. 25, n. 6, p. 341-349, jun. 2011.

VANSINTEJAN, Johan; VANDEVOORDE, Jan; DEVROEY, Dirk. The gay men sex studies erectile dysfunction among Belgian gay men. **International Journal Of General Medicine**, [S.L.], p. 527-534, jul. 2013.

Capítulo 4

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM INFECÇÕES RELACIONADAS A CATETER EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Isabel Comassetto¹
André Luiz Fidelis Lima²
Glauciene Cavalcante Gomes³
Janinne Santos de Melo⁴
Vanessa Vieira da Silva⁵
Júlio César Pereira da Silva⁶
Kleinn de Oliveira Silva⁷

RESUMO: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que buscou identificar na literatura científica estudos que apresentassem as diversas formas de cuidados de enfermagem com infecções relacionadas a cateter em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Método:** revisão integrativa da literatura, com pesquisa de estudos científicos disponíveis na íntegra nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período compreendido entre 2011 a 2019 e que estivessem nos idiomas português e inglês. **Resultados:** A amostra resultou em 7 artigos, dentre eles apenas 1 foi encontrado na base de dados BDEF e 6 na LILACS. Em relação ao idioma 6 encontravam-se na língua Portuguesa e 1 na língua Inglesa. Os quais tiveram seus resultados sintetizados descritivamente e discutidos. **Conclusão:** Evidências mostram que o cateter venoso central está diretamente relacionado à infecção primária de corrente sanguínea, que 25% das infecções associadas ao cuidado em saúde acontecem em pacientes hospitalizados em UTI. A participação do enfermeiro e sua equipe é de fundamental importância tanto na manutenção desses dispositivos como na prevenção de agravos.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem. Unidade de terapia intensiva. Infecção relacionada a cateter.

ABSTRACT: This is an integrative literature review, which identified the scientific literature studies to present the various forms of nursing care related infections catheter in intensive care unit (ICU). **Method:** an integrative literature review, a survey of scientific studies available in full in the databases of the Virtual Health Library (VHL), in the period 2011-2019 and that were in Portuguese and English. **Results:** The sample included seven items, including only 1 was found in the database BDEF and 6 in LILACS. Regarding the language 6 were in English and one language in English I. Which had their descriptively discussed and summarized results. **Conclusion:** Evidence shows that the central venous catheter is directly related to primary bloodstream infection, 25% of infections associated with health care occur in ICU patients hospitalized. The participation of nurses and their team is of fundamental importance both in maintaining these devices than to disorders prevention.

Keywords: Nursing care. Intensive care unit. Catheter-related infection.

¹ Doutora em Ciências pela USP e Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. Departamento de Saúde do Adulto e do Idoso. E-mail: isabelcomassetto@gmail.com.

² Graduado em enfermagem pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. E-mail: contatoandrefidelis@gmail.com

³Graduada em enfermagem pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. E-mail: glaucienecavalcante@yahoo.com.

⁴ Mestra em Pesquisa em Saúde pelo Centro Universitário Cesmac. E-mail: janinnesantismelo@hotmail.com.

⁵ Graduanda em enfermagem pela Universidade Paulista. E-mail: vanessavieira0902@outlook.com.

⁶ Graduando em Enfermagem pela Universidade Paulista. E-mail: julio.ufal@outlook.com.

⁷Graduada em enfermagem pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. E-mail: contatoandrefidelis@gmail.com

Introdução

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) consistem em eventos adversos ainda persistentes nos serviços de saúde. Sabe-se que a infecção leva a considerável elevação dos custos no cuidado do paciente, além de aumentar o tempo de internação, a morbidade e a mortalidade nos serviços de saúde do país. (ANVISA, 2013)

Segundo a Lei 7.498 do Exercício Profissional de Enfermagem, em seu parágrafo único, inciso I do art. 11, o enfermeiro é responsável pela prevenção e pelo controle das IRAS (BRASIL, 1986).

O aumento da permanência em âmbito hospitalar ocasiona elevação dos custos desses pacientes para os cofres públicos. Este risco está aumentado em cinco, até dez vezes mais nos pacientes de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e, por isso, este serviço, muitas vezes, é o epicentro da emergência do problema de infecção em um hospital (AGODI et al., 2007). A assistência intensiva utiliza medidas extremas, como medicações e dispositivos invasivos, que, paradoxalmente, podem desencadear complicações e efeitos colaterais. Entre essas complicações, a infecção hospitalar se destaca pela sua frequência e importância. Os leitos de terapia intensiva representam menos de 10% dos leitos de um hospital, porém a maioria das infecções hospitalares graves ocorre nos pacientes internados nessas unidades (CASTILHO et al, 2009).

O enfermeiro de UTI precisa estar capacitado a exercer atividades de maior complexidade, para tal são necessários a autoconfiança e o conhecimento científico para o atendimento do paciente com segurança. Características imprescindíveis para o alcance do resultado esperado. A tecnologia é importante, porém o grande diferencial no mercado competitivo são as pessoas. Sendo assim, a qualificação do enfermeiro é relevante para garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente na UTI (Gratton, 2000).

O papel do enfermeiro na UTI consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar tratamento, aconselhando e orientando-o a com relação ao tratamento e manutenção da saúde. Para isso, necessita ter conhecimento científico, teórico e técnico, pensar criticamente, analisar os problemas, encontrar soluções dentro dos princípios éticos e bioéticos da profissão afim de que possa tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança para a equipe, pacientes e familiares, diminuindo assim, os riscos que ameaçam a vida do paciente (HUDAK; GALLO, 1997; MERCES et al., 2013).

Tanto no âmbito gerencial quanto assistencial, o enfermeiro deve supervisionar a equipe de enfermagem e seus procedimentos, invasivos ou não, conforme a Lei do Exercício da Enfermagem, assim, tanto na supervisão direta, no trabalho em conjunto e na atuação frente a programas de educação permanente, o enfermeiro tem importante papel na identificação e notificação dos casos de infecção associada aos cuidados em saúde (BRASIL, 1986). Esse fato corrobora o exposto na Portaria n° 2616, de 1998, ainda vigente, que indica como um dos membros executores da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), preferencialmente um enfermeiro. Essa comissão tem o papel de fornecer subsídios como informações

e atualizações sobre métodos e técnicas de prevenção de contaminação cruzada, vigilância epidemiológica, sistema de notificação, provimento de protocolos e padronização de rotinas (MENDONÇA et al., 2011; BRASIL, 1998).

Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa foi realizar uma revisão integrativa da literatura sobre os cuidados de enfermagem sob a perspectiva da prevenção e controle de infecções de corrente sanguínea relacionada a cateteres em Unidades de Terapia Intensiva.

Metodologia

Trata-se de revisão integrativa da literatura, por ser uma técnica de pesquisa que reúne e sintetiza o conhecimento científico produzido, através da análise dos resultados já evidenciados nos estudos de autores especializados (POLIT; BECK, 2011).

Para tanto, foram adotadas as seis etapas indicadas para a constituição da revisão integrativa da literatura: 1) seleção da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando todas as características em comum; 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e conflitos; 5) interpretação dos resultados e 6) reportar, de forma clara, a evidência encontrada (GANONG, 1987). Esta pesquisa objetivou identificar na literatura científica estudos que apresentassem as diversas formas de cuidados de enfermagem com infecções relacionada a cateter em UTI. Para guiar a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão norteadora: quais as evidências científicas sobre cuidados de enfermagem com infecções relacionadas a cateter em UTI? As bases de dados foram consultadas na Bibliotecas Virtual em Saúde - Brasil (BVS), com os seguintes critérios de inclusão: estudos que abordassem a temática Cuidados de enfermagem com infecções relacionada a cateter em UTI, publicados no período de 2011 a 2016, artigos disponíveis, acessados na íntegra e nos idiomas português e inglês. Quanto aos critérios de exclusão: artigos que apresentassem duplicidade em bases de dados distintas e em idioma diferente do português e inglês.

Os descritores foram selecionados da Biblioteca Virtual em Saúde - Descritores em Ciências da Saúde (DECS): cuidados de enfermagem, unidade de terapia intensiva e infecção relacionada a cateter. O recurso utilizado na pesquisa foi a expressão “termo exato”, associada aos descritores específicos. O levantamento das publicações aconteceu no mês de maio de 2016.

Para a coleta de dados, foi elaborado um formulário, envolvendo título, periódico, ano de publicação, metodologia, objetivo, principais resultados, conclusão, o qual foi preenchido para cada artigo selecionado. A utilização do formulário de pesquisa permitiu a obtenção de informações pormenorizadas acerca dos artigos, para a escolha dos que mais se adequavam ao objetivo proposto (URSI; GALVÃO, 2006).

A apresentação dos resultados e discussão realizou-se de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a oferecer evidências para a prática de enfermagem.

Resultados e Discussão

Após os cruzamentos dos descritores obteve-se um total de 25 publicações na BVS. Como resultado do cruzamento dos descritores “infecção hospitalar relacionada a cateter and cuidados de enfermagem”, obteve-se um total de 10 artigos. Restando disponíveis na íntegra 8 artigos; dentre eles, 6 estavam dentre os anos de 2011 a 2016; 4 foram encontrados na base de dados LILACS e apenas 1, na BDEF. Quanto ao idioma 1 estava na língua inglesa e 4 na portuguesa. Atendendo aos critérios de exclusão 1 artigo foi encontrado apresentando duplicidade em diferentes bases de dados, restando apenas 4 artigos (Quadro I).

Cruzamentos	Total de artigos científicos	Critérios de inclusão			Critérios de exclusão				Amostra
		Artigos disponíveis na íntegra	Artigos em português e inglês	Artigos entre 2011 a 2016	Artigos indisponíveis	Artigos em idioma diferente do português e inglês	Artigos anteriores a 2011	Artigos apresentando duplicidade	
Infecção hospitalar relacionada a cateter and cuidados de enfermagem	10	8	8	6	2	0	2	2	4
Infecção relacionada a cateter and unidade de terapia intensiva	15	10	6	3	5	4	3	1	3
TOTAL									7

Quadro I. Resultado dos cruzamentos dos descritores na Biblioteca Virtual em Saúde, Maceió, 2016.

Os resultados após o cruzamento dos descritores “infecção hospitalar relacionada a cateter and unidade de terapia intensiva”, foram encontrados 15 artigos. No entanto apenas 10 estavam disponíveis na íntegra e 3 dentre os anos de 2011 a 2016. Foram excluídos ainda 3 artigos que estavam no idioma espanhol, restando 3 artigos (Quadro II).

Artigos	Título	Periódico	Ano de publicação	Metodologia	Objetivo	Resultados	Conclusão
A1	Atuação da enfermagem na prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter.	Rev. enferm. UERJ	2011	Leitura e análise de textos científicos e normativos atuais, nacionais e internacionais.	Discutir o papel da equipe de enfermagem sob a perspectiva da prevenção e controle de infecções de corrente sanguínea relacionadas a cateter.	Embora o manuseio do acesso vascular tenha se tomado uma atividade rotineira da enfermagem e, aparentemente, simples, exige cuidados específicos e observação rigorosa das medidas preventivas com a finalidade de evitar integridade e assegurar a qualidade da assistência e a segurança dos pacientes e dos profissionais.	Pode-se afirmar que não tem sido alcançado o tão esperado resultado de mudança de comportamento dos profissionais no contexto de prevenção e controle de infecções, principalmente devido à baixa adesão às medidas preventivas.
A2	Infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central (ICSRC) em enfermaria: estudo prospectivo comparativo entre veia subclávia e veia jugular interna.	J. Vasc. Bras.	2011	Estudo prospectivo, descritivo e comparativo.	Comparar índice de infecção entre os acessos na jugular interna e os na veia subclávia em pacientes internados nas enfermarias de cirurgia.	Comparando os acessos jugular e subclávia, encontramos significância estatística tendo infecção em 17,2% na subclávia e 1,8% na jugular.	O acesso venoso central na jugular interna tem menor risco de infecção se comparado com subclávia em enfermarias.
A3	Avaliação da efetividade da aplicação de evidências por meio de pesquisa-ação-participante em uma unidade de enfermagem hematológica.	Rev. Latino-Am. Enfermagem	2012	Desenho quase-experimental prospectivo com dois grupos não equivalentes nem concorrentes.	Avaliar a efetividade da aplicação de evidências pela pesquisa-ação-participante (PAR).	Na área psicoemocional, o ajuste psicossocial do paciente melhorou significativamente, porém, nenhuma mudança foi observada na sobrecarga do cuidador ou satisfação do paciente. Em relação aos efeitos adversos, tanto o bloqueio quanto a infecção relacionada ao cateter melhoraram significativamente, mas não foi encontrada nenhuma diferença na dor nem na mucosite.	Concluiu-se que a PAR tem servido para apresentar evidências e melhorar os resultados de saúde.
A4	Infecção relacionada a cateter venoso central	Revista HCPA	2012	Um quase-experimento.	Verificar a redução das taxas de infecção relacionadas a CVC no centro de	Nos períodos imediatamente antes e após a implementação dos bundles não se observou essa redução na taxa de infecções relacionadas a CVC.	Houve uma oscilação na taxa de adesão ao bundle de inserção, em contrapartida ocorreu uma melhora na adesão ao bundle de manutenção.
	após implementação de um conjunto de medidas preventivas (bundle) em centro de terapia intensiva.				terapia intensiva (CTI) adulto, através da implementação de um conjunto (bundle) de medidas preventivas utilizando a vigilância do processo de inserção e manutenção de CVCs.		
A5	Infecções relacionadas à assistência à saúde baseada em critérios internacionais, realizada em unidade neonatal de cuidados progressivos de referência de Belo Horizonte, MG.	Rev. Bras. Epidemiol.	2013	Estudo descritivo, realizado por busca ativa.	Descrever a ocorrência de infecções relacionadas à assistência à saúde em uma unidade neonatal de serviço público de referência em Belo Horizonte, MG, baseando-se em critérios internacionais.	Foram notificados 325 episódios de infecção nos recém-nascidos. A sepsé foi a principal infecção (62,5%) notificada. A densidade de incidência de infecções foi maior em neonatos com peso menor que 750g (42,4/1.000 pacientes-dia). Observou-se 18,15 episódios de Sepsé Relacionada a Cateter Venoso Central e 19,29 episódios de Sepsé Relacionada a Cateter Umbilical. Em 122 (37,5%) casos de infecção notificada houve isolamento de microrganismos, predominando <i>Staphylococcus coagulase</i> negativo e <i>Staphylococcus aureus</i> (51 casos).	A utilização de critérios padronizados para notificação de infecções é necessária para a construção de indicadores em neonatologia, que são escassos no país e ressaltam a necessidade de avaliação dos critérios nacionais propostos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
A6	Três Anos de Avaliação das Taxas de Infecção Nosocomial em UTI.	Rev. Bras. Anestesiol.	2013	Estudo de vigilância retrospectivo.	Avaliar a incidência de infecções nosocomiais, associadas aos dispositivos invasivos.	Durante dois anos, 939 pacientes em um universo de 7.852 pacientes/dia foram avaliados. As taxas de IACS foram de 53% em 2007, 29,15% em 2008, 28,85% em 2009 e 16,62% em 2010. A IACS mais comum foi infecção de corrente sanguínea. A taxa de infecção de tecido mole e pele foi a segunda. Entre os pacientes com infecções nosocomiais, os agentes causadores	A incidência de IACS na UTI de nosso hospital foi alta, em comparação com as taxas turcas globais obtidas no Refik Saydam Center em 2007. Quando as taxas de infecções relacionadas aos dispositivos foram comparadas entre 2007 e 2008, foram maiores em 2007. A taxa de infecções relacionadas aos

Quadro II. Amostra obtida a partir das bases de dados analisadas entre os anos de 2011 a 2016, Maceió, 2016.

A taxa de Infecções Associadas aos Cuidados em Saúde (IACS) é significativamente maior em UTI do que em outras unidades. A causa deve estar nas várias intervenções diagnósticas ou terapêuticas invasivas, tais como o uso frequente de um amplo espectro de antibióticos, presença de doenças subjacentes e ventilação mecânica, cateterismo venoso central, monitoramento invasivo de pressão e cateterismo urinário, bem como internações mais longas (AKALIN, 2001; EGGIMAN; PILLET, 2001).

Embora o número de leitos em UTI constitua 5-10% de todos os leitos em hospitais, 25% das IACS são observadas nesses pacientes. Sua prevalência em UTI é 5-10 vezes maior do que em outros centros de medicina interna e cirúrgicos (AKALIN, 2001; WEBER; RAASCH; RUTALA, 1999). A maioria dos artigos encontrados refere-se ao uso de cateteres venosos em UTI e sobre o risco aumentado de infecção primária de corrente sanguínea, além disso, também relacionam o uso de cateter com o aumento da hospitalização e como consequência elevação de custos hospitalares.

Em um estudo realizado em 2011, os autores discutem que o cuidado com procedimentos que envolvem o acesso vascular deve ser uma prioridade de toda a equipe que assiste o paciente, de modo que uma vigilância, multi e interdisciplinar, eficaz, proporcione a prevenção e o controle de possíveis intercorrências. Considerando a complexidade da implantação e manuseio do acesso vascular, é imprescindível a padronização e incorporação na prática de técnicas assépticas rigorosas para a prevenção da infecção dessa topografia (MENDONÇA et al., 2011; BRASIL, 1998).

É importante salientar que em alguns estudos os autores também mencionam sobre os cuidados de enfermagem na prevenção de infecção. Nesse contexto, destaca-se a equipe de enfermagem que atua, ininterruptamente, na assistência e representa, na maioria das instituições hospitalares, o maior percentual dos trabalhadores, chegando a atingir 60,0% (APECIH, 2005).

Além disso, representa os profissionais que, direta ou indiretamente, estão mais envolvidos na implantação e manuseio de acesso vascular. Consequentemente, com maior possibilidade de atuação na profilaxia e controle das infecções relacionadas (MENDONÇA et al., 2011; BRASIL, 1998).

Considerando que é de responsabilidade do profissional enfermeiro estabelecer o acesso venoso periférico e o acesso central de inserção periférica, bem como participar da escolha do acesso central, em consonância com o médico responsável pelo atendimento ao paciente (BRASIL, 2003). Ressalta-se também como importante caminho a abordagem nos cursos de formação sobre a necessidade da incorporação de medidas preventivas, independente do procedimento específico a ser realizado em associação com o raciocínio crítico (MENDONÇA et al., 2011; BRASIL, 1998).

Entre essas medidas destacam-se: higienização das mãos (HM), uso de equipamentos de proteção, prática segura de administração de injetáveis e manutenção da técnica asséptica durante inserção e manuseio do cateter (SIEGEL et al, 2007).

Contudo, têm sido observados, na prática, erros comuns no manuseio do acesso vascular, tais como, inadequação da antisepsia da pele, por não observação do tempo de fricção, (MARTINS et al, 2008; CARDOSO et al, 2006) ausência de desinfecção do injetor lateral para a administração de medicamentos (SIEGEL et al, 2007; MARTINS et al, 2008). E ainda a baixa adesão à técnica correta de HM (SIEGEL et al, 2007; CARDOSO et al, 2006; NEVES et al, 2006).

Considera-se que, diante da complexidade dos procedimentos de acesso vascular, cada serviço deve elaborar protocolos, os quais devem ser construídos de forma multidisciplinar, com a participação de profissionais, gerentes e gestores institucionais, seguida pela orientação, implementação e avaliação periódica. Cabe ao enfermeiro viabilizar esses protocolos com excelência e rigor que os mesmos requerem, respeitando os princípios éticos e bioéticos da profissão (MENDONÇA et al., 2011; BRASIL, 1998).

A principal iniciativa de controle da infecção da corrente sanguínea associado ao cateter é do *Institute for Healthcare Improvement*, Campanha das 100.000 vidas (2006). Tem como orientações de prevenção a implementação de um *bundle* de cateter venoso central – consistindo em intervenções conjuntas para pacientes com cateter intravascular central, que ao serem implementadas resultam em melhores resultados do que aplicadas individualmente.

De acordo com o *Institute for Healthcare Improvement (2006)*, o *bundle* tem cinco componentes principais: higiene das mãos; barreiras máximas de precaução durante a inserção do cateter; antisepsia da pele com Clorexidina; seleção do melhor local de inserção do cateter com preferência para veia subclávia; revisão diária da necessidade do cateter com a remoção imediata de cateteres desnecessários.

São fatores de risco para esta complicação: a) duração em dias do uso do cateter; b) tipo do cateter; c) número de lumens; d) tipo de infusão; e) técnica de inserção; f) sítio de inserção (SAFDAR; KLUGER; MAKI, 2002; MERRER et al, 2001).

Em relação ao sítio de inserção dos CVCs, a maioria dos cateteres foram inseridos na veia subclávia. Vários estudos recomendam este sítio como ideal de inserção, pois é a via que apresenta menor risco de infecção, comparativamente com a jugular e a femoral (FRASCA; DAHYOT-FIZELIER; MIMOZ, 2010; MARSCHALL et al, 2008). Esses dois sítios apresentam maior risco de infecção, devido à proximidade anatômica com secreções orofaríngeas e fisiológicas respectivamente, e pela maior dificuldade de fixação do cateter (ANDRADE et al, 2010).

Um estudo aponta que a maioria das IPCS associadas a CVC foram causadas por bactérias Gram-positivas, sendo a mais prevalente o *Enterococcus* spp., resistente à vancomicina (VRE), seguido pelo *Staphylococcus coagulase-negativa* (DALLÉ et al, 2012).

Em outro estudo, os principais micro-organismos isolados associados aos episódios de infecções foram os gram-positivos, principalmente, *Staphylococcus coagulase-negativa* e *Staphylococcus aureus*.

Bactérias gram-negativas foram identificadas com predomínio de *Enterobacter cloacae* e *Klebsiella* spp. Além disso, foram isolados fungos como *Candida* spp (ROMANELLI et al, 2013).

Considerações finais

Através dessa revisão, pôde-se concluir que 25% das infecções associadas ao cuidado em saúde acontecem em pacientes hospitalizados em UTI. Além disso, a maioria dos artigos analisados referem-se a infecção primária de corrente sanguínea relacionada a cateter vascular, suas medidas preventivas e o conseqüente aumento dos custos hospitalares. Em relação ao sítio de inserção dos CVCs, a maioria dos cateteres foram inseridos em veia subclávia. Quanto aos microrganismos prevalentes destacaram-se as bactérias Gram-positivas. Assim, sugere-se a realização de mais estudos que relacionem o uso de outros tipos de cateteres em pacientes internos em UTI.

REFERÊNCIAS

AGODI, Antonella et al. Active surveillance of nosocomial infections in urologic patients. In.: Eur Urol. V.51, n.1, p. 247-253, 2007.

AKALIN, H. Infections in intensive care units: risk factors and epidemiology. Turk J Hosp Infect. V.5, n.1, p.5-16, 2001.

AKIN, Aynur et al. The evaluation of nosocomial infections and antibiotic resistance in anesthesia intensive care unit for five years. In.: Erciyes Tıp Dergisi, n.33, p.7-16, 2011.

ANDRADE, A. et al. Prevenção da Bacteremia associada a Cateter Venoso Central. Rev Port Med Int.V.17, n.1, p. 55-59, 2010.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (APECIH). Infecção associada ao uso de cateteres vasculares. São Paulo, 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à assistência à saúde. Brasília: Anvisa, 2013.

Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986. [Acesso em: 18 abr 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1998. Estabelece as normas para o programa de controle de infecção hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília: Ministério do Trabalho, 1986.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada. RDC no 45, 2003. Dispõe sobre o regulamento técnico de boas práticas de utilização das soluções parenterais (SP) em serviços de saúde. Brasília: Anvisa, 2003.

ÇAĞATAY, Atahan A.; Özsüt, H. Infections and antimicrobial therapy in intensive care unit. In.: Yoğun Bakım Dergisi. V.1, n.1, p.21-32, 2001.

CARDOSO, S. R. Et al. Antissepsia para administração de medicamentos por via endovenosa e intramuscular. In.: Ver Eletr Enf. [Internet]. V.8, n.1, p.75-82, 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_10.htm. Acesso em 22 jun 2020.

CASTILHO, Lilian Dias et al. Infecções de Corrente Sanguíneas relacionadas ao Cateter Venoso Central em Terapia Intensiva: ensaio clínico randomizado aberto. In.: Revista Nursing. V.12, n.136, p. 429-434, 2009.

DALLÉ, J. Et al. Infecção relacionada a cateter venoso central. In: Rev HCPA. V.32, n.1, p.10-17, 2012.

EGGIMAN, P.; Pillet D – Infection control in the ICU. In.: Chest Journal. V.120, n.1, p.2059-2093, 2001.

GANONG, Lawrence H. Integrative Reviews of Nursing. In.: Rev Nurs Health. V.10, n.1, p.1-11, 1987.

GRATTON, L. Palavras ao vento. 719.ed. Exame. 2000.

HUDAK, Carolyn Murphy; Gallo, Barbara M. Cuidados Intensivos de Enfermagem. Uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. (2020). Overview of the 5 Million Lives Campaign. Cambridge, 2006. <http://www.ihc.org/education/Pages/default.aspx?TabId=1>. Acesso em 07 abr 2020.

MARSCHALL, J. et al. Strategies to prevent central line associated bloodstream infections in acute care hospitals. In.: Infect Control and Hosp Epidemiol. V. 29, n.1, p.22-30, 2008.

MARTINS, K.A. et al. Adesão às medidas de prevenção e controle de infecção de acesso vascular periférico pelos profissionais da equipe de enfermagem. In.: Cienc Cuid Saude. V.7, n.1, p.485-492, 2008.

MENDONÇA, Katiane Martins et al. Enfermagem e prevenção de infecção. In.: Rev. enferm. V.9, n.2, p.330-333, 2011.

MERCES, Magno Conceição et al. A prática do (a) enfermeiro (a) na inserção do cateter de foley em pacientes de unidade de terapia intensiva: limites e possibilidades. In.: Rev Epidemiol Control Infect. V.3, n.2, p.55-61, 2013.

MERRER, J. et al. Complications of femoral and subclavian venous catheterization in critically ill patients: a randomized controlled trial. JAMA. V.286, n.6, p.700-707, 2001.

NEVES, Z.C.P. Higienização das mãos: o impacto de estratégias de incentivo à adesão entre profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal. In.: Rev Latino-Am Enfermagem. V.14, n.1, p.546-552, 2006.

ÖZSÜT, H. The infection problem in intensive care units: resistant microorganisms and antibiotherapy. In.: Hastane Enfeksiyonları Dergisi. V.2, n.1, p.5-14, 1998.

POLIT, Denise; Beck, Cheryl Tatano. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROMANELLI, R.C.M. et al. Infecções relacionadas à assistência à saúde baseada em critérios internacionais. In: Rev Bras Epidemiol. V.16, n.1, p.77-86, 2013.

SAFDAR N; Kluger DM; Maki DG. A review of risk factors for catheter-related bloodstream infection caused by percutaneously inserted, noncuffed central venous catheters: implications for preventive strategies. In.: Medicine (Baltimore). V.81, n.6, p.466-479, 2002.

SIEGEL, J.D. Health care infection control practices advisory committee. Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in health care settings. In.: Am J Infect Control. V.35, n.10, p.65-164, 2007.

URSI, Elizabeth Silva; Galvão, Cristina Maria. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. In.: Rev Latino-am Enfermagem. V.14, n.1, p.124-131, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a_17.pdf. Acesso em: 16 jun 2020.

WEBER, D.J.; Raasch, R. Rutala WA. Nosocomial infections in the ICU: the growing importance of antibiotic-resistant pathogens. In.: Chest. V.115, n.1, p.34-41.

Capítulo 5

DESAFIOS AINDA PRESENTES NA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

CHALLENGES STILL PRESENT IN THE MAN'S HEALTH CARE POLICY: AN INTEGRATIVE REVIEW

Luana de Oliveira Medeiros¹
Marcos Roberto de Oliveira Lima Filho²
Mariella Almeida Moreira³
Josevaldo Monteiro Maia Filho⁴
Raffaela Neves Mont'Alverne Napoleão⁵
Joseane Marques Fernandes⁶

RESUMO: Este estudo tem como objetivo contribuir para o aprofundamento na temática da saúde do homem, objetivando a visibilidade maior do assunto, pois esta pauta ainda demanda atenção para a promoção de melhorias no entendimento da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem (PNAISH) e na realização de ações de saúde para que os números de morbimortalidade na população masculina sejam reduzidos. Essa pesquisa é do tipo revisão integrativa da literatura. Para nortear o estudo, foi elaborada uma pergunta através da estratégia PICo. Foram usados os descritores: “saúde do homem”, “atenção primária à saúde” e “acesso aos serviços de saúde”. É notável que as ações de saúde ofertadas pela APS para o público masculino ainda enfrentam empecilhos para a sua efetividade, equidade e universalidade. Entretanto, vale ressaltar que existem medidas governamentais que buscam melhorar esse atendimento, como a PNAISH, para aproximação do homem no serviço de saúde, focando na atenção primária.

Palavras-chave: Saúde do homem. Acesso aos serviços de saúde. Atenção primária à saúde. PNAISH.

ABSTRACT: This study aims to contribute to the deepening of the theme of men's health, aiming at greater visibility of the subject, as this agenda still demands attention to promote improvements in the understanding of the National Policy for Integral Assistance to Men's Health (PNAISH) and in carrying out health actions so that the numbers of morbidity and mortality in the male population are reduced. This research is an integrative literature review. For guidance, a question was elaborated through the PICo strategy. The descriptors were used: “men's health”, “primary health care” and “access to health services”. It is notable that the health actions offered by PHC for the male public still face obstacles to their effectiveness, equity and universality. However, it is worth mentioning that there are governmental measures that seek to improve this service, such as PNAISH, to bring men closer to the health service, focusing on primary care.

Keywords: Men's Health. Access to Health Services. Primary Health Care. PNAISH.

¹ Graduando em medicina, Centro Universitário Christus. E-mail: luanamedeiros1801@gmail.com

² Graduando em medicina, Centro Universitário Christus. E-mail: mjesuino99@gmail.com.

³ Graduando em medicina, Centro Universitário Christus. E-mail: mariellamoreira@outlook.com.

⁴ Graduando em medicina, Centro Universitário Christus. E-mail: medicina.monteiro@hotmail.com.

⁵ Graduando em medicina, Centro Universitário Christus. E-mail: raffaelamontalverne@gmail.com.

⁶ Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará – UECE e docente do Centro Universitário Christus – UNICHRISTUS. E-mail: josy.marquesf@gmail.com.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui como um de seus princípios a universalidade do acesso. Sendo assim, segundo Javier E., 1989, além de a produção e a oferta serem atrativas, devem por direito corresponder à demanda da população com excelente qualidade (SILVA et al., 2013). Desse modo, justifica-se a necessidade da criação de políticas públicas que ampliem o acesso de determinada população específica, sendo assim citada a masculina, para que essas pessoas possam ser acolhidas e a Atenção Primária à Saúde (APS) seja a porta de entrada para a promoção, bem como para a prevenção de saúde. O serviço de atenção primária do Brasil possui diversas ações com o objetivo primordial de promoção da saúde. Com o passar dos anos, a atenção à saúde do homem foi crescendo, grande parte devido à desconstrução do pensamento social da população acerca desses indivíduos (STRANGE, 2012). Segundo Lorrainy C. et al, 2017, a incapacidade da realização do diagnóstico precoce nesse sexo decorre, muitas vezes, da questão da desigualdade de gêneros e o pensamento retrógrado de que homens não necessitam de cuidados por não serem do chamado sexo frágil.

Em concordância com esse cenário preconceituoso e com índices alarmantes de morbimortalidade no homem, em 2009, ocorreu a fundação da Política Nacional de Assistência à Saúde do Homem (PNAISH), que possui como objetivo principal a diminuição desse número, por meio da facilitação do acesso a esses indivíduos do sexo masculino, de modo que possa haver o alinhamento de aspectos sociais, culturais e administrativos para que esses pacientes tanto possuam o atendimento, quanto o recebam com qualidade. (ALVES, 2020).

No entanto, apesar da existência das políticas públicas e suas melhorias, a saúde do homem, infelizmente, caracteriza-se como um setor ainda precário efetivamente, em parte por falha dos órgãos públicos ou, inclusive, pela própria baixa adesão da população masculina, pelos mais diversos motivos. Entre eles, o citado por Renata S. et al., 2014, que afirmam que os homens preferem outros tipos de atendimento à saúde quando surge necessidade, como pronto-socorro e farmácias (BATISTA et al., 2020).

Sabendo-se, então, dessa necessidade, fica clara a urgência de mais estudos acerca da saúde do homem, com o intuito de compreender melhor essa parcela da população, para que o planejamento e a execução das ações de saúde possam ser feitos com maestria, ao mesmo passo em que a política do PNAISH possa ser subsidiada e, dessa forma, contribuir para a melhoria desse serviço (ALVES et al., 2020).

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo contribuir para o aprofundamento da saúde do homem mediante a produção científica, com o intuito de que esse assunto ganhe mais visibilidade, visto que essa pauta ainda demanda atenção e objetiva promover melhorias no entendimento da PNAISH e na realização de ações de saúde para que os números de morbimortalidade na população masculina sejam reduzidos.

Desenvolvimento

Metodologia

O estudo em questão é do tipo revisão integrativa da literatura. Segundo Connolly et al., 2012, este método permite sumarizar pesquisas feitas anteriormente e obter conclusões da literatura de um tópico em particular, permitindo análise de assuntos e enriquecendo discussões sobre métodos e resultados de pesquisa, assim como possibilitando reflexões que irão servir para o desenvolvimento de futuras pesquisas.

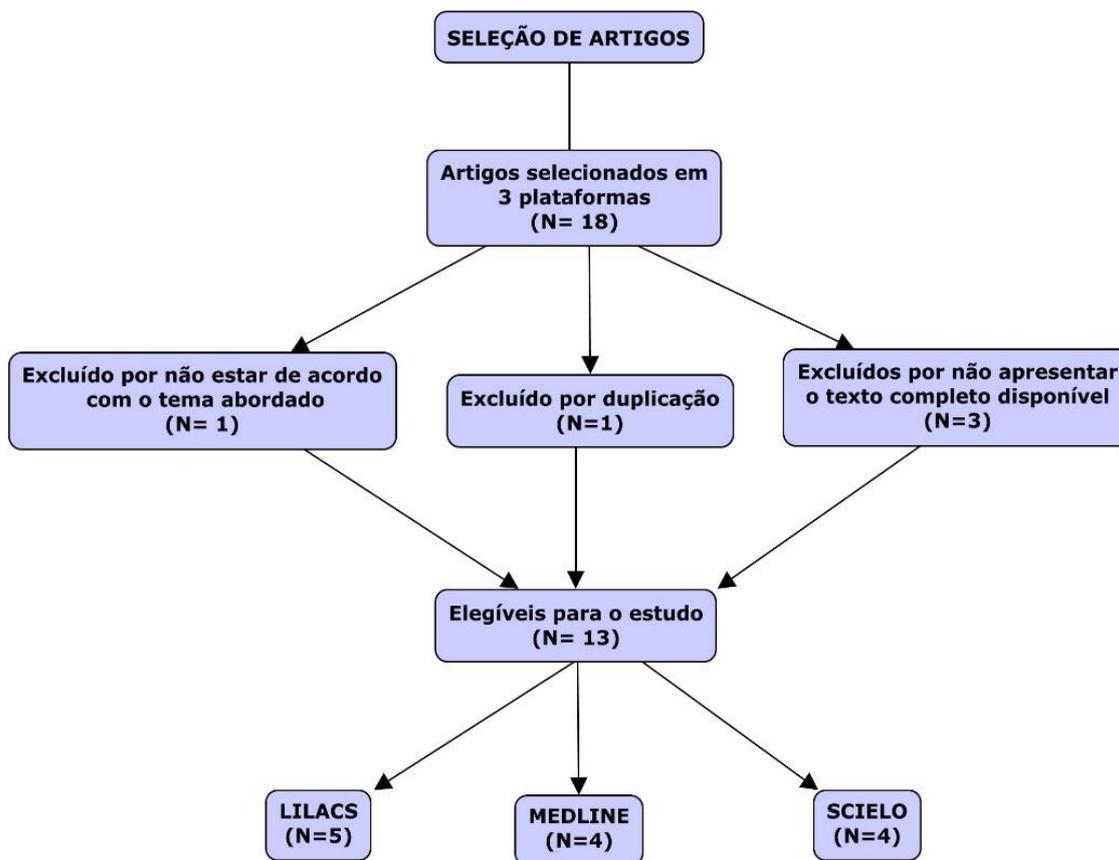
Para nortear a pesquisa, foi elaborada uma pergunta por meio da estratégia PICO (SANTOS CMC, et al., 2007). A estratégia PICO representa um acrônimo para *patient, intervention, comparison, outcomes*, sendo, portanto, para conduzir a pergunta que irá guiar o presente estudo. A questão formulada foi a seguinte: “O Programa Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem (PNAISH) vem cumprindo seu papel e, conseqüentemente, facilitando o acesso à saúde e melhorando a qualidade de vida dessa população?” O elemento (P) corresponde ao homem, o (I) aborda a intervenção, nesse caso, a atuação do PNAISH, o (C) corresponderia à comparação dos homens que são atendidos na APS e dos que não são, e (O) seria o desfecho com a avaliação do Programa. Avaliando a população abordada no estudo, possui facilidade de acesso ao serviço de saúde e, conseqüentemente, melhora da qualidade de vida.

Por meio desse questionamento, foi realizada uma coleta, nos meses de janeiro e fevereiro de 2021, no banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base de dados Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e na base de dados SCIELO.

Inicialmente, analisando os Descritores em Ciência da Saúde - DeCS, foram escolhidos os descritores: “saúde do homem”, “atenção primária à saúde” e “acesso aos serviços de saúde”. Como critério de inclusão, foram selecionados artigos originais que estivessem nos idiomas português, inglês e espanhol, no período de 2007 a 2020, e que disponibilizassem o texto completo. Foram excluídos artigos duplicados, dissertações e monografias, e artigos que, após a leitura do título, não estavam relacionados à saúde do homem na atenção primária.

Ao filtrar por esses termos na busca avançada, obtivemos 18 artigos relacionados ao tema do presente estudo. Após leitura criteriosa por três revisores, cinco artigos foram excluídos por não obedecerem aos critérios previamente estabelecidos.

Figura 1- Fluxo da seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa de acordo com as bases de dados analisadas.



Fonte: próprio autor.

Resultados

Na presente revisão integrativa, foram analisados 13 artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos.

A seguir, apresentar-se-á um panorama geral dos artigos avaliados. (Tabela 1)

Tabela 1 - Distribuição dos dados primários incluídos na revisão integrativa segundo base de dados, ano, autor, título, país de publicação e objetivo do estudo.

Tabela 1					
	Base de dados/ano	Referência	Título	País	Objetivo do estudo
1	LILACS/2019	BATISTA BD. Et al.	Discurso de homens sobre o acesso à saúde na atenção básica	Brasil	Conhecer os discursos de homens sobre o acesso à saúde na Atenção Básica.
2	LILACS/2019	BARBOSA	Factors associated with	Brasil	Analisar os fatores associados às razões

		YO. Et al.	<i>reasons for men not seeking Primary Health Care services</i>		<i>pelas quais os homens não procuram serviços de atenção primária à saúde.</i>
3	LILACS/2013	SILVA DM. Et al.	<i>Acessibilidade do homem aos serviços da atenção básica: uma aproximação com a bioética da proteção</i>	Brasil	<i>Analisar estudos sobre a temática da acessibilidade do homem aos serviços da Atenção Básica, após a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, dialogando essa temática com a bioética da proteção.</i>
4	LILACS/2018	MARTINS AM. Et al.	<i>Acesso da população masculina e utilização dos serviços de atenção primária à saúde em belo horizonte - mg</i>	Brasil	<i>Descrever e analisar o padrão de acesso e utilização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) por homens na cidade de Belo Horizonte – Minas Gerais.</i>
5	LILACS/2013	LOPES LCO. Et al.	<i>Acessibilidade do homem ao serviço de saúde após a implantação do programa nacional de saúde do homem: uma realidade presente?</i>	Brasil	<i>Analisar a acessibilidade do homem aos serviços de saúde, após a implantação do Programa de Saúde do Homem em um Centro de Saúde no Município de Fortaleza-CE.</i>
6	MEDLINE/2012	WALKER SH.	<i>Are limited opening times really to blame for men's underuse of healthcare services</i>	Reino Unido	<i>Esclarecer se as atuais práticas de saúde estão funcionando ou se a cultura do trabalho precisa mudar.</i>
7	MEDLINE/2011	TONG SF. Et al.	<i>Malaysian primary care doctors' views on men's health: an unresolved jigsaw puzzle</i>	Malásia	<i>Explorar as opiniões e as atitudes de médicos da atenção primária relacionados à saúde masculina e ao comportamento de procura de ajuda.</i>
8	MEDLINE/2010	SCOTT WILLIAMS BA et al.	<i>Survey of State Public Health Department Resources for Men and Boys: Identification of an Inadvertent and Remediatable Service and Health Disparity</i>	Estados Unidos	<i>Identificar disparidade no Sistema de Saúde.</i>
9	MEDLINE/2007	WITHLEY EM et al.	<i>Building Effective Programs to Improve Men's Health</i>	Estados Unidos	<i>Compilar e compartilhar algumas das lições aprendidas como experimentado por três sites de Community Voices que têm sido ativos na saúde dos homens.</i>
10	SCIELO/2020	ALVES, AN et al.	<i>Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina</i>	Brasil	<i>Verificar como os usuários do sexo masculino avaliam o acesso de primeiro contato na atenção primária.</i>
11	SCIELO/2020	MIRANDA,	<i>Necessidades e</i>	Brasil	<i>Compreender as principais necessidades</i>

		SVC <i>et al.</i>	<i>reivindicações de homens trabalhadores rurais frente à atenção primária à saúde</i>		<i>e reivindicações de homens trabalhadores rurais perante uma equipe de Atenção Primária à Saúde.</i>
12	SCIELO/2018	SILVA, NA <i>et al.</i>	<i>A avaliação da atenção primária à saúde na perspectiva da população masculina</i>	Brasil	<i>Avaliar a qualidade da atenção primária à saúde na perspectiva da população masculina.</i>
13	SCIELO/2012	MACHADO, MF <i>et al.</i>	<i>Os discursos de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde</i>	Brasil	<i>Refletir sobre a produção discursiva na relação entre os homens jovens e os serviços de saúde de uma comunidade tradicional pesqueira de artesãos, totalmente coberta pela Estratégia de Saúde da Família, no município de Maceió-AL.</i>

Fonte: próprio autor.

Discussão

A primeira porta de entrada para o sistema público de saúde que é usada pela população, em geral, é a atenção primária. Entretanto, os homens não buscam, geralmente, essa forma de atendimento quando necessitam de cuidados, pois eles procuram, principalmente, serviços de urgência ou tratamento especializado. Isso pode ter consequências, como uma superlotação dos outros níveis de atenção, já que muitos desses empecilhos apresentados pelos homens poderiam ser resolvidos na atenção primária à saúde. As razões para que os homens não busquem, primeiramente, as unidades básicas de saúde quando têm um problema de saúde é considerarem o serviço pouco orientado e resolutivo, acharem que os horários são bem restritos para quem trabalha, pois não funciona à noite, nem aos finais de semana, além de reclamarem também da dificuldade para o agendamento de consultas, das longas filas de espera e da falta de acesso aos exames (ALVES *et al.*, 2020).

Outro motivo enumerado para a menor adesão do público masculino aos serviços de saúde é o horário de funcionamento, principalmente das Unidades Básicas de Saúde, que se limita ao horário comercial. Contudo, Walker (2011) contrapõe tal argumento, ao apontar que 58% das mulheres que têm emprego fixo também trabalham em tempo integral. Walker propôs, então, que a diferença está na cultura trabalhista, em que os homens se sentem inibidos a solicitar licença do emprego para irem ao serviço de saúde, e os empregadores estão menos propensos a liberá-los (WALKER *et al.*, 2011).

Em um estudo descritivo qualitativo, efetuado com 20 usuários da Atenção Básica do município de Cajazeiras, Paraíba, Brasil, foi constatado que o tempo, a demora, o trabalho, a falta de vagas e a ausência de exames interferem diretamente no comparecimento dos homens ao serviço de saúde. Além disso, esse

mesmo estudo ressalta que a interferência no acesso deles ao cenário do cuidar deve-se, também, à construção desigual de gênero, cuja parte da sociedade acredita que homens são mais resistentes que as mulheres e, dessa forma, requerem menos cuidados (BATISTA et al., 2019).

Whitley *et al.* (2007) destacaram as dificuldades que homens, principalmente os negros e latino-americanos, enfrentam para acessar o sistema de saúde norte-americano. Muitos têm baixa renda ou pertencem à classe média, enfrentando dificuldades para pagar por um seguro de saúde. Dessa parcela, a prisão se torna o acesso mais fácil a esse direito fundamental. Dessa forma, mesmo sendo a maioria portadores de doenças crônicas, os homens pobres e negros não possuem as condições mínimas para acessar a atenção primária à saúde, serviço importante para o controle e a prevenção de doenças. Os autores destacaram ainda o papel dos agentes comunitários de saúde, da educação em saúde e do envolvimento dos sujeitos no processo de saúde-doença. Neste estudo, foram citados exemplos de iniciativas que focavam na saúde dos homens e que os envolveram na discussão de políticas para a melhoria da atenção a essa parcela da sociedade americana, que, por muitas vezes, foi marginalizada e esquecida nos bairros mais carentes dos grandes centros urbanos (WITHLEY et al., 2007).

Os homens buscam, percentualmente, menos a atenção primária à saúde do que as mulheres; entretanto, isso ocorre mais com homens adultos jovens, pois a população masculina com mais de 60 anos procura constante atendimento nas unidades básicas de saúde (SILVA et al., 2018). Isso se deve ao fato de homens dessa faixa etária apresentarem inúmeras comorbidades, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2, sendo necessário buscar, constantemente, atendimentos para evitar agravos e prevenir complicações.

Homens jovens relatam existir um distanciamento entre eles e os serviços oferecidos pela atenção básica em saúde, pois as ações de promoção à saúde realizadas pelos agentes comunitários de saúde são direcionadas para coletividade ou para a saúde da mulher, não atendendo às necessidades específicas da população masculina. (MACHADO et al., 2012)

Um estudo qualitativo, envolvendo 52 médicos da atenção primária à saúde da Malásia (TONG *et al.*, 2011), analisou os conhecimentos dos médicos desse segmento sobre a definição e os desafios da saúde do homem. Por meio de entrevistas e grupos focais, o estudo demonstrou a dificuldade dos médicos de definir o que realmente seria a saúde do homem. Alguns médicos entrevistados acreditavam que a saúde masculina estaria relacionada apenas à saúde sexual, enquanto outros profissionais acreditavam que deveria haver um olhar mais holístico sobre a saúde do homem, na qual o profissional médico deveria avaliar a saúde física, emocional, espiritual e as relações sociais do paciente sempre que possível. Quem defendia um olhar mais universal sobre a saúde masculina apontava a maior prevalência de doenças crônicas no sexo masculino e o baixo investimento dos homens na prevenção de doenças e acidentes. Enquanto aqueles que defendiam uma abordagem mais direcionada apontavam a dificuldade de aproximação com o paciente do sexo masculino e

um possível prejuízo à relação médico-paciente ao tentar abordar áreas que não aquelas relacionadas à queixa principal do paciente.

Embora houvesse diferença na definição de saúde dos homens, a maioria dos médicos participantes do estudo concordaram sobre a baixa procura do homem aos serviços de saúde e a contribuição de preconceitos socioculturais para a permanência dessa barreira entre o homem e a prevenção de doenças (TONG et al., 2011).

Williams e Giorgianni (2010) descreveram uma pesquisa realizada com os Departamentos Estaduais de Saúde dos Estados Unidos da América, na qual se evidenciou a discrepância de investimentos na saúde masculina, em comparação com os investimentos na saúde feminina. Os pesquisadores analisaram desde a estrutura dos departamentos de saúde, como secretarias específicas para a saúde do homem, até a disponibilidade de materiais de apoio, como sites, panfletos e locais para atendimentos específicos à população masculina (WILLIAMS et al., 2010).

Apesar de a implantação da Política Nacional de Saúde do Homem no Centro de Saúde Meireles (CSM) ter alcançado uma maior acessibilidade masculina ao cenário do cuidar, ainda não foi possível progredir em relação ao acesso. Sob esse viés, o trabalho realizado salientou alguns pontos favoráveis trazidos por essa política como a disponibilidade do terceiro turno, permitindo, dessa forma, uma maior acessibilidade da população masculina, pois boa parte desses indivíduos trabalham durante o dia. Entretanto, alguns serviços ainda apresentam falhas e, conseqüentemente, levam ao absenteísmo por parte dos homens. Isso se deve, principalmente, às adversidades dos aspectos organizacionais que possuem muitos processos burocráticos e obrigam o paciente a transitar por inúmeros setores prolongando o período de espera até ser atendido (LOPES et al., 2013).

Considerações finais

É notável, dessa forma, que as ações de saúde ofertadas pela APS para o público masculino ainda enfrentam diversos empecilhos para a sua efetividade, equidade e universalidade (MIRANDA et al., 2020). No entanto, vale ressaltar que existem medidas governamentais que buscam melhorar esse atendimento, como a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem (PNAISH), com o fito de aproximar o homem do serviço de saúde, focando na atenção primária (ALVES et al., 2020). A PNAISH não conseguiu ainda atingir seus objetivos de forma efetiva, sendo necessárias medidas mais ostensivas para o acesso da população masculina às Unidades Básicas de Saúde.

Silva et al., 2013, evidenciam a baixa adesão dos homens à Unidade Básica de Saúde, o que comprova a maior vulnerabilidade desses indivíduos. Dessa maneira, esse tipo de comportamento por parte da população masculina leva a um problema de saúde pública, onerando o SUS, devido aos quadros clínicos de morbidade cronicada gerados pela ausência destes às unidades. Ademais, outros fatores apontados no

estudo que levam os homens a se ausentarem dos serviços de saúde são lentidão para agendamento de exames especializados; escassez de profissionais e especialidades da medicina; prolongado intervalo entre agendamento de consultas e resolutividade das demandas do usuário. Nesse contexto, foram descritas algumas formas para alcançar as melhorias dos serviços, como ouvir os usuários permitindo entender a aprovação ou desaprovação deles diante dos serviços que lhe são fornecidos, além disso, possibilitar a abertura das unidades no período das 17 às 22 horas também seria um caminho para aumentar a demanda dos homens ao cenário do cuidar.

Nesse contexto, é importante discutir que essa dificuldade da população em ter um contato maior com a atenção primária não é exclusiva dos meios urbanos. Os homens apresentam diversos desafios para que tenham suas necessidades de saúde atendidas. As principais reivindicações sociais desses homens são reconhecimento como usuários do serviço de atenção primária, pois eles relatam que são invisíveis para os profissionais de saúde e que esses profissionais focam apenas, nas mulheres, organização e desenvolvimento de grupos educativos com temáticas masculinas, porque a maioria desses homens não conhece medidas de promoção à saúde, como rodas de conversas, palestras e consultas de check-up que os ajudem a cuidar melhor da saúde, aumento no fornecimento de medicamentos que esses trabalhadores rurais precisam, como analgésicos, anti-hipertensivos e antitérmicos, além de melhor acesso a exames especializados que avaliam a próstata, como a ultrassonografia, pois, muitas vezes, esses homens precisam ir a outras cidades para realizar tais exames (MIRANDA et al., 2020).

Referências

- ALVES, Alex do Nascimento *et al.* Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 23, p. 1-14, 2020. FapUNIFESP (SciELO).
- BARBOSA, Yuri Oliveira *et al.* Fatores associados às razões masculinas para não buscarem serviços de Atenção Primária à Saúde. **O Mundo da Saúde**, [S.L.], v. 43, n. 3, p. 666-679, 27 set. 2019. Centro Universitario Sao Camilo - Sao Paulo.
- BATISTA, Bruno Dias *et al.* DISCURSO DE HOMENS SOBRE O ACESSO À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S.L.], v. 33, p. 1-7, 16 dez. 2019. Revista Baiana de Enfermagem.
- CONNOLLY, Thomas M. *et al.* A systematic literature review of empirical evidence on computer games and serious games. **Computers & Education**, [S.L.], v. 59, n. 2, p. 661-686, set. 2012.
- LOPES, Lúcia Claudiane Oliveira *et al.* ACESSIBILIDADE DO HOMEM AO SERVIÇO DE SAÚDE APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE DO HOMEM: UMA REALIDADE PRESENTE? **Rev. Aps**, Fortaleza, v. 3, n. 16, p. 226-233, jul. 2013.
- MACHADO, Michael Ferreira *et al.* Os discursos de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 16, n. 41, p. 343-356, 19 jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO).

MARTINS, Alberto MESAQUE *et al.* ACESSO DA POPULAÇÃO MASCULINA E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM BELO HORIZONTE – MG. **Revista de Aps**, [S.L.], v. 20, n. 4, p. 482-492, 1 out. 2018. Universidade Federal de Juiz de Fora.

MIRANDA, Sérgio Vinícius Cardoso de *et al.* NECESSIDADES E REIVINDICAÇÕES DE HOMENS TRABALHADORES RURAIS FRENTE À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 1-22, 2020. FapUNIFESP (SciELO).

MOREIRA, Renata Livia Silva Fonsêca *et al.* Difficulties of the man in primary healthcare: the speech of nurses. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [S.L.], v. 18, n. 4, p. 615-621, 2014. FapUNIFESP (SciELO).

PINEDA, Luis Miguel Vidal. Los espacios de la salud aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. **Estudios Sociológicos**, México, v. 9, n. 26, p. 387-389, maio 1988.

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa *et al.* The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 15, n. 3, p. 508-511, jun. 2007. FapUNIFESP (SciELO).

SILVA, Abiúde Nadabe e *et al.* Primary care assessment from a male population perspective. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 71, n. 2, p. 236-243, abr. 2018. FapUNIFESP (SciELO).

SILVA, Doane Martins da *et al.* ACESSIBILIDADE DO HOMEM AOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA: UMA APROXIMAÇÃO COM A BIOÉTICA DA PROTEÇÃO. **Cogitare Enferm**, Bahia, v. 3, n. 18, p. 573-578, jun. 2013.

SILVEIRA, Carla Lúcia Gomes *et al.* ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife, v. 3, n. 11, p. 1528-1529, mar. 2017.

SOLANO, Lorrainy da Cruz *et al.* O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária Man's access to health services in primary care. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.L.], v. 9, n. 2, p. 302-308, 11 abr. 2017. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO.

TONG, Seng Fah *et al.* Malaysian primary care doctors' views on men's health: an unresolved jigsaw puzzle. **Bmc Family Practice**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 1-10, 12 maio 2011. Springer Science and Business Media LLC.

WALKER, S. H. *et al.* Are limited opening times really to blame for men's underuse of healthcare services? **Bmj**, [S.L.], v. 344, n. 3, p. 8214-8214, 4 jan. 2011. BMJ.

WHITLEY, Elizabeth M. *et al.* Building Effective Programs to Improve Men's Health. **American Journal Of Men'S Health**, [S.L.], v. 1, n. 4, p. 294-306, 26 nov. 2007. SAGE Publications.

WILLIAMS, Scott *et al.* Survey of State Public Health Department Resources for Men and Boys: identification of an inadvertent and remediatable service and health disparity. **American Journal Of Men'S Health**, [S.L.], v. 4, n. 4, p. 344-352, 21 jan. 2010. SAGE Publications.

Capítulo 6

GÊNERO E VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO NO MATO GROSSO DO SUL (2015-2020)

Aldierica Pissoli Menezes Barros¹

Luciana Henrique da Silva²

Resumo: O presente artigo pretende analisar as políticas públicas e as campanhas educativas permanentes para o enfrentamento contra a violência contra as mulheres, desenvolvido pela Subsecretaria de Políticas Públicas para as Mulheres, juntamente com os órgãos de segurança pública e do sistema de justiça do estado de Mato Grosso do Sul. O trabalho também procura desenvolver um levantamento da violência contra mulher, a partir dos anos de 2015 até 2019, buscando fazer um panorama da cultura patriarcal e a desigualdade de gênero. Para isso a metodologia utilizada será a análise de dados documentais retirados da internet, principalmente de sites governamentais e de levantamento bibliográfico sobre a violência contra a mulher, mais especificamente a violência doméstica, relações de gênero e patriarcado. A pesquisa procura demonstrar os principais problemas para o enfrentamento a violência contra a mulher por meio das políticas públicas em vigor no estado de Mato Grosso do Sul, fazendo uma análise dos dados divulgados pelo governo.

Palavras – chave: violência doméstica, políticas públicas, desigualdade de gênero

Abstract: This article aims to analyse public policies and ongoing educational campaigns to combat violence against women, developed by the Undersecretary of Public Policies for Women, together with the public security agencies and the justice system of the state of Mato Grosso do Sul. The work also seeks to develop a survey of violence against women, from the years 2015 to 2019, seeking to make a panorama of patriarchal culture and gender inequality. For this purpose, the methodology used will be the analysis of documentary data taken from the internet, mainly from government websites and bibliographic survey on violence against women, specifically domestic violence, gender relations and patriarchy. The research seeks to demonstrate the main problems to deal with violence against women through the public policies in force in the state of Mato Grosso do Sul, analyzing the data released by the government.

Keywords: domestic violence, public policies, gender inequality

Introdução

O artigo tem como objetivo analisar as políticas públicas e as campanhas educativas permanentes implantadas pela Subsecretaria de Políticas Públicas para as Mulheres, do estado de Mato Grosso do Sul, visando minimizar a discriminação de gênero e suas consequências, verificando o impacto que as mesmas tiveram nos índices de violência contra as mulheres ocorridos nos últimos anos, dando ênfase a violência doméstica. Pretende – se averiguar se essas medidas (políticas públicas e campanhas) adotadas pelo governo

¹ Graduada em Licenciatura em Pedagogia pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. E-mail: aldiecapmbarros@outlook.com.

² Graduada em Bacharelado em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Paraíba (1999), mestrado em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (2002) e doutorado em Ciências Sociais pela Universidade Federal de São Carlos (2007). Atualmente é professor de ensino superior da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. E-mail: lucianahds@gmail.com.

do Estado de Mato Grosso do Sul, através da Subsecretaria de Políticas Públicas para as Mulheres estão sendo eficazes para o enfrentamento de violência contra as mulheres desde o ano de sua criação.

A nossa hipótese foi de que a violência contra a mulher; passou a ser discutidas e analisada por toda sociedade, ampliando as políticas públicas e campanhas relacionada ao tema, fazendo com que mais mulheres denunciasses as violências sofridas.

Para tal, foi realizado uma pesquisa bibliográfica por meio de artigos retirados no site do Portal de Periódicos CAPES/MEC, sobre os temas: enfrentamento da violência doméstica contra mulheres na última década, artigos da Scielo, livros e capítulos de livros relevantes ao assunto. Para a análise das políticas públicas e campanhas foi realizada a análise de documentos retirados da internet, principalmente de sites governamentais.

A proposta desse artigo é contribuir para uma melhor compreensão dos conceitos de patriarcado e gênero, contribuindo com algumas reflexões sobre a violência contra a mulher e a desigualdade de gênero. O artigo busca contextualizar a importância da implantação das políticas públicas para o enfrentamento a violência contra a mulher, em especial ao estado de Mato Grosso do Sul.

O presente artigo está dividido em duas partes, a primeira parte traz os conceitos de Patriarcado e Gênero e suas contextualizações, a definição de violência doméstica e suas características, complementada pela Lei Maria da Penha (11.340/06) e a importância da implantação das políticas públicas para o enfrentamento da violência contra as mulheres. Já a segunda parte apresentamos as políticas públicas, campanhas permanentes, projetos e programas de enfrentamento da violência contra as mulheres do estado de Mato Grosso do Sul, trazendo dados dos últimos cinco anos dos casos de feminicídio, da lei qualificadora do homicídio (feminicídio) e violência doméstica que apontam o estado como ocupando o terceiro lugar no ranking da violência contra a mulher em relação aos demais estados do Brasil.

PATRIARCADO E GÊNERO

A desigualdade de gênero entre homens e mulheres é “historicamente compreendida por uma relação social, com determinantes específicos para o sexo masculino e feminino, estabelecendo funções, papéis e comportamento a qual os indivíduos tenham que desempenhar o social, que deriva da cultura e da sociedade”. (SANTOS, 2011, p. 03) produzido por relações sociais hierárquica nas quais os homens exercem o poder, marcado pela submissão feminina.

Essas relações sociais ou de gênero “pode representar uma categoria social, histórica, se tomado em sua dimensão meramente descritiva, ainda que seja preferível voltar à velha expressão categoria de sexo.

Nesse sentido, o conceito de patriarcado nos auxilia a entender como são produzidas e reproduzidas essas desigualdades historicamente. O patriarcado perpassa todas as relações e instituições sociais:

Se configura como uma relação não privada, mas sim civil, que dá direitos sexuais aos homens sobre as mulheres, praticamente sem restrições, em uma configuração hierárquica da relação que se apresenta em todos os espaços sociais, possui uma base material, corporifica-se e baseia-se tanto em uma ideologia quanto na violência. (SAFIOTTI, 2011, p. 57\58):

O conceito de patriarcado é importante porque nos ajuda a compreender o patriarcado em uma dimensão mais ampla, relacionando-o a mercantilização de todas as relações sociais e as desigualdades de gênero e as de classe:

Como já se mostrou, o patriarcado, com a cultura especial que gera e sua correspondente estrutura de poder, penetrou em todas as esferas da vida social, não correspondendo, há muito tempo, ao suporte material da economia de oikos (doméstica). De outra parte, o capitalismo também mercantilizou todas as relações sociais, nelas incluídas as chamadas específicas de gênero, linguagem aqui considerada inadequada. Da mesma forma, a raça/etnia, com tudo que implica em termos de discriminação e, por conseguinte, estrutura de poder, imprimiu sua marca no corpo social por inteiro. (SAFFIOTI, 2011, p. 125/126).

Para Saffioti não é possível compreender as relações patriarcais dissociadas do modo de produção capitalista e as desigualdades de raça/etnia no Brasil, visto que fazem parte do nosso processo histórico e social. Para ilustrar a autora se refere a um nó frouxo no qual uma outra dimensão adquire maior visibilidade. De acordo com Peixoto e Helborn:

É preciso considerar o peso negativo, culturalmente construído, conferido à solidão da mulher jovem e adulta. Esta parece ser incompatível com os ideais de casamento e maternidade historicamente reservados ao gênero feminino. O valor atribuído à vida compartilhada é de tal ordem, que o gosto pela solidão é apresentado como “anorexia social”. (PEIXOTO/HEILBORN, 2016, p. 47)

No decorrer dos anos as mulheres conseguiram um espaço maior na sociedade, ocasionando assim mudanças culturais e na estrutura familiar, onde foram estabelecidas leis nacionais e internacionais, na busca de igualdade de gênero em relação a seus direitos humanos.

Entretanto “a base material do patriarcado não foi destruída, não obstante os avanços femininos, quer na área profissional, quer na representação no parlamento brasileiro e demais postos eletivos políticos” (SAFFIOTI, 2011). Nos últimos anos, as mulheres passaram a conquistar mais espaços na vida pública, as continuam enfrentando sérios problemas como assédio moral e sexual, prejudicando seu desempenho de laborar, que em muitos casos podem gerar consequências em sua saúde física e mental.

Sua inserção e participação no mercado de trabalho foram marcadas por desigualdades em relação ao trabalho masculino, incluindo diversas formas de exploração e discriminação, como longas jornadas de trabalho, salários inferiores aos dos homens, maiores índices de desemprego e discriminação em relação à maternidade. (NASCIMENTO/VILLAS BÔAS, 2017, p. 79)

Além disso, algumas mulheres destacam o trabalho fora de casa como uma das causas das brigas com seus companheiros íntimos.

[...], grande parte do conflito do “amar demais” reside na busca por conciliar um papel tradicional da mulher – dedicada ao marido, aos filhos e à manutenção do lar – com a mulher moderna – autônoma, financeiramente independente, que investe e valoriza a vida profissional. (PEIXOTO/HELBORN, 2016, p. 51)

A violência praticada contra as mulheres em todo Brasil, é considerada um problema que repercute na saúde pública de modo geral e que são negligenciadas por profissionais da saúde: “apesar de estar presente cotidianamente na rotina dos serviços de saúde, o desconhecimento dos profissionais do setor sobre esse problema e seu enfrentamento contribui para a subnotificação” (Barros, 2016, p. 597).

Contudo, mesmo que haja direitos estabelecidos, desenvolvendo estudos e orientando vítimas com informações sobre os vários tipos de violência existentes, as ações governamentais de enfrentamento contra a violência contra a mulher, não se tem uma estatística do contexto real da violência ocasionada em locais privados ou públicos pela falta de envolvimento em partes das instituições e de gestão pública. Por outro lado, “Cristalizar a mulher como vítima e o homem como agressor não dá conta da complexa trama da violência privada” (PEIXOTO, HEILBORN, 2016, p. 56). Daí a necessidade da compreensão das relações estruturais que a configuram para a elaboração de políticas públicas que possam atuar sobre as desigualdades de gênero.

Saffioti (2011, p. 17) define a violência “como ruptura de qualquer forma de integridade da vítima: integridade física, integridade psíquica, integridade sexual, integridade moral” de todos os tipos quando seus parceiros não se sentem satisfeitos ou ameaçados na relação do casal. Alguns fatores ocasionam a violência sofrida por essas mulheres, são: o uso de álcool, drogas ilícitas, ciúme excessivo e a não aceitação do término da relação. Esses fatores dados a violência aplicada pelo agressor pode ser uma reprodução do poder patriarcal, uma discrepância a verdade real dos fatos.

Vários são os tipos de violência sofridas por mulheres, as quais estão previstas na Lei 11.340/2006, conhecida como: Lei Maria da Penha, encontrados no capítulo II, art. 7º, incisos I- a violência física, II- a violência psicológica, III- a violência sexual, IV- a violência patrimonial e V- a violência moral. Essa lei abrange uma política onde vários setores, além do âmbito judiciário e criminal, a saúde, assistência social, educação, saúde pública, trabalho e emprego para a independência financeira.

Esses setores tem um único objeto, com diferentes olhares, no qual resulta de um ato concreto, fazendo uma articulação entre a União, estados e municípios e os três poderes, em um processo de atuação e criação de políticas públicas, programas e serviços para o enfrentamento de violência contra as mulheres.

A Lei Maria da Penha é decorrente de uma “quase imposição” da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, ao qual o Brasil em detrimento a condenação no processo movido por Maria da Penha Fernandes, recomenda a intensificar o processo de reforma contra a tolerância e a discriminação no que diz respeito a violência doméstica contra as mulheres brasileiras. A Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006) em seu artigo 1º prevê a “criação de mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher” (BRASIL, 2006), que segundo Varon:

A violência doméstica é aquela perpetrada pelos homens³ da família. Direcionada as mulheres por serem mulheres. E que a partir de uma relação afetiva, acontece principalmente no ambiente da casa, no lugar onde os participantes moram; se caracterizando pela rotinização e habitualidade (VERON, 2014, p. 10-11)

A violência doméstica é vista como forma específica da violência de gênero, onde grande parte das mulheres somente compreende e identifica a agressão física como sendo a única forma de violência sofrida, e se torna ainda mais complexo o problema, pois se faz presente em um relacionamento entre a mulher e seu agressor, em um envolvimento afetivo e de dependência, que para Safiotti (2011, p. 83): [...], ignora fronteiras de classes sociais, de grau de industrialização, de renda per capita, de distintos tipos de cultura (ocidental x oriental) etc. Se configura como uma violência democrática, onde a classe social não é abstrata, com relações interpessoais e dependentes e que as denúncias ainda estão restritas a determinada classe.

A busca por ajuda contra a violência doméstica, na maioria das vezes, se dá depois de várias agressões, pois geralmente pelo desconhecimento das demais formas de violência a “vítima agredida” já vinha sofrendo anteriormente, com outros tipos de violência, como: a violência psicológica, a patrimonial, a sexual e a moral e não sabe. Onde segundo Peixoto e Heilborn: “Alguns aspectos dificultam a denúncia do parceiro, como: dependência financeira; presença de filhos; medo de retaliação; vergonha da agressão; e estigma do divórcio”. (2016, p.55).

É uma naturalização do fenômeno em sociedade, que deve ser visto não apenas pela divisória de um elemento sendo ele opressor e vítima, que presumidamente não ocorre somente em ambiente privado, que tem disposição a ser habitual, repetitivo, onde o agressor pode ser um membro consanguíneo ou não, estar no seu convívio diário ou não.

Não há dificuldades em se compreender a violência familiar, ou seja, a que envolve membros de uma mesma família extensa ou nuclear, levando-se em conta a consanguinidade e afinidade. Compreendida na violência de gênero a violência familiar pode ocorrer no interior do domicílio ou fora dele, embora seja mais frequente o primeiro caso. (SAFIOTTI, 2011, p.71)

³ De acordo com o art. 5º, III, da Lei 11.340/2006, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independente de coabitação. Assim é independente o gênero do agressor, podendo ser uma outra mulher a agressora.

De acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, os atos de violência doméstica, perpetrados contra muitas mulheres no Brasil, aumentaram 0,8% em comparação aos anos anteriores a 2018, atlas da violência 2020 quando foram feitas as últimas atualizações. As estatísticas mostram que a cada 2 minutos é registrado um novo caso de violência, são casos onde as cifras ocultas nem sempre são computados por não terem os números exatos das ocorrências, dessa forma, se faz a necessário a implantação das políticas públicas para coibir o avanço da violência perpetrada contra as mulheres.

Segundo Gianezini et al. (2017, p. 18) as políticas públicas, são: “em uma democracia, questões de ação coletiva e de distribuição de bens coletivos e, na formulação da escolha racional, requerem o desenho de incentivos seletivos, [...], para diminuir sua captura por grupos ou interesses personalistas”, as quais as políticas públicas sociais não produzem efeitos iguais para homens e mulheres. Contudo essas diferenças devem ser discutidas, tanto na esfera política como em sociedade, deixando o assistencialismo de lado e abordando a transversalidade de gênero havendo assim uma equidade de gênero e não apenas uma igualdade formal.

Para a elaboração de políticas públicas é necessário que se faça uma análise: “[...] primeiramente, se defina o problema, e, a partir daí, realize um planejamento, implemente a ação da política, acompanhe a mesma por meio da observação, avalie e faça um (re) planejamento, caso necessário”. (Souza, 2006, p. 1008)

Para que haja a reivindicação das políticas públicas para o enfrentamento contra violência contra as mulheres, é fundamental haver um consenso básico para o problema em questão. O artigo “Entre pesquisa e militar: engajamento político e construção feminista no Brasil”, são feitos estudos sobre Conferências realizadas tanto em âmbito estadual e nacional, um exemplo citado nesse trabalho diz respeito ao “aborto⁴”, onde há discordância sobre o assunto, não se chegando a um consenso sobre o tema, dificultando uma lei que legalize e proteja as mulheres em caso de violência até mesmo praticados por parceiros ímimos.

Em linhas gerais, é importante sublinhar que a disputa semântica entre a demanda por “descriminação” / “legalização” do aborto se dá no interior do campo feminismo e engaja apenas parte das mulheres delegadas presentes na conferência, muitas delas claramente contra qualquer mudança em relação à legislação do aborto, estas últimas articulando fortemente discursos religiosos em “defesa da vida”. (MELLO/FERNANDES/ GROSSI, 2013, p.19)

As políticas públicas baseadas em estatísticas segundo Moraes (2014, p.26), “ são instituições sócio econômicas governamentais, que sugerem um modo de sociedade, não apenas nas escolhas políticas, mas na maneira própria de pensar a vida da população de modo padrão a partir de termos mensuráveis”, direcionando

⁴ No Brasil não existe aborto legal, mas exceções onde o crime do aborto não é punido no nosso país, assim nos casos em que a gestação implica risco de vida para a mulher, em caso resultante de estupro e nos casos do feto for anencefalia a gestação pode ser interrompida. Um dos grandes problemas é a morosidade que existe nesses processos para a interrupção da gestação, pois o aborto somente poderá ser realizado somente até o terceiro mês de gravidez.

modelos de produção de índices, fabricados pelo governo, onde não se abrange uma nova construção, assim as mulheres permanecem com seus princípios e potencialidades estagnados no tempo.

POLÍTICAS PÚBLICAS DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO.

O Mapa do Femicídio⁵, divulgado em junho desse ano, apresentou um balanço das mortes violentas contra mulheres, que ocorreram entre os anos de 2015 a 2019 no estado de Mato Grosso do Sul. No Estado do Mato Grosso do Sul foi registrado um aumento de casos de feminicídio nos últimos 5 anos ocupando o 3º. lugar no Brasil devido ao número de ocorrências com uma taxa de 2,6% por mil mulheres/habitantes. No total foram 140 consumado e 318 tentados. Os casos de violência doméstica de 2015/2019 são os crimes com maior proporção, em uma média de aproximadamente 50 casos de registrados ao dia no estado nos anos de 2015 a 2019.

A violência doméstica tem o maior número de incidência no país e está relacionado ao uso de drogas lícitas, a baixa escolaridade, comportamentos de violência familiar, desigualdade de gênero, evidenciação de maltrato a crianças e adolescentes.

A Organização Pan-Americana/Brasil, juntamente com a Organização Mundial de Saúde, com atualizações feitas em 2017, indica que a violência doméstica é aquela que, “se refere o comportamento de um parceiro ou ex - parceiro que causa danos físicos, sexuais ou psicológicos – incluindo agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos de controle”. (OPAS/OMS Brasil, 2017).

Conforme os dados divulgados no Mapa do Femicídio, as vítimas, na maioria dos casos, tiveram sua residência como o local do crime com maior índice, com predomínio de arma branca e em seguida arma de fogo e não há data específica ou hora. De acordo com o perfil da vítima, “[...]. A violência doméstica é cruelmente democrática e atinge mulheres de todas as idades, de todos os credos, de diferentes níveis sociais e educacionais”. (Mapa do Femicídio). A falta de conformidade por parte dos homens (mulheres também podem ser autoras) com a separação do casal é a maior motivação dos crimes, tendo o ciúme como outro argumento recorrente descrito pelos agressores, justificativas banais para as ocorrências dos crimes, que se deram por sentimentos de posse e menosprezo por parte das vítimas.

O estado de Mato Grosso do Sul foi um dos escolhidos dentre os demais estados do país para implantar as Diretrizes para investigar, processar e julgar com perspectiva de gênero as mortes violentas de mulheres pela ONU Mulheres e Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres em 2015.

⁵ O Mapa do Femicídio tem como finalidade a divulgação de dados de ocorrências registradas de violência contra a mulher (especificar quais os tipos de violência) e será lançado sempre em primeiro de junho, em homenagem a Isis Caroline, a primeira vítima após a instituição da tipificação de feminicídio no estado após a lei entrar em vigor no país.

Observa-se que até o momento da vigência da Lei do Feminicídio o estado de Mato Grosso do Sul, não proporcionava um respaldo específico ou aparato legal, para acolhimento das mulheres vítimas de violência, poucos eram os projetos e políticas de enfrentamento a violência contra mulheres pelo estado de Mato Grosso do Sul, tampouco a divulgação em campanhas.

Essa implantação e adequação aconteceu, em seguida a lei nº 13.104, de março de 2015, a Lei do feminicídio que é um agravante ao crime de homicídio, uma qualificadora, com penas maiores às vítimas de violência doméstica e familiar, ou provocados pela condição de gênero. Deste trabalho fizeram parte os órgãos de segurança pública e do sistema de justiça, coordenados pelo órgão gestor estadual das políticas para mulheres (Decreto Estadual nº 14.391/2016). O seu principal resultado de trabalho foi a criação do “POP FEMINICÍDIO”, um manual para procedimento operacional padrão, que tem como objeto principal ensinar como proceder no primeiro atendimento às vítimas de casos de feminicídio e violência doméstica.

Nele contém os procedimentos técnicos para acolhimento das vítimas que foram publicados no Diário Oficial (DOMS) em 19 de fevereiro de 2016⁶. Estes procedimentos foram estabelecidos, [...], “incluindo a perspectiva de gênero para a investigação de crimes com mortes de mulheres (feminicídio), detalhando e otimizando a atuação de cada instituição. (Mato Grosso do Sul, 2018, p.20).

O estado de Mato Grosso do Sul possui atualmente 12 delegacias de atendimento à mulher, sendo uma Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM) que funciona 24 horas localizado na cidade de Campo Grande (capital do estado) segundo o site www.naosecale.ms.gov.br, “A Delegacia de Atendimento à Mulher de Campo Grande foi implantada no ano de 1986, destacando-se como a segunda do Brasil (*a primeira foi na cidade de São Paulo, em 1985*)” e 11 DAM localizadas em vários municípios no interior do estado: Aquidauana, Coxim, Corumbá, Dourados, Fatima do Sul, Jardim, Naviraí, Nova Andradina, Ponta Porã, Paranaíba e Três Lagoas, em funcionamento das 7:30h às 17:30h de segunda a sexta-feira. Esses polos não funcionam 24 horas como a DEAM de Campo Grande, sendo um problema para a mulheres que buscam ajuda, pois, com essas unidades fechadas no período noturno e nos finais de semana, ficam restrito as delegacias civis, que em muitos casos sugerem o encaminhamento para a DAM, onde muitas ocorrências podem ser tarde para uma solução.

Em uma análise dos dados divulgados pela polícia civil, observamos que as Ocorrências Registradas no DEAM entre os anos de 2018 e 2019 tiveram um aumento considerável, de 7.415 para 8.086, um percentual de 9,0% no decorrer de um ano. Nas DAMs o aumento foi de 10,1%, foram registradas em 2018, 12.268 ocorrências, já em 2019, atingiu o total de 13. 511. Em tempos de pandemia devido a COVID 19, o relatório de fluxo de atendimento, faz um balanço do mês de setembro deste ano de 2020, onde a Delegacia

⁶ No site www.naosecale.ms.gov.br a Resolução SEJUSP nº 847, de 02/08/2018, se tem acesso na íntegra ao manual, publicado no Diário Oficial nº 9.712 em 03 de agosto de 2018.

Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) efetuou 203 boletins, esses números são considerados baixos, tendo havido uma queda brusca.

Com o surgimento da pandemia de covid-19 houve uma redução nas denúncias de violência doméstica no estado. Entretanto isso não representa a realidade, pois maior convivência, no atual período de isolamento, entre vítimas e agressores faz com que seja mais difícil a procura por atendimento das vítimas de violência, por esse motivo em abril desse ano, houve o lançamento do site www.naosecale.ms.gov.br, possibilitando às vítimas em tempos de pandemia, uma forma de denunciar seus agressores ou tirar dúvidas sobre o assunto em questão. O site permite ainda o acesso ao aplicativo “MS digital” no ícone “Mulher MS”.

. Segundo o relatório feito pelo Fórum Brasileiro de Segurança sobre violência doméstica, lançado em abril desse ano, foram citadas algumas das propostas do secretário da ONU para garantir o atendimento às vítimas: “Entre as propostas, destacam-se maiores investimentos em serviços de atendimento online, estabelecimento de serviços de alerta de emergência em farmácias e supermercados e criação de abrigos temporários para vítimas de violência de gênero”. (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020, p. 3).

A Casa da Mulher Brasileira é outro feito para assegurar o enfrentamento da violência contra a mulher e foi inaugurada em 03 de fevereiro de 2015, sendo a primeira no Brasil a ser construída e implantada no estado de Mato Grosso do Sul, como forma de enfrentar a violência contra mulheres. Dentro da unidade, funciona a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), que hoje trabalha 24 horas por dia e abriga a primeira Vara Especializada em Medidas Protetivas e Execução de Penas do País. A administração fica a cargo da Prefeitura Municipal de Campo Grande, que o mesmo repassa para o serviço a Subsecretaria Municipal de Políticas Públicas para Mulheres (SEMU).

As Polícias Civil e Militar em conjunto com as demais instituições, também proporciona ações e programas para o enfrentamento da violência contra as mulheres no estado de Mato Grosso do Sul, assim a Polícia Civil com o objetivo de melhorar a situação das vítimas, onde as cidades com alto índice de violência doméstica e que não há Delegacia de Atendimento à Mulher (DAM), através da delegacia Geral da Polícia Civil está implantando as “SALAS LILAS”, com o intuito de fazer com que a espera por atendimento as vítimas seja o menos traumática, criou-se também um site para denúncias online, sendo que as denúncias serão feitas através da Delegacia Virtual, e também um aplicativo chamado “MS Digital” e uma seção de estatística e análise criminal, que serve para coletar de dados para tomada de decisões a curto e longo prazo, contudo, a Polícia Militar, implantou o PROMUSE: Programa Mulher Segura, a Polícia Militar do estado de MS, através da Portaria PMMS n° 032/2018, realiza um trabalho junto às mulheres e às famílias vítimas de violência doméstica.

Outra fonte divulgada no Mapa do Feminicídio/2020 que propõe ações no estado é a Subsecretaria de Políticas Públicas para Mulheres do estado de Mato Grosso do Sul tem por objetivo a elaboração e

desenvolvimento de ações e campanhas educativas permanentes para a conscientização da sociedade, podendo ser definida como: “órgão estadual de articulação e gestão das políticas públicas para mulheres, vinculado à Secretaria de Estado de Governo e Gestão Estratégica, visa sua atuação assegurando a transversalidade, a intersetorialidade e o trabalho em rede como princípios norteadores” (MAPA FEMINICÍDIO, p. 31, 2020).

Assim, o estado de Mato Grosso do Sul a partir do ano de 2015, elaborou campanhas permanentes de enfrentamento a violência contra as mulheres, com caráter de conscientização prevenção sensibilização divulgação e educativa de serviços e mecanismos legais disponíveis para a proteção e auxílio a mulheres de um modo geral.

Campanhas Permanentes.

Lei e ano de implantação	Campanhas	Objetivos
Lei estadual nº 4.784/2015	Campanha dos 16 dias de ativismo pelo fim da violência contra mulheres	Dia 25 de novembro entrou no calendário oficial do Estado como data de sensibilização e conscientização da sociedade sobre a necessidade de prevenir e erradicar todas as formas de violência contra a mulher
Não a Lei/ 2015	“Maria da Penha vai à escola”	Programa permanente de ações educativas para alunos/as de escolas públicas estaduais, realizado desde 2015 por meio de palestras e rodas de conversa, intensificadas no mês de agosto, como atividade principal da campanha Agosto Lilás.
Lei estadual nº 4.969/2016	Campanha Agosto Lilás	A maior campanha de prevenção e combate à violência doméstica e familiar de Mato Grosso do Sul, realizada pela Subsecretaria de Políticas Públicas para Mulheres do Estado de Mato Grosso do Sul desde 2016, por ocasião do 10º aniversário da Lei Maria da Penha, foi inserida no calendário oficial do Estado e tem como objetivo sensibilizar a sociedade sobre a violência doméstica e divulgar a lei.
Lei estadual nº 5.202/2018	Campanha estadual de combate ao feminicídio	Instituiu o dia 1º de junho como “Dia Estadual de Combate ao Feminicídio” e a primeira semana do mês de junho como a “Semana Estadual de Combate ao Feminicídio”, com a realização de diversas atividades para sensibilizar e conscientizar a sociedade, com objetivo de sensibilizar e conscientizar a sociedade sobre a violência sofrida pelas mulheres, que muitas das vezes leva à morte violenta, divulgar os serviços e os mecanismos legais de proteção à mulher em situação de violência e as formas de denúncia.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Mapa do Feminicídio, 2020

Além das Campanhas Permanentes o estado também nos últimos anos, algumas leis de efetividade foram aprovadas com o intuito de garantir direitos e proteção as mulheres do estado de Mato Grosso do Sul,

ao todo 23 leis⁷ beneficiando e ajudando ao combate à discriminação racial e social, preventiva, de conscientização, divulgação de serviços oferecido como: diagnósticos e tratamentos médicos, inserção em programas sociais, a escolarização, etc.

São políticas públicas modificadas de anos anteriores a 2015 e implantadas no estado, com ações voltadas a mulheres, que foram aplicadas e modificadas para o enfrentamento da violência contra as mulheres.

Averigua-se que mesmo com toda essa estrutura e esforço, segundo Pasinato (2015) em suas pesquisas na área da Ciências Sociais traz uma reflexão sobre a importância do atendimento dos serviços especializados para o enfrentamento da violência doméstica relacionando a aplicação e os resultados da Lei Maria da Penha.

Em que para a autora as fragilidades seriam: “Os principais obstáculos referem-se à quantidade de serviços especializados, as deficiências estruturais que muitos deles apresentam, e problemas relativos à composição, tamanho e especialização das equipes de profissionais” (pág. 537, 2015).

Para Santos, existe falta de interação por parte de algumas instituições que fazem parte da rede integrada e a resistência em mudanças estruturais e comportamentais por parte de alguns funcionários que neutraliza o processo.

As políticas públicas assim como as leis têm limites em suas esferas de atuação para mudar de modo abrupto valores tão arraigados e ao mesmo tempo incidir sobre a vida das pessoas. [...]. O mesmo raciocínio aplica-se à questão da violência contra as mulheres, com o qual a problemática da pobreza estabelece estreita relação. (SANTOS, 2016 p.13).

Considerações Finais

Durante a pesquisa realizada, foi possível perceber que a maioria dos estudos estão voltados para a área da saúde e do direito, configurando que o problema da violência de gênero está relacionado principalmente a esses dois campos de pesquisa, havendo uma lacuna, não percebendo que esse problema se caracteriza um problema sociocultural, com origens na sociedade brasileira desde o tempo da escravidão, se estendendo até os dias atuais.

Assim, essas pesquisas deveriam ser realizadas em outros campos, para uma maior amplitude e defrontação do problema social, não sendo encarada apenas como problema de saúde pública, compreendendo de fato o fenômeno em toda essa estrutura pertencente, e que apenas leis e penas mais severas não serão capazes de resolver esse problema.

O despreparo por parte dos integrantes de algumas instituições que fazem parte do grupo de apoio no enfrentamento contra a violência contra a mulher do estado de Mato grosso do Sul, foi outro problema encontrado no decorrer da pesquisa, pois um funcionário da delegacia civil, além de não saber se a instituição

⁷ No site <http://www.naosecale.ms.gov.br/leis-e-campanhas/>, leis e campanhas, algumas leis aprovadas pela Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso do Sul, na última década, que protegem e garantem direitos às mulheres.

em questão possuía o manual “POP FEMINICIO”, enviou outro documento, o Protocolo Nacional que entrou em vigor no ano de 2020.

Os resultados das políticas de enfrentamento a violência contra a mulher no estado de Mato Grosso do Sul, não causaram redução nos índices, ao contrário, de acordo com o Mapa do Femicídio lançado esse ano, de 2015 a 2019 houve um aumento gradual nas denúncias de violência doméstica e nos casos de feminicídio em todo o estado de Mato Grosso do Sul, pois até o ano de 2015 não eram contabilizados de forma exclusiva ao problema e assim as denúncias não eram divulgadas.

As Campanhas Educativas vêm sensibilizando e conscientizando, mulheres em todo o estado de Mato Grosso do Sul para que saibam as formas de violência que podem ser praticadas contra elas, seus direitos e tipos de proteções que elas podem se respaldarem, onde as Políticas Públicas do executivo procura através da Subsecretaria de Violência contra a Mulher minimizar esse problema social.

Mesmo assim, a falta de divulgação dos serviços prestados pelo poder público a população das políticas públicas do poder executivo existentes, o despreparo de alguns funcionários pela falta de uma gestão pública mais eficaz e a interação entre as instituições que formam a rede de enfrentamento a violência contra a mulher, são os principais problemas para o aumento dos índices no estado de Mato Grosso do Sul.

REFERENCIA

BARROS, Érika Neves de. Et al. *Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil*, Ciência & Saúde Coletiva, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000200591&script=sci_abstract&lng=en. Acesso em: 09 de jul. de 2020.

BRASIL. *Violência doméstica durante a pandemia de covid-19*. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 16 de abr. de 2020. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domestica-covid-19-v3.pdf>. Acesso em: 20 de nov. de 2020.

. Lei Maria da Penha. Lei n. 11.340/2006. *Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher*. Presidência da República, 2006 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm. Acesso em: 28 de out. de 2020.

. Fórum de Brasileiro de Segurança. <https://forumseguranca.org.br/estatisticas/>

. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820. Acesso em: 19 de dez. 2020.

. Lei n. 11.340 de 07 de agosto de 2006. Institui o Código Penal. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/>. Acesso em: 20 de jan. de 2021.

. ATLAS DA VIOLENCIA 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/>. Acesso em: 20 de jan. de 2021.

GIANEZINI, Kelly; et al., *Políticas Públicas: definições, processos e constructos no século XXI*. Revista de Políticas Públicas 2017. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/8262>. Acesso em: 23 de nov. de 2020.

MATO GROSSO DO SUL. Subsecretaria de Políticas Públicas para Mulheres. *MAPA DO FEMINICÍDIO*. Vol. I: 2020. Disponível em: <http://www.naosecale.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/MAPA-DO-FEMINICIDIO-VERSAO-FINAL-Luciana.pdf>. Acesso em: 30 de jul. de 2020.

. Subsecretaria de Políticas Públicas para Mulheres. *www.naosecale.ms.gov.br*. 2020. Disponível em: <https://www.naosecale.ms.gov.br/enfrentamento-a-violencia-contr-a-mulher-politicas-publicas-integradas-e-transversais/>. Acesso em: 19 de nov. de 2020

. Subsecretaria de Políticas Públicas para Mulheres. *Casa da Mulher Brasileira*. Disponível em: <https://www.naosecale.ms.gov.br/casa-da-mulher-brasileira/>. Acesso em: 20 de nov. de 2020.

. Procedimento Operacional Padrão Femicídio. Resolução SEJSP MS nº. 847. Diário Oficial, nº. 9.712, 2018. Disponível em: <http://www.naosecale.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/pop-certo.pdf>. Acesso em: 09 de dez. de 2020.

MELLO, Anahi; FERNANDES, Felipe B. M.; GROSSI, Miriam P. *Entre pesquisar e militar: engajamento político e construção da teoria feminista no Brasil*, Revista Ártemis; Vol. XV nº 1; jan-jul, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/artemis/article/view/16635>. Acesso em: 09 de jul. de 2020.

MORAES, Alana. *A Vida das Estatísticas a Vida Das Mulheres: Sobre as Possibilidades de Produzir Dados Afetados e o Caso da Pesquisa do IPEA*. Revista Ártemis, vol. XVII nº. 1; jan-jun, 2014. Disponível em: [file:///F:/violencia%20domestica/violencia%20domestica%20\(3\).pdf](file:///F:/violencia%20domestica/violencia%20domestica%20(3).pdf). Acesso em: 30 de jun. de 2020.

NASCIMENTO, Grasielle Augusta; VILLAS BÔAS, Regina Vera. *Direitos humanos da mulher: reflexões sobre violência e trabalho no brasil*. Revista de Direitos Humanos e Efetividade. 2017. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/2451/0>. Acesso em: 09 de jul. de 2020.

PASINATO, Wânia. *Oito anos da lei Maria da Penha. Entre avanços, obstáculos e desafios*. Revista Estudos Feministas, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2015000200533&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 23 de out. de 2020.

PEIXOTO, Mônica Monteiro; HEILBORN, Maria Luiza. *Mulheres que amam demais: conjugalidades e narrativas de experiências de sofrimento*. Estudos Feministas, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2016000100045&lng=pt&lng=pt Acesso em: 09 de jul. de 2020.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. *Gênero, patriarcado, violência*. Ed. Fundação Perseu Abramo, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.unirio.br/unirio/unirio/cchs/ess/Members/vanessa.bezerra/relacoes-de-genero-no-brasil/Genero-%20Patriarcado-%20Violencia%20-%20livro%20completo.pdf/view>. Acesso em: 05 de nov. de 2020.

SANTOS, Vanilda Honória dos. *A violência contra as mulheres na perspectiva do direito achado na rua: a cor das vítimas*. Revista de Movimentos Sociais e conflitos, 2016. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistamovimentosociais/article/view/314>. Acesso em: 09 de jul. de 2020.

SANTOS, Irenilda A. *VIOLÊNCIA DE GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS: os avanços sociais no atendimento das vítimas de violência doméstica em Cuiabá*. V Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2011. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/QUESTOES_DE_GENERO_ETNIA_E_GERACAO/VIOLENCIA_DE_GENERO_E_POLITICAS_PUBLICAS.pdf. Acesso em: 07 de dez. de 2020.

SOUZA, Celina. *Políticas Públicas: uma revisão de literatura*. Porto Alegre; 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16.pdf>. Acesso. 23 de nov. de 2020.

VERON, Maelly da Silva. HELEIETH I. B. SAFFIOTTI (1934-2010): CONTRIBUIÇÕES NORTEADORAS PARA PESQUISA SOBRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E INTREFAMILIAR CONTRA A MULHER. 2014. Disponível em: <http://eventos.ufgd.edu.br/enepex/anais/arquivos/242.pdf>. Acesso em: 06 de dez. de 2020.

Capítulo 7

GÊNERO(S), SEXUALIDADE(S) E SEXO NO ENSINO BÁSICO BRASILEIRO COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO DA CIDADANIA E COMBATE À ABJEÇÃO E AO MORTICÍDIO

Eduardo Henriques¹

RESUMO – Este artigo discute a fulcralidade do debate sobre questões de gênero(s), sexualidade(s) e sexo na escola básica brasileira a partir da perspectiva da educação para a cidadania preconizada pela Constituição Federal de 1988. Partindo do horizonte de violência contra formas de ser não cisheteronormativas, advinda de uma cultura de ignorância, preconceito e instrumentalização da força física para imposição a outrem de crenças religiosas e visões de mundo pessoais, o que macula tanto o Estado Laico como a democracia no Brasil, abordar-se-á, em consonância com documentos oficiais orientadores da educação nacional, tanto a relevância quanto o direito à experiência das supracitadas questões como objetos transdisciplinares em sala de aula. Embasando-se em Louro (2016, 2014), Miskolci (2015), Henriques (2019) e outros, o trabalho discute tais questões tendo a escola básica em perspectiva e o fito de, segundo um ensino libertador e cidadão, não fiduciário do Capital, nitidificar fazeres pedagógicos esclarecedores, avessos a preconceitos e estigmas marginalizadores e morticidas.

PALAVRAS-CHAVE – Gênero, Sexualidade e Sexo. Educação Cidadã. Paradigma da Diferença.

ABSTRACT – This article discusses the fulcrality of the debate on issues of gender (s), sexuality (s) and sex in the Brazilian basic school from the perspective of education for citizenship advocated by the Federal Constitution of 1988. Starting from the horizon of violence against forms of being non-cisheteronormative, arising from a culture of ignorance, prejudice and instrumentalization of physical strength to impose on others religious beliefs and personal worldviews, which taint both the Secular State and democracy in Brazil, will be approached, in consonance with official documents guiding national education, both the relevance and the right to experience the aforementioned issues as transdisciplinary objects in the classroom. Based on Louro (2016, 2014), Miskolci (2015), Henriques (2019) and others, the work discusses these issues with the basic school in perspective and the aim of, according to a liberating and non-fiduciary education of Capital, to sharpen enlightening pedagogical practices, averse to prejudices and stigmas of marginalizing and morticial.

KEYWORDS - Gender, Sexuality and Sex. Citizen Education. Difference Paradigm.

INTRODUÇÃO

Sentenciando a escola, Miskolci a apresenta como uma “tecnologia de gênero” (2015, p.41), a qual pode ser facilmente entendida como um equipamento da arquitetura cultural cujas formas estão diretamente vinculadas aos usos dos seus espaços, práticas essas marcadas muito mais pelas diferenças do que pelas semelhanças entre as pessoas que constituem o público-alvo desses ambientes – a comunidade escolar.

Logo, mais do que pensar questões concernentes à escolarização e ao acesso ao conhecimento letrado, a escola se materializa como parte de uma engenharia que advoga pela necessidade de reconhecer, classificar e apartar as pessoas pelas suas diferenças, notadamente as diferenças corporais. Disso advém a

¹ Professor do Departamento de Letras da Universidade Federal de Pernambuco – DL/UFPE. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Letras (Linguística) da Universidade Federal de Pernambuco – PPGL/UFPE.
E-mail: eduardohenriquesdearaujo@hotmail.com

estrutura de diferenciação por gênero. Historicamente, ela se constata, inclusive pelo currículo, haja vista que tanto esse documento quanto as instituições escolares brasileiras fizeram distinção de gênero desde o Período Colonial, com os Jesuítas, doravante 1530, e assim permaneceram até a primeira metade do século XX (RIBEIRO, 1993). Sobre isso, vale salientar que, ao longo de quatrocentos anos, instituições instrucionais vocacionadas às mulheres tinham por fito primaz zelar pela moral cristã e lapidação das moças para as obrigações domésticas e para os seus deveres esponsais e maternos, e, quando solteiras, orientá-las para o celibato e para a manutenção da virtude como forma de manter o bom nome de seus pais (FERNANDES, 2019).

Por outro lado, a outra ponta desta lógica genérica binária sempre teve uma educação orientada para a apreensão do mundo, o desenvolvimento intelectual e capital e a forja da autonomia. A escolarização masculina contava com “disciplinas científicas nos currículos e dava maior organização aos vários níveis do sistema educacional” (RIBEIRO, 1993, s/p), a fim de que se formasse uma elite intelectual e cultural masculina e dominante (MOACYR, 1937). Esse foi o percurso ao longo da história da escola brasileira, mesmo após a democratização educacional promovida no pós-Ditadura Militar, haja vista que as diferenciações de gênero nos âmbitos escolares seguem latentes, como nas atividades extracurriculares. Aos garotos é facultada prática de esportes, artes maciais e incursões tecnológicas, em escolinhas de futsal, judô e robótica, por exemplo, ao passo que para as garotas se abrem cursos de dança, interpretação, artes, havendo, por vezes, turmas de esportes, mas separadas dos meninos. É a engenharia de gênero na escola (MISKOLCI, 2017).

Consequentemente, há em decorrência disso uma cultura de educar os corpos, como assevera Louro (2016), pois as manifestações do ser de cada sujeito vão sendo enquadradas às expectativas sociais as quais a escola busca atender, sinalizando ao seu alunado o certo e o errado, no concernente, inclusive, ao moralmente valorado – ou não – pelos grupos ideológicos hegemônicos que aparelham a educação. E decorre disso as insistentes ações de forças conservadoras nacionais em alienar da escola e da experiência pedagógica formal uma educação para a sexualidade que atente à formação do alunado para um autoconhecimento sobre seus corpos, suas sexualidades e as práticas sexuais. Hooks (2016, p.115) salienta que “o mundo público da aprendizagem institucional é um lugar onde o corpo tem de ser anulado, tem de passar despercebido”, premissa válida para toda a comunidade escolar, no entendimento da autora, como se o saber e o conhecimento fossem experiências amorfas, não tivessem relação como nossas formas de ser no mundo, as quais advêm justamente das nossas formas de estar no mundo, e nossa presença se materializa tanto pela subjetividade quanto pelo corpo e as experiências sensoriais através dele empreendidas e pela mente significadas.

Além de ceifar as possibilidades de um aprendizado que leva em conta a consciência dos discentes sobre seus corpos e espaços no mundo, qual também a consciência sobre os corpos e os espaços de outrem, essa perspectiva obtusa edifica um “pressuposto de que a paixão não tem lugar na sala de aula” (HOOKS,

2016, p.115). Mas a lida com o saber, com o conhecimento e com a aprendizagem – qual também com o ensino – é essencialmente um engenho de paixões, já que deriva da curiosidade, da necessidade de expansão de si pela expansão do horizonte de mundo, pela sede pelo novo, pelo desconhecido, pela ânsia pela pesquisa, dentre outros. Não há escola sem paixões. E mais, na escola também estão as paixões do corpo, pois é nela que estudantes de variadas idades e realidades descobrem seus corpos, suas sensações, suas transformações, suas atrações. Negar as paixões à escola é nulificar parte nodal da essência humana daqueles corpos que constituem a própria escola.

Agrava-se a questão quando se verifica a resposta anômala criada para lidar com a pluralidade do assunto e a delicadeza da realidade dos corpos para cada sujeito. Parafraseando Adichie, tem-se por história única a lógica de corpos avessos, porém pareados e complementares sob a lógica biológica da finalidade procriadora como única função desse escopo anatômico. A partir desse engodo, estruturas hegemônicas afiançaram a binariedade cis-heteronormativa como versão e possibilidade única para todos os corpos da humanidade, consoante tratativas religiosas, patriarcais, burguesas e de manipulação científica (AMBROSINO, 2017). E mais, essa lógica para as sexualidades, a qual também incide sobre o sexo e as práticas sexuais, inclusive no tocante à sexualidade como efetivo reprodutor, necessitado de santificação, sacramentalidade e dogmatização, comunga de um paradigma maior – a binariedade. Tomando por base unicamente a morfologia externa dos corpos, e exilando a consciência e a psique dos sujeitos, afixou-se Masculino e Feminino como a totalidade das possibilidades de leitura dos corpos, havendo um enquadramento compulsório nessas categorias a partir da anatomia corpórea exibida no momento do nascimento. Isso torna estereis as possibilidades de os sujeitos sentirem seus corpos e sentirem-se neles, a fim de reconhecerem como os experienciam e como almejam/necessitam experienciar o mundo através deles.

Nesses termos, aplicar tais fundamentos distorcidos à sala de aula significa produzir e difundir uma cultura que reconhece formas e leituras estanques sobre os gêneros sociais, as sexualidades e as práticas sexuais, dentro de uma normatização prescritivista que busca padronizar os sujeitos e eliminar as diferenças, quais fossem deturpações, “depravações” (AMBROSINO, 2017). Por conseguinte, essa obsessão pela poda das diferenças e apagamento das diversidades produziu uma chancela para ações escandalosas de perseguição e violência de humanos contra humano, qual versava Hobbes, “o homem é o lobo do homem”. Em termos atuais, o Brasil ostenta troféus de sangue como o país que mais mata não heterossexuais no mundo – mesmo não sendo crime -, como gays, lésbicas, identidades não-binárias e transexuais (MENDES & SILVA, 2020; FOLHA, 2019; SENADO, 2018).

Por conseguinte, nitidifica-se a urgência de uma educação que concorra no sentido oposto à história única sobre corpos, gêneros sociais, sexualidades e práticas sexuais, notadamente nulificando práticas de apagamento, mas sim pedagogizando tais questões e tratando delas à luz de um fito formativo. Tudo isso para que a educação escolar confira a devida consciência de si e de outrem, bem como autonomia e liberdade

democrática aos sujeitos serem qual anseiam e necessitam identitariamente ser, tal qual averbam a Constituição Federal e documentos específicos à educação, como a LDB, os PCN, os Temas Transversais, a BNCC e as OCEM. Assim, discutir-se-á a inviabilidade constitucional da promoção da educação sexual nas escolas, bem como a imperativa demanda pelo papel da escola na mudança de paradigma cultural em favor do Paradigma da Diferença no combate às violências de gênero social, sexualidades e sexo no Brasil sob o intuito de consolidação de um Estado Democrático de Direito presentificado na experiência escolar dos cidadãos nacionais.

E POR QUE NA ESCOLA?

De acordo com Miskolci (2015) e Louro (2014), a escola pode significar uma instituição tanto de repressão e apagamento de identidades não normalizadas, quanto pode figurar como espaço de resistência, apoio e suporte às peculiaridades idiossincráticas de cada sujeito. Assim, verifica-se uma dualidade no tocante ao comportamento das instituições escolares, de forma que elas traduzem os conflitos paradigmáticos existentes na sociedade, estando imersas nessas querelas identitárias as questões de gênero social, sexualidades e sexo.

Esse contexto encontra imersão no âmbito educacional ora a partir das políticas públicas educacionais, as quais respondem às demandas ideológicas dos grupos de poder que operam o Estado ou financiam os grupos partidários que o subjazem, ora por meio do próprio cotidiano das escolas, segundo as práticas da comunidade escolar, estando essas alicerçadas na cultura e nas instituições sociais – Estado, família e igreja. Portanto, levar as identidades de gênero e as sexualidades para as salas de aulas como objetos de ensino e como formas de ser significa estar atento e atualizado à realidade de que, desde os primeiros momentos de vida, as crianças são socializadas segundo uma lógica binária de masculino *versus* feminino (LOURO, 2003). Derivam desse horizonte os comportamentos prototípicos, os arquétipos de homem e mulher na sociedade, os quais chegam às crianças por meio de protótipos socializados nas mais diversas situações interacionais, dentro e fora da escola, consoante construções de masculinidade e feminilidade sócio-historicamente (NERE & LIMA, 2010).

Adicione-se ao ilustrado que um instrumento basilar às experiências educacionais escolares é o currículo. Sobre esse documento, Oliveira (2015) saliente que há nele possibilidades dicotômicas em relação às formas de ser dos sujeitos em escolarização. Assim, a primeira delas aciona o aspecto normalizador e normatizador da educação, enquanto a segunda explicita que o mesmo guia pode figurar como um vetor de reflexão crítica, problematização e reorientação das vigentes estruturas culturais de abjeção e exclusão societária de formas de ser não subjugadas aos ditames e às metrificações hegemônicas de masculino e de feminino (OLIVEIRA, 2015).

No mesmo sentido, inserem-se no ambiente escolar as experiências prévias e realidades das pessoas que o compõem e vivificam. Conseqüentemente, a escolarização se constitui por um coletivo simultâneo de atravessamentos, pelos quais os sujeitos-educandos são atravessados pelas visões de mundo e apreciações valorativas (morais) de todos ao seu entorno, da mesma forma que igualmente os atravessa, responsivamente, com suas formas de ser e ver o mundo. Por sua vez, a figura docente tem fulcral importância na mediação também da experiência de entrar em contato com as verdades que constituem cada sujeito, o outro e o mundo, sendo papel imperativo da docência estimular aos discentes a reflexão crítica concernente aos diferentes horizontes de visão, o fomento a autonomia ética e o respeito às diferenças e às particularidades identitárias próprias e de outrem.

Destarte, aclare-se que a figura docente protagoniza em sala de aula a imersão sistemática das diretrizes curriculares na vida dos estudantes, de modo que suas práticas têm imperativa importância no tratamento de questões de relevância socioculturais que tanto atingem a escola quanto a individualidade de cada estudante (HENRIQUES, 2019). Por isso, no atinente às questões de gênero social e às sexualidades, a figura professoral tem em suas mãos a escolha pela postura pedagógica que irá assumir: se reforçará as estruturas societárias de abjeção, rejeição e marginalização de formas de ser não hegemônicas, incitando à manutenção do *status* de violência e morte contra pessoas cujas performances de masculinidade e feminilidade não atendem aos protótipos culturais; ou se advogará em favor das liberdades de existência e expressão identitária. Para tanto, a docência demanda estar consciente de que na instituição escolar agem “forças sociais que impõem, desde cedo, modelos de comportamento, padrões de identidades e gramáticas morais aos estudantes” (MISKOLCI, 2017, p. 36) e levar tal consciência crítica às suas práticas em sala de aula e, substancialmente, aos sujeitos-educandos, como parte de sua formação cidadã para a democracia, reconhecendo seus direitos de ser quem são e seus deveres de reconhecer e respeitar as formas de ser de outrem.

Logo, no anseio por uma educação para a cidadania, notabiliza-se que “a atitude docente frente ao socialmente abjeto tem peso determinante no olhar do educando sobre a questão, haja vista que afirmações de identidade e a marcação das diferenças acarretam em operações de inclusão e de exclusão” (HENRIQUES, 2019, p.140) não apenas em sala de aula, mas reverberam no olhar e nas ações do corpo estudantil dentro e fora da escola. Com isso, afirmações identitárias e negações à tradição arquetípica das formas de ser torturadoras das identidades dos sujeitos abrem caminho para reconhecer a diversidade das pessoas e cancelar as suas diferenças como traço natural, presente na natureza biológica e social de cada um. E, consecutivamente, nos termos de Silva (2000), espera-se que tais ações pedagógicas concorram para a formação de uma sociedade cuja escolarização, ao tomar os gêneros sociais e as sexualidades como objetos de ensino, fomente a sensibilidade de que “afirmar uma identidade consiste em assinalar fronteiras e promover

distinções entre o que fica dentro e o que fica fora”, e que tal afirmação, portanto, é trabalho exclusivo de cada um sobre si mesmo (SILVA, 2000, p.82).

Em face ao averbado, compreende-se, com efeito, que a comunidade escolar, com especial destaque à docência, deve ser entendida como uma “substância pedagógica de *sine qua non* importância no trato e na didatização de questões sociais que suplantam as diretrizes curriculares e os saberes disciplinares da pedagogia cartesiano-positivista da escola tradicional brasileira” (HENRIQUES, 2019, p.140).

Então, abrir as portas da escola para a discussão sobre as identidades, assertivamente as questões de gêneros sociais e sexo, diz em favor da naturalização do debate alusivo ao humano e às experiências humanas descortinadas dos tabus que milenarmente foram impostos por estruturas ideológicas hegemônicas que viram no controle dos corpos ferramentas de dominação social.

EDUCAR SOBRE AS FORMAS DE SER OU ENSINAR FORMAS DE SER?

Prosseguindo com a ênfase na figura docente, refletir acerca do seu papel a frente do trato das questões de gêneros sociais e sexualidades em sala de aula significa problematizar como tais assuntos são comutados a objetos de ensino e inseridos dentro de um projeto pedagógico de escolarização cidadã. Sob tal égide, suscita o debate acerca como tal protagonismo pedagógico reflete na vida discente dentro e fora da escola, conferindo-se relevo à promoção da saúde física e mental como quesito cerne. Todavia, para tal problematização, outra questão germinal vem à baila: o papel da escola é ensinar sobre as formas de ser ou ensinar formas de ser?

Em primeira instância, o que significa “ensinar sobre as formas de ser”? Ao tomar as identidades por objetos de ensino, a escola traga para a dimensão pedagógica questões não apenas de gêneros sociais e sexualidades, mas também de etnia/raça, religião, classe social, escolarização, modelos de família, realidade geográfica urbana e rural, dentre outros quesitos locais. São tópicos que precisam ser explanados em separado, para uma melhor compreensão, mas cuja culminância urgencia ser compreendida como um fenômeno coletivo, pois todos esses vetores constituem a identidade do sujeito. Essa trama necessita ser levada ao corpo estudantil como forma de perceberem o que constitui as identidades de todo sujeito, nitidificando que cada uma tanto espelha quanto refrata identidades outras, em função das relações sociais.

Logo, didatizar as identidades diz respeito ao fomento à reflexão de que “a questão da identidade, da diferença e do outro é um problema social ao mesmo tempo em que é um problema pedagógico e curricular” (SILVA, 2000, p.97). Trata-se de um problema social em virtude de que “o encontro com o outro, com o estranho, com o diferente, é inevitável” (SILVA, 2000, p.97), da mesma forma que é um problema de ordem pedagógica e também curricular “não apenas porque as crianças e os jovens, em uma sociedade atravessada pela diferença, forçosamente interagem com o outro no próprio espaço da escola”, mas também porque

motivar a pensar o outro e as diferenças entre os sujeitos necessita estar sempre em pauta, como uma preocupação pedagógica e curricular que concorre à formação dos sujeitos-educandos à luz da cidadania (SILVA, 2000, p.97).

Por tal horizonte, ensinar sobre as formas de ser é dar a saber que existem formas prototípicas de existência, pautadas por métricas hegemônicas ditadas por um grupo societário estrito, o qual faz uso de aparatos ideológicos e repressivos para induzir ou explicitamente forçar o coletivo social a se enquadrar. Complementarmente, tal ensinância reclama que sejam exploradas didaticamente outras formas de realização do ser, não apenas contra-hegemônicas ao arquétipo socialmente valorado, mas elucidar acerca das particularidades que estão imbuídas nessas identidades, explorando-as como construtos históricos sincrônicos e diacrônicos, bem como qual frutos das leituras, das experiências e atravessamentos pessoais de cada sujeito. Logo, a finalidade seria a ilustração da diversidade, das diferenças e da humanidade como um coletivo heterogêneo que erige sua riqueza cultural e sua produção de cultura consoante os dissensos que o incita ao aperfeiçoamento de si e do coletivo.

Em oposição a isso, o ensino das formas de ser, e não sobre elas, diz da didatização de determinadas identidades para fins de aprendizagem e apropriação, sob o fito de tais formas serem assumidas pelos sujeitos-educandos. Assim, diferentemente do ensino sobre as formas de ser, que almeja a apreensão, o ensino de específicas formas de ser objetiva a assimilação e a reprodução de tais protótipos normalizados, em detrimento da pluralidade genuína das formas de ser, as quais são focos de abjeção, repulsa, marginalização e apagamento – salientando as violências simbólicas, psicológicas e físicas envolvidas.

Comumente, as escolas mantêm o padrão secular de serem instrumentos de controle social, de maneira que, “na busca por uma padronização e enquadramento dos sujeitos, a instituição educadora incorre no erro histórico de buscar apagar as identidades, negando as subjetividades de seu alunado” (HENRIQUES, 2019, 139). Essa prática tem por finalidade expressa “imprimir uma cultura hegemônica de performance cultural que homogeneíze a toda a população” (HENRIQUES, 2019, p.139) segundo formas de ser arquetípicas, as quais são ensinadas aos sujeitos-educandos por meio de engenharias de comportamento que controlam os corpos desses estudantes e busca educar suas mentes para a reprodução de padrões de corpos comportados (LOURO, 2014).

Deriva de tal horizonte o fato de haver maior capilarização de práticas de ensino de formas de ser do que sobre as formas de ser, já que a primeira seleciona modelos a serem aprendidos e reproduzidos, enquanto a segunda vai desvelar a abundância de formas de ser existentes e possíveis, por meio de uma reflexão crítica sobre as identidades como construtos sociais e singulares de cada sujeito. Logo, sob a face de controle social que as instituições escolares carregam consigo no fito de desenvolver projetos societários capitaneados pelas elites políticas, o ensino das formas de ser acarreta na violação torturante do direito à individualidade e à subjetividade dos sujeitos-educandos.

Nos termos de Henriques (2019, p.139), “é assim que, não raro, afloram no espaço escolar querelas associadas às sexualidades abjetas (não heterossexual) e às identidades de gênero não normalizadas, também abjetas”, sendo tal cenário um aspecto da abjeção às identidades não normalizadas, não “educadas” (LOURO, 2016). Isso torna a escola um espaço de violências e um ambiente pedagógico marcado por múltiplas tensões, e que se encontra intimamente atrelado aos processos de produção e reprodução das desigualdades entre os sujeitos, valorando-os socialmente de forma diferenciada a partir de suas performances identitárias (PETITAT, 1994).

Em contrapartida, também são nos ambientes educacionais em que costumam aflorar posicionamentos críticos de reorientação paradigmática de verdades consolidadas dentro de uma comunidade cultural. Logo, a escola não apenas reproduz, mas cria, de forma que nela são semeadas mudanças e inovações socioculturais experienciadas por jovens e adultos com visões de mundo e realidades distintas, postas em diálogo. Assim, para os sujeitos-educandos e toda a comunidade escolar, a sala de aula se confirma como “oportunidade de colocarem à prova suas visões de mundo e refletirem juntos, entre dissensos e consensos, acerca dos mais plurais temas e problemas de suas realidades, em busca de soluções” (HENRIQUES, 2019, p. 137).

Nesse sentido, à luz das dicotomias presentes no currículo e na própria cultura escolar, tomando por base a sua natureza e propósitos históricos, recaem sobre os educadores as decisões e atitudes que assinalam a ensino como uma prática ideologicamente inclusiva ou excludente, como assinala Paulo Freire (2011). Por conseguinte, a postura docente “frente ao socialmente abjeto tem peso determinante no olhar do educando sobre a questão, haja vista que afirmações de identidade e a marcação das diferenças acarretam em operações de inclusão e de exclusão, via de regra” (HENRIQUES, 2019, p.140).

Conclusivamente, ensinar sobre as identidades elucidando a heterogeneidade advinda de suas singularidades únicas e irrepetíveis, segundo um desvelamento das diversidades e diferenças como traço constitutivo dos sujeitos, consiste em advogar em favor das plurais realizações do humano, das suas formas de ser como naturalmente múltiplas, processuais, socialmente atravessadas e performaticamente *sui generis*, portanto, identitárias. Opositivamente, afixar identidades prototípicas por metrificações de comportamento e educação de corpos significa, por sua vez, degradar e violentar as pessoas em suas questões mais íntimas e constitutivas. Por culminância, pensar o papel da escola e dos seus agentes educadores no trato das identidades como objeto de estudo, estando nisso contidas questões de gêneros sociais, sexualidades e práticas sexuais, revela-se de imperativa significância para a formação de sujeitos críticos, reflexivos, autônomos, letrados, saudáveis e cidadãos democráticos.

QUAL O PAPEL DA ESCOLA, DA DOCÊNCIA E DA SOCIEDADE?

Em face do horizonte aclarado, pensar o fazer da escola é, portanto, pensar o que a própria escola significa para a sociedade e, em contrapartida, por espelhamento, qual o significado da sociedade para a escola e as implicações desses significados no norteamento dos fazeres educacionais engenhados e empreendidos nas instituições escolares.

Historicamente, a escola teve papel singular na construção das sociedades, bem como no fortalecimento de ideologias de Estado que assinalavam formas de pensar enquadradas, consoante a explanação e a assimilação de verdades únicas, as quais apontavam para modelos de cidadãos, de cidadania e de nação especificamente forjados. Todavia, com a guinada democrática vivida no século XX, a escola brasileira adentra um processo mais profundo de deslocamento paradigmático, haja vista que sua essência de aparelhamento ideológico precisa ser comutada em uma natureza plurivozeadora de perspectivas ideológicas, democratizando pontos de vista e visões de mundo, pousando nas mãos de sua comunidade-educanda a escolha por essa ou aquela orientação ideacional.

Nesses termos, lançar luzes à escola democrática pode ser traduzido, portanto, como descortinar um ambiente em que o dissenso perde sua conotação caótica para ser aproximado do respeito às diferenças em convívio comum, mais do que a tolerância ao estranho. Assim, o Paradigma da Diferença emerge como lugar de acontecimento das diferenças, mais do que das diversidades, pois não há uma variabilidade de expressões identitárias, mas uma reunião de diferentes identidades não exatamente variadas de uma matriz, e sim de um coletivo de matrizes. Sendo esse espaço pelo qual todos os sujeitos experienciarão sua escolarização formal, a escola é, com efeito, o lugar de excelência do afloramento das diferenças identitárias que singularizam cada ser humano.

Por essa condição, o papel da escola enquanto instituição de tradução e de expressão do Estado Democrático é o de zelar e amparar cada sujeito-educando em seu processo de descobrimento de si mesmo. Da mesma forma, deve assegurar que cada forja de identidade reconheça a si e a outras identidades como espelhamentos, como parte umas das outras que demandam visceral compreensão empática, sensibilidade e acolhimento mútuo. Noutros termos, a experiência do florescimento identitário de cada estudante, em seu processo de amadurecimento social e biológico e psíquico, precisa ser visto pela escola como um momento de fragilidade e fortalecimento do sujeito, contraditoriamente, em que ele carece de explícito suporte e reconhecimento de sua individualidade por meio da abertura para si de espaços entre o coletivo – o que urgência ocorrer em igual abertura às diferenças de todas as identidades constituintes do espaço escolar, já que esse possibilita ver, por fim, a reunião de diferenças que constituem o humano e a própria sociedade.

E mais, para além do protagonismo do alunado frente às questões identitárias de gênero social, sexualidades e mesmo as práticas sexuais, à escola cabe igualmente ser espaço receptivo e acolhedor dos

demais membros de sua realidade humana – professores, gestores, técnicos, serventes, zeladores, forças de segurança, pais e familiares de estudantes *etc.* Em suma, trata-se de exercer e estimular o acolhimento ao outros naquilo que constitui esse outro por si mesmo, sem exercer colonialismos ideológicos, controladores das existências e experiências e delimitadores das possibilidades de acontecimento de cada forma de ser. Com isso, o papel da escola acaba sendo o de ensinar a si mesma a exercer a democracia das formas de ser e, conseqüentemente, abraçar as diferenças dos seres humanos naquilo que os humaniza e singulariza – suas identidades. Nesse processo de fazer-se pela e para as diferenças, o ambiente escolar culmina por não apenas mostrar, mas efetivamente provar à sociedade que a diferença é o parâmetro natural da humanidade, sendo todo processo homogeneizador uma deturpação de nossas existências. E, em meio ao acolhimento das diferenças e a instauração de relações alicerçadas pelo respeito, acima da tolerância, a escola ensina ao estamento societário o que verdadeiramente significa uma sociedade.

Para tanto, reclama-se à realidade escolar uma formação de seus agentes pedagógicos que não instrumentalize o silenciamento do que incomoda e o apagamento do que destoia, pois o que diverge na normalização é prova do valor de resistir a ser enquadrado e não se permitir deixar de ser quem é mesmo diante de estruturas opressoras. No concernente à figura professoral, evidencia-se nodal afiançar que o fazer docente é fiduciário do direito à liberdade de exercício das verdades do sujeito-educando e não da subversão dessas às verdades do professor, inclusive no alusivo a questões morais, religiosas, políticas, ideológicas e econômicas. Por conseguinte, questões identitárias precisam ser administradas pela escola não segundo uma leitura desse ou daquele agente pedagógico sobre o assunto, mas especificamente a partir do direito constitucional à liberdade de ser e de existir advogado na Carta Magna brasileira de 1988. Tal premissa corporifica dispositivos legais como a Lei 2.848/40 do Código Penal e a Lei do Racismo, as quais, respectivamente, criminalizam e penalizam infrações por gênero, sexo, orientação sexual ou identidade de gênero, e a homofobia e a transfobia como crimes de discriminação.

Soma-se ao assuntado a cirúrgica Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB 9.394/96, a qual averba no artigo 3^a em favor do respeito à liberdade e à tolerância, bem como à diversidade ao pluralismo como a base do ministério escolar em todo o país. Dessarte, olhando para si pelas lentes do que o estamento democrático chancela para ela, a escola fará para sua comunidade e para a sociedade a defesa do inexorável direito à diferença de todo ser humano, referendando aos brasileiros suas formas de ser como expressões vivas do Estado Democrático, como exercícios genuínos do dissenso não como espaço de enfrentamento destrutivo, colonizador, e sim como ponto de encontro de perspectivas mutuamente contribuidoras e mantenedoras umas das outras.

CONSIDERAÇÕES (NADA) FINAIS

À vista do escriturado, avistar nas escolas as questões de gêneros sociais e sexualidades, qual também as próprias práticas sexuais em si, à luz das diferenças como naturais e tomando exercícios normalizadores como castradores das formas de ser e violentadores da humanidade de cada sujeito, prescinde, para tanto, que tal prisma consista em um diálogo entre a sociedade e o espaço escolar sobre o fato.

Entretanto, aprofundando as instituições escolares como locais propensos ao semeio das mudanças reclamadas pela sociedade no trilho de seu próprio desenvolvimento, almeja-se para o fazer escolar o cumprimento de seu dever institucional, democrático e educador de posicionar-se sempre inclusivo diante de tudo o que envolve o humano. Isso quer dizer um estado latente de empatia e de acolhimento às agendas de cada sujeito, de cada membro de sua comunidade qual fosse, ou passe a ser, item de *caput* da agenda da escola. Nisso, questões identitárias como as de gêneros sociais e de sexualidades tendem a ser compreendidas como naturais ao sujeito e, consecutivamente, à escola, já que fazem parte do objetivo da educação cidadã a atenção e o trato das matérias da comunidade escolar e a abertura de diálogos e tomadas de medidas que impulsionem melhorias à qualidade de vida presente e futura dos membros dessa comunidade.

Sensível ao cenário nefasto de violência simbólica, física e psicológica vivenciado no Brasil hoje no que diz respeito às formas de ser não assentadas no padrão cisgênero-heteronormativo, a educação escolar figura como agente de reorientação paradigmática e ressignificação das lentes orientadas aos corpos e aos acontecimentos de cada sujeito no exercício de implodir as estruturas seculares de abjeção e de sanguinolência pelas quais identidades não normalizadas são vistas e combatidas hoje. Esse feito pleiteia da escola, notadamente de seus agentes pedagógicos, a compreensão do papel democrático que exercem, de forma que na agência escolar, por mais que suas identidades se afixem em verdades que os atravessam, as verdades de outrem precisam ser acolhidas, validadas, respeitadas e permitidas, tanto no plano do teórico/ideológico quanto do exercício prático cotidiano, pois educar não é colonizar nem mentes e nem corpos.

Explicita-se um refazer dos sentidos da escolarização e das suas práticas que, certamente, não será consolidado com a sonhada e necessária brevidade. Porém, a cada passo pelas diferenças, pelo respeito, mais a escola se distancia de sua histórica face repressiva e instrumentalizadora de ideologias totalitário-absolutistas opressivas. Logo, paulatina e progressivamente, vê-se a sua caminhada pela estrada democrática do respeito ao plural, ao diverso e ao diferente, entendendo essas tranças do caminho como complementariedades simultâneas das expressões humanas, das experiências existenciais, das formas de ser, dos acontecimentos humanos que estruturam a sociedade.

No momento em que cada sujeito aceitar o direito à divergência do outro, vivificaremos uma sociedade democrática, na qual se verá como estarecedores casos isolados de violação dos direitos de outrem – principalmente quando motivados pela necessidade colonial de uma pessoa sobre outra. Taxativamente, o quanto mais naturalizados às diferenças, mais democraticamente realizados serão os sujeitos, de modo que aceitar o outro como uma extensão de mim que reflete o mesmo tanto que me refrata equivale a perceber-me como o outro do meu outro, no direito de ser dele o tanto similar quanto diferente que sou. E nesse dissenso, estabelece-se consenso para o respeito às diferenças como expressão máxima da democracia – comprovando a sua imperativa inevitabilidade no domínio escolar e na formação cidadã para uma sociedade inclusiva e dignificadora de quaisquer realizações identitárias.

REFERÊNCIAS

- AMBROSINO, B. **Como foi criada a heterossexualidade como a conhecemos hoje**. BBC Future. Brasil. 11/06/2017. Reportagem disponível em: www.bbc.com.
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 2011.
- FOLHA DE SÃO PAULO. **Brasil é o país da diversidade que mais mata LGBTQIA+**. Opinião. 2019. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/opinia0/2019/07/brasil-o-pais-da-diversidade-que-mais-mata-lgbtqia.shtml>> Acessado: em 25.01.2021.
- HENRIQUES, E. Discutindo Gêneros Sociais e Preconceito na Escola: o Paradigma da Diferença e o combate à abjeção de identidades não normativas no espaço escolar. In.: ABUD, C.C.R. **Gênero e Diversidade no Contexto Escolar**. Rio de Janeiro: Eulim, 2019. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1OttD_3ZR114HFO3uBY73KISGqjeN3FLz/view. Acessado em: 10.02.2021.
- HENRIQUES, E. **Bichas**: um olhar Queer sobre as novas masculinidades e performatividades gays. Recife: UFPE, 2016; 21 p. (Relatório Técnico em Antropologia Linguística: Etnografias de Gênero).
- HOOKS, B. Eros, erotismo e o processo pedagógico. In. LOURO, G. L. **O Corpo Educado**. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.
- LOURO, G. L. Pedagogias da Sexualidade. In. LOURO, G. L. **O Corpo Educado**. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.
- LOURO, G. L. **Gênero, Sexualidade e Educação**. Petrópolis: Editora Vozes, 2014.
- LOURO, G. L. Currículo, Gênero e Sexualidade. In. LOURO, G. L. **Corpo, Gênero e Sexualidade** – um debate contemporâneo na educação. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.
- MENDES, W. G. ; SILVA, C. M. F.P. Homicídios da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros (LGBT) no Brasil: uma Análise **Espacial**. **Revista Ciência Saúde Coletiva**. vol.25 no.5 Rio de Janeiro May 2020 Epub May 08, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000501709>. Acessado em 25.01.2021.

MISKOLCI, R. **Teoria Queer**: um aprendizado pelas diferenças. Belo Horizonte: Autêntica Editora/UFPO, 2015. (Série Cadernos da Diversidade, 6).

MOACYR, P. A. **A Instrução e o Império**: 1854-1888. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1937, v. 2 (Série Brasileira, v. 87).

NERES, A. L. O. M. & LIMA, M. B. **Gênero na Escola**: um diálogo com docentes da rede municipal da Itabaiana. 2010. Disponível em Acessado em 21 de Janeiro de 2016.

OLIVEIRA, A. P. de. **Gênero, Sexualidade e Diversidade no currículo escolar**: a experiência do Papo Sêrio em Santa Catarina. 2015. Disponível em Acessado em 22 de Janeiro de 2016.

PETITAT, A. **Produção da escola/produção da sociedade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

RIBEIRO, P. R. M. **História da educação escolar no Brasil**: notas para uma reflexão. 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X1993000100003> Acessado em 28 de Abril de 2020.

SENADO. **Brasil é o país onde mais se assassina homossexuais no mundo**. Rádio Senado. 2018. Disponível em: < <https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/brasil-e-o-pais-que-mais-mata-homossexuais-no-mundo>>. Acessado: em 25.01.2021.

SILVA, T. T. da. **A produção social da identidade e da diferença. Identidade e diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000. p. 73-102.

Capítulo 8

INCIDÊNCIA DA DOR LOMBAR NAS MULHERES GESTANTES A PARTIR DO SEGUNDO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO

INCIDENCE OF LOW BACK PAIN IN PREGNANT WOMEN FROM THE SECOND TRIMESTER

Davi Santana Sousa¹

Juliana Feitoza Rocha dos Anjos²

Stéfani Lima Gois³

Licia Santos Santana⁴

RESUMO: A gravidez é um período em que o corpo da mulher passa por várias alterações que podem incluir hipermobilidade da região pélvica, hiperativação na musculatura lombar, frouxidão ligamentar, ganho de peso e deslocamento do centro de gravidade que causam predisposição para distúrbios osteomusculares. Desta maneira é de grande importância avaliar a incidência da dor lombar nas gestantes a partir do segundo trimestre, através da escala numérica da dor e do questionário de Oswestry. A pesquisa foi realizada em rodas de conversa específicas para gestantes e na Clínica Afeto na qual foram entrevistadas 30 gestantes. Para atender o objetivo do estudo, foram selecionadas as seguintes variáveis: idade, idade gestacional, IMC, peso atual, qual momento começou a sentir dor lombar, intensidade da dor e em que momento ela se intensifica. Como resultado deste estudo constatou-se que a idade média das mulheres foi de 28,47 anos, período gestacional de 29,47 semanas, peso no início da gestação de 67,13 kg e atual de 76,03 kg e IMC de 28,25. Foi verificado também que 53,33% das mulheres não apresentavam dor antes da gestação, que os graus de incapacidade mínima 36,67% (11) e moderada 60% (18) tiveram maior prevalência no questionário de dor lombar e que 23,33% apresentaram dor branda e 40% dor moderada de acordo com a escala numérica. Conclui-se que o estudo obteve um índice total de 70% de gestantes com dor lombar no momento em que foi realizado a pesquisa. Em relação a incapacidade, houve predomínio da classe mínima e moderada, o mesmo ocorreu na escala numérica prevalecendo a categoria de dor branda e moderada, além disso, foi perceptível no momento da entrevista, que boa parte das gestantes não possuíam conhecimento de como amenizar as dores. Por isso, foram dadas orientações sobre a importância do acompanhamento com o fisioterapeuta especializado na área.

Palavras-chave: Dor lombar. Fisioterapia. Gestantes. Incidência.

ABSTRACT: Pregnancy is a period in which a woman's body undergoes several changes that may include hypermobility of the pelvic region, hyperactivation in the lumbar musculature, ligament laxity, weight gain and displacement of the center of gravity that cause predisposition to musculoskeletal disorders. Thus, it is of great importance to evaluate the incidence of low back pain in pregnant women from the second trimester, through the numerical scale of pain and the Oswestry questionnaire. The research was carried out on conversation wheels specific to pregnant women and in the Afeto Clinic in which 30 pregnant women were interviewed. To meet the objective of the study, the following variables were selected: age, gestational age, BMI, current weight,

¹ Acadêmico de Fisioterapia pela Universidade Tiradentes (UNIT), Sergipe, Brasil. Aluno Pesquisador e Membro do Laboratório de Biomateriais (LBMat) do Instituto de Tecnologia e Pesquisa (ITP). Membro da Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO).

² Bacharela em Fisioterapia pela Universidade Tiradentes (UNIT), Sergipe, Brasil.

³ Bacharela em Fisioterapia pela Universidade Tiradentes (UNIT), Sergipe, Brasil.

⁴ Docente do curso de Fisioterapia e Estética e Cosmética da Universidade Tiradentes (UNIT), especialista em Fisioterapia em Saúde da Mulher pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Mestre e Doutora pelo departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP). Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher (ABRAFISM), da Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO) e da Associação Brasileira de Dermatofuncional (ABRAFIDEF).

what moment began to feel low back pain, pain intensity and at what time it intensifies. As a result of this study, it was found that the mean age of women was 28.47 years, gestational period of 29.47, weight at the beginning of pregnancy of 67.13 and current of 76.03 and BMI of 28.25. It was also verified that 53.33% of women did not present pain before pregnancy, that minimum disability grades 36.67% (11) and moderate 60% (18) had a higher prevalence in the Oswestry questionnaire and that the average pain category according to the numerical scale was 2.87. It was concluded that there was an association between pain intensity, age and sexual activity occurring the same between the inability of low back pain BMI, age and gestational period. And, moreover, it was noticeable at the time of the interview that most pregnant women were not aware of how to mitigate pain and then guidance on the importance of follow-up with the physiotherapist specialized in the area were given. Keywords: Low back pain. Physiotherapy. Pregnant women. Incidence.

1. INTRODUÇÃO

O período de gravidez humana envolve mudanças físicas, em que a mulher sofre variações fisiológicas causadas por necessidades anatômicas e funcionais. Dentre estas variações estão alterações hormonais, musculoesqueléticas, respiratórias, nervosas, gastrointestinais e urogenitais, sendo a lombalgia uma das principais alterações musculoesqueléticas. Desta forma a dor lombar é definida como toda e qualquer condição de dor ou rigidez, localizada na região inferior do dorso situada entre o último arco costal e a prega glútea, podendo apresentar ou não irradiação para um, ou ambos os membros inferiores (MADEIRA et al., 2013; CARVALHO et al., 2017).

A dor lombar e pélvica em mulheres grávidas é um fenômeno tão comum que muitas vezes é considerado uma parte normal da gravidez. A prevalência global destas dores fica em torno de 24 a 90%, sendo de 78 a 83% na região lombar. O impacto que isto pode ter na sua qualidade de vida, bem como o fato de que a dor nas costas durante a gravidez é comumente associada à dor lombar persistente após a gravidez, ordena que este assunto seja levado a sério pelos profissionais de saúde que trabalham com a gestante, pois acredita-se que a equipe multiprofissional, atuando conjuntamente, poderá trazer resultados eficientes no tratamento deste sintoma (MADEIRA et al., 2013; PETERSON; MÜHLEMANN; HUMPHREYS, 2014; MARQUES, SILVA, AMARAL, 2019).

O acometimento destas dores segundo pesquisas, começam a partir do segundo trimestre gestacional devido à sobrecarga nos músculos da coluna vertebral ser ainda mais intensa. A frouxidão ligamentar é outra alteração importante, que traz como consequência o aumento da dor estando essa relacionada ao aumento da produção dos hormônios relaxina e estrogênio. Diante do exposto os mesmos permitem que a sínfise púbica e a articulação sacro-ilíaca tornem-se mais flexíveis para a passagem do feto, levando à redução da estabilidade pélvica, porém nem todas as gestantes que apresentam queixas têm hiperlordose, parece haver outros fatores relacionados como a compressão vascular, espondilolistese e patologias discais (BARACHO, 2012; MORINO et al., 2017).

No terceiro e último trimestre gestacional as mudanças emocionais se tornam mais intensas, devido às alterações corporais e do nível de desconforto que surgem como consequência da respiração dificultosa, movimentos fetais mais intensos, dor lombar forte, aumento da frequência urinária, constipação e edemas. O padrão e qualidade do sono também são alterados, aumentando a sensação de fadiga no fim da gestação o que pode contribuir para o surgimento de quadros psíquicos de blues puerperal (melancolia pós-parto) e até mesmo depressão (GUTKE et al., 2014).

Tais acometimentos podem influenciar de modo negativo as atividades domésticas e laborais das gestantes resultando na necessidade de licença médica. E, apesar do prognóstico ser bom para a maioria das mulheres com dor lombar na gravidez, as que não se recuperam nas primeiras semanas após o parto apresentam maior risco de dor persistente com dificuldades em voltar a trabalhar (MACEDO, SANTOS, BERTONI, 2016).

Para que as consequências das alterações sejam atenuadas, programas de redução da dor lombar que envolvem exercícios e educação são implementados antes e durante a gravidez para fortalecer as musculaturas abdominais, dorsais e pélvicas, o que melhora a postura, permite maior capacidade de suportar peso como também alivia a dor lombar, uma vez que se desenvolve. Alguns estudos mostram que esta terapia intervencionista reduz a intensidade, a ansiedade, diminui a quantidade de afastamentos e previne a dor nas costas no pós-parto (SABINO, GRAUER, 2008).

As mulheres são aconselhadas a procurar tratamento fisioterapêutico para lombalgia através de abordagens como a Reeducação Postural Global (RPG), hidroterapia, pilates, acupuntura, estimulação nervosa elétrica transcutânea, auxiliares de mobilidade, se necessário, cinesioterapia e terapia manual. Deste modo estão inclusos como procedimentos os alongamentos e técnicas de relaxamento que acarretam no alívio dos sintomas dolorosos, contribuindo para uma melhor evolução dos desconfortos músculos esqueléticos, conseguindo assim proporcionar uma melhor qualidade de vida às gestantes (FABRIN; CRODA; OLIVEIRA, 2010; BISHOP et al., 2016).

Por conseguinte, o objetivo do presente estudo foi avaliar a incidência da dor lombar nas gestantes a partir do segundo trimestre, que não tivessem nenhuma outra patologia associada, por meio de um questionário que averigua a presença de lombalgia, assim como a interferência desta sobre as atividades de vida diária e uma escala numérica visual que mensura a intensidade da dor.

2. METODOLOGIA

2.1. Tipos de estudo

Estudo do tipo transversal, de pesquisa de campo, caráter observacional, de abordagem quantitativa e levantamento de dados através de 01(um) questionário, 01 (um) formulário e uma escala de dor aplicados por meio de entrevistas.

2.2. Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em 04 (quatro) locais, o primeiro durante uma roda de conversa sobre mitos e verdades da amamentação, no espaço Beija-Flor, localizado na Travessa Império do bairro Suíssa, 68. O segundo em uma roda de conversa para gestantes com o tema gestar, parir e maternar, no Retrô Bistrô localizado na Rua Dr. Celso Oliva, 444. O terceiro na Clínica Afeto, localizada no Horizonte Jardins Offices-Av. Dr. José Machado de Souza, 120. O quarto e último local, em uma roda de conversa sobre a influência da alimentação na gestação e pós-parto, localizado da clínica SOLIM, situada na Rua Moacyr Rabelo Leite, Salgado Filho, 385.

2.3. População/Critérios de inclusão e exclusão

Coordenamos um estudo no qual foram selecionadas mulheres gestantes. Os critérios de inclusão para a pesquisa foram mulheres grávidas a partir do segundo trimestre em boas condições de saúde e os de exclusão foram mulheres que possuíam algum acometimento na coluna lombar como espondilolistese, hérnia de disco, artrite, artrose e/ou osteoporose.

2.4. Instrumentos utilizados

Para avaliar as gestantes foi utilizado um formulário elaborado pelas pesquisadoras, no qual estavam contidas perguntas sobre dados pessoais, o questionário Oswestry que contém perguntas objetivas para obter dados relativos sobre a presença de lombalgia e os impactos da mesma nas atividades de vida diárias e a Escala de Numérica Visual que mensura a intensidade da dor. Todos padronizados, traduzidos e validados para a língua portuguesa (MADEIRA, et,al. 2013; FORTUNATO, et al, 2013).

2.5. Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) pela plataforma Brasil de acordo com a resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no qual o mesmo será analisado. Os dados serão coletados com a autorização das entrevistadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na qual as mesmas receberam informações sobre a importância do estudo e sobre os procedimentos a serem realizados garantindo-lhes os direitos contidos na resolução supracitada.

2.6. Plano da coleta

A amostra foi feita com mulheres grávidas que se encontravam esperando a consulta na clínica Afeto, ou que estavam presentes em rodas de conversa com fisioterapeutas, médicas obstetras e nutricionistas, totalizando 30 gestantes participantes. No ato das entrevistas as voluntárias foram informadas pelas pesquisadoras a respeito dos detalhes da pesquisa e seus objetivos, em seguida foram convidadas a participar da pesquisa.

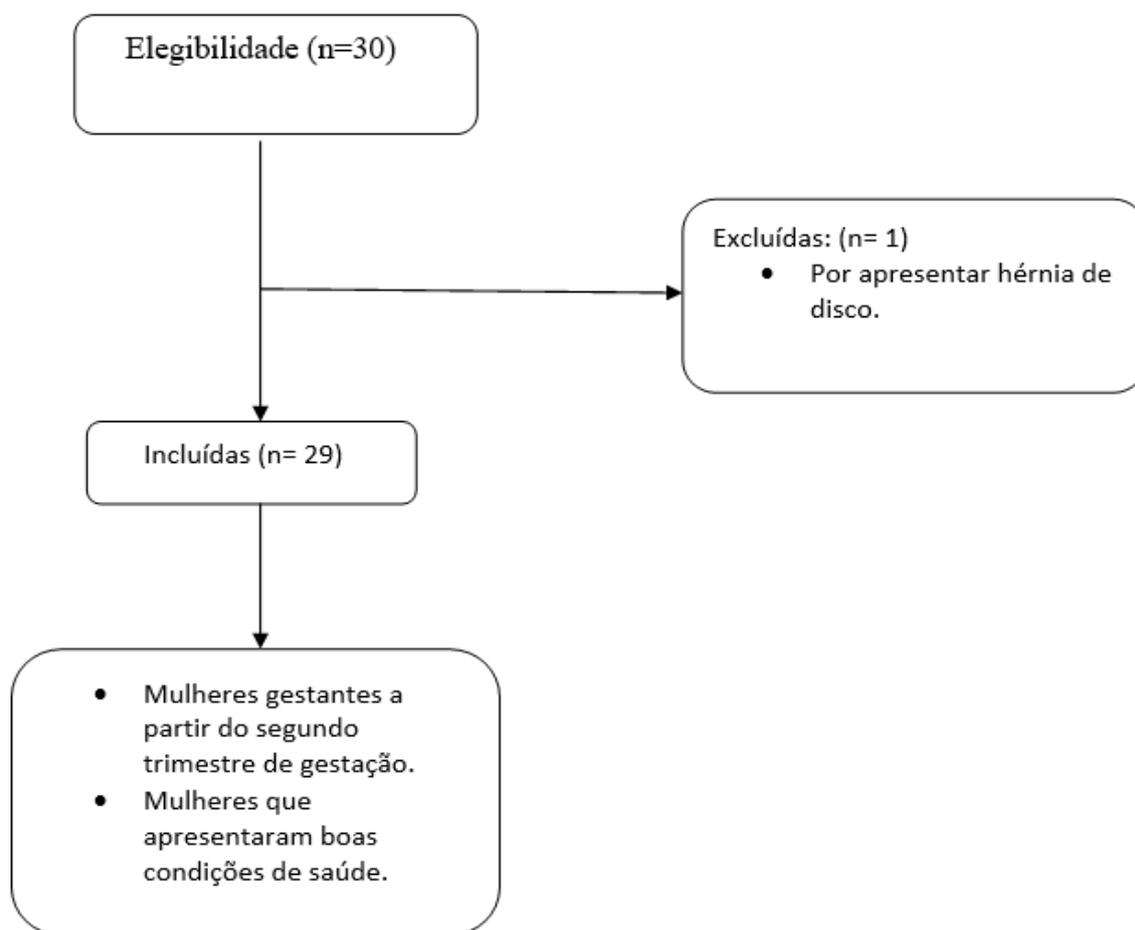
Após terem aceitado, as gestantes assinaram o TCLE e preencheram um formulário de identificação criado pelas pesquisadoras com os seguintes itens: sigla do nome, idade, ocupação, situação conjugal, se tinha filhos, história da doença pregressa (HDP)- artrite, artrose, espondilolistese, hérnia de disco e osteoporose, período gestacional, peso no início da gestação, altura, peso atual, IMC, se pretendia ter parto normal se já apresentava dor lombar antes da gestação, em que momento surgiu na gestação e em que momento ela se intensificou, se tinha relação sexual ativa na gravidez, quantas vezes na semana praticava a relação sexual, se tinha prazer e se houve melhora na relação sexual.

Posteriormente, responderam ao “Questionário de Incapacidade de Oswestry” aplicado para averiguar a presença de lombalgia, assim como a interferência desta sobre as atividades diárias que contém dez sessões de perguntas com seis alternativas, para cada alternativa existe um escore correspondente que varia de 0 a 5 pontos, de acordo com a intensidade e gravidade da dor e comprometimento da coluna lombar (MADEIRA, et.al. 2013).

Sucessivamente marcaram a Escala Numérica Visual, que objetiva a mensuração da intensidade da dor, em contextos clínicos, valores numéricos, para mensurar a referência da dor em um grau de 0 (zero) a 10(dez), sendo zero "nenhuma dor" e dez a "dor máxima imaginável". Ambos padronizados, traduzidos e validados para a língua portuguesa (FORTUNATO, et al, 2013).

Por fim houve o recolhimento dos instrumentos utilizados e o agradecimento às mulheres que aceitaram participar da coleta, e em seguida, foram realizadas orientações breves sobre como é importante realizar o acompanhamento fisioterapêutico durante toda a gestação e depois dela também, os benefícios das atividades físicas quando realizadas supervisionadas e como estas dores na lombar podem interferir na qualidade de vida (SABINO, GRAUER, 2008).

Figura 1 – Fluxograma metodológico



2.7. Análises estatísticas

Inicialmente, os dados coletados foram transportados para uma planilha de dados no programa Excel for Windows 10, onde foi realizada a estatística descritiva, com as medidas de posição (média) e de dispersão (desvio padrão). Posteriormente, foram feitas análises no programa GraphPad Prisma 6.

Todas as variáveis foram testadas quanto à normalidade através do teste de Shapiro Wilk. Para correlação entre as variáveis foi utilizado o teste de correlação de Spearman. Para associação entre as variáveis foi utilizado o teste de qui-quadrado.

O nível de significância foi fixado em $p < 0,05$. Os dados foram representados por média \pm desvio padrão, frequência absoluta (N) e frequência relativa (%).

3. RESULTADOS

Fizeram parte da pesquisa 29 gestantes que apresentavam dor lombar a partir do segundo trimestre gestacional, de acordo com a tabela 1, foram observados os dados gerais das gestantes avaliadas, com idade média de $28,47 \pm 5,08$ anos, variando entre 16 e 39 anos. Em relação à variável estado civil, houve uma predominância de mulheres casadas, apresentando 80% (24), já no questionário de Oswestry, houve uma homogeneidade entre as incapacidades mínima e moderada, apresentando respectivamente, 36,67 % e 60 %.

Tabela 1: Dados gerais dos pacientes avaliados. Valores apresentados em média \pm desvio padrão, frequência absoluta (N) e frequência relativa (%).

Dados Gerais	Média \pm DP ou N (%)
Idade	28,47 \pm 5,08
Estado Civil	
Casada	24 (80,00%)
Solteira	6 (20,00%)
Escolaridade	
Médio incompleto	6 (20,00%)
Superior incompleto	6 (20,00%)
Superior completo	18 (60,00%)
Questionário de Oswestry	
Incapacidade Mínima (0% a 20%)	11 (36,67%)
Incapacidade moderada (21% a 40%)	18 (60,00%)
Incapacidade intensa (41% a 60%)	1 (3,33%)
Aleijado (61% a 80%)	0
Inválido (81% a 100%)	0

Na tabela 2, observou-se uma média do período gestacional de $29,47 \pm 6,32$ semanas, sendo constatado que houve uma resposta heterogênea, pois há uma diferença em mais de 45 % em relação ao peso no início da gestação, altura, peso atual e IMC, do mesmo modo que aconteceu no caso das variáveis prazer sexual, vida sexual ativa e melhora na mesma. No que diz respeito à pretensão de parto normal, a resposta foi homogênea, sendo uma diferença de apenas 6,66%. Tendo em vista que se deteve uma média de $2,17 \pm 1,49$ dias por semana de prática sexual.

Tabela 2: Dados relacionados à gestação dos pacientes avaliados. Valores apresentados em média \pm desvio padrão, frequência absoluta (N) e frequência relativa (%).

Dados relacionados à gestação	Média \pm DP ou N (%)
Período gestacional (semanas)	29,47 \pm 6,32
Possui filhos	
Sim	7 (23,33%)
Não	23 (76,67%)
Peso no início da gestação (Kg)	67,13 \pm 11,95
Altura (m)	1,64 \pm 0,07
Peso atual (Kg)	76,03 \pm 11,37

IMC	28,25 ± 3,80
Pretende parto normal?	
Sim	14 (46,67%)
Não	16 (53,33%)
Relação sexual ativa?	
Sim	23 (76,67%)
Não	7 (23,33%)
Quantas vezes na semana?	2,17 ± 1,49
Tem prazer sexual?	
Sim	22 (73,33%)
Não	8 (26,67%)
Melhorou na relação sexual?	
Sim	6 (20,00%)
Não	24 (80,00%)

De acordo com a tabela 3, verificou-se uma média de $17,97 \pm 5,68$ na qual se refere ao momento em que a dor surgiu na gestação. No que diz respeito à presença de dor lombar no momento anterior a gestação houve resposta homogênea, obtendo uma diferença de apenas 6,66 %. Como ocorreu o mesmo no variável momento ou movimento em que a dor se intensifica que constatou homogeneidade, na posição sentada, em pé e durante a caminhada, bem como na classificação da intensidade da dor, com predominância da dor moderada, representando 40%, seguido das gestantes sem dor com 30 %, e dor branda com 23,33 %. Em síntese teve-se como média da intensidade da dor um valor de $2,87 \pm 2,36$.

Tabela 3: Dados relacionados à lombalgia dos pacientes avaliados. Valores apresentados em média ± desvio padrão, frequência absoluta (N) e frequência relativa (%).

Dados relacionados à lombalgia	Média ± DP N (%)
Já apresentava dor lombar?	
Sim	14 (46,67%)
Não	16 (53,33%)
Momento que surgiu na gestação? (semanas)	17,97 ± 5,68
Momento ou movimento que intensifica a dor	
Ao abaixar	1 (3,33%)
Ao sair do repouso	1 (3,33%)
Dirigindo	1 (3,33%)
Durante a noite	3 (10,00%)
Durante caminhada	7 (23,33%)
Em pé	7 (23,33%)
Quando pega peso	2 (6,67%)
Sentada	8 (26,67%)
Classificação da intensidade da dor	
Sem dor (0)	9 (30,00%)
Dor branda (1 a 3)	7 (23,33%)

Dor moderada (4 a 6)	12 (40,00%)
Dor severa (7 a 9)	2 (6,67%)
Dor insuportável (10)	0 (0,00%)
Intensidade da dor	2,87 ± 2,36

Segundo os dados da tabela 4, as variáveis incapacidade da dor lombar e IMC tem uma correlação de baixa relevância e com resultados homogêneos, porém as médias foram progredindo de acordo com cada incapacidade.

Tabela 4: Valores do Índice de Massa Corporal (IMC) para cada escore do Questionário de Oswestry. Dados apresentados em média ± desvio padrão.

	IMC
	Média ± DP
Incapacidade Mínima (0% a 20%)	28,11 ± 3,94
Incapacidade Moderada (21% a 40%)	28,28 ± 3,93
Incapacidade Intensa (41% a 60%)	29,3 ± -
Aleijado (61% a 80%)	-
Inválido (81% a 100%)	-

Em relação à variável intensidade da dor lombar e a idade pode ser visto na figura 1, que as mesmas apresentam um $R = -0,108$, indicativo de uma correlação fraca, segundo o teste de correlação de spearman. Ainda pode ser visto que a reta da figura é decrescente, ou seja, negativa, o que significa dizer que quanto maior a idade, maior é o nível de intensidade da dor. Todavia, o p não foi significativo, $p = 0,569$, logo não se pode afirmar que nesse estudo houve uma correlação entre essas variáveis.

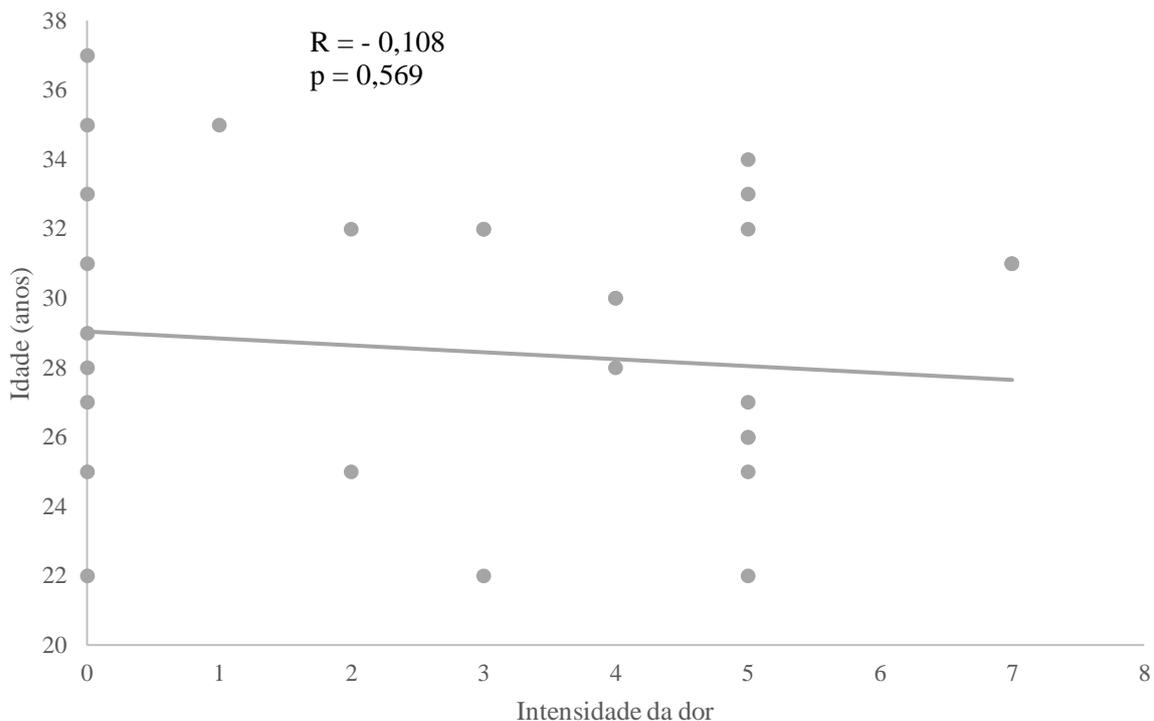


Figura 2 - Correlação entre a Intensidade de Dor lombar e a idade das pacientes avaliadas. Teste de correlação de Spearman. * $p < 0,05$

Levando-se em consideração os aspectos apresentados na tabela 5, as variáveis de incapacidade da dor e idade das pacientes, obteve uma média de $28,73 \pm 5,27$ para incapacidade mínima, $28,17 \pm 5,20$ para incapacidade moderada e $31,00 \pm -$ para incapacidade intensa, sendo a última com maior prevalência.

Tabela 5: Médias das idades das pacientes de acordo com a incapacidade da dor avaliada pelo Questionário de Oswestry. Dados apresentados em média \pm desvio padrão.

	Idade (anos) Média \pm DP
Questionário de Oswestry	
Incapacidade Mínima (0% a 20%)	$28,73 \pm 5,27$
Incapacidade Moderada (21% a 40%)	$28,17 \pm 5,20$
Incapacidade Intensa (41% a 60%)	$31,00 \pm -$
Aleijado (61% a 80%)	-
Inválido (81% a 100%)	-

Dado o exposto da tabela 6, as variáveis incapacidade da dor lombar e idade gestacional, atingiram respostas homogêneas, obtendo uma média maior na incapacidade moderada, com $30,83 \pm 6,79$, seguido pela incapacidade intensa com $28,00 \pm$ e logo após, a incapacidade mínima com $27,36 \pm 5,39$.

Tabela 6: Médias das idades gestacionais (semanas) das pacientes de acordo com a incapacidade da dor avaliada pelo Questionário de Oswestry. Dados apresentados em média \pm desvio padrão.

	Idade gestacional (semanas) Média \pm DP
Questionário de Oswestry	
Incapacidade Mínima (0% a 20%)	$27,36 \pm 5,39$
Incapacidade Moderada (21% a 40%)	$30,83 \pm 6,79$
Incapacidade Intensa (41% a 60%)	$28,00 \pm -$
Aleijado (61% a 80%)	-
Inválido (81% a 100%)	-

Na tabela 7 foi observado entre as variáveis de intensidade da dor lombar e atividade sexual um indicativo de correlação fraco, pois quando a intensidade de dor aumenta, é visto que a maioria das gestantes tem uma relação sexual ativa, exceto na dor severa que adquiriu a mesma porcentagem, sendo 3,33 % para ambas. Entretanto, como o $p = 0,767$ não deu significativo, não houve correlação entre a intensidade da dor lombar e a relação sexual ativa.

Tabela 7: Associação entre intensidade da dor lombar e vida sexual ativa das pacientes avaliadas. Dados apresentados em frequência absoluta (N) e relativa (%).

	Relação sexual ativa		p
	Sim – N (%)	Não N (%)	
Intensidade da dor lombar			
Sem dor (0)	7 (23,33%)	2 (6,67%)	0,767
Dor branda (1 a 3)	6 (20%)	1 (3,33%)	
Dor moderada (4 a 6)	9 (30%)	3 (10%)	
Dor severa (7 a 9)	1 (3,33%)	1 (3,33%)	
Dor insuportável (10)	0	0	

4. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como entrevistadas 29 gestantes que apresentaram dor lombar e estavam no segundo trimestre gestacional com idades entre 16 e 39 anos. Foi firmada uma idade média de 28,47 anos, dados similares ao que foi observado no estudo de Carvalho et al. (2017) que tiveram como objetivo avaliar a frequência da lombalgia na gestação e suas características, tendo como média de idade 26,2 anos em um grupo de 97 gestantes que possuíam dor lombar. Tais esclarecimentos citados se associam com os achados do estudo de Muriano et al. (2012) que computaram 200 gestantes que estavam na mesma condição e encontraram uma idade média de 27, 17 anos.

Neste trabalho também foi verificado a relação quanto ao estado civil que 79% (23) das mulheres eram casadas e 21% (6) solteiras, resultado encontrado da mesma maneira por Santos, Gallo. (2010) que relataram sobre lombalgia gestacional: prevalência e características de um programa pré-natal no qual 77% (34) eram casadas. Tão como Duarte, Meucci, Cesar. (2013) que abordaram como objetivo medir a prevalência e identificar fatores associados à dor lombar intensa entre parturientes do município de Rio Grande, RS, Brasil, em 2013 e que 85,8% (2.303) viviam com o companheiro.

Ao analisar o tratado realizado por Madeira et al. (2013), em que obteve o mesmo método do estudo exposto, abordando o questionário de Oswestry, teve-se como objetivo avaliar a prevalência de lombalgia em gestantes, descrever suas principais características e fatores associados. Portanto, foi visto que 6,3% (102) apresentaram incapacidade mínima, 7,3% (77) incapacidade moderada, tal qual o estudo abordado que mesmo com um quantitativo inferior, mínima de 36,67% (11) e moderada de 60% (18), obteve uma progressão com relação à intensidade da dor. Diferentemente do trabalho proposto por Toledo. (2013) que teve como objetivo verificar o efeito de um programa de exercícios físicos específicos nos sintomas de dor lombar e nos principais desconfortos da gravidez em que o grupo de intervenção teve predominância da incapacidade intensa 45% (5) e o grupo controle prevaleceu à dor moderada 30% (3).

De acordo com o presente ensaio foi visto uma média do período gestacional de 29,47 semanas, resultado parecido com o encontrado no estudo de Prado et al. (2013) que teve como objetivo analisar a prevalência dos incômodos presentes na gestação e demonstrar sua relação com a qualidade de vida, tendo como média 28,5 semanas. Em virtude do que foi mencionado, o estudo de Cipriano, Oliveira. (2017) também apresentou semelhança, com média de 25,5 semanas.

No que se refere ao peso no início da gestação e atual, o mencionado estudo obteve médias de, respectivamente, 67,13 e 76,03, e com isso, analisou-se o estudo de Fonseca, et al. (2014), com valores similares, sendo 62,94 e 75,84, a mesma semelhança de pesos ocorreu no estudo de Moreira, et al. (2015), com médias de 65,97 e 78,64.

Com referência ao IMC, o presente estudo demonstrou uma média de 28,25, semelhante ao estudo de Garshasbi, et al. (2005), que relatou um IMC de 25,98, com o objetivo de investigar o efeito do exercício durante a gravidez, a intensidade da dor lombar e a cinemática da coluna, outro resultado mais próximo deste estudo foi o de Prado, et al. (2013), com uma média de 27,07.

Nota-se em relação à preferência de parto normal em que se teve uma porcentagem de 53,33 %, concordando com o estudo de Moreira, et al. (2015), que obteve 61,46 %, similar ao artigo de Junior, Steffani e Bonamigo. (2013), com 74,1 % afirmando que a maioria das gestantes manifestou preferência pelo parto normal, justificada pela praticidade do procedimento e por ser um processo natural, não necessitando intervenção cirúrgica.

No projeto abordado foi detectado que a maioria das gestantes apresentam vida sexual ativa, representando 76,67 %, concordando com este estudo, temos o artigo de Barbosa, et al. (2011), que objetivou caracterizar a sexualidade de gestantes com 86,1 %, corroborando com Vieira, et al. (2016), no qual observou que 70 % das gestantes praticam o ato sexual durante o período gestacional.

Constata-se que no plano referido 53,3%(16) das mulheres entrevistadas relataram não apresentar dor lombar anterior a gestação, diferente do artigo analisado por Gomes et al. (2013) que declararam uma resposta contrária com um percentual de 71,43%(15) relatando dor lombar prévia à gestação, assim como Madeira et al. (2013) no qual 30,9% (83) obtiveram a mesma resposta.

Com referência aos movimentos dolorosos constatou-se que 26,67% (8) sentiam uma piora da dor ao ficar sentada por muito tempo e 23,33%(7) durante a caminhada. Resultados semelhantes aos encontrados na pesquisa de Morino et al. (2017) que 11%(6) afirmaram sentir uma piora da dor durante a caminhada e 15%(10) ao permanecer sentada, levando-se em conta que participaram 275 mulheres avaliadas durante as 12, 24, 30 e 36 semanas de gravidez. Entretanto no estudo feito por Santos, Gallo.(2010) os principais fatores agravantes da dor lombar foram atividades domésticas, como lavar e passar a roupa e limpar a casa 64%(29) e a permanência sentada ou em pé por muito tempo 30%(13).

Foi constatado neste trabalho que as gestantes apresentaram uma média de dor na Escola Numérica de $2,87 \pm 2,36$. Esta apuração é comprovada pelo estudo de Peterson et al. (2014) que encontrou uma média de $5,22 \pm 2,10$ em que 115 mulheres foram avaliadas. Tal qual foi visto na pesquisa de Morino et al. (2017) que comentaram que a intensidade da dor variou de acordo com o período gestacional em semanas tendo como média de dor com 12 semanas 4.1 ± 2.3 , com 24 semanas 4.3 ± 2.1 , com 30 semanas 4.5 ± 2.3 e com 36 semanas 4.8 ± 2.4 .

Quanto à correlação entre a incapacidade da dor lombar e o IMC, para esta amostra foi considerada fraca, ou seja, quanto maior é o IMC, maior é o nível da incapacidade, todavia, não houve significância. Em relação a essa temática, o estudo de Krindges, Jesus e Ribeiro (2018) observou que não houve uma correlação positiva entre essas variáveis, apresentando um $R = - 0,039$, porém, houve grande número (35,23%; $n = 37$) de gestantes com sobrepeso e obesidade, o que pode indicar fator de risco para dor lombar, uma vez que o excesso de peso durante a gestação acarreta em instabilidade articular. Além disso, no estudo de Gualberto et al. (2015), mostraram que gestantes com lombalgia apresentam um IMC maior quando comparadas com as gestantes que não apresentam esta queixa, como também, o IMC acima do ideal se mostrou um fator predisponente à persistência deste sintoma por seis meses após o parto.

Na pesquisa exibida, foi possível analisar as variáveis intensidade da dor e idade das gestantes, onde foi encontrada uma correlação fraca e ainda, o coeficiente para ela foi de $p = 0,569$, não sendo possível ratificar que há uma relação entre elas para esta amostra, mesmo mostrando que quanto maior a idade, maior é o nível de intensidade da dor. Esse resultado difere do encontrado no estudo de Barbosa, Silva e Moura, (2011), o qual alguns autores afirmam que gestantes mais velhas sentem menos dor que gestantes mais novas, o mesmo afirmado por Sant'ana et al. (2006), mostrando que quanto menor a idade, maior a chance de ter dor lombar na gestação, acontecendo o contrário com Assis, Tibúrcio (2004), na qual expõe que alguns autores comprovam que a prevalência da lombalgia na gestação aumenta com a idade materna.

A relação entre incapacidade da dor lombar e idade gestacional foi considerada uma correlação homogênea, ou seja, os valores foram similares nas incapacidades mínima, moderada e intensa. Com isso, o estudo de Barbosa, Silva e Moura, (2011), relatou que 51% das gestantes com idade gestacional entre 34 e 37 semanas apresentaram dor que interferia significativamente em suas habilidades físicas e qualidade de vida. O estudo de Caetano e Miranda (2017), não observou correlação entre a idade gestacional e a incapacidade relacionada a dor lombar, porém o aumento das alterações fisiológicas da gestação com o avançar dos trimestres gestacionais, principalmente pelo crescimento do feto, induz a hipótese de que gestantes com maior idade gestacional teriam maior incapacidade relacionada a dor lombar.

Como foi analisado no proposto estudo, não houve uma correlação entre a prática sexual e dor lombar, porque mesmo apresentando dor a maioria delas tinha uma vida sexual ativa. Conforme provam os dados que 20% (6) das mulheres com dor branda realizavam o ato sexual, assim como as que apresentaram dor

moderada 30% (9). De modo similar no tratado de Benvenuti, Junior. (2016), que analisaram dor lombar em mulheres sedentárias e praticantes de musculação, foi visto que no grupo A no qual participavam 10 mulheres 10%(1) afirmaram ter vida sexual normal, porém com dor branda e 20%(2) com dor moderada. Como ainda Lopes, Junior. (2014) que fizeram uma avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de indivíduos com dor lombar inespecífica e tiveram como resultado em seu grupo experimental formado por 33 indivíduos 81,8%(27) praticantes do ato sexual mesmo sentindo dor.

As resoluções obtidas reafirmaram aquelas relatadas na literatura, no qual a lombalgia era um dos problemas mais negligenciados na gestação, parece que tal fato ainda se repete constantemente, sob a fundamentação de que a dor lombar é apenas um desconforto inerente ao período gestacional. No entanto, faz-se necessária a realização de mais estudos voltados ao assunto, com amostras maiores, para complementar os resultados desta pesquisa, a fim de que seja aumentada a evidência científica das correlações propostas no estudo e da importância de uma assistência especial nesse período.

5. CONCLUSÃO

Ao concluir o estudo verificou-se um alto índice de lombalgia independente da associação entre a idade, IMC, atividade sexual e a incapacidade da dor lombar, intensidade da dor e período gestacional, no qual não houve um valor significativo entre eles. Apesar de 46,67% da amostra referir dor lombar anterior a gestação, e a maioria apresentar dor em algum período de sua gestação, poucas fizeram algum tipo tratamento, o que nos leva a crer que ocorre uma habituação da dor.

Foi perceptível no momento da entrevista que boa parte das gestantes não possuía conhecimento de como amenizar as dores, então foram dadas orientações sobre a importância do acompanhamento com o fisioterapeuta especializado na área, incentivando a promoção de saúde da mulher gestante a fim de melhorar a qualidade de vida no período tão sublime que é estar grávida.

REFERÊNCIAS

- ASSIS R.G; TIBÚRCIO R. E. S. **Prevalência e características da lombalgia na gestação: Um estudo entre gestantes assistidas no programa de pré-natal da Maternidade Dona Íris em Goiânia.** Trabalho de Conclusão de Curso, Goiânia, 2004.
- BARACHO, E. *Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher.* 5ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2012.
- BARBOSA C. M. S; SILVA J. M. N; MOURA A. Correlação entre o ganho de peso e a intensidade da dor lombar em gestantes. **Rev Dor.** São Paulo, jul-set;12(3):205-8, 2011.
- BARBOSA, et al. Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade. **Rev. Eletr. Enf.** 2011 jul/set;13(3):464-73.

BENVENUTTI A; JUNIOR A. A. P. Dor lombar em mulheres sedentárias e praticantes de musculação. *Cinergis*, 18(1):54-58, jan./mar. 2016.

BEZERRA, et al. Comparação da qualidade de vida em gestantes com disfunção sexual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**. 2015; 37(6):266-71.

BISHOP, et al. Current management of pregnancy-related low back pain: a national cross-sectional survey of UK physiotherapists. **Chartered Society of Physiotherapy**. 2016.

Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26050136>> Acesso em 09 de abril.

CAETANO L. M; MIRANDA T. P. L. **Correlação entre o número de semanas gestacionais e a incapacidade funcional relacionada a dor lombar em gestantes**. Trabalho de Conclusão de Curso. 2017.

CARVALHO, et al. Low back pain Turing pregnancy. **Rev. Bras. Anestesiol**. 2017. Disponível em <<http://ref.scielo.org/gpk8f7>> Acesso em 22 de março.

CIPRIANO P; OLIVEIRA C. Influência da bandagem elástica kinesio tape e da hidroterapia na dor pélvica posterior e na funcionalidade nas atividades diárias de gestantes. **Fisioterapia Brasil**; 18(1):2-11. 2017.

DUARTE V. M; MEUCCI R. D; CESAR J. A. Dor lombar intensa em gestantes do extremo Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(8):2487-2494, 2018.

FABRIN E. D; CRODA R.S; OLIVEIRA M. M. F. Influência das técnicas de fisioterapia nas algias posturais gestacionais. **Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal**. 2010. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26019017013>> Acesso em 06 de abril.

FONSECA, et al. Ganho de peso gestacional e peso ao nascer do concepto: estudo transversal na região de Jundiaí, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(5):1401-1407, 2014.

FORTUNATO, et al. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista HUPE**. 2013. Disponível em: <<https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/7538>> Acesso em:

GARSHASBI, A, FAGHIH, Zadeh S. The effect of exercise on the intensity of low back pain in pregnant women. **International Federation of Gynecology and Obstetrics**. 88: 271-275, 2005. Disponível em: <doi:10.1016/j.ijgo.2004.12.001> Acesso em:

GOMES, et al. Lombalgia gestacional: prevalência e características clínicas em um grupo de gestantes. **Rev Dor**. São Paulo, abr-jun; 14(2):114-7. 2013. Disponível em: <dx.doi.org/10.1590/S1806-00132013000200008> Acesso em:

GUALBERTO, et al. Prevalência de lombalgia em gestantes assistidas em uma Unidade Básica de Saúde. **Rev. Saúde Públ**. Santa Cat., Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 46-59, maio/ago. 2015.

GUTKE, et al. Association between lumbopelvic pain, disability and sick leave during pregnancy – a comparison of three Scandinavian cohorts. **Journal Compilation**. 2014. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24763944>> Acesso em 05 de abril.

JUNIOR, T. L; STEFFANI J. A; BONAMIGO E. L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Rev. bioét.**; 21 (3): 509-17. 2013.

KRINDGES K; JESUS D. K. G; RIBEIRO A. F. M. Lombalgia Gestacional: Prevalência e incapacidade em gestantes atendidas na rede pública de saúde no município de Juína/ MT. **Fisioterapia Brasil**. v. 19, n. 6. 2018.

LOPES T.M; JÚNIOR A. J.C. Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de indivíduos com dor lombar inespecífica. **Revista Estudos**, v. 41, n. 2, p. 223-235, 1br./jun. 2014.

MACEDO, A. A; SANTOS J. S; BERTONI S. **Estudo comparativo sobre a qualidade de vida em gestantes**. Trabalho de Conclusão de Curso - Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, Lins, 2016.

MADEIRA, et al. Incapacidade e fatores associados à lombalgia durante a gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**. 2013. Disponível em <<http://ref.scielo.org/2hkkjp>> Acesso em 22 de março.

MARQUES A.A.; SILVA, M. P. P; AMARAL, M. T. P. **Tratado de Fisioterapia em Saúde da Mulher**. 2º Edição. Rio de Janeiro: Editora Roca LTDA, 2019.

MOREIRA, et al. A importância do peso na gravidez antes, durante e depois. **Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo**; 10(2):147–15. 2015.

Capítulo 9

O CAMINHO PERCORRIDO POR CASAIS HOMOAFETIVOS NO PROCESSO DE ADOÇÃO

THE PATH TAKEN BY HOMOAFECTIVE COUPLES IN THE ADOPTION PROCESS.

Belisa Maria Santos da Silva¹
Isabel Cristina Ribeiro Regazzi²
Jane Baptista Quitete³
Juliana Andrade Araújo de Sousa⁴
Luisa Baptista Quitete Rangel⁵
Myllena Lino de Andrade Silva⁶
Thaylana Maria Reis Jucá⁷

RESUMO: Objetivo: desvelar o caminho percorrido por casais homoafetivos no processo de adoção. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, descritiva e de campo. Os participantes foram casais homoafetivos que adotaram no estado do Rio de Janeiro. Dados coletados em 2015, por meio de uma entrevista semiestruturada gravada, e analisados à luz da análise de conteúdo temático. Pesquisa autorizada pelo CEP/HUAP, parecer nº 1.504.410. **Resultados:** A análise revelou duas categorias temáticas: Ampliando o conceito de família, e O caminho percorrido durante o processo de adoção. **Conclusão:** Evidenciado enfrentamentos e dificuldades no decorrer do processo de adoção. Urgente dar voz à comunidade LGBTTQIA+ e promover educação permanente dos profissionais de saúde a fim de garantir os direitos reprodutivos. **Palavras-chave:** Direitos Reprodutivos; Adoção; Parentalidade; Família; Promoção da Saúde.

ABSTRACT: Objective: to unveil the path taken by same-sex couples in the adoption process. **Methodology:** Qualitative, descriptive, and field research. Participants were same-sex couples who were adopted in the state of Rio de Janeiro. Data collected in 2015, through a recorded semi-structured interview, and analyzed in the

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense, bolsista no projeto de desenvolvimento acadêmico "Consultório de enfermagem: Laboratório de ensino, pesquisa e extensão sobre mulheres e enfermagem", voluntária no projeto de Iniciação Científica Saúde sexual e reprodutiva das usuárias do Consultório de Enfermagem do Campus Universitário- UFF e voluntária no Projeto de extensão Recomendações técnicas: Saberes e práticas populares no enfrentamento da Covid-19 em zona rural. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa CNPq Laboratório de Estudos sobre Mulheres e Enfermagem (LEME). Presidente na atual gestão da Liga Acadêmica em Saúde da Mulher e Empoderamento feminino (LASMEF). E-mail: belisa.santos@hotmail.com.br

² Professora associada da universidade federal Fluminense. Doutora em ciências da saúde. E-mail: violetafloral@hotmail.com

³ Enfermeira Obstétrica. Doutora em Enfermagem pela UERJ. Professora Associada da Universidade Federal Fluminense. Líder do Laboratório de Estudos sobre Mulheres e Enfermagem/LEME. E-mail: janequitete@gmail.com

⁴ Licenciatura em Letras vernáculas pela Universidade Tiradentes, Aracaju- SE em 2005, bacharel em Direito pela Faculdade Pio Décimo, Aracaju- SE em 2017, pós graduada em Direito das Famílias e Sucessões pela Ebradi, SP. E-mail: jaadvocaciafeminina@gmail.com

⁵ Acadêmica do 2º Período de Psicologia da Universidade Federal Fluminense - Campos dos Goytacazes. E-mail: luisabquitete@gmail.com

⁶ Acadêmica de Enfermagem, no 7º período pela Universidade Federal Fluminense no Campus de Rio das Ostras- RJ. Possui interesse nas áreas de pesquisa sobre saúde da mulher e saúde pública. Participou do grupo de pesquisa Gestantes de Vida LEME- Laboratório do estudo sobre mulheres e enfermagem. Atualmente faz parte do projeto de pesquisa intitulado Só podia ser mulher, voltado para mulheres em situação de violência. E do projeto de extensão Educação Permanente para ACS e ACE da Baixada Litorânea/ RJ, coordenado pelas docentes Lídia Santos Soares e Maria da Anunciação Silva. E-mail: myllenalino@id.uff.br

⁷ Enfermeira formada pela Universidade Federal Fluminense – UFF. Pós-graduada em Gênero, Sexualidade e Direitos Humanos pela Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/Fiocruz. E-mail: thaylanareis@id.uff.br

light of the thematic content analysis. Research authorized by CEP / HUAP, opinion No. 1,504,410. **Results:** The analysis revealed two thematic categories: Expanding the concept of family, and The path taken during the adoption process. **Conclusion:** Evidence of confrontations and difficulties during the adoption process. There is an urgent need to give a voice to the LGBTTTQIA + community and promote the permanent education of health professionals in order to guarantee reproductive rights.

Keywords: Reproductive Rights; Adoption; Parenting; Family; Health promotion

INTRODUÇÃO

A porta de entrada de todo o serviço de saúde é a Unidade Básica de Saúde (UBS), onde os casais/indivíduos de qualquer orientação sexual devem buscar orientações acerca de suas dúvidas, ser acolhidos e receber aconselhamento sobre exercício dos direitos reprodutivos. São considerados direitos reprodutivos: O direito de as pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas; o direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos; o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência (BRASIL, 2013).

A atenção em saúde sexual e em saúde reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Básica à saúde, onde deve ser ofertada observando-se como princípio o respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos (BRASIL, 2013).

Deste modo, o Sistema Único de Saúde (SUS) a fim de garantir os direitos reprodutivos deve: assegurar o direito a contracepção, reprodução assistida ou adoção. Nos casos de adoção os casais deverão ser direcionados a Vara de Infância e Juventude onde serão inseridos no Cadastro Nacional da Adoção (CNA), regido pela legislação vigente (Lei da Adoção e Estatuto da Criança e do Adolescente). (BRASIL, 2009) (BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais é composta por uma série de diretrizes para facilitar o acesso do público LGBTTTQIA+ aos serviços de saúde e deve ser um compromisso político-ético e profissional de todos os envolvidos nessa instância (BRASIL, 2013). Corroborado pela Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde que evidencia todos os direitos e deveres dos usuários do SUS em específico o artigo 4º: toda a pessoa tem direito a um atendimento de qualidade, humanizado e acolhedor independente de religião, orientação sexual, cor, raça, etnia, identidade de gênero e condições socioeconômicas (BRASIL, 2012).

Diante das conquistas legais e políticas aqui elencadas, os profissionais de saúde têm papel fundamental no sentido de conhecê-las e torná-las uma realidade no planejamento e na prática de atenção à saúde. Contudo, percebemos em nosso cotidiano que os serviços de saúde têm cerceado a população LGBTTTQIA+ informações a respeito dos direitos reprodutivos, sendo assim, pergunta-se: Como é o caminho percorrido por casais homoafetivos que desejam adotar crianças e/ou adolescentes? Para tanto, definimos

como objetivo deste manuscrito desvelar o caminho percorrido pelos casais homoafetivos que adotaram uma criança e/ou adolescente.

Esta pesquisa está inserida na linha de pesquisa intitulada: Cuidado, integralidade e cidadania feminina, do Laboratório de Estudos sobre Mulheres e Enfermagem/LEME/REN/UFF/Campus Rio das Ostras. E justifica-se pela grande mudança do conceito de família e a possibilidade de casais homoparentais formarem suas próprias entidades familiares. Dada esta mudança todos os envolvidos neste processo precisam se adequar a esse novo conceito e viabilizar essa construção familiar.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, descritiva e de campo. Os participantes desta pesquisa foram casais homoafetivos que adotaram crianças/adolescentes, residentes do estado do Rio de Janeiro, sem restrições em relação à idade e tempo de união. Os participantes foram recrutados na comunidade acadêmica do Campus Universitário, utilizando-se a técnica *snow ball*, que consiste numa amostra não probabilística, onde os participantes iniciais indicam novos participantes até atingir a saturação dos dados (BALDIN, MUNHOZ, 2011).

A entrevista semiestruturada gravada foi a técnica de coleta de dados escolhida, utilizando um roteiro para entrevista com duas etapas (perguntas fechadas e abertas), tendo como pergunta norteadora: “Fale-me um pouco da sua experiência em relação ao processo de adoção”.

Atendidos todos os preceitos éticos regulamentados pela Resolução 466/2012 para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012), e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro/HUAP, parecer n.1.504.410. O tratamento dos dados foi realizado pela análise temática de conteúdo (BARDIN, 2011). Afim de garantir o anonimato dos participantes, os depoimentos foram identificados pela letra “P” ao lado de números cardinais de 1 ao 6, de forma sequencial a cada entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os três casais participantes desta pesquisa, a idade variou entre 32 e 63 anos, dois casais declararam viver em união estável e apenas um casal oficializou o casamento civil. Quanto a escolaridade, três participantes possuíam ensino superior completo, e três o ensino médio. A análise dos dados revelou duas categorias temáticas: Ampliando o conceito de família, e O caminho percorrido durante o processo de adoção.

Ampliando o conceito de família.

Conceituar família, não é fácil. Depende de muitas particularidades envolvendo os sujeitos que ali estão. A família inicialmente constituída pela ótica patriarcal, atualmente assume outras possibilidades, inclusive permitindo aos sujeitos definir seu próprio significado.

“O conceito de família sempre foi muito tranquilo, a gente entende que essa família tem que ser abrangente mesmo. Nós temos nossos bichinhos, cachorros, gatos, passarinho e tudo faz parte da nossa família. Família é tudo aquilo que a gente abraça, cuida e ama. Tudo isso é nossa família” (P. 03)

O conceito de família diz respeito a união de um pai, mãe e filhos frutos desse matrimônio, pessoas também unidas por laços de sangue ou parentesco ou também os indivíduos que se unem e tem filhos biológicos ou adotados depois da união (HOLANDA, 2010).

Ultrapassando antigos estereótipos, o modelo familiar dito como “moderno”, deixou de ter o viés econômico e passou a ser fundado unicamente na afetividade, solidariedade e cooperação mútua entre os indivíduos. Nesse diapasão, tem-se o reconhecimento da pluralidade da formação familiar, abrangendo muito mais agentes do que a simples formação natural, em que reconhecia como entidade familiar os pais e seus descendentes.

Segundo a definição trinária, família pode ser definida como: a) natural: formada pelos pais ou qualquer deles e seus descendentes; b) extensa: formada também pelos parentes próximos com os quais a criança convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade, e; c) substituta: aquela formada em razão da guarda, da tutela e da adoção (ROSSATO; LÉPORE, 2009).

Com o advento da Constituição de 1988, em seu art. 226, há o reconhecimento dos novos modelos familiares, como a união estável e as famílias monoparentais, observa-se uma desconstitucionalização do modelo tradicional familiar, que possuía como entes formadores o homem, a mulher e sua prole (BRASIL, 1988).

A Lei Maria da Penha, Lei nº. 11.340/06, foi a primeira a citar as uniões entre pessoas do mesmo sexo como entidade familiar, sem seu art. 2º e parágrafo único do art. 5º, ampliou o conceito de família e foi um fato inexorável para a inserção das uniões entre iguais no sistema jurídico (DIAS, 2017)

Segundo o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 60.002 mil casais do mesmo sexo residem em domicílio particular como companheiros ou cônjuges, sendo 32.202 mil na região sudeste do país (IBGE, 2010). Diante dessa informação, famílias ditas como “clássicas” passam a compartilhar novos modelos de interação e convivência com o ser diferente. Nesse contexto, surgem as novas composições familiares como por exemplo a monoparentalidade, a poli afetividade, anaparentalidade e a pluriafetiva (BARBOSA, DANTAS e NÓBREGA, 2018).

Família é uma categoria socialmente construída, assim como as questões ligadas à sexualidade, neste sentido, a concepção de família está atrelada ao momento histórico e cultural no qual se inserem as relações (BARANOSKI, 2016). A construção familiar deve ser significativa para aqueles inseridos na mesma, na atualidade, visualizamos diversas formações familiares, pois casais se separam, crianças são cuidadas por avós, tios e pelos próprios irmãos e nem por essas questões é menos ou mais família, concepção ilustrada pelo depoimento abaixo.

“Família para gente é afeto, é luta, é amor... diariamente! E não tem como ser diferente”. (P. 02)

No âmbito internacional, os chamados “Princípios de Yogyakarta” apresentam uma consolidação abrangente da legislação de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. As famílias existem em diversas formas. Nenhuma família pode ser sujeita à discriminação com base na orientação sexual ou identidade de gênero de qualquer de seus membros (MPF, 2017).

O reconhecimento das uniões estáveis como entidade familiar, com a proteção constitucional às famílias monoparentais e com a disseminação do termo “homoafetividade”, possibilitou aos juristas em decisões jurisprudenciais, reconhecer as uniões entre casais homoafetivos como entidade familiar, detentoras de direitos análogos às uniões heteroafetivas, tendo no afeto, na igualdade, na liberdade e na dignidade, meios para se chegar ao fim, que é a felicidade.

Acredita-se que a felicidade seja o desejo comum de todo ser humano. E muito se tem falado em direito à felicidade que, apesar de não estar consagrado constitucionalmente, é um direito fundamental. Partindo da premissa de que todo ser humano quer e tem o direito de ser feliz, entende-se que não pode haver limites na busca dessa felicidade. Negar reconhecimento e direitos às uniões homoafetivas ou omitir-se quanto a isso, é negar a felicidade a milhares de indivíduos. A orientação sexual não pode ser fator determinante na busca e gozo da felicidade.

“Isso é um pouco de família também, ter ou não filhos... eis a questão! Seguir em carreira solo ou ter filhos para passar nosso legado? [...] aí com 7 anos, mais ou menos, a gente ingressou com o pedido de adoção. (P. 02)

O modelo de família que emerge no cenário contemporâneo é o modelo eudemonista, ou seja, aquele pelo qual cada indivíduo busca na própria família, ou por meio dela, a sua própria realização, seu próprio bem-estar (SOUZA e FREITAS, 2017). O novo olhar sobre a sexualidade valorizou os vínculos conjugais, sustentando-se no amor e no afeto. Nesta perspectiva, o direito das famílias instalou uma nova ordem jurídica para a família, atribuindo valor jurídico ao afeto. Quando as uniões estáveis foram reconhecidas como entidade familiar e merecedoras de tutela jurídica, a afetividade, que une e enlaça duas pessoas, adquiriu reconhecimento e inserção no sistema jurídico (DIAS, 2017)

O caminho percorrido durante o processo de adoção.

A garantia dos direitos humanos inclui a liberdade sobre questões ligadas à sexualidade, incluindo a saúde reprodutiva dos casais homoafetivos, independe da orientação sexual e identidade de gênero.

“Eu sempre quis crianças, mas eu nunca tive coragem, sozinho. [...] E como eu sabia que era muito trabalho, não é tão simples, né? Você educar, as tarefas do dia a dia. [...]. Foi um processo de amadurecimento, uma decisão que envolve outras coisas, outras pessoas, tem que ser bem pensado” (P. 01)

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é a porta de entrada de indivíduos que desejam ter filhos, sendo dever do Estado através do SUS garantir o livre exercício deste direito. Um usuário não desejando a concepção biológica ou *in vitro* deve ter acesso a informações sobre adoção, quando uma criança/adolescente em situação de abandono ganha um lar e passa a ocupar uma posição de filho e parentesco civil com os adotantes.

Um dos questionamentos a respeito da adoção por casais homoafetivos se dá devido as possíveis repercussões sócio psicológicas do adotado, quais serão as consequências quanto ao desenvolvimento do adotado (MAUX e DUTRA, 2010). O receio é o de que a criança/adolescente seja influenciada pela orientação sexual dos mesmos, identificando-se com a homossexualidade dos genitores, o que se mostra controverso até mesmo dentro de algumas abordagens psicológicas, como a psicanálise (XIMENES e SCORSOLINI-COMIN, 2018)

“[...] então assim, todo o receio que externamente poderia vir para nós de como seria isso, dois homens cuidarem de duas meninas, duas meninas pequenas na ocasião com 5 e com 7 anos. E quem pensava assim foi por água abaixo, porque a gente sempre cuidou muito bem delas. [...]” (P.03)

Há a equivocada crença de que a falta de referências comportamentais de ambos os sexos (masculino/feminino) possa acarretar sequelas de ordem psicológica e dificuldades na identificação sexual do adotado. É sempre questionado se a ausência de modelo do gênero masculino e feminino pode eventualmente tornar confusa a própria identidade sexual, havendo o risco de o adotado tornar-se homossexual (SOUZA e FREITAS, 2017) (DIAS, 2017). No entanto, até o momento, não é possível comprovar nenhum prejuízo ao desenvolvimento biopsicossocial de crianças/adolescentes criados por casais homoafetivos (XIMENES e SCORSOLINI-COMIN, 2018) (BARBOSA, DANTAS e NÓBREGA, 2018).

“Meu companheiro, na parte da vaidade, de cuidar, de vestir direitinho. A gente sempre tinha comidinha direito para elas porque vieram com a situação de desnutrição grau severo, então a gente fazia comidinha muito bem, no dia, muita fruta, atividades físicas – natação, ballet, capoeira – o que a gente pode” (P. 03)

O peso para casais homossexuais adotando uma criança é muito maior e vem acompanhado de vigilância e cobranças (XIMENES e SCORSOLINI-COMIN, 2018). Portanto, os profissionais da saúde devem

tranquiliza-los, enfatizando que é o vínculo estabelecido entre adotantes e adotados que determinará a qualidade das relações, independentemente da orientação sexual dos pais.

Outra questão que envolve adoção é a aceitação pela família dos adotantes, preocupação comum descritas em outro estudo, onde a opinião dos demais membros da família sobre o desejo do casal realizar uma adoção foi considerado satisfatório para maior parte dos participantes (BARBOSA, DANTAS e NÓBREGA, 2018), conforme cita o participante abaixo.

“A minha família, é uma família bastante conservadora. Então houve resistência. Lógico que não é um mar de rosas. Mas a resistência que eu enxergo maior é, não é a questão da homoafetividade, é a questão do abrigo, tem um preconceito enorme com as crianças abrigadas. [...] então quer dizer, a questão da relação homoafetiva, no meu caso, na minha família, ela ficou sem segundo plano.” (P. 01)

A aceitação da família também inclui as implicações jurídicas e sucessórias que permeiam o processo de adoção.

“A minha família mais próxima, já que meus pais são falecidos, são minhas duas filhas. [...]. Então assim, eu tinha essa preocupação de como elas reagiriam até porque também tem conceitos legais. Uma eventual adoção ia modificar essa questão de herança, enfim, de tudo. Não é só uma incorporação física, uma incorporação jurídica. [...]. Para minha família, minhas filhas, minha neta e até meus genros, foi muito tranquila essa incorporação, a reação foi fantástica e muito positiva como é até hoje. Nós todos estamos juntos nesse barco, até hoje elas me ajudam muito. Para mim foi uma experiência maravilhosa de aumentar a família assim, dessa forma.” (P. 03)

Vale ressaltar que, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), fez ajuste da certidão de nascimento no quesito filiação, suprimindo os termos pai e mãe, e assim possibilitando o registro de crianças por casais do mesmo sexo, assegurando à criança/adolescente, todos os direitos sucessórios e patrimoniais, inclusive em caso de separação ou morte de um dos adotantes (BRASIL, 2009).

Com o advento da Carta Magna de 1988 e com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a adoção perde sua natureza contratual e passa ser uma modalidade de filiação construída no amor, na proteção, na cooperação e na solidariedade, igualando-se à filiação biológica. Vários são os motivos que levam a criança/adolescente à situação de adotante. O abandono, a pobreza, a violência doméstica, a dependência química dos pais e a orfandade podem ser listados como os principais fatores para as crianças estarem em abrigos.

O CNJ lançou em abril de 2020 o novo painel de acompanhamento das informações do Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento (SNA), cadastro criado em 2019 para divulgar dados sobre adoção de crianças no país.

Conforme as informações do painel, existem no Brasil 34,6 mil crianças e adolescentes em casas de acolhimento e instituições públicas. Do total, 4,9 mil estão disponíveis para adoção, e 2,4 mil em processo de adoção. Segundo os dados, 36,7 mil pretendentes estão na fila de espera para adotar. A região do país com mais crianças e adolescentes acolhidas é o Sudeste, com 16,7 mil. Em seguida aparecem as regiões Sul (7,9 mil), Nordeste (5 mil), Centro-Oeste (2,7 mil) e Norte (2,1 mil). O Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento

(SNA) foi criado a partir da junção do Cadastro Nacional de Adoção (CNA) e do Cadastro Nacional de Crianças Acolhidas (CNCA). Segundo o CNJ, pelo sistema, as varas da Infância e Juventude de todo o país conseguem acompanhar o processo de adoção por completo desde a entrada nas casas de acolhimento até reintegração familiar.

Apesar da disparidade entre o número de adotantes em relação ao número de crianças aptas à adoção, o instituto encontra entrave na preferência dos pretendentes, que preferem crianças brancas de até 03 anos de idade, o que difere do perfil cadastrado para adoção. Além da cor, alguns fatores como idade, problemas de saúde (deficiência física e mental), são preponderantes no momento da adoção. Observa-se que os adotantes, geralmente, criam “perfis idealizados” de crianças que representam quantidade ínfima daquelas aptas à adoção (BARANOSKI, 2016).

“Eu vi crianças pulando em cima, “Por favor, me leva para casa”, quando na verdade você está, quando você pode levar para casa apenas um. [...], mas uma coisa que me marcou muito foi o elo entre a gente, foi a história dele. Então a nossa história misturou com a dele (primeiro filho). E a afetividade veio com o tempo, não foi de cara, veio construído”. (P. 02)

Crianças em estado de abrigo procuram o tempo inteiro estabelecer vínculos afetivos, não importando quem o forneça.

“O fato que me marcou também foi ele (primeiro filho) ter nos adotado. Assim que a gente chegou no abrigo, ele não queria saber se era um pai e uma mãe. Ele queria saber que era a família dele”. (P. 02)

Desfrutar de um ambiente familiar seguro, estável, onde sejam valorados o afeto, o cuidado e mútua assistência, sem dúvida, encontra-se inserido no princípio do melhor interesse da criança/adolescente, uma vez que o desenvolvimento, crescimento e formação de caráter do infante, enquanto cidadão detentor de direitos e deveres, depende de uma harmônica convivência familiar e comunitária.

“[...] a promotora instruiu o juiz a dizer que a adoção limita a vida, portanto, não caberia a dois homens ter um filho. [...] Aí começou a história mesmo ... nós queremos ter um filho, e vamos legitimar nosso direito”. (P. 02)

De acordo com o ECA, podem adotar: pessoas maiores de 18 anos, independente do estado civil; para adoção conjunta, é necessário que os adotantes sejam casados ou mantenham união estável, comprovada a estabilidade da família; a adoção será deferida quando apresentar reais vantagens para o adotando e fundar-se em motivos legítimos (MPF, 2017). O ECA destaca o princípio da proteção integral e o princípio da prioridade absoluta como norteadores e primordiais no que tange à proteção aos direitos fundamentais da criança e do adolescente. (DIAS, 2017)

“[...] O entendimento é um pouco conservador. Nós não nos demos satisfeitos com aquele parecer. Recorremos ao Conselho Nacional do Ministério Público e revertermos a situação. Conseguimos a nossa inclusão no Cadastro Nacional de Adoção”. (P. 01)

O ECA, em momento algum observa a orientação sexual como obstáculo ou impeditivo para adoção. Antes, poderia se destacar como percalço à adoção por casais homoafetivos, o §2º do art. 42, quando trata da adoção conjunta, uma vez que é indispensável que os adotantes sejam casados ou mantenham união estável, comprovada a estabilidade da família. Contudo, com o reconhecimento da união estável homoafetiva como entidade familiar, pelo Supremo Tribunal de Justiça, devendo seus efeitos se darem análogos aos das uniões heterossexuais, conclui-se que a adoção por casais homoparentais não mais encontra impedimento legal que impossibilite seu deferimento.

Outro entrave não superado encontrado pelos pares homoafetivos ao pleitearem adoção de criança/adolescente é a omissão legal quando sua possibilidade, inflamado pelo preconceito da parcela mais conservadora da sociedade. Visando driblar tal óbice, casais homoafetivos tendem a optar pela adoção individual, ou seja, apenas um dos parceiros se inscreve e adota a criança, que passará a viver com o casal, constituindo assim uma família homoafetiva e não monoparental.

No entanto, outro depoimento revela uma experiência exitosa no percurso do processo de adoção. Felizmente, os tribunais regionais e superiores vêm se posicionando no sentido de dirimir desigualdades e desconstruir preconceitos.

"[...] essa experiência jurídica da adoção eu não posso reclamar. Foi muito boa, para nós foi muito boa. Como as meninas são irmãs então teriam que ser adotadas juntas, então eu acho que o processo também acabou sendo mais facilitado. [...] nós demos entrada naquela ocasião a 7 anos atrás era uma raridade, não existia processo que se iniciasse com um casal homoafetivo em conjunto. Um adotava e o outro depois se incorporava judicialmente. Nós não, nós fomos um dos primeiros casais no Brasil a ter o processo todo correndo como um casal de fato mesmo. Demos entrada em conjunto, fomos habilitados em conjunto, recebemos a guarda em conjunto e recebemos a guarda definitiva em conjunto. Então não podemos reclamar. Desde o dia que nós conhecemos as meninas até a adoção final passaram-se apenas 10 meses." (P. 03)

O percurso vivido pelo participante infelizmente não é considerado regra em nosso cotidiano, fato decorrente de lacunas legais que de certa forma favorecem o preconceito, associado a morosidade e burocracia do processo adotivo, que acaba por desestimular o público LGBTTTQIA+ a ingressar nos juizados da infância e adolescência (BARBOSA, DANTAS e NÓBREGA, 2018).

CONCLUSÃO

A pesquisa possibilitou um olhar sobre as questões jurídicas e psicossociais da adoção homoparental evidenciado pelo olhar de casais homoafetivos. As entrevistas revelam que não há legislação que realmente assegure o direito homoparental sobre a adoção, bem como desatualização dos currículos escolares/acadêmicos sobre a diversidade sexual e todas as questões que envolvem as mesmas. Urgente dar voz a comunidade LGBTTTQIA+ e promover educação permanente dos profissionais da saúde a fim de garantir os direitos reprodutivos.

Referências

- BALDIN, N.; MUNHOZ, E. M. B. *Snow ball* (Bola de Neve): Uma técnica metodológica para pesquisa em Educação Ambiental Comunitária. In: **X EDUCERE e I SIRSSE**, 2011, Curitiba. Anais do ... Congresso Nacional de Educação. Curitiba – PR: Champagnat – Editora PUCPR, 2011. v. 1. p. 329-341.
- BARANOSKI, Maria Cristina Rauch. A adoção em relações homoafetivas 2nd ed. rev. and enl. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2016, 206 p. ISBN 978-85-7798-217-2. Disponível em: <http://books.scielo.org>>. Acesso em: 18 fev. 2021.
- BARBOSA, Wigna de Begna; DANTAS, Monique Cristiane Diniz; NÓBREGA, Marcio Justino da. A adoção por casais homoafetivos: o papel da justiça na promoção do melhor interesse da criança e do adolescente. *Academia Brasileira de Direito Civil, Juiz de Fora* v. 2, n. 1, 2018 Edição Especial. Disponível em: <https://abdc.emnuvens.com.br/abdc/article/view/14>. Acesso em: 18 fev. 2021.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 28 jan. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*. 2012. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Carta5.pdf>> Acesso em: 28 jan. 2021.
- DIAS, Maria Berenice. *Manual de direito das famílias*. 12. ed. atual. e aum. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2017. 798 p. ISBN 9788520370957.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no. 466 de 12 de dezembro de 2012. *Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 13 jan. 2021.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf Acesso em: 13 jan. 2021.
- _____. Ministério da Saúde. *Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva*. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2021.
- HOLANDA, Aurélio Buarque de. *Dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 5 ed. Curitiba: Positivo, 2010.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010. Pessoas residentes em domicílios particulares, por condição no domicílio, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação*, 2010. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/ed_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2021.
- Lei Federal N. 8.069, de 13 de julho de 1990. *Estatuto da Criança e Adolescente (ECA)*. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 28 jan. 2021.
- Lei Federal N. 12.010, de 03 de agosto de 2009. *Nova Lei Nacional da Adoção*. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/lei/112010.htm>. Acesso em: 18 fev. 2021.
- MAUX, Ana Andrea Barbosa; DUTRA, Elza. A adoção no Brasil: algumas reflexões. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 10, n. 2, p. 356-372, 2010. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n2/artigos/pdf/v10n2a05.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2021.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO CEARÁ. Cartilha: O Ministério Público e a Igualdade de Direitos para LGBTI: Conceitos e Legislação/Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, Ministério Público do Estado do Ceará. 2 ed. Brasília: MPF, 2017. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/documnet/398179811/cartilha-mp-e-os-direitos-lgbti>>. Acesso em: 13 jan. 2021.

ROSSATO, Luciano Alves; LÉPORE, Paulo Eduardo. Comentários à Lei Nacional da Adoção Lei 12.010 de 3 de Agosto de 2009: e Outras Disposições Legais: Lei 12.003 e Lei 12.004. 1. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009. 192 p.

DE SOUZA, D. C. .; FERREIRA FREITAS, R. . ADOÇÃO HOMOAFETIVA E A ACEITAÇÃO SOCIAL DO NOVO MODELO DE FAMÍLIA. Revista Desenvolvimento Social, v. 20, n. 1, p. 161-176, 7 abr. 2020. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/rds/article/view/1869/1995>. Acesso em: 18 fev. 2021.

XIMENES, Flávia; SCORSOLINI-COMIN, Fabio. Adoção por casais do mesmo sexo: relatos de psicólogos do judiciário. Est. Inter. Psicol., Londrina, v. 9, n. 1, p. 65-85, jun. 2018 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000100005&lng=pt&nrm=iso Acesso em 18 fev. 2021.

Capítulo 10

O CUIDADO DE ENFERMAGEM A MULHERES PORTADORAS DE FERIDAS TUMORAIS EM MAMA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Glauciene Cavalcante Gomes¹
Graziela B. Santana²
Isabel Comassetto³
André Luiz Fidelis Lima⁴
Vanessa Vieira da Silva⁵
Júlio César Pereira da Silva⁶
Janine Santos de Melo⁷

RESUMO: A alta incidência, morbidade, mortalidade e o elevado custo no tratamento torna o câncer de mama um grave problema de saúde pública. O fato do diagnóstico ser feito tardiamente, com a doença já em estádios III e IV, reflete um panorama de um grande número de mulheres diagnosticadas com lesões já ulceradas, que exige dos profissionais de saúde, dentre estes, os de enfermagem, valorizar esta problemática, identificando ações que visem à qualidade da assistência e facilitem a produção de estratégias que promovam qualidade de vida. **Objetivo:** Realizar uma revisão integrativa sobre o cuidado do enfermeiro no manejo de feridas tumorais em mama. **Método:** Estudo de revisão, na modalidade de revisão integrativa em bases de dados da BVS, LILACS e PUBMED/MEDLINE. **Resultados:** Foram analisados 15 artigos, nos quais os autores descrevem as modalidades de tratamento utilizadas para o controle de sintomas no manejo de feridas oncológicas, sendo os sintomas mais frequentes: dor, odor, exsudato e prurido. **Conclusão:** Percebe-se a necessidade da criação de estratégias de padronização de tratamento, como a construção de instrumentos informativos e protocolos que facilitem na avaliação, classificação e cuidado com feridas neoplásicas.

Palavras-chave: úlcera cutânea, enfermagem oncológica, neoplasias em mama e bandagens

ABSTRACT: The high incidence, morbidity, mortality and high cost of treatment make breast cancer a serious public health problem. The fact that the diagnosis is made late, with the disease already in stages III and IV, reflects a panorama of a large number of women diagnosed with already ulcerated lesions, which requires health professionals, among them, nursing, to value this problem, identifying actions that aim at the quality of care and facilitate the production of strategies that promote quality of life. **Objective:** Conduct an integrative review on the care of nurses in the management of tumor wounds in the breast. **Method:** Review study, in the form of integrative review in databases of the VHL, LILACS and PUBMED / MEDLINE. **Results:** 15 articles were analyzed, in which the authors describe the treatment modalities used to control symptoms in the management of oncological wounds, with the most frequent symptoms: pain, odor, exudate and itching. **Conclusion:** There is a need to create strategies for standardizing treatment, such as the construction of information tools and protocols that facilitate the assessment, classification and care of neoplastic wounds.

Keywords: cutaneous ulcer, oncology nursing, breast neoplasms and bandages

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. E-mail: glaucienecavalcante@yahoo.com

² Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Residência em Enfermagem em Clínica Cirúrgica Enfermagem pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro. E-mail: julio.ufal@outlook.com

³ Doutora em Ciências pela USP e Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. Departamento de Saúde do Adulto e Idoso. E-mail: isabelcomassetto@gmail.com

⁴ Graduado em enfermagem pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. E-mail: contatoandrefidelis@gmail.com

⁵ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Paulista. E-mail: vanessavieira0902@outlook.com

⁶ Graduando em Enfermagem pela Universidade Paulista. E-mail: julio.ufal@outlook.com.

⁷ Graduada em Enfermagem Pela Universidade Estadual de Ciência da Saúde de Alagoas. E-mail: glaucienecavalcante@yahoo.com.

Introdução

Atualmente a incidência de câncer tem aumentado em muitos países e essa realidade não é diferente no Brasil. Acredita-se que o crescimento no número de casos, está ocorrendo por diversas causas, como a industrialização, estilos de vida e também o aumento da exposição a fatores de risco. Entre os variados tipos de câncer, está o de mama que tem acometido fortemente a população feminina, sendo segundo o Ministério da Saúde, uma das principais causas de óbitos. (GOMES, CAMARGO 2004)

A alta incidência, morbidade, mortalidade e o elevado custo no tratamento tornam o câncer de mama um grave problema de saúde pública, constituindo um desafio para a gestão em saúde. As taxas elevadas de mortalidade estão associadas principalmente ao fato do diagnóstico ser feito tardiamente, com a doença já em estádios III e IV. (FIRMINO 2005).

No contexto brasileiro epidemiológico nota-se que o câncer de mama continua sendo um grande desafio para saúde pública e por sua vez as dificuldades encontradas na rede pública de saúde comprometem a detecção precoce, diagnóstico e tratamento. Então quando as mulheres conseguem assistência em centros especializados, o quadro clínico muitas vezes já está avançado com as lesões neoplásicas já ulceradas. Em contrapartida, existem dificuldades e despreparo dos profissionais de saúde, dentre estes o de enfermagem, para lidar com feridas tumorais.

O tratamento do câncer avançado muitas vezes não tem mais a intenção curativa, porém os sintomas devem ser tratados de forma paliativa, a fim de minimizar o sofrimento e garantir uma melhor qualidade de vida ao paciente. Dentre as diversas atividades assistenciais paliativas com pacientes portadoras de câncer de mama, encontra-se o cuidado com as feridas neoplásicas. (AGRA, G. et al 2013)

Segundo Firmino 2005, as feridas neoplásicas são formadas pela infiltração das células malignas do tumor nas estruturas epiteliais, levando a uma quebra na integridade da pele. Essas lesões recebem diversos tipos de denominações de acordo com suas características, podendo também ser denominadas de feridas malignas, feridas tumorais, úlceras neoplásicas, lesões tumorais, dentre outras denominações. O processo de carcinogênese é responsável pela proliferação celular descontrolada, em que ocorre frequentemente a quebra da integridade cutânea e a infiltração de células malignas nas estruturas da pele, dando origem às feridas neoplásicas. Quando o tratamento quimioterápico não é mais indicado em vista do processo patológico está em fase avançada, a conduta torna-se paliativa a fim de controlar os sintomas físicos e psicossociais (ELITE, 2007). A classificação das feridas neoplásicas é pautada na aparência que exibem durante o processo evolutivo, são classificadas como: ferida ulcerativa maligna (é ulcerada e forma cratera rasa) ferida fungosa maligna (aparência fungosa, semelhante à couve-flor) e ferida fungosa maligna ulcerada (presenta ambos os aspectos) (GOZZO, ET AL 2013).

Estudos estimam que 5% a 10% dos pacientes com câncer apresentam feridas decorrentes da doença, o que representa um grande desafio para a equipe de enfermagem, já que confere mais um agravo, tanto à imagem corporal do paciente quanto para qualidade de vida, comprometendo de forma significativa as atividades cotidianas, além do mal estar físico, psíquico e social (ELITE, 2007).

Prestar assistência neste cenário confere importância para o corpo de enfermagem, pois essas feridas exigem do profissional conhecimento e capacidade de avaliação para definir condutas que promovam qualidade de vida, controlando sintomas. Essas feridas podem desenvolver úlceras de aspecto desagradável, odores intoleráveis, produção de exsudato e sangramento, além de constituir uma deformidade corporal. Portanto, tratar dessas feridas torna-se um desafio para o enfermeiro, pois o objetivo não é mais a cura e sim auxiliar a mulher portadora de ferida tumoral através de orientações acerca das coberturas e alternativas que promovam alívio de sintomas, visto que a ferida maligna em estágio avançado não cicatriza, quando não há resposta ao tratamento de base para o câncer (FIRMINO, 2005).

Neste sentido o profissional de enfermagem responsável pela realização de curativos deve desenvolver competências e habilidades na avaliação, que lhe permitam conhecer e identificar características da ferida neoplásica, no intuito de subsidiar cientificamente a implementação de ações (TAMAI et al, 2013)

O presente estudo visa contribuir com o serviço de enfermagem através de dados científicos que fundamentem a atuação do enfermeiro na avaliação, reabilitação e terapias utilizadas direcionadas as feridas neoplásicas, fornecendo subsídios para o desenvolvimento de uma prática baseada em evidências clínicas.

Busca-se proporcionar ao profissional conhecimento científico para atuação em clínicas e ambulatórios que prestam assistência a esta clientela, colaborando com a atualização dos conceitos a respeito dos princípios gerais que envolvem o processo de enfermagem no cuidado de pacientes portadoras de feridas neoplásicas, além de estimular a criação de instrumentos que facilitem esta prática, como a produção de protocolos que viabilizem o cuidado de enfermagem as pacientes portadoras de feridas neoplásicas.

A relevância deste estudo encontra-se na dificuldade de encontrar pesquisas científicas acerca do papel do cuidado de enfermagem na área de feridas oncológicas em mama, evidenciando também a falta de padronização deste cuidado na assistência prestada a essas pacientes.

Tendo em vista essas premissas, o objetivo do presente estudo é realizar uma revisão integrativa sobre o cuidado do enfermeiro com a lesão tumoral em mama. Tal propósito se justifica em face da escassez de pesquisas dessa natureza desenvolvidas especificamente junto a essa população, no intuito de responder a seguinte pergunta de pesquisa: como o cuidado de enfermagem a mulheres com feridas tumorais em mama acontece no contexto assistencial? Evidenciando este fazer profissional, sintetizando as principais linhas de tratamento utilizadas, avaliando as principais dificuldades existentes no cuidado exercido pelo enfermeiro, propondo um guia que auxilie o profissional enfermeiro na avaliação e no cuidado ofertado as mulheres portadoras de feridas tumorais.

Método

O Método de revisão integrativa de literatura foi utilizado no presente estudo, com vistas a investigar sistematicamente sobre uma problemática no campo científico, em especial, na oncologia.

Desta forma, este estudo consiste nas seguintes etapas metodológicas: estabelecer a questão norteadora, selecionar amostra a ser revista com definição dos critérios de inclusão e exclusão de artigos, avaliação dos estudos pré-selecionados, interpretar os resultados e apresentar a revisão integrativa ou a síntese de conhecimento.

Na primeira etapa foi elaborada a seguinte questão norteadora para o estudo: *como o cuidado de enfermagem a mulheres com feridas tumorais em mama acontece no contexto assistencial?*

A seguir selecionaram-se os artigos, em meio das bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, Literatura Latino-americana e do Caribe (LILACS) e MEDLINE/PUBMED; tendo como recorte temporal de 2004 a 2014, por meio dos seguintes descritores: úlcera cutânea, enfermagem oncológica, neoplasias em mama e bandagens. Na busca dos artigos, utilizaram-se também associações entre os descritores com os booleanos: And. e Or; visando ampliar as possibilidades de captação de material para análise. Os critérios de inclusão foram: artigos, teses e dissertações relacionados a temática de feridas tumorais, indexados nas bases de dados supracitadas e os de exclusão foram artigos que mencionavam feridas tumorais, mas não abordavam o cuidado de enfermagem.

Após a seleção dos artigos, teses e dissertações, realizou-se uma leitura atenta e subsequente e houve a análise da produção científica captada, com vistas a apreender a visão dos autores, relacionando-os ao cuidado de enfermagem no manejo feridas oncológicas e assim, procedeu-se à extração de dados.

A categorização dos artigos foi realizada da seguinte maneira: a extração de dados dos estudos aconteceu de maneira sistematizada utilizando um instrumento idealizado e validado por Ursi (2005). O instrumento é organizado com 5 itens: identificação (título dos artigos, título do periódico, autores, país, idioma e ano de publicação), instituição sede do estudo, tipo de revisão científica, detalhamento metodológico e avaliação do rigor metodológico.

Na avaliação do material foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, com as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados. A qualidade das evidências apontadas nos artigos foi descrita de forma hierárquica, tendo como base o desenho metodológico utilizado pelo pesquisador.

Na avaliação dos artigos quanto ao grau de evidência e o nível de recomendação utilizou-se o instrumento Oxford Centre for Evidence-based Medicine (2009), que oferece subsídios para análise da validade científica dos estudos e graus de eficiência, classifica os estudos em categorias de A-D, instrumento

utilizado para avaliar o impacto dos periódicos na comunidade científica. (Anexo I), conforme o desenho metodológico e o grau de evidência, nesta análise foram selecionados 15 artigos.

Título do Artigo	Intervenção Estudada	Tipo de Estudo	Resultados	Conclusões
Pacientes portadoras de feridas neoplásicas em serviços de cuidados paliativos: Contribuições para elaboração de intervenções de enfermagem. Firmino F. Ano:2005	Sugerir um protocolo de intervenções de enfermagem elaborado para guiar a prática de curativos em feridas tumorais	Revisão de Literatura	Apresentar protocolos de avaliação de feridas, de acordo com sinais e sintomas e possíveis intervenções de enfermagem	Aponta a necessidade na realização de novas pesquisas, para validar condutas no manejo de feridas tumorais
Cuidados Paliativos ao paciente portador de feridas neoplásicas: Uma revisão integrativa de literatura. Agra G, Fernandes M A, PlatellCS, Freire MEM. Ano: 2013	Sintetizar contribuições de estudos que apontem evidências de ações de enfermagem para pacientes com feridas neoplásicas.	Revisão integrativa 2A	Entre as ações de enfermagem direcionadas à pacientes com feridas neoplásicas, sob cuidados paliativos, destacam-se o alívio dos sintomas a promoção de conforto e de bem estar e a melhoria dos aspectos físicos, espirituais	Descrever a importância de estudos relacionados a esta temática, para subsidiar o planejamento de ações de enfermagem no contexto de cuidados direcionados a pacientes oncológicos com feridas.

			e sociais.	
<p>Feridas tumorais: cuidados de enfermagem.</p> <p>Leite AC</p> <p>Ano: 2004</p>	<p>Esclarecer as peculiaridades da assistência a feridas malignas, objetivando fornecer maior conhecimento técnico ao profissional, consequentemente mais conforto e segurança aos pacientes.</p>	<p>Revisão de literatura</p>	<p>Apresentar escalas de estadiamento e classificação do odor, com cuidados de enfermagem em relação ao manejo de sintomas.</p>	<p>Sugere a importância de capacitações da equipe de enfermagem e treinamentos dos pacientes cuidadores, visando a qualidade de vida dos pacientes.</p>
<p>Feridas crônicas em cuidados paliativos.</p> <p>Gomes C, Jesus</p> <p>Ano: 2013</p>	<p>Uniformizar os cuidados de enfermagem ao paciente portador de ferida crônica.</p>	<p>Revisão sistemática 1A</p>	<p>Descrever cuidados de enfermagem direcionados a feridas crônicas, úlceras por pressão malignas. Refere escala de classificação da ferida, quanto a profundidade de invasão tecidual. Demonstra as principais coberturas utilizadas no controle de hemorragias, dor, exsudato e infecção.</p>	<p>Considera as intervenções de enfermagem ainda muito vagas, não dando respostas as questões morais, éticas e socioeconômicas dos pacientes.</p>
<p>Tratamento e controle sistêmico nas feridas malignas.</p> <p>Frias, A.,</p>	<p>Identificar medidas eficazes de tratamento e controle sintomático de feridas malignas.</p>	<p>Revisão Sistemática 3A</p>	<p>Descrever intervenções de enfermagem, que auxiliam no controle de sintomas: dor,</p>	<p>Enfatiza que as intervenções de enfermagem, através da escolha do material para</p>

<p>Chaves D. Ano: 2007</p>			<p>odor, exsudato.</p>	<p>curativo ou utilização de medidas sistêmicas, contribuem para o controle da sintomatologia das feridas malignas.</p>
<p>Curret practice in the management of wound odour: an international survey. Gethin G, GrocottoP, Probst S, Clarke E. Ano: 2014</p>	<p>Determinar a partir de uma perspectiva atual multidisciplinar e internacional na prática de gestão no manejo de odor das feridas.</p>	<p>Estudo descritivo, exploratório de caráter qualitativo 2C</p>	<p>Produtos como carvão e prata estão sendo utilizados, antimicrobianos também são usados. Percebe-se que é o sintoma que mais compromete a qualidade de vida dos pacientes.</p>	<p>Conclui que em diferentes países que há erro na abordagem à gestão de odor. Existe insatisfação geral com a prática atual. Cita a necessidade de pesquisas e ações de educação sobre os meios para avaliar as opções de odor e de gestão de odor em feridas oncológicas.</p>
<p>Morphological characteristics of and factors related to moisture associated dermatitis</p>	<p>Apresentar os principais cuidados com feridas oncológicas em mama com dermatite e exsudato.</p>	<p>Estudo de caso – controle 3B</p>	<p>Avaliação de dois grupos de mulheres, com feridas em mama. O grupo que apresentou mais dermatite e exsudato foi o que apresentou fator</p>	<p>Fornecer cuidados de enfermagem ao realizar curativo em feridas tumorais em mama, para prevenção de dermatites e</p>

<p>surrounding malignant wounds in breast cancer patients.</p> <p>Horii M, Takehara K, Kato S, Yamamoto Y, Naito A, Tayama M, Tamahashi Y, Nakamura S, Kadono T, Oe M, Nagase T, Sanada H.</p>			<p>desencadeante – (umidade no curativo.), em comparação ao outro grupo, que apresentou esses sintomas mais reduzidos.</p>	<p>infecção nas feridas oncológicas.</p>
<p>Home nursing care of a woman with a malignant wound in a primary health care setting.</p> <p>Romero-Collado A.</p> <p>Ano: 2012</p>	<p>Descrever a importância do atendimento domiciliar da enfermagem a paciente portadora de ferida maligna em mama.</p>	<p>Estudo de caso 4C</p>	<p>Descreveu o plano de cuidados de enfermagem, que auxiliou no controle da dor, na cicatrização de feridas e prevenção de complicações. Monitorização e cuidados com a pele circundante é essencial no manejo de feridas oncológicas.</p>	<p>O cuidado de enfermagem ofertado a mulher com lesão neoplásica é essencial neste cenário, para o alívio de sintomas e manutenção da qualidade de vida.</p>
<p>Malignant fungating wounds: a survey of nurses' clinical practice in Switzerland.</p>	<p>Compreender as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros, na assistência prestada a mulheres com feridas vegetantes em mama. Contribuir para criação de um guia que</p>	<p>Estudo transversal de caráter qualitativo. 2B</p>	<p>Descreve a dificuldade dos profissionais de enfermagem no tratamento de feridas malignas, no controle de sintomas e na</p>	<p>Sugere que estratégias precisam ser exploradas para ajudar compreender a diversidade de problemas de</p>

<p>ProbstS(1), Arber A, Faithfull S.</p> <p>Ano: 2009</p>	<p>faciliete a prática assistencial</p>		<p>escolha do curativo.</p>	<p>feridas, que auxiliem profissionais de saúde oncológica.</p>
<p>Management of malignant fungating wounds in advanced cancer.</p> <p>Susian S.</p> <p>Ano:2006</p>	<p>Revisar a fisiopatologia e avaliação de feridas malignas e técnicas de gestão destinadas a controlar a dor, odor, exsudato e sangramentos.</p>	<p>Revisão de literatura</p>	<p>Apresentar uma análise sobre a fisiopatologia das feridas, manejo de sintomas e coberturas.</p>	<p>Enfatiza a importancia de aprofundar o conhecimento sobre cuidados de feridas malignas, para auxiliar os enfermeiros oncológicos.</p>
<p>Qualitative and quantitative evaluation of a new regimen for malignant wounds in women with advanced breast cancer.</p> <p>Lund-N B(1), Mukker K, Adamsen L.</p> <p>Ano: 2005</p>	<p>Investigar experiencias de mulheres com câncer de mama avançado com ferida neoplásica antes e depois das intervenções de enfermagem.</p>	<p>Estudo de campo, descritivo de caráter qualitativo. 2B</p>	<p>O estudo mostrou que 75% das clientes mostraram melhora. Consideravelmente em 83% dos casos houve uma redução média de 75% no intervalo de tempo nas trocas de curativos.</p>	<p>A intervenção de enfermagem nas feridas e os cuidados construídos na prática baseada em evidências contribui para melhora da assistência e qualidade de vida dos pacientes.</p>
<p>Cuidados de enfermagem em feridas neoplásicas na</p>	<p>Buscar fundamentação teórica para oferecer orientações ao profissional de enfermagem na</p>	<p>Revisão de literatura</p>	<p>O estudo mostrou que tratamento paliativo oncológico tem como objetivo</p>	<p>Cita contribuições relevantes que demonstram a importância do</p>

assistência paliativa. AguiarRF. SilvaGRC. Ano: 2012	realização desses cuidados específicos a feridas malignas, e corroborar o que a prática clínica.		intervir na minimização dos sinais e sintomas, já que no estágio em que esses se encontram a reversão é praticamente remota, além de proporcionar uma melhor qualidade de vida.	profissional de enfermagem na assistência ao paciente oncológico, principalmente no que concerne ao cuidados da ferida neoplásica.
A ocorrência e manejo de feridas neoplásicas em mulheres com câncer de mama avançado. Gozzo T, Tahan FO, AndradeML, Nascimento TG. Ano: 2013	Caracterizar o perfil sociodemográfico de mulheres com câncer de mama que apresentam feridas neoplásicas e identificar as coberturas mais utilizadas para o tratamento das feridas.	Estudo de corte 2A	Os sintomas registrados foram dor (32,2%), sangramentos (35%) e necrose (21%). Os produtos utilizados foram sulfadiazina de prata (23%) e o ácido graxo essencial (16,1%).	Demonstrar a necessidade de padronização dos produtos empregados e elaboração dos protocolos.

Os artigos utilizados no presente estudo apresentaram desenhos metodológicos diferenciados nas seguintes categorias: revisão de literatura (N=5 artigos), revisão sistemática (N=2 artigos), estudo de coorte (N=1 artigo), estudo de campo (N=3 artigos), estudo de caso-controle (N=1 artigo), estudo de caso (1=artigo), estudo de impacto (N=1 artigo) e revisão integrativa (N=1 artigo). Dentre os 15 artigos analisados 7 foram da literatura internacional e 8 da literatura nacional.

Durante a extração dos dados foi possível observar a necessidade de novos estudos na temática abordada (feridas oncológicas). A maioria dos autores citam medidas de controle de sintomas, os mais citados

foram: dor, odor, exsudato e prurido. Dentre estes sintomas o prurido foi um resultado que surpreendeu as pesquisadoras, pois na prática assistencial o prurido não é muito mencionado.

Todos os autores referem à necessidade de maior embasamento científico no manejo de feridas oncológicas. Relatam as dificuldades da categoria de enfermagem, frente à falta de capacitação e conseqüentemente a falta de padronização do tratamento. Reconhecem a importância do papel do enfermeiro e que a assistência embasada cientificamente, contribui para qualidade de vida das pacientes.

Dentre as estratégias mencionadas pelos autores para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem, são sugeridas a criação de protocolos, guias informativos e ações de capacitação.

DISCUSSÃO

As feridas neoplásicas constituem uma temática pouco abordada na literatura nacional e internacional quando comparadas com outros tipos de feridas, principalmente devido à falta de publicação de trabalhos de investigação nesta área. Diante destas premissas o conhecimento no manejo de feridas tumorais, ainda está incipiente e sendo conduzido em partes, pelo raciocínio adotado em outras feridas categorizadas como feridas crônicas a exemplo das úlceras diabéticas e vasculogênicas onde a cicatrização é almejada. (GOMES, CAMARGO 2004)

Nos artigos analisados, os autores enfatizam o tratamento de feridas crônicas no paciente oncológico paliativo em geral. Porém, poucos autores abordam as feridas malignas especificamente no câncer de mama. Reforça a importância na produção de novos estudos focados na assistência de enfermagem em mulheres portadoras de feridas malignas, visto que o câncer mamário é um dos tipos de neoplasia que em estágios avançados, mais evolui para invasão tecidual e conseqüentemente há a formação de feridas malignas. (FIRMINO, 2005).

Controle de sintomas e modalidades de tratamento

Os autores apresentam as terapias utilizadas no controle de sintomas destacando-se cuidados de enfermagem no controle do prurido, exsudato, sangramento, odor e dor com modalidades de tratamento, que possuem o intuito de prevenir o isolamento social, proporcionando qualidade de vida.

No controle do prurido destacam-se as seguintes intervenções: investigar a causa, aplicar dexametasona creme a 0,1% no local, em caso de prurido persistente o enfermeiro deve avaliar com a equipe médica a necessidade de terapia sistêmica e avaliar sinais de candidíase cutânea próxima ao leito da ferida, neste caso recomenda-se o uso de sulfadiazinade prata a 1% (AGRA 2013).

Quanto ao exsudato, os autores apontam a importância do controle, pelos seguintes fatores: proteger a pele sadia, diminuir o odor e conferir conforto a paciente. A modalidade de tratamento apresentada aborda como alternativa de tratamento, os curativos absorptivos. As coberturas citadas foram: hidrogel amorfo, alginato

de cálcio, gaze do tipo zobec como cobertura secundária, associado em algumas situações a antibioticoterapia. A vitamina A e D em forma de creme são apresentadas como alternativa de proteção tecidual na pele perilesional (FRIAS, CHAVES, 2013).

No controle do sangramento a conduta citada é manter pressão diretamente sobre os vasos sangrantes, considera-se a aplicação de soro fisiológico gelado, curativos à base de colágeno hemostático. O alginato de cálcio também é apresentado como alternativa no controle da hemorragia com resultados bastante positivos, além destas coberturas usam-se também o ácido tranexâmico ou adrenalina, administrados sobre os pontos sangrantes da ferida. Além destas medidas destaca-se como cuidados de prevenção, manter o meio úmido, para evitar aderência da gaze na lesão, além da avaliação com a equipe médica sobre a possibilidade de iniciar coagulante sistêmico, intervenção cirúrgica e radioterapia anti-hemorrágica. (FRIAS, CHAVES, 2013)

Outro sintoma mencionado nos artigos é o odor ocasionado por infecção da ferida tumoral por micro-organismos e tecidos desvitalizados, sendo descrito como principal sintoma que altera a qualidade de vida das mulheres portadoras de feridas tumorais, gerando desconforto, constrangimento e isolamento social.

No controle do odor grau I, segundo o manual de cuidados paliativos do Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva (INCA), é aquele sentido ao abrir o curativo (BRASIL, 2009). Os autores recomendam a limpeza com SF a 0,9%, realizar antissepsia com hipoclorito de sódio ou clorexidinadegermante, ou polivinilpirrolidonaioido (PVPI); retirar o antisséptico e manter gazes embebidas de hidróxido de alumínio no leito da ferida. Outras opções de tratamento são: aplicação de sulfadiazina de prata e/ou carvão ativado envolto de gaze umedecida com soro fisiológico a 0,9% e oclusão da ferida, com gaze embebida em vaselina líquida (FRIAS, CHAVES, 2013).

No manejo do odor grau II (sentido mesmo sem abrir o curativo), os resultados encontrados nos artigos mencionam realizar à limpeza da ferida, realizar antissepsia e irrigá-la com solução de metronidazol (1 comprimido de 250 mg diluído para 250 ml de soro fisiológico a 0,9%). Se o tecido necrótico estiver endurecido, realizar escarotomia e aplicar comprimidos secos e macerados sobre a ferida, ocluindo com gaze embebida em vaselina líquida. A solução pode ser substituída pela pomada vaginal de metronidazol, gel a 0,8%, ou solução injetável diluída na proporção 1/1 (100 ml da droga, diluída em 100 ml de SF a 0,9%) (BRASIL 2009).

No odor grau III (fétido e nauseante), deve-se considerar emergência dermatológica; seguir os passos no controle de odor graus I e II, associar o metronidazol tópico ao sistêmico endovenoso. Posteriormente, pode-se seguir com o uso sistêmico via oral, porém mantendo o uso tópico (BRASIL 2009).

Escalas de Classificação e Avaliação das feridas oncológicas

Na análise dos artigos, apenas dois estudos citam a escala do estadiamento, apesar de mais escalas existirem e serem instrumentos importantes na classificação e avaliação para que o enfermeiro defina a conduta adequada de acordo com as características da ferida. Nota-se que poucos profissionais conhecem escalas de avaliação, comprometendo a qualidade da assistência ofertada.

Atualmente existem as seguintes escalas direcionadas ao manejo de feridas tumorais: a de estadiamento que classifica a ferida quanto à profundidade e infiltração do tecido (FIGURA 1); a escala de odor (FIGURA 2) e o sistema RYB red/yellow/black (FIGURA 3) que classifica a ferida quanto a aparência do tecido.

Figura II-Escalas de odor das feridas neoplásicas

Níveis	Descrição do odor
Forte	<i>Cheiro evidente que envolve todo o ambiente, mesmo com o curativo intacto e fechado.</i>
Moderado	<i>Quando o que o odor se dispersa no ambiente no momento que o curativo é removido.</i>
Discreto	<i>O odor é sentido quando o paciente está num local fechado no momento da remoção do curativo.</i>
Sem odor	<i>Quando não tem nenhum odor no ambiente e nem quando o curativo é removido.</i>

Fonte:

Níveis	Descrição do odor
0	<i>Ausência de odor</i>
1	<i>Odor não ofensivo, discreto</i>
2	<i>Odor ofensivo, mas tolerável</i>
3	<i>Odor ofensivo e insuportável</i>

Fonte: EDWARDS, J. Managing malodorous wounds. *J. Community Nursing*, v. 14, n. 4

Figura III-Escala de cores das feridas neoplásicas

Cor	Descrição
Vermelho	<i>Vermelho com aspecto limpo indica presença de tecido de granulação</i>

	<i>saudável</i>
Vermelhoescuro	<i>Com aparência friável indica processo infeccioso instalado</i>
Vermelho opaco	<i>Tendendo ao acinzentado indica redução do processo de granulação</i>
Amarelo forte	<i>Tecido de esfacelo/desvitalizado favorecendo infecção</i>
Preto	<i>Tecido necrótico podendo haver presença de pus e tecido fibroso</i>

Fonte: EDWARDS, J. *Managing malodorous wounds*. J. Community Nursing, v. 14, n. 4.

Estas escalas quando aplicadas, facilitam o trabalho do enfermeiro permitindo que o profissional desenvolva raciocínio crítico ao lidar com as feridas e diminuindo o cuidar baseado apenas no empirismo. No contexto atual, verifica-se que mesmos nos centros especializados em oncologia a nível nacional e internacional, o conhecimento e a aplicabilidade destas escalas são escassos, justificando as poucas publicações que mencionam as escalas no manejo de feridas malignas.

Padronização do tratamento

Na assistência ao paciente portador de ferida tumoral, estratégias devem ser criadas para que ocorra a padronização das condutas, possibilitando que os profissionais tenham acesso a instrumentos que viabilizem condutas uniformes baseadas em evidências (GETHIN, 2014).

Entre as estratégias sugerem-se a criação de protocolos ou guias que contenham escalas de avaliação e estadiamento, além das principais coberturas utilizadas no controle de sintomas. Na assistência hospitalar e ambulatorial em oncologia, nota-se que instrumentos como estes são raros. No contexto do cuidado domiciliar realizado por profissionais de saúde ou cuidadores, essa padronização torna-se ainda mais difícil. Uma estratégia viável seria se houvesse guias informativos, que auxiliassem paciente, familiares, profissionais e cuidadores, tais ações são mencionadas pelos autores Gethin e Romero (2014),

Assistência ambulatorial / domiciliar

Os estudos analisados referem à importância deste cuidado, pois quando essa assistência de enfermagem é realizada com eficácia, diminui os custos com internações hospitalares e proporciona as pacientes à manutenção do vínculo familiar.

No âmbito familiar a maioria das coberturas tornam-se inviáveis e a unidade hospitalar muitas vezes, não pode oferecê-las. Nestes casos, estratégias de cuidados domiciliares podem ser utilizadas como a

vaselina, que é uma cobertura de baixo custo muito utilizada, mantendo a não aderência do curativo, tornando as trocas menos dolorosas e menos traumáticas (BRASIL, 2009).

Outra medida citada pelos autores para minimizar o risco de sangramento em domicílio é o uso de água fervida, filtrada e fria, durante a troca de curativo. Além de cuidados de higiene, como o uso de sabonetes neutros e o curativo oclusivo, proporciona um menor risco de infecção (FRIAS CHAVES; 2013).

Verificou-se no estudo *Current practice in the management of wound odour: an international survey*, a coleta de dados realizada em diversos países, a eficácia da assistência de enfermagem realizada via telefone, onde as pacientes descrevem como estão as feridas e recebem orientações juntamente com seus cuidadores, sobre os principais cuidados de higiene e como trocar curativo (GETHIN, 2014). A implementação desta realidade no Brasil traria questões desafiadoras para categoria de enfermagem, pois o profissional enfermeiro assumiria um papel determinante nas orientações sobre o cuidado a serem realizadas pelo paciente/cuidador, avaliando o grau de compreensão e condições socioeconômicas dos mesmos e adesão a esta estratégia de cuidado.

CONCLUSÃO

A realização de pesquisas nesta temática poderá vir a ser considerada uma das grandes demandas da enfermagem oncológica brasileira. No contexto atual assistencial observa-se que existem poucas publicações científicas acerca do cuidado com feridas tumorais. E este cuidado a lesões tumorais em mama precisa ser acompanhado de modo diferenciado pelas características próprias das lesões oncológicas e situação clínica da mulher em foco.

Percebe-se a necessidade da criação de estratégias e padronizações favoráveis ao cuidado de enfermagem a pacientes portadoras de lesões tumorais ulceradas, como construção de instrumentos informativos e protocolos clínicos que facilitem na avaliação, classificação e cuidado com estas feridas. Este estudo possibilitou as pesquisadoras, a elaboração de um guia informativo sintetizando as principais coberturas utilizadas no contexto atual, com a produção de diagnósticos de enfermagem e intervenções direcionadas ao cuidado\ manejo de feridas oncológicas.

Quanto à categoria profissional de enfermagem, percebe-se a necessidade de ações de educação em saúde para o enfermeiro que contemplem o desenvolvimento de conhecimento acerca do tema, desde a graduação até os treinamentos de ensino-serviço, com vistas a construção de uma competência no manejo de feridas neoplásicas, pois nota-se que mesmo em centros especializados em oncologia, existe um despreparo que ratifica a necessidade de ações de capacitação e condutas padronizadas visando promover uma assistência efetiva a estas pacientes com câncer de mama.

Sugere-se a produção de novos estudos, pois a ferida neoplásica precisa ser melhor avaliada e registrada a partir de uma descrição precisa. Assim o curativo mais adequado será escolhido, os sintomas efetivamente controlados e então, proporcionar qualidade de vida as mulheres portadoras de feridas tumorais em mama.

REFERÊNCIAS

AGRA, G. *et al.* Cuidados Paliativos ao Paciente Portador de Ferida Neoplásica: uma Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 95-104, dez./2011. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_59/v01/pdf/16-cuidados-paliativos-ao-paciente-portador-de-ferida-neoplasica.pdf. Acesso em: 15 jul. 2015.

AGUIAR, R F; SILVA, Grc. .Os cuidados de enfermagem em feridas neoplásicas na assistência paliativa. **Revista do Hospital universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 82-88, abr./2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8947>. Acesso em: 2 ago. 2015.

BRASIL. **Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado.** 2. ed. Rio de Janeiro : Esdeva, 2009. p. 4-46.

CENTRE FOR EVIDENCE BASED MEDICINE . **Oxford Centre for Evidence Based Medicine. Levels of Evidence.** Disponível em: <https://www.cebm.net/wp-content/uploads/2014/06/CEBM-Levels-of-Evidence-Introduction-2.1.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2015.

COLLADO, Angel Romero. Home nursing care of a woman with a malignant wound in a primary health care setting. **Europe PMC**, Espanha, v. 22, n. 2, p. 100-104, mar./2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22018774/>. Acesso em: 17 jul. 2015.

DRAPER, Charlotte. The management of malodour and exudate in fungating wounds. **British Journal of Nursing**, Londres, v. 9, n. 11, p. 14-22, jun./2005. Disponível em: <https://www.magonlineibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2005.14.Sup2.18210>. Acesso em: 2 ago. 2015.

FIRMINO, Flávia. . Pacientes portadores de feridas neoplásicas em Serviços de Cuidados Paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, p. 347-359, jul./2015. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/revisao6.pdf. Acesso em: 15 mai. 2015.

GETHIN, G. *et al.* Current practice in the management of wound odour: an international survey. **International Journal of Nursing Studies**, ..., v. 5, n. 5, p. 865-874, jun./2014.

GOMES, Claudia; JESUS, Cristiane. Feridas Crônicas em Cuidados Paliativos : Revisão bibliográfica . **journal of aging and innovation.**, Portugal, v. 2, n. 2, p. 120-126, mai./2013.

LEITE, A C. Feridas tumorais: cuidados de Enfermagem. **Revista Brasileira Do Hospital Central Do exercito**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 36-40, jan./2007. Disponível em: <http://www.hce.eb.mil.br/images/comsoc/revista/RC-HCE-ANO2-Definitiva.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2015.

LUND-NIELSEN, B; MÜLLER, K; ADAMSEN, L. Qualitative and quantitative evaluation of a new regimen for malignant wounds in women with advanced breast cancer. **Journal of Wound Care**, Londres, v. 14, n. 2, p. 69-73, fev./2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/7993575_Qualitative_and_quantitative_evaluation_of_a_new_regimen_for_malignant_wounds_in_women_with_advanced_breast_cancer. Acesso em: 2 ago. 2015.

PROBST, Sebastian; ARBER, Anne; FAITHFULL, Sara. Malignant fungating wounds: a survey of nurses' clinical practice in Switzerland. **Eur. Europe MC**, Europa, v. 13, n. 4, p. 295-298, set./2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19386546/>. Acesso em: 1 ago. 2015.

SEAMAN, Susie. Management of malignant fungating wounds in advanced cancer. **Semin Oncol Nurs**, Europa, v. 22, n. 3, p. 185-193, ago./2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16893748/>. Acesso em: 1 ago. 2015.

TAMAI, N. *et al.* Morphological characteristics of and factors related to moisture-associated dermatitis surrounding malignant wounds in breast cancer patients. **European journal of oncology nursing**:, Europa, v. 15, n. 5, p. 673-680, jun./2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23850413/>. Acesso em: 19

Capítulo 11

ÓBITOS MATERNS DECORRENTES DE “GRAVIDEZES QUE TERMINARAM EM ABORTO” SEGUNDO CID-10 NO BRASIL

MATERIAL DEATHS ARISING FROM “PREGNANCES THAT ENDED IN ABORTION” ACCORDING TO ICD-10 IN BRAZIL

Jeferson Moreira dos Santos¹
Maria Antônia Alves de Souza¹
Joanna Maria Alves Morais²
Daniela Sousa Oliveira³

RESUMO: Introdução: Entre as inúmeras causas de morte materna no mundo, estima-se que 13% delas, o que equivale a 47.000, são conseqüentes de aborto. **Objetivo:** Caracterizar o perfil de óbitos maternos decorrentes de gravidezes que terminam em aborto no Brasil, entre os períodos de 1996 a 2019 e suas implicações para a saúde pública. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa transversal, quantitativa de cunho epidemiológico, realizada com base em dados disponibilizados pelo Sistema de informação sobre Mortalidade. **Resultados:** As mortes maternas, conseqüentes de gravidezes que terminaram em aborto foram expressivas no Sudeste e Nordeste do Brasil; entre as mulheres de 20 a 29 anos, pertencentes a raça/cor negra e de baixa escolaridade. **Conclusão:** O recorte temporal de análise demonstrou baixo número de registros de óbitos decorrentes de gravidezes que terminam em aborto. As práticas abortivas clandestinas, favorecem a subnotificação de dados bem como a elaboração de indicadores de saúde inconsistentes, o que representa um obstáculo para a saúde pública no Brasil.

Palavras-Chave: Aborto Induzido. Ilegalidade. Saúde Pública. Saúde da Mulher.

ABSTRACT: Introduction: Among the numerous causes of maternal death in the world, it is estimated that 13% of them, which is equivalent to 47,000, are consequent to abortion. **Objective:** To characterize the profile of maternal deaths resulting from pregnancies that end in abortion in Brazil, between 1996 and 2019 and their implications for public health. **Methods:** This is a cross-sectional, quantitative epidemiological research, based on data provided by the Mortality Information System. **Results:** Maternal deaths, resulting from pregnancies that ended in abortion were significant in the Southeast and Northeast of Brazil; among women aged 20 to 29 years, belonging to black race/color and with low schooling. **Conclusion:** The time frame of analysis showed a low number of records of deaths resulting from pregnancy that end in abortion. Clandestine abortion practices favor underreporting of data as well as the development of reliable health indicators, which represents an obstacle to public health in Brazil.

Keywords: Induced Abortion. Illegality. Public Health. Health Of Woman

Introdução

A mortalidade materna é considerada um problema de saúde pública e uma prioridade global de saúde, para tanto no ano de 2010 estima-se que 287.000 mortes maternas ocorreram a nível mundial, e

¹ Graduando em enfermagem. Universidade do Estado da Bahia – Campus XIII/ Guanambi, Bahia. Brasil.
E-mail: Jeff.ibce73@gmail.com

¹ Graduanda em enfermagem. Universidade do Estado da Bahia – Campus XII/ Guanambi, Bahia. Brasil.
E-mail: mariatonia.bh@gmail.com

² Graduanda em medicina. Universidade Federal de Mato Grosso – Campus Sinop/ Sinop, Mato Grosso, Brasil.
E-mail: joannamaria.guajo@hotmail.com

³ Docente do curso bacharelado em enfermagem. Universidade do Estado da Bahia – Campus XII/ Guanambi, Bahia. Brasil. E-mail: oliverdany@gmail.com

grande parte delas aconteceram em países de baixa e média renda. (SAY *et al.*, 2014). Em razão da seriedade e gravidade desse desconforto na saúde pública, a Organização das Nações Unidas (ONU), incluiu como prioridade a redução desse tipo de mortalidade na lista dos objetivos de desenvolvimento do milênio (OMS, 2012).

Estudos apontam que as principais causas de morte materna são oriundas dos seguintes agravos: hemorragia, hipertensão, sepse, aborto e embolismo (SAY *et al.*, 2014; KASSEBAUM *et al.*, 2014). Entre os agravantes citados destaca-se o aborto, uma prática que representa um grande desafio para a redução da mortalidade materna, devido uma gama de fatores como: ilegalidade, clandestinidade, aspectos culturais e religiosos (MARTINS *et al.*, 2016). A organização Mundial da Saúde (OMS) classifica o aborto de acordo a sua etiologia, podendo ser espontâneo ou provocado, e o define como a expulsão fetal com peso menor que 500 gramas, com aproximadamente 20 a 22 semanas completas de gestação (DOMINGOS; MERIGHI, 2010). Estima-se que 13% das mortes maternas em todo o mundo, o equivalente a 47 mil, tenham sido consequentes de práticas de abortos inseguros (GERDTS *et al.*, 2013), no Brasil, a situação não é diferente, tendo em vista que esse problema faz parte das principais causas de morte em mulheres (MARTINS *et al.*, 2016).

Um ponto de extrema relevância que deve ser acordado é a questão da ilegalidade das práticas abortivas, tanto no Brasil quanto no mundo. Estudo traz que a criminalização do aborto induzido, pouco tem contribuído para a redução de tal conduta, além disso, vem expondo cada vez mais as mulheres ao risco de morte, pelo fato que na maioria dos casos são práticas realizadas em locais insalubres (MARTINS *et al.*, 2016).

Neste sentido, não se atentar aos problemas que acarretam o aborto e as consequências que são desencadeadas pela realização deste ato, é o mesmo que permitir que tragédias continuem acontecendo isoladamente com milhares de mulheres, que em sua maioria são de classe social baixa, negras, jovens, com pouca escolaridade, e que se vêem ameaçadas por denúncias e punição judicial (SANTOS *et al.*, 2013). Acrescendo ainda mais em questão da ilegalidade/clandestinidade, essa díade contribui para o aumento da realização insegura do aborto em clínicas clandestinas, tornando essa prática um negócio cada vez mais lucrativo e principalmente garantindo a impunidade para aqueles que o realiza (MARTINS *et al.*, 2016; DOMINGOS; MERIGHI, 2010).

O aborto além de revelar as condições de desigualdades sociais e regionais, ele também representa grandes gastos em saúde. Em média por ano são realizadas 240 mil hospitalizações pelo Sistema único de Saúde (SUS) para o tratamento de mulheres com complicações advindas do processo de abortamento, implicando em gastos anuais de cerca de 45 milhões de reais dos cofres públicos (SANTOS *et al.*, 2013).

Em face do que foi dito, nota-se que nos últimos anos houveram crescentes discussões entre movimentos sociais, jurídicos, políticos e profissionais em respeito a legalização do aborto (MARTINS *et al.*, 2016). De fato existem outras maneiras que possam reduzir esse problema a longo prazo, como por exemplo: melhoria na educação, redução de barreiras que dificultam o acesso às mulheres aos serviços de

saúde, entre outros, mas em curto prazo não se veem alternativas a não ser a descriminalização do mesmo (SANTOS *et al.*, 2013)..

Um bom exemplo da eficácia da legalização são as análises feitas através dos resultados elencados pelo Uruguai para o ano de 2012, após a aprovação do aborto, no qual é constatado 2.550 abortamentos registrados nos seis primeiros meses. No entanto, não houve nenhuma causa de morte materna associada ao aborto (SANTOS *et al.*, 2013). Vale refletir que esse resultado positivo poderia ser controverso, caso todos esses procedimentos fossem realizados em condições inseguras e insalubres as quais expõem as mulheres ao risco de morte.

Devido à inexistência de um Código Internacional de Doença (CID) restrita aos casos de aborto provocado ou induzido, sua prevalência não tem sido conhecida com precisão. Além do CID-10 que especifica aborto espontâneo e abortos por razões médicas, o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) disponibiliza a categoria “outras gravidezes que terminam em aborto” (ROSSO *et al.*, 2020).

Desta forma, o objetivo dessa pesquisa é caracterizar o perfil dos óbitos maternos decorrentes de gravidezes que terminam em aborto no Brasil, entre períodos de 1996 a 2019 e suas implicações para a saúde pública. Esse estudo tem relevância científica e acadêmica, logo espera-se que ele possa trazer a tona reflexões que permeiam os aspectos sociais, culturais, religiosos, bioéticos e legais acerca do aborto, permitindo que a comunidade se aproprie cada vez mais diante de uma temática polêmica e ao mesmo tempo delicada.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, realizado com base em dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), referente aos óbitos maternos decorrentes de gravidezes que terminam em aborto no Brasil, entre os anos de 1996 a 2019 registrados no Sistema de informação sobre Mortalidade (SIM).

A extração dos dados foi feita pelo tabulador genérico disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS) TabNET, que possibilitou a organização e exploração das variáveis de forma rápida. Os dados foram ajustados com o tabulador TabWIN, que permitiu a apuração mais avançada e importação das informações. Posteriormente, foram realizados download das planilhas, as quais foram enviadas para o Microsoft Excel 2010 sendo calculadas as frequências relativas e absolutas, tornando possível a construção de tabelas.

No que diz respeito aos aspectos éticos, os arquivos disponíveis no DATASUS são dados secundários e de domínio público. De acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o estudo não está suscetível a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Para embasamento teórico dos resultados e discussão, foram realizadas buscas de artigos nas bases de dados da Pubmed, Scientific Eletronic Library Online (SciELO), e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nos idiomas inglês, português e espanhol.

Resultados e discussões

Os dados revelam que entre os períodos de 1996 a 2019 foram registrados 3.274 óbitos maternos decorrentes de gravidezes que terminaram em aborto no Brasil. Em razão do intervalo temporal da análise ser relativamente grande, cerca de 23 anos, questiona-se o baixo número de registro de mortes. Uma possível explicação diante desse caso é a subnotificação de dados, associadas a omissão de informações por parte dos familiares das vítimas, as quais são necessárias para atribuir o aborto como causa da morte (NEAL *et al.*, 2016).

Além disso, a precisão e fidedignidade dos dados sobre a classificação da morte dependem muito da entrada dessas mulheres aos serviços de saúde, que em sua maioria não os procuram devido ao receio da condenação pela prática ilegal (NEAL *et al.*, 2016). A legislação vigente no Brasil, através do decreto-lei 2.848 considera o aborto induzido como crime, e atualmente essa criminalização mostra-se ineficaz e implica malefícios tanto na saúde quanto à autonomia da mulher.

O não reconhecimento legal das práticas abortivas, faz com que centenas de mulheres recorram a pessoas despreparadas para a realização de procedimentos clandestinos, com condições mínimas de salubridade o que as expõe a graves complicações e risco de morte (CÚNICO *et al.*, 2014). Também vale ser ressaltado que o perfil das mulheres que recorrem a tal prática são majoritariamente as mais pobres, com baixa escolaridade e negras (SANTOS *et al.*, 2013).

No período em questão, nota-se que entre as cinco regiões brasileiras os índices de mortalidade materna por aborto foram mais expressivos no Sudeste e Nordeste do país correspondendo a aproximadamente $n=1.309$ (39,9%) e $n= 965$ (29,4%) respectivamente (tabela-1). Embora não explane a mortalidade de mulheres em consequência de praticas abortivas, estudo realizado através da pesquisa nacional sobre demografia, revela que são nessas regiões que ocorrem os maiores índices de abortos induzidos, dando destaque especialmente ao Rio de Janeiro 6,5%, que no ano de 1996 apontou relatos de abortos provocados acima da média nacional. (CECATTI *et ali.*, 2010).

A mortalidade expressiva nessa região também pode ser explicada por se tratar de uma região geográfica de grande contingente populacional, mais desenvolvida economicamente o que acaba influenciando em mais redes de atenção a saúde e consequentemente maior acesso e notificação de óbitos (MS, 2009). As demais regiões federativas apresentam quantitativos redutivos da mortalidade materna por aborto, podendo ser esclarecida através das hipóteses de melhoria do acesso a métodos contraceptivos modernos e eficazes,

ou por se tratar de regiões que não contam com hospitais suficientes e/ou infraestrutura adequada para atender a demanda, ou seja, há o problema porém não está havendo a notificação dos dados (CORREIA *et al*, 2018).

Tabela 1- Distribuição dos óbitos consequentes de gravidezes que terminaram em aborto, de acordo com faixa etária e região de ocorrência. Brasil, 2021.

Faixa Etária	Norte	%	Nordeste	%	Sudeste	%	Sul	%	Centro-O	%	Total
10 a 14 anos	7	1,7	15	1,6	12	0,9	3	0,9	1	0,4	38
15 a 19 anos	87	21,0	164	17,0	139	10,6	49	14,6	34	13,8	473
20 a 29 anos	194	46,7	442	45,8	590	45,1	137	40,9	116	47,0	1479
30 a 39 anos	112	27,0	278	28,8	477	36,4	122	36,4	86	34,8	1075
40 a 49 anos	15	3,6	66	6,8	91	7,0	24	7,16	10	4,0	206
Total	415	100,0	965	100,0	1309	100,0	335	100	247	100,0	3271

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

Adiante, foi notório que as mulheres com a faixa etária de 20 a 29 anos, o que representa n= 1.479 (45.2%) (Tabela -2), foram as que mais morreram em razão de práticas abortivas. Tal elucidação corrobora com os achados de Cúnico *et al*, (2014), em seu estudo intitulado: algumas considerações acerca da legalização do aborto no Brasil, no qual é trago que geralmente o aborto é realizado nas idades entre 18 a 29 anos.

Outro ponto de extrema relevância a ser acordado, é a mortalidade materna entre as mulheres adolescentes de 15 a 19 anos de idade o que equivale a 473 (14,4%), isso pode estar associado ao início precoce da vida sexual e também porque geralmente os jovens não utilizam métodos contraceptivos em sua primeira relação, tendo como consequência a gravidez indesejada na adolescência. Logo, os jovens e adolescentes recorrem ao aborto como uma alternativa de fuga das pressões sociais e econômicas de serem mães solteiras e criarem filhos (CORREIA *et al.*, 2018).

Vale lembrar que os abortamentos realizados pelas adolescentes se devem ao fato de estar se tratando de um público mais vulneráveis a praticas de estupros, coerção sexual, entre outros. Boah, Bordotshiah e Kuurdong (2019), em seu estudo intitulado como: preditores inseguros de aborto induzido entre mulheres em Gana, elucida que as mulheres mais jovens quando comparadas as mais velhas (35-49 anos) são mais susceptíveis a atos de coerção sexual e estupros o que pode levar a gravidezes indesejadas e consequentemente a práticas abortivas que as expõe a maior risco de morte (BOAH; BORDOTSIAH; KUURDONG, 2019).

Tabela 2- Distribuição dos óbitos consequentes de gravidezes que terminam em aborto, de acordo com a faixa etária. Brasil, 2021.

Faixa Etária	Óbitos maternos	%
10 a 14 anos	38	1,2
15 a 19 anos	473	14,4
20 a 29 anos	1479	45,2
30 a 39 anos	1075	32,8
40 a 49 anos	206	6,3
Idade ignorada	3	0,1
Total	3274	100,0

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

Por questões de inconsistências no banco de dados do sistema de informação sobre mortalidade, a variável escolaridade não foi analisada. No entanto, estudos (DOMINGOS et al., 2011; BORSARI et al., 2013), demonstram que a realização de práticas abortivas são mais expressivas para aquelas mulheres com baixo grau de instrução.

Faz-se necessárias duas ressalvas em respeito a escolaridade e aborto. A primeira é que o grau de ensino, associa-se negativamente à gravidez indesejada, visto que, menos anos de estudo contribui para escassez de informações básicas de prevenção. A segunda associa-se positivamente a tal prática, pois mulheres com mais anos de instrução tem menos chances de gestações indesejadas, mas, uma vez gravidas, tem maiores chances de interrompê-las (BORSARI et al., 2013). Portanto, percebe-se que mais anos de escolaridade resulta em maior desenvolvimento da autonomia da mulher, bem como em refletirem criticamente sobre o seu direito de liberdade reprodutiva (SANDI; BRAZ, 2010).

Uma questão importante a ser discutida é a mortalidade em relação a raça/cor. O presente estudo exhibe um número expressivo de óbitos em mulheres negras, o que inclui n=344 pretos e n=1433. A agregação desses dois grupos na variável “negros” justifica-se que do ponto de vista estatístico, as populações pretas e pardas possuem características similares (BRASIL, 2016).

A grande quantidade de mortes registradas na raça/cor negra pode ser justificada pelas desigualdades sociais enfrentadas como: baixa renda; menor nível de escolaridade; dificuldades no trabalho e ocupação; e de acesso aos serviços de saúde, sendo esse último, consequente do racismo institucional velado na sociedade (SILVA et al., 2019). Estudo realizado na capital baiana retrata as barreiras que dificultam o acesso aos serviços de saúde, especificamente na atenção primária, para tanto os autores apontam os estigmas vivenciados por famílias durante o atendimento em razão da tonalidade da pele (TRAD; CASTELLANOS; GUIMARÃES, 2012).

Outro fator que chamou atenção, foi o percentual significativo de óbitos atribuídos a variável sem informação n= 469 (14,3%). Esse achado expõe a dificuldade que o SIM defronta em virtude do preenchimento inadequado da declaração de óbito (DO). Este por sua vez, é um documento padrão utilizado para coleta de dados sobre a mortalidade no Brasil, e diante desse contratempo, tem-se a necessidade de investigações voltadas a essa temática, que visem colaborar para o preenchimento correto desse documento indispensável à saúde pública (SILVA et al., 2013).

Mendonça, Drumond e Cardoso (2010) explicam, que o preenchimento incorreto deve-se a baixa atenção dada a esse documento no currículo das escolas de medicina, o que de certa forma, expõe a fragilidade no ensino da operacionalização correta da DO, contribuindo para a fragilização no fomento de políticas públicas voltadas as mulheres que praticam o aborto.

Tabela 3- Distribuição dos óbitos consequentes de gravidezes que terminam em aborto, de acordo com a raça/cor. Brasil, 2021.

Cor/raça	Óbitos maternos	%
Branca	983	30,1
Negra	1.777	54,3
Amarela	7	0,2
Indígena	35	1,1
Sem informação	469	14,3
Total	3271	100,0

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

Considerações Finais

Em virtude do grande intervalo temporal, os dados analisados expressam baixos índices de óbitos maternos decorrentes de gravidezes que terminaram em aborto. Percebe-se que o perfil etário mais acometido foi o de mulheres jovens de 20 a 29 anos, pertencentes a raça cor negra e de baixa escolaridade. Apesar de haverem baixos registros no público de 15 a 19 anos, o estudo chama atenção para a questão da gravidez na adolescência, que é outro problema de saúde pública.

Em face aos dados apresentados, é indiscutível que a única forma de reduzir a mortalidade materna por aborto induzido é legalizar essa prática, pois embora exista políticas de saúde voltadas à mulher; redes de atenção a saúde que contam com profissionais que realizam constantemente atividades educativas e orientações quanto aos riscos de praticas abortivas, a proibição da mesma fere a autonomia do público feminino. Em pleno século XXI, diante de inúmeras vitórias alcançadas pelas mulheres ainda resta o desejo de conquistar mais uma, que é o direito de levar adiante ou não uma gestação indesejada.

Mas até que o aborto seja legalizado, ressalta-se a importância de continuar a implementação de medidas educativas com palestras em praças públicas, ou na própria unidade básica de saúde. Na tentativa de que o conhecimento chegue o mais próximo possível dos adolescentes e jovens, é importante abordar essa

temática nas escolas através do Programa Saúde na Escola (PSE) para a prevenção tanto da gravidez precoce quanto a contração de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), sejam elas na adolescência ou demais faixas etárias.

Por fim, trazer discussões sobre o aborto e a bioética dentro dos sistemas de saúde, e principalmente dentro das universidades é de suma importância, haja visto, que esses eixos temáticos fazem com sejam despertados todo um processo de reflexão diante desse desconforto social, o que contribui para a formação de futuros profissionais mais capacitados e humanizados e que não enxergarão apenas uma mulher que realiza/realizou o aborto, mas sim todo um contexto que culminou para a realização de tal prática.

Referências

- BOAH, Michael *et al.* Predictors of Unsafe Induced Abortion among Women in Ghana. **Journal Of Pregnancy**, [S.L.], v. 2019, p. 1-8, 3 fev. 2019. Hindawi Limited. <http://dx.doi.org/10.1155/2019/9253650>. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/jp/2019/9253650/>. Acesso em: 06 fev. 2020.
- BORSARI, Cristina Mendes Gigliotti *et al.* Aborto provocado em mulheres da periferia da cidade de São Paulo: vivência e aspectos socioeconômicos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [S.L.], v. 35, n. 1, p. 27-32, jan. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-72032013000100006>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013000100006. Acesso em: 05 fev. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil**. 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livreto.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.
- CORREIA, Luciano Lima *et al.* Spontaneous and induced abortion trends and determinants in the Northeast semiarid region of Brazil: a transversal series. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 123-132, mar. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000100006>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000100123&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 6 fev. 2020.
- CÚNICO, S.D. *et al.* Algumas Considerações Acerca da Legalização do Aborto no Brasil. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 41-47, 30 jun. 2014. Instituto Metodista de Ensino Superior. <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v22n1p41-47>. Disponível em: <http://www.bibliotekevirtual.org/index.php/2013-02-07-03-02-35/2013-02-07-03-03-11/934-mud/v22n01/8674-algumas-consideracoes-acerca-da-legalizacao-do-aborto-no-brasil.html%3E>. Acesso em: 6 fev. 2020.
- DOMINGOS, Selisvane Ribeiro da Fonseca *et al.* O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 177-181, mar. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452010000100026>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100026. Acesso em: 06 fev. 2020.
- DOMINGOS, Selisvane Ribeiro da Fonseca *et al.* Características dos abortamentos de mulheres atendidas em uma instituição hospitalar filantrópica de Caratinga-MG*. **Reme**, Belo Horizonte, v. 15, n. 4, p. 504-512, 29 abr. 2011. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/v15n4a06.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2020.
- GERDTS, Caitlin *et al.* Measuring Unsafe Abortion-Related Mortality: a systematic review of the existing methods. **Plos One**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 1-14, 14 jan. 2013. Public Library of Science (PLoS).

<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0053346>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23341939/>. Acesso em: 06 fev. 2020.

KASSEBAUM, Nicholas J *et al.* Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. **The Lancet**, [S.L.], v. 384, n. 9947, p. 980-1004, set. 2014. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60696-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60696-6). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24797575/>. Acesso em: 12 fev. 2020.

MARTINS, Eunice Francisca *et al.* Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 33, n. 1, p. 1-11, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00133116>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00133115.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2020.

MENDONÇA, Fabrício Martins *et al.* Problemas no preenchimento da Declaração de Óbito: estudo exploratório. **R. Bras. Est. Pop**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 285-295, 26 maio 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepop/v27n2/04.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2021.

NEAL, S. *et al.* The causes of maternal mortality in adolescents in low and middle income countries: a systematic review of the literature. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, n. 352, p. 1-18. 2016. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-1120-8#citeas>. Acesso em: 06 fev 2020

ROSSO, Kelly Cristina Fogazzi *et al.* Internações por “Outras gravidezes que terminam em aborto”. CID 00-008 na região metropolitana de Porto Alegre. **Saúde Coletiva (Barueri)**, [S.L.], n. 56, p. 3142-3151, 29 set. 2020. MPM Comunicacao. <http://dx.doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i56p3142-3151>. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/901/1003>. Acesso em: 06 fev. 2021

SANTOS, Vanessa Cruz *et al.* Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. **Revista Bioética**, [S.L.], v. 21, n. 3, p. 494-508, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-80422013000300014>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000300014. Acesso em: 12 fev. 2020.

SANDI SF, BRAZ M. As mulheres barsileiras e o aborto: uma abordagem bioética na saúde pública. **Revista bioética**, v.18, n.1, p. 131-153, mar. 2010. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/541/527 acesso em: 26 de fev. 2020

SAY, Lale *et al.* Global causes of maternal death: a who systematic analysis. **The Lancet Global Health**, [S.L.], v. 2, n. 6, p. 323-333, jun. 2014. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x\(14\)70227-x](http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x(14)70227-x). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/fulltext). Acesso em: 20 fev. 2020.

SILVA, José Antônio Cordero da *et al.* Declaração de óbito, compromisso no preenchimento. Avaliação em Belém – Pará, em 2010. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [S.L.], v. 59, n. 4, p. 335-340, jul. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.03.001>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104423013000894>. Acesso em: 05 fev. 2021.

SILVA, Nelma Nunes da *et al.* Access of the black population to health services: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 73, n. 4, p. 1-9, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0834>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000400301&tlng=en. Acesso em: 05 fev. 2021.

TRAD, Leny Alves Bomfi M *et al.* Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1007-1013, 24 maio 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n6/10.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2021.

World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Geneva: World Health Organization; 2012. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241503631/en/> Acesso em: 27 fev. 2020.

.

.

Capítulo 12

PERFIL DE MULHERES DO SERTÕES DE CRATEÚS COM ABORTAMENTO RETIDO SUBMETIDAS À CURETAGEM UTERINA

PROFILE OF WOMEN FROM THE LOCATION OF CRATEUSES WITH RETENTION ABORTION SUBJECTED TO CURETING

Nágela Bezerra Siqueira¹
Francisca Amanda Dias Leitão²
Sabrina Cezário de Oliveira Lima³
Mônica Kallyne Portela Soares⁴

RESUMO: Algumas enfermidades podem atingir o ciclo gestacional, como o abortamento. Podendo ser classificado pela sua clínica, dentre vários o retido. A escolha da temática se deu após vivência pelas pesquisadoras em seu ambiente de trabalho e durante as práticas curriculares da disciplina de saúde da mulher, onde se observou a reação das mulheres a prática da curetagem assistida. Dessa forma, este estudo tem como finalidade traçar um perfil social e obstétrico de pacientes que foram submetidas a curetagem uterina devido a abortamento retido. Trata-se de uma pesquisa documental e exploratória de abordagem quantitativa. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. Foi possível concluir que o perfil social foi caracterizado por mulheres de idade entre 21 e 26 anos e 38 e 43 anos, residentes e naturais do município de Crateús, residindo em zona urbana, solteiras e agricultoras. Enquanto o perfil obstétrico como gesta 2, para 2 e sem histórico de abortos.

Palavras-chave: Abortamento Retido; Curetagem Uterina; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT: Some diseases can reach the gestational cycle, such as abortion. It can be classified by your clinic, including retained. The theme was chosen from the experience of the researchers in their work environment and during the curricular practices of the women's health discipline, where the reaction of women to the practice of assisted curettage was observed. Thus, this study aims to outline a social and obstetric profile of patients undergoing uterine curettage for missed abortion. It is a documentary and exploratory research with a quantitative approach. The project was submitted to the Research Ethics Committee. It was possible to conclude that the social profile was characterized by women aged between 21 and 26 years and 38 and 43 years old, residents and natives of the municipality of Crateús, living in urban, single and agricultural areas. While the obstetric profile has been of pregnancy for 2, 2 years and with no history of abortion.

Keywords: Retained abortion; Uterine curettage; Obstetrical Nursing.

INTRODUÇÃO

O organismo feminino passa por diversos processos fisiológicos, dentre eles, a gravidez, que é um dos processos fisiológicos que possuem extrema importância, pois nesse período o corpo da mulher será moldado para ser capaz de desenvolver o embrião, estando responsável por manter e proteger tal embrião (SOARES; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2015).

¹ Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Princesa do Oeste. E-mail: nagelasiqueira1997@gmail.com;

² Graduada em Enfermagem pela Faculdade Princesa do Oeste. E-mail: adleitao94@hotmail.com.

³ Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Princesa do Oeste. E-mail: izaaura.sabrina@gmail.com;

⁴ Enfermeira esp. em Obstetrícia, Gerente do Hospital São Lucas e Docente da Faculdade Princesa do Oeste; monica_kallyne@hotmail.com

A gravidez inicia após a fecundação do óvulo pelo espermatozoide, onde ambos se fundem para dar origem ao ovo, nome que se dá à célula que representa o início do ser. Entretanto, algumas enfermidades podem atingir esse ciclo gestacional, tais como hiperemese gravídica, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, gravidez ectópica, doença trofoblástica gestacional, placenta prévia, descolamento prematuro da placenta e abortamento (MONTENEGRO; RESENDE FILHO, 2008), onde este último se trata da expulsão do ovo antes das 22 semanas de gestação ou com o conceito pesando <500g. (BRASIL, 2012).

O aborto pode ser classificado quanto a sua origem, sendo natural, acidental ou provocado (COSTA, 2017) ou clinicamente, como ameaça de aborto, abortamento inevitável, abortamento completo, abortamento incompleto, abortamento infectado, abortamento retido e abortamento habitual (MONTENEGRO; RESENDE FILHO, 2008).

As medidas terapêuticas para tratamento do esvaziamento uterino diante de abortamento incluem uso de métodos farmacológicos, principalmente o Misoprostol, como também os procedimentos cirúrgicos, como curetagem uterina e aspiração manual intrauterina (AMIU), podendo ser a vácuo ou elétrica (ARAÚJO; DORNELAS; SOUSA, 2018).

No caso de abortamento retido, a mulher deve fazer uso de dilatadores, como o Misoprostol, via vaginal, ou através de infusão de ocitocina, ambos conforme prescrição médica, para que em seguida seja realizada a curetagem uterina ou AMIU (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Justifica-se a escolha da temática por essa realidade ser vivenciada pelas pesquisadoras em seu ambiente de trabalho e durante as práticas curriculares das disciplinas de saúde da mulher, onde se observou a reação das mulheres a prática da curetagem assistida. Assim, surgiu a seguinte questão: qual o perfil social e obstétrico das mulheres submetidas a curetagem uterina em unidade hospitalar, por abortamento retido?

Dessa forma, este estudo tem como finalidade traçar um perfil social e obstétrico de pacientes que foram submetidas a curetagem uterina devido a abortamento retido.

MÉTODO

Tratou-se de uma pesquisa documental e exploratória de abordagem quantitativa. A população do estudo foi composta por prontuários eletrônicos de mulheres submetidas à curetagem uterina durante o ano de 2018, onde totalizou 175 registros. Já a amostra foi composta por 79 prontuários eletrônicos de mulheres submetidas à curetagem uterina após diagnóstico de abortamento retido, de acordo com os registros eletrônicos encontrados no sistema interno utilizado pelo hospital secundário em estudo. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA), com parecer favorável de número 3.313.414.

Os critérios de inclusão das amostras adotadas foram registros eletrônicos de mulheres atendidas no ano de 2018, na maternidade da instituição em estudo, com diagnóstico de abortamento retido, submetidas à

curetagem uterina. Enquanto os critérios de exclusão foram prontuários eletrônicos que possuíam informações incompletas ou confusas sobre o diagnóstico e o tratamento estabelecido.

Foi realizada uma observação sistemática dos prontuários eletrônicos selecionados através da utilização de planilha pré-elaborada pela pesquisadora, como instrumento de coleta de dados para registro das informações necessárias para alcance dos objetivos, de modo a obter resposta para as seguintes variáveis: idade, município de residência, ocupação, zona de moradia, estado civil, gestações, partos e abortos.

Os dados foram expostos através dos programas Microsoft Office Excel 2010 e Microsoft Office Word 2010, onde foram apresentados com o auxílio de tabelas e gráficos e interpretados a partir de confrontos entre as literaturas existentes sobre a temática em estudo.

RESULTADOS

A população foi composta por prontuários de 175 mulheres submetidas à curetagem uterina durante o ano de 2018, onde a amostra se resumiu a 79 prontuários de pacientes submetidas à curetagem uterina por diagnóstico de abortamento retido, equivalente a 45% da população em estudo.

Inicialmente, foram traçados os dados sociais das pacientes, como informações acerca de idade, município de residência, ocupação, zona de moradia e estado civil, sendo expressos em tabela e gráficos. Observou-se maior ocorrência de curetagem uterina por abortamento retido em mulheres com idade entre 21 e 26 anos e 38 e 43 anos, ambas totalizando 50,6% da amostra (tabela 1).

Tabela 1 – Idade das pacientes submetidas à curetagem uterina após diagnóstico de abortamento retido em um hospital de referência dos Sertões de Crateús – CE, 2019.

Classes	Intervalo de Classe	Frequência Simples	Percentual Simples
1	15 ——— 21	09	11,4%
2	21 ——— 27	20	25,3%
3	27 ——— 33	18	22,8%
4	33 ——— 38	12	15,2%
5	38 ——— 43	20	25,3%
	TOTAL	79	100%

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Sobre o município de residência das pacientes em estudo, observou-se prevalência das mulheres residentes no município de Crateús (44,3%), seguido por Independência (14%), e em menor quantidade Nova Russas (7,6%), Novo Oriente (7,6%) e Tamboril (7,6%), conforme tabela 2.

Tabela 2 – Município de residência das pacientes submetidas à curetagem uterina após diagnóstico de aborto retido em um hospital de referência dos Sertões de Crateús - CE, 2019.

Município de Residência	Frequência Simples	Percentual Simples
Crateús	35	44,3%
Independência	11	14,0%
Nova Russas	6	7,6%
Novo Oriente	6	7,6%
Ipueiras	3	3,8%
Tamboril	6	7,6%
Quiterianópolis	5	6,3%
Ipaporanga	1	1,3%
Monsenhor Tabosa	3	3,8%
Poranga	2	2,5%
Ararendá	1	1,3%

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

No que diz respeito à ocupação das mulheres, observou-se uma ausência de registro em 28% dos casos. Das que possuíam registro, 26% eram agricultoras, 15,2% do lar e 6,3% estudantes (tabela 3).

Tabela 3 – Ocupação das pacientes submetidas à curetagem uterina após diagnóstico de aborto retido em um hospital de referência dos Sertões de Crateús - CE, 2019.

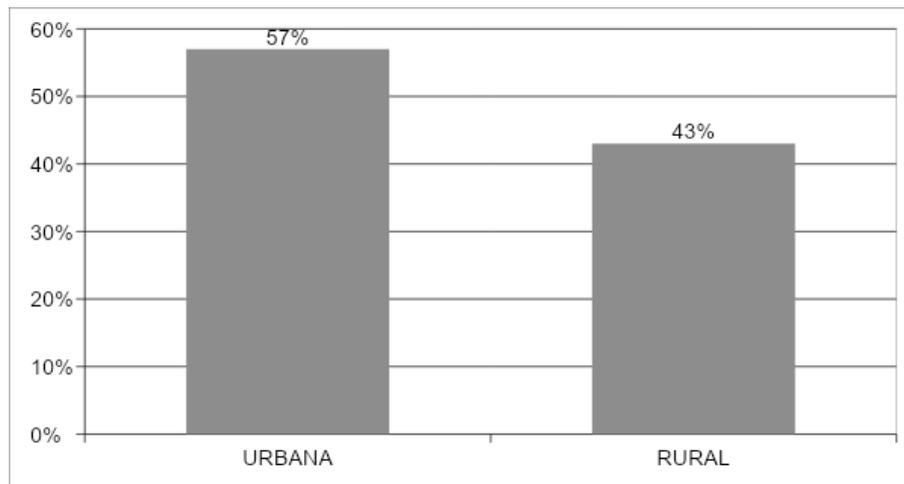
Ocupação	Frequência Simples	Percentual Simples
Agricultora	21	26,0%
Médica	1	1,3%
Do lar	12	15,2%
Sem resposta	22	28,0%
Técnica de enfermagem	1	1,3%
Auxiliar administrativa	1	1,3%

Vendedora	3	3,8%
Estudante	5	6,3%
Operadora de caixas	1	1,3%
Administradora	1	1,3%
Menor	1	1,3%
Secretária	1	1,3%
Autônoma	2	2,5%
Cozinheira	1	1,3%
Professora	1	1,3%
Auxiliar de serviços gerais	1	1,3%
Advogada	1	1,3%
Auxiliar de escritório	1	1,3%
Recepcionista	1	1,3%
Auxiliar de limpeza	1	1,3%
TOTAL	79	100%

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Referente à zona de moradia, 57% das mulheres analisadas residiam na zona urbana, e os demais 43% na zona rural, expressos no gráfico 1. Quanto ao estado civil (gráfico 4), 39,2% eram solteiras, 35,4% casadas e 25,3% tinham registro em sistema interno da instituição a opção “Outro”.

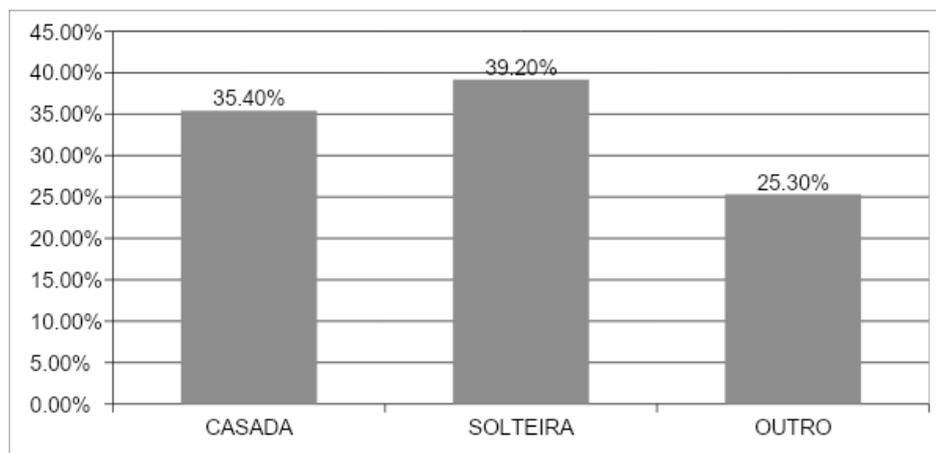
Gráfico 1 – Zona de moradia das pacientes submetidas à curetagem uterina após diagnóstico de aborto retido em um hospital de referência dos Sertões de Crateús - CE, 2019.



Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Quanto ao estado civil da amostra em estudo, 39,2% eram solteiras, 35,4% casadas e 25,3% tinham registrado em sistema interno da instituição hospitalar a opção Outro, onde não se sabe ao certo seu significado, como está presente no gráfico abaixo.

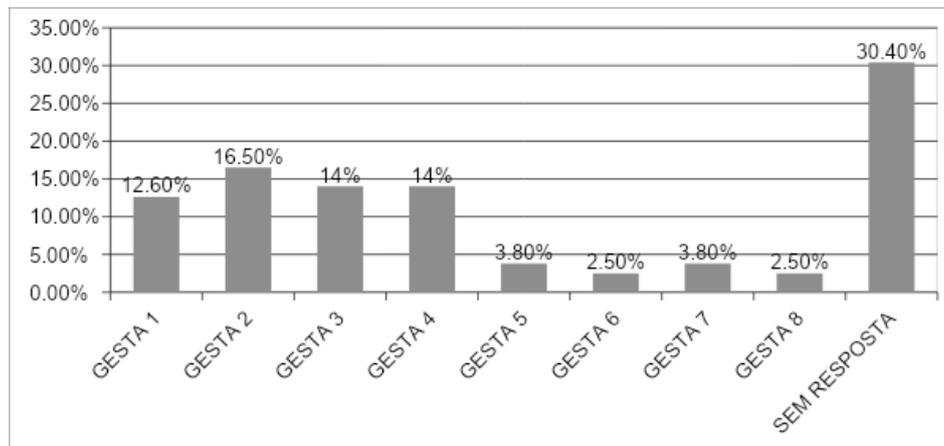
Gráfico 2 – Estado civil das pacientes submetidas à curetagem uterina após diagnóstico de aborto retido em um hospital de referência dos Sertões de Crateús - CE, 2019.



Fonte: Pesquisa direta, 2019.

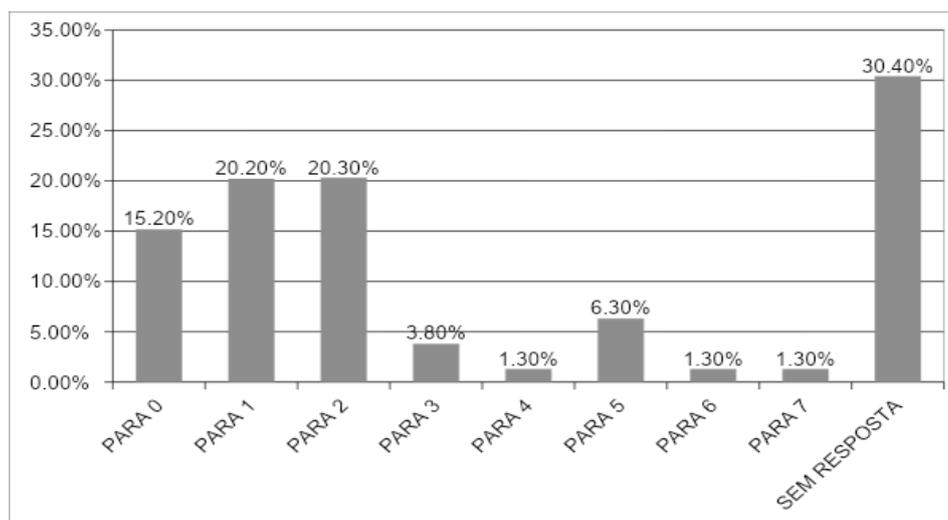
Enquanto as informações obstétricas, 30,4% dos registros não possuíam informações quanto à quantidade de gestações, 16,5% estavam na segunda gestação e 12,6%, na primeira gestação (gráfico 3). No que diz respeito à quantidade de partos, 30,4% não possuíam registro, porém, 20,3% pariram duas vezes, 20,2% uma vez e 15,2% nunca pariram (gráfico 4).

Gráfico 3 – Gestações das pacientes submetidas à curetagem uterina após diagnóstico de aborto retido em um hospital de referência dos Sertões de Crateús - CE, 2019.



Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Gráfico 4 – Parto das pacientes submetidas à curetagem uterina após diagnóstico de aborto retido em um hospital de referência dos Sertões de Crateús - CE, 2019.

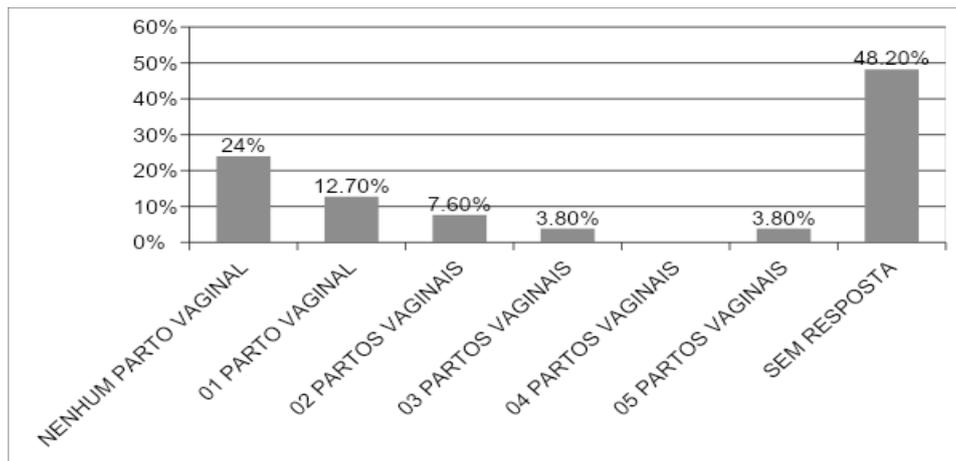


Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Sobre os tipos de parto, observou-se que 38% das mulheres nunca tiveram parto cesáreo, 8,9% tiveram um parto desse tipo e apenas 5,1%, dois partos.

Já sobre o histórico de partos vaginais encontrados no presente estudo, 24% das mulheres nunca pariram, 12,7% pariram uma vez, 7,6%, duas vezes e outros 7,6% três ou mais vezes (quadro 5). Quanto ao histórico de aborto, 41,7% da amostra não possuía histórico 19% já sofreu um aborto.

Gráfico 5 – Partos vaginais das pacientes submetidas à curetagem uterina após diagnóstico de aborto retido em um hospital de referência dos Sertões de Crateús.



Fonte: Pesquisa direta, 2019.

DISCUSSÃO

Araújo, Dornelas e Sousa (2018) afirmam que abortamento é mais comum em mulheres jovens, com faixa etária entre 18 e 29 anos de idade. Porém, esse público representa pouco menos de 40% da amostra em estudo na presente pesquisa.

Já Adesse *et al.* (2015) relata que a faixa etária de maior ocorrência de abortamento retido está entre 20 e 39 anos de idade, expressando uma discrepância no intervalo de idade encontrados na presente pesquisa, já que teve registro de um percentual significativo de mulheres entre 38 e 43 anos.

Observou-se, nesse estudo, que a maioria das mulheres que realizaram curetagem residiam no município de Crateús. Isso se dá porque o município possui cerca de 74.982 habitantes, conforme estimação em 2018, enquanto que Independência possui 26.168 habitantes, Nova Russas com 32.262 habitantes, Novo Oriente com 28.557 habitantes e Tamboril com 25.731 habitantes (IBGE, 2018).

Adesse *et al.* (2015) relata que 26,5% de mulheres que abortam trabalham com serviços/comércio, 17,9% são do lar, 11,1% domésticas ou diaristas, 6,8% estudante, onde o mesmo acoplou todas as outras ocupações em uma variável que denominou como Outra, com um percentual de 12%.

O percentual apresentado pelo autor acima se assemelha ao achado na presente pesquisa, onde foi observado que 6,3% da amostra do estudo eram estudantes. O percentual de mulheres que relatam ser do lar também foi semelhante, pois na presente pesquisa, as mesmas representaram 17%.

Já Ribeiro *et al.* (2015) acrescenta as ocupações de comerciante (27,3%) e funcionária pública (4,5%). Em comparativo com a presente pesquisa, observou-se que 3,8% das mulheres eram vendedoras, 2,5% autônoma e 1,3% administradora, podendo as mesmas ser englobadas na ocupação comércio citada por Ribeiro *et al.* (2015), mas com um percentual bem inferior ao apresentado pelo autor.

No que diz respeito ao estado civil das mulheres, Ribeiro *et al.* (2015) afirma que aproximadamente 45,4% das mulheres com abortamento possuem união estável, 40,9% são solteiras, 9,2% casadas e 4,5% separadas, divergente da presente pesquisa, já que a maioria da amostra eram solteiras.

Ribeiro *et al.* (2015) aponta que 40,9% das mulheres com abortamento estavam na primeira gestação, 31,8% na segunda gestação e 27,3% tinham três ou mais gestações, dados estes também divergentes aos achados no presente estudo, pois apenas 12,6% das mulheres eram primigestas e 16,5%, estavam na segunda gestação, valores inferiores aos apontados por Ribeiro *et al.* (2015), podendo esses valores serem infieis, já que 30,4% não possuíam registros de gestações.

Em um estudo realizado por Adesse *et al.* (2015), o mesmo relatou que 28,2% de sua amostra que evoluiu com abortamento não possuíam histórico de parto, 26,5% tinham parido uma vez, 22,2% duas vezes, 13,7% três vezes, 6% quatro ou mais vezes, e 3,4% de sua amostra não possuía registros de parto. Infelizmente, na presente pesquisa é possível observar um percentual maior de ausência de registro sobre parto (30,4%). Entretanto, os percentuais sobre um e dois partos são semelhantes ao relatado pelo autor supracitado.

De acordo com o achado na pesquisa de Araújo, Dornelas e Sousa (2018), 74,25% das pacientes nunca tiveram partos cesáreos, enquanto que 25,75% tiveram um parto. Portanto, esses dados se assemelham aos da presente pesquisa, pois houve prevalência da não ocorrência de partos cesáreos anteriores.

Araújo, Dornelas e Sousa (2018) relata que, das mulheres com abortamento com necessidade de curetagem uterina, 45,28% nunca tiveram partos vaginais, 22,1% tiveram um parto vaginal, 24,47% entre dois e três partos vaginais e 8,15% acima de 4 partos vaginais.

Quanto ao histórico de aborto, Adesse *et al.* (2015) expõe que 69,2% das pacientes com abortamento não possuem histórico de aborto, 17,1% já sofreu um aborto, 4,3% dois abortos, 0,9% três abortos, 2,6% quatro abortos e 6% não possuíam registro de histórico de abortamento. Esses achados se assemelham ao do presente estudo, pois 41,7% da amostra não possuía histórico de abortamento e 19% já sofreu um aborto.

CONCLUSÃO

Foi possível alcançar o objetivo do estudo, apesar de ter encontrado como limitação a ausência de alguns registros que dariam maior veracidade aos dados. O perfil social foi caracterizado por mulheres de idade entre 21 e 26 anos e 38 e 43 anos, residentes e naturais do município de Crateús, residindo em zona urbana, solteiras e agricultoras. Já o perfil obstétrico foi caracterizado como gesta 2, para 2 e sem histórico de abortos, porém, sem registros suficientes de partos cesáreos e partos vaginais.

Portanto, o estudo desenvolvido apresentou dados relevantes quanto ao perfil regional das mulheres com diagnóstico de abortamento retido que necessitam de curetagem uterina, podendo esses dados colaborar

no diagnóstico das mesmas, além de possibilitar um trabalho mais árduo e contínuo com esse público por parte da atenção básica.

Destaca-se a deficiência de publicações sobre perfil de mulheres com abortamento retido submetidas à curetagem uterina, pois tal deficiência prejudicou o confronto dos dados obtidos com literaturas já publicadas, sugerindo a realização de novos estudos sobre essa temática tanto a nível nacional como estadual e municipal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADESSE, L; SILVA, K.S; BONAN, C; FONSECA, V.M. Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional Rede Cegonha. **Saúde Debate**, v. 39, n. 106, p. 694-706, jul-set, Rio de Janeiro 2015.

ARAÚJO, C.P; DORNELAS, A.C.V.R; SOUSA, A.M. Abordagem terapêutica no processo de esvaziamento uterino. **Rev baiana enferm**, v. 32:e24857, p. 1-11, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Protocolo misoprostol. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012.

COSTA, R.M. Tipos de Aborto Legal. **Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Franca**, v. 12, n. 1, p. 243-264, jul., 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados. 2018.

MONTENEGRO, C.A.B; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia Fundamental**. 11ª edição. Guanabara Koogan, 2008.

RIBEIRO, J.F; RIBEIRO, L.S; MACHADO, P.H.F; MACHADO, T.M.G. Perfil das mulheres submetidas à curetagem uterina pós-abortamento em um hospital público. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 06, n. 02, p. 1354-1366, 2015.

RODRIGUES, W.F.G; ANDRADE, D.C; DANTAS, S.A; SILVA, R.S. Abortamento: protocolo de assistência de enfermagem: relato de experiência. **Rev enferm UFPE on line**., Recife, v. 11, n. 8, p. 3171-5, ago., 2017.

SOARES, M.K.P.S; OLIVEIRA, J.F.B; OLIVEIRA, M.A. Incidência de Doença Trofoblástica Gestacional nos anos de 2007 a 2011 em um hospital público da região do Cariri. **Cadernos ESP**, v. 9, n. 1, p. 35-41, jan./jun., Ceará 2015.

Capítulo 13

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE VAGINISMO ATENDIDAS EM UMA CLÍNICA PARTICULAR DA CIDADE DE ARACAJU/SE

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF WOMEN WITH VAGINISM DIAGNOSIS ATTENDED IN A PRIVATE CLINIC IN THE CITY OF ARACAJU / SE

Davi Santana Sousa¹
Mirna de Aquino Lima²
Suelen Brunelly dos Santos³
Licia Santos Santana⁴

RESUMO: O vaginismo é uma disfunção sexual feminina, caracterizada por uma contração involuntária recorrente ou persistente durante a penetração vaginal com o pênis, dedo, tampão ou espéculeo ginecológico. Este espasmo, pode ocorrer diante da antecipação a introdução vaginal. Apesar da alta prevalência, as disfunções sexuais, são pouco detectadas em mulheres ao longo da vida. Por isso, se faz necessário traçar um perfil epidemiológico de mulheres com diagnóstico de vaginismo, atendidas em uma clínica particular da cidade de Aracaju/SE. A pesquisa foi realizada no Centro Médico Jardins (CMJ), onde foram analisados 34 prontuários das pacientes atendidas pela fisioterapeuta L.G.B.T. com o diagnóstico de vaginismo na faixa etária de 15 a 50 anos. Para atender o objetivo primário do estudo, como forma de coleta de dados dos prontuários, foi utilizado um formulário que continha as seguintes variáveis pré-selecionadas: idade, estado civil, sintomas proctológicos e miccionais, dor, alterações posturais, histórico de penetração, sedentarismo e tipo do vaginismo. Como resultado deste estudo, observou-se que a idade média das mulheres foi de $30,5 \pm 7,77$ anos, a média do grau de dor segundo a Escala Visual Analógica (EVA) foi de $7,84 \pm 1,52$, 16 (50%) são casadas, 11 (35%) são sedentárias, em 17 (53%) foram encontradas alterações posturais, 22 (69%) conseguiram penetração, 11 (34%) apresentaram como sintomas proctológicos a constipação e 15 (47%) com sintomas miccionais e 28 (87%) manifestaram o vaginismo primário. Ao concluir o estudo, verificou-se que o perfil epidemiológico de mulheres com diagnóstico de vaginismo atendidas em uma clínica particular na cidade de Aracaju/SE possibilitará o reconhecimento de fatores que influenciam no tratamento fisioterapêutico dessa disfunção.

Palavras-chave: Vaginismo; Assoalho pélvico; Contração muscular; Sexo; Fisioterapia.

ABSTRACT: Vaginismus is a female sexual dysfunction, characterized by a recurrent or persistent involuntary contraction during vaginal penetration with the penis, finger, tampon or gynecological speculum. This spasm can occur in anticipation of vaginal introduction. Despite the high prevalence, sexual dysfunctions are rarely detected in women throughout their lives. For this reason, it is necessary to draw an epidemiological profile of women diagnosed with vaginismus, seen at a private clinic in the city of Aracaju / SE. The research was carried out at the Centro Médico Jardins (CMJ), where 34 medical records of patients treated by the physiotherapist L.G.B.T. with the diagnosis of vaginismus in the 15 to 50 age group. To meet the primary objective of the study,

¹ Acadêmico de Fisioterapia pela Universidade Tiradentes (UNIT), Sergipe, Brasil. Aluno Pesquisador e Membro do Laboratório de Biomateriais (LBMat) do Instituto de Tecnologia e Pesquisa (ITP). Membro da Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO).

² Bacharela em Fisioterapia pela Universidade Tiradentes (UNIT), Sergipe, Brasil.

³ Bacharela em Fisioterapia pela Universidade Tiradentes (UNIT), Sergipe, Brasil.

⁴ Docente do curso de Fisioterapia e Estética e Cosmética da Universidade Tiradentes (UNIT), especialista em Fisioterapia em Saúde da Mulher pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Mestre e Doutora pelo departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP). Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher (ABRAFISM), da Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO) e da Associação Brasileira de Dermatofuncional (ABRAFIDEF).

as a way of collecting data from medical records, a form was used that contained the following pre-selected variables: age, marital status, proctological and urinary symptoms, pain, postural changes, history of penetration, sedentary lifestyle and type of vaginismus. As a result of this study, it was observed that the average age of women was 30.5 ± 7.77 years, the average degree of pain according to the Visual Analog Scale (VAS) was 7.84 ± 1.52 , 16 (50%) are married, 11 (35%) are sedentary, in 17 (53%) postural changes were found, 22 (69%) achieved penetration, 11 (34%) presented constipation as proctological symptoms and 15 (47%) with voiding symptoms and 28 (87%) manifested primary vaginismus. At the conclusion of the study, it was found that the epidemiological profile of women diagnosed with vaginismus seen at a private clinic in the city of Aracaju / SE will enable the recognition of factors that influence the physiotherapeutic treatment of this dysfunction.

Keywords: Vaginismus; Pelvic floor; Muscular contraction; Sex; Physiotherapy.

1. INTRODUÇÃO

A sexualidade é capaz de interferir na saúde física e mental, podendo ser afetada por fatores orgânicos, emocionais e sociais, ou seja, não é influenciada apenas por fatores fisiológicos, mas culturais, psicossociais, relacionamentos interpessoais e experiências de vida. As fases da resposta sexual são desejo, excitação, orgasmo e resolução e a alteração de qualquer uma dessas podem acarretar o surgimento de disfunções sexuais que podem se manifestarem por vaginismo e dispareunia. Apesar de sua alta prevalência, poucas mulheres procuram ajuda, em virtude das repressões culturais e educacionais que são impostas, dificultando tanto as relações interpessoais, quanto a qualidade de vida (MENDONÇA; AMARAL, 2011; FERREIRA; SOUZA; AMORIM, 2007; GOULART, 2012).

O vaginismo é conhecido como uma desordem sexual, caracterizada por espasmos involuntários, persistentes ou recorrentes da musculatura perineal e que interferem no sexo. Esses espasmos impedem total ou parcialmente a penetração ou introdução do pênis, dedos, tampão, espéculo ginecológico ou outros objetos no canal vaginal, o que impossibilita e dificulta o coito ou mesmo o exame ginecológico. Quanto a dispareunia, conceitua-se como dor genital associada ao intercurso sexual. Em outra perspectiva, o Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, quinta edição, em 2014 reuniu e caracterizou essas disfunções como um subconjunto de "transtorno da dor / penetração gênito-pélvica" (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2014; TOMEN et al., 2015; PACIK et al., 2019).

O transtorno da dor/penetração gênito-pélvica, ocorre quando há a presença de dificuldades persistentes ou recorrentes durante a relação sexual com um, (ou mais) dos seguintes critérios: dor vulvovaginal ou pélvica intensa, medo ou ansiedade e tensão ou contração acentuada dos Músculos do assoalho Pélvico (MAP), principalmente o músculo elevador do ânus e os músculos perineais. Estes sintomas, manifestam-se em antecipação como resultado ou no decorrer das tentativas de penetração vaginal e a duração deve ter um período mínimo de aproximadamente seis meses (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2014).

O diagnóstico do vaginismo, é obtido por meio do exame físico que tem por escopo, verificar alterações anatômicas, causas infecciosas, lubrificação inadequada e fatores psicológicos, contudo, a realização do exame torna-se dificultosa, devido ao espasmo do MAP. Esta disfunção é dividida em dois tipos: o primário, ocorre quando os sintomas estão presentes desde que a mulher se tornou sexualmente ativa e o secundário manifesta-se quando o início dos sintomas ocorre depois de um período de atividade sexual relativamente normal (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2014; TOMEN et al., 2015).

A etiologia dessa disfunção, em grande parte dos casos, é psicológica, mas, leva a mulher a uma desordem física e está vinculada a vários fatores, são eles: sociais, religiosos, traumas de qualquer natureza e conflitos no relacionamento. Desta forma, considera-se o vaginismo como decorrente de traumas sexuais, principalmente infantis, é comum, histórico de educação sexual rígida, seja moral, religiosa ou, até ambas. É frequente também, passado de “lua de mel” traumática e primeira relação sexual insatisfatória, dolorosa e/ou, forçada. Inclui-se ainda, lesões prévias, sobre a vulva e a vagina, história de infecções repetidas causadoras de dores e irritações crônicas. Outras causas, pouco frequentes, são os traumas não sexuais no passado, como acidentes de automóveis, violência doméstica. Há casos em que essa disfunção se constitui em rejeição específica ao parceiro sexual e em número reduzido, o surgimento é após a menopausa (MOREIRA, 2013; TOMEN et al., 2015).

Por esse motivo, a fisioterapia uroginecológica é um recurso terapêutico, que contribui para a percepção da musculatura, permitindo o controle sobre as contrações involuntárias e o relaxamento do assoalho pélvico e dos músculos acessórios. Assim, esse tratamento é essencial na adequação da atividade muscular e controle da dor, além de melhorar o intercuro sexual. Por isso, a fisioterapia promove um efeito significativo sobre a qualidade de vida e satisfação sexual de mulheres com diagnóstico de vaginismo, seus objetivos são alcançados por meio de algumas técnicas, como alongamento, manobras miofasciais e dessensibilização (ANTONIOLI; SIMÕES, 2010; GOULART, 2012).

O vaginismo é uma disfunção sexual feminina, que influencia a saúde da mulher e fatores como a idade, estado civil, sintomas miccionais, sintomas proctológicos, dor, alterações posturais, histórico de penetração, sedentarismo e o tipo de vaginismo podem estar relacionados a esta disfunção. Apesar da sua alta prevalência, a vergonha, frustração ou falta de conhecimento sobre a importância da atuação fisioterapêutica, fazem com que as mulheres não procurem o tratamento. Diante disso, é preciso traçar um perfil epidemiológico de mulheres com diagnóstico de vaginismo, atendidas em uma clínica particular da cidade de Aracaju/SE.

2. METODOLOGIA

2.1. Desenho do estudo

Como método de abordagem, foi utilizado o tipo observacional descritivo, transversal e de abordagem quantitativa e estatístico.

2.2. Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Centro Médico Jardins (CMJ) que fica localizado, na Avenida Ministro Geraldo Barreto Sobral, 2131-1205, Jardins, Aracaju- SE. O mesmo, é um empreendimento pioneiro, no Estado de Sergipe. Localizado num dos principais bairros de Aracaju, contém o melhor acesso, inclusive aos pacientes, que se deslocam do interior. Este tem como missão, ser referência médica no referido Estado.

2.3. Casuística/Critérios de inclusão e exclusão

A amostra usada, foi por conveniência, de acordo com a demanda de prontuários de mulheres atendidas pela fisioterapeuta L.G.B.T., disponíveis para a coleta de dados. Os critérios de inclusão selecionados para a pesquisa, foram prontuários de mulheres com idade entre 15 e 50 anos, com diagnóstico de vaginismo, atendidas em uma clínica particular da cidade de Aracaju-SE sendo excluídos, todos os prontuários que não continham todas as variáveis pré-selecionadas e pacientes, que possuíam outra disfunção sexual associada.

2.4. Aspectos éticos

O projeto será encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa, a fim, de aguardar a aprovação, de acordo com as normas do 466/2012 Conselho Nacional de Saúde (CNS). Inicialmente a fisioterapeuta L.G.B.T., responsável pelo atendimento das pacientes que tiveram os prontuários analisados, assinou a Declaração de Autorização, para Uso de Arquivos Registros e Similares (Anexo I), garantido todos os direitos contidos na resolução supracitada, posteriormente, as pesquisadoras tiveram acesso aos prontuários.

2.5. Instrumentos

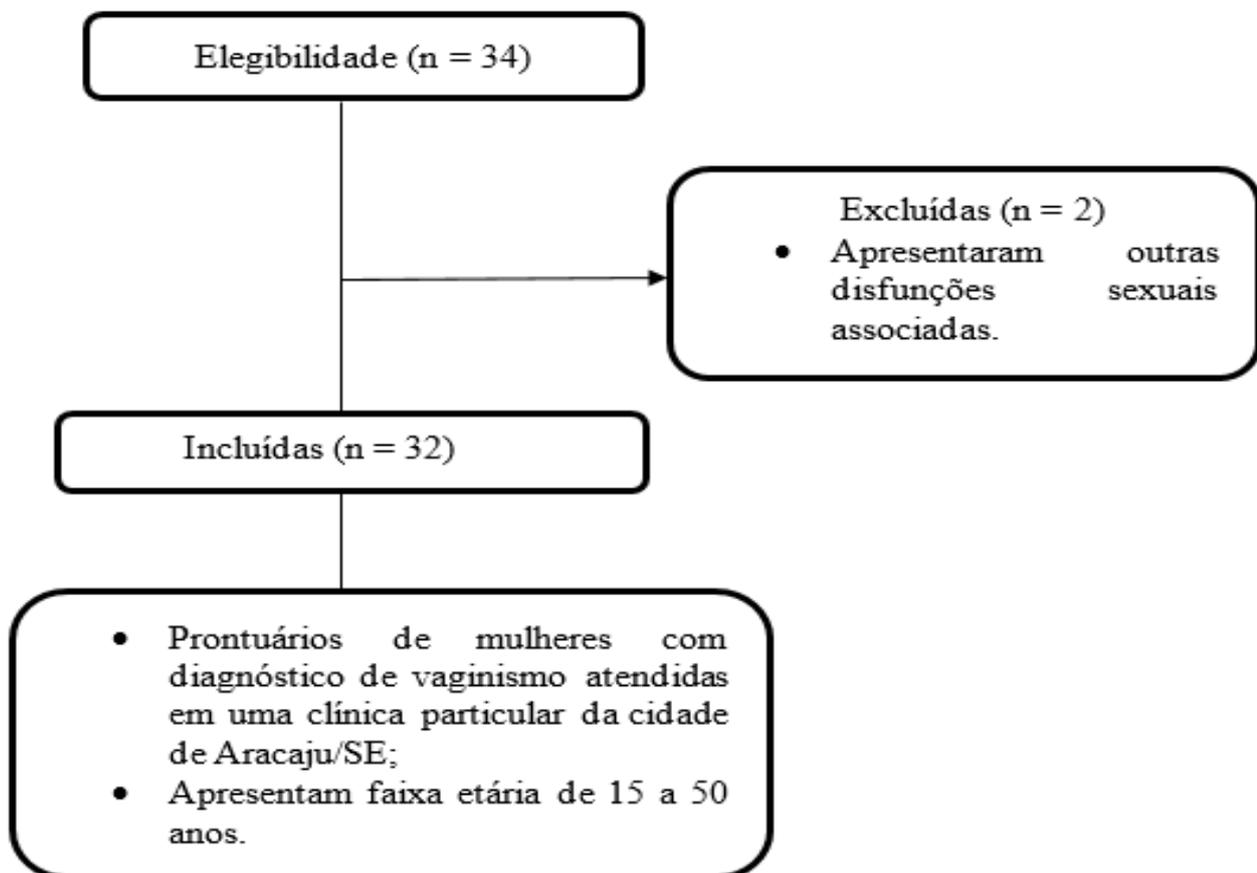
Foi utilizado um formulário (Apêndice I) para coleta de dados, contendo as variáveis pré-selecionadas, que são elas: idade, estado civil, histórico de penetração, dor, segundo a EVA, sedentarismo, sintomas proctológicos e miccionais, alterações posturais e o tipo do vaginismo. O formulário foi elaborado pelas próprias pesquisadoras, onde contém, 11 questões objetivas e subjetivas, que são divididas em três subgrupos, sendo eles caracterização da amostra, informação sobre a atividade sexual, alterações associadas. A EVA é um instrumento unidimensional, para a avaliação da intensidade da dor. Trata-se de uma linha com as extremidades numeradas que considera o intervalo de 0-2 como uma dor leve, de 3-7, moderada e de 8-10 intensa (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011).

2.6. Procedimentos usados para coleta de dados

Foi realizada a coleta de dados de 34 prontuários das pacientes com diagnóstico de vaginismo, atendidas no CMJ, com os critérios de inclusão estabelecidos. Às pesquisadoras, foram duas vezes ao consultório da fisioterapeuta, para realizar a coleta de dados no período de 1h, no turno matutino, durante o mês de agosto de 2019.

No ato da coleta de dados dos prontuários, para atender os objetivos do estudo, às pesquisadoras, por meio do formulário, colheram às variáveis pré-selecionadas como: idade, estado civil, histórico de penetração, dor segundo a EVA, sedentarismo, sintomas proctológicos e miccionais, alterações posturais e o tipo do vaginismo. Posteriormente, esses dados foram tabulados e analisados para a obtenção dos resultados.

Figura 1: Fluxograma metodológico



Inicialmente, os dados coletados, foram transportados para uma planilha de dados no programa Excel for Windows 10, onde foi realizada a estatística descritiva, com as medidas de média, desvio padrão, frequência absoluta e porcentagem. Posteriormente, foram feitas análises no programa GraphPad Prisma 6.

Todas às variáveis foram testadas, quanto à normalidade através do teste de Shapiro-Wilk. Para comparação entre as variáveis, foi utilizado o teste de Mann-Whitney e para associação entre as variáveis foi

utilizado o teste de Qui-quadrado. O nível de significância foi fixado em $p < 0,05$. Os dados foram representados por média \pm desvio padrão e frequência absoluta (N) e porcentagem (%).

3. RESULTADOS

Fizeram parte da amostra final 32 prontuários de pacientes do sexo feminino com diagnóstico de vaginismo. De acordo com os dados da tabela 1, a idade média das mulheres foi de $30,5 \pm 7,77$ anos com idade mínima de 16 anos e máxima de 46 anos. Em relação ao nível de dor, as pacientes apresentaram uma média de dor moderada, segundo a (EVA), no que diz respeito ao estado civil, foi encontrado um resultado uniforme. Ao analisar a variável alteração postural, foi visto que a maior porcentagem apresentava algum tipo de alteração.

Tabela 1: Dados gerais e média da dor segundo a Escala Visual Analógica (EVA) das pacientes com vaginismo avaliadas no estudo. Dados apresentados em média \pm desvio padrão e frequência absoluta (N) e porcentagem (%).

	Média \pm DP
Idade (anos)	30,5 \pm 7,77
Dor (EVA)	7,84 \pm 1,52
	N (%)
Estado civil	
Casada	16 (50%)
Solteira	16 (50%)
Sedentarismo	
Sim	11 (35%)
Não	21 (65%)
Alteração postural	
Escoliose	1 (3%)
Hiperlordose	7 (22%)
Retroversão	9 (28%)
Sem alteração	15 (47%)

Observando a tabela 2, verificou-se que a maior proporção foi das mulheres que conseguiram penetração ou introdução do pênis, dedos, tampão, espéculo ginecológico ou outros objetos no canal vaginal. Foi observado também que a maior parte das mulheres manifesta ter um intestino regular. No que se refere aos sintomas miccionais, observou-se que a maior parte da amostra não apresentava sintomas.

Tabela 2: Dados das pacientes com vaginismo que participaram do estudo. Dados apresentados em frequência absoluta (N) e porcentagem (%).

	N (%)
Penetração	
Sim	22 (69%)
Não	10 (31%)

Sintomas proctológicos

Constipação	11 (34%)
Intestino Regular	21 (66%)

Sintomas miccionais

Infecção urinária	6 (18%)
Incontinência urinária	4 (13%)
Prolapso	1 (3%)
Urgência miccional	4 (13%)
Sem sintomas	17 (53%)

Vaginismo

Primário	28 (87%)
Secundário	4 (13%)

Segundo os dados da tabela 3, observou-se que as mulheres que apresentavam ou não alteração postural, manifestaram uma média de dor moderada, ou seja, para essa amostra não houve associação entre essas variáveis. Da mesma forma, as pacientes sedentárias e as praticantes de atividade física, demonstraram uma média de dor semelhante, sendo assim, para este estudo, as variáveis dor e sedentarismo não se correlacionam.

Tabela 3: Comparação entre as variáveis de alteração postural e sedentarismo com a dor relatada através da EVA pelas pacientes. Dados apresentados em média \pm desvio padrão. Teste de Mann-Whitney. * $p < 0,05$.

	Dor	P
	Média \pm Desvio padrão	
Alteração postural		
Sim	8,06 \pm 1,89	0,286
Não	7,6 \pm 0,98	
Sedentarismo		
Sim	8 \pm 1,41	0,755
Não	7,76 \pm 1,61	

Consoante a tabela 4, foi encontrado que 12 (37,50%), ou seja, a maior parte das pacientes que tinham algum tipo de alteração postural relataram não ter sintomas proctológicos, ou seja, não houve associação entre essas variáveis.

Tabela 4: Associação entre sintomas proctológicos e alteração postural das pacientes avaliadas. Teste de Qui-Quadrado. * $p < 0,05$.

	Sim	Não	P
Sintomas proctológicos	N (%)	N (%)	

Alteração postural

Sim	5 (15,63%)	12 (37,50%)	0,712
Não	6 (18,75%)	9 (28,12%)	

4. DISCUSSÃO

O presente estudo, analisou os prontuários de 34 mulheres, no entanto após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão deste estudo, a amostra final constituiu-se de 32 mulheres com diagnóstico de vaginismo. Constatou-se uma idade média de $30,5 \pm 7,77$ anos, dados semelhantes aos que foram encontrados no estudo de Bravo et al. (2010), que investigaram o perfil e indicadores psicológicos, relacionados a dispareunia e vaginismo e encontraram uma média de idade de $33,7 \pm 3,1$ anos num grupo de 13 mulheres com diagnóstico de vaginismo.

As informações citadas, corroboram com os achados do estudo de Pacik e Geletta (2015) que avaliaram 241 mulheres com o mesmo diagnóstico e acharam uma idade média de $30 \pm 8,2$ anos. Em relação a estes achados, Pereira, Nardi e Silva (2013), ao entrevistar 155 mulheres jovens, com idade entre 20 e 29 anos, que apresentavam algum tipo de disfunção sexual encontrou taxas substancialmente altas para ansiedade e depressão, sugerindo um maior risco de transtornos psiquiátricos em grupos de mulheres mais jovens.

Foi observado nessa pesquisa, que as pacientes apresentaram uma média de dor de $7,84 \pm 1,52$ ou seja, demonstram uma dor moderada, segundo a EVA, confirmando esse resultado, o estudo de Lahaie et al. (2010), uma revisão de literatura, encontrou uma porcentagem grande de mulheres, com o diagnóstico de vaginismo que experimenta dor na tentativa de penetração vaginal. Ainda o Manual de Diagnóstico Estatístico Das Disfunções Mentais: DSM-5 (2014) utiliza a dor vulvovaginal ou pélvica intensa durante a relação sexual ou nas tentativas de penetração, como um dos critérios de diagnóstico do transtorno da dor / penetração gênito-pélvica.

Em relação ao estado civil, foi visto neste estudo, um resultado uniforme, diferente do encontrado por Bravo et al. (2010) em que no grupo de 13 mulheres com diagnóstico de vaginismo, a maioria era casada (76,9%). Esta discordância, pode ser justificada devido ao número da amostra, sendo este resultado pouco significativo. É importante salientar, que conflitos conjugais como a falta de estimulação apropriada do companheiro e a ausência de diálogo podem desencadear sérios problemas emocionais nas mulheres e consequentemente interfere na sexualidade que pode resultar em algum tipo de disfunção sexual (ANTONIOLI; SIMÕES, 2009; TOMEM et al., 2015).

No presente estudo, a maior parte dos indivíduos, praticam algum tipo de atividade física. Diferentemente, Reis (2016) cita que a menor parte da amostra de sua pesquisa, 6 (40%), que apresentavam dispareunia, eram ativas e a maioria, 9 (60%), eram sedentários. Ainda tratando acerca deste assunto,

segundo Oliveira, Fernandes e Daher (2014) o exercício físico, sobretudo o aeróbico, interage como modulador do aspecto desagradável da dor, por intermédio do córtex, motivacional psicológico, do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) por meio da ação da dopamina e opioides liberados, dos mecanismos descendentes (noradrenalina, serotonina e peptídeos opioides) e da medula espinhal (opioídes e GABA) gerando assim o controle da dor.

Ao analisar os dados referentes a alteração postural, observou-se que 17 (53%) apresentava algum tipo de alteração, isto é, a maior parte da amostra e 15 (47%) não tinham alterações. Corroborando com Miranda, Schor e Girão (2009) quando revelam que, mais de 85% das pacientes com dor pélvica crônica (DPC) apresentam disfunções do sistema musculoesquelético, incluindo hiperlordose lombar, hiperextensão de joelhos e anteriorização pélvica.

Além disso, notou-se que, no domínio referente a penetração, a maioria das participantes 22 (69%) alcançaram a penetração vaginal, seja com pênis, dedos, tampões, espéculo ginecológico ou outros objetos. Tais resultados citados, diferem do estudo de Pacik e Geletta (2017), pois, em uma amostra de 241 pacientes com diagnóstico de vaginismo apenas 69 (28,6%) relataram histórico de penetração antes do tratamento, porém, a avaliação de algumas mulheres, foram feitas por meio de telefonemas e chamadas por Skype, o que pode ter levado a um constrangimento das participantes e conseqüentemente uma variação dos resultados. A penetração é um fator, que aumenta o índice de cura, contudo o sucesso do tratamento só acontece com a presença de todas as fases da resposta sexual (MOREIRA, 2013).

Para tanto, no que diz respeito aos sintomas proctológicos, a maior parte das mulheres tem um intestino regular, 21 (66%) e 11 (34%) têm constipação, este resultado é respaldado pela Associação Psiquiátrica Americana (2014), afirmando que os sintomas do assoalho pélvico, estão implicados no diagnóstico de transtorno da dor/penetração gênito-pélvica e é provável, que ocorra uma prevalência maior de outros transtornos relacionados ao assoalho pélvico ou aos órgãos reprodutivos, tendo como exemplo: a cistite intersticial, constipação, infecção vaginal, endometriose, síndrome do colo irritável.

A função anorretal, depende da integridade funcional dos MAP. A defecação é um processo fisiológico complexo que depende de coordenação da atividade de musculatura lisa e estriada. Quando ocorre o enchimento retal, há um relaxamento reflexo do esfíncter anal interno (EAI), composto por musculatura lisa, e a percepção do desejo de evacuar. O esfíncter anal externo (EAE) e o músculo puborretal (PR) se contraem para manter a continência, até o momento e local apropriado para tal. Assim, o aumento da tensão ou contração acentuadas da musculatura do assoalho pélvico (MAP), que ocorre no vaginismo, pode ocasionar um padrão muscular incoordenado, ou seja, disfunções defecatórias como a constipação (ALMEIDA et al, 2011).

Com referência aos sintomas miccionais, constatou-se, que a menor parte das pacientes, declararam ter episódios de infecção urinária, incontinência urinária, prolapso e urgência miccional, porém, a maior

porcentagem da amostra 17 (53%) não apresentam sintomas. Sendo que, os resultados encontrados, estão similares a pesquisa feita por Lopes e Higa (2006), os quais afirmaram que 67 (40,9%) mulheres incontinentes, relatam ter interferência na vida sexual. Ainda no estudo de Miranda, Schor e Girão (2009), foi reconhecido que algumas mulheres com dor pélvica crônica, podem ter pontos gatilho no assoalho pélvico, com dificuldade no relaxamento muscular, hesitação e micção dolorosa, assim, como sintomas de urgência e frequência, na tentativa de suprir esses sintomas, pode ocorrer um aumento da atividade dos músculos do assoalho pélvico, podendo gerar outros pontos, iniciando-se assim, um ciclo vicioso.

No referido estudo, foi observado que a maioria das pacientes, apresentavam o vaginismo primário, semelhante ao que foi encontrado em Pacik et al. (2019), que ao avaliar 553 mulheres com diagnóstico de vaginismo, observaram que 487 (89,6%) estavam no grupo primário e 58 (9,4 %) pertenciam ao grupo secundário. Este resultado pode ser explicado pois, a mulher com vaginismo primário, tende a procurar de forma mais precoce o tratamento, pois, estas desde a primeira tentativa, encontram dificuldade na penetração e, conseqüentemente de ter relações sexuais, o que gera em si, um sentimento de culpa, problemas com o parceiro e dificuldade para engravidar (PEREIRA et al., 2018).

Ao analisar às variáveis dor, (EVA) e alteração postural, foi possível observar que, não houve uma correlação para esta amostra. Em virtude de que a dor é uma experiência subjetiva e multifatorial, o que influencia sua percepção e manifestação, dificultando uma avaliação objetiva na prática clínica, além disso, postura também é um fenômeno complexo e difícil de quantificar (FALCÃO, MARINHO, SÁ, 2007). Em relação a essa temática, o estudo de Miranda, Schor e Girão (2009) relata que algumas mulheres com disfunção sexual apresentam postura anormal, que pode vir de uma postura de adaptação na tentativa de aliviar a dor ou pode ser um evento primário, resultante do estilo de vida sedentário.

No presente estudo, foi possível analisar às variáveis dor e sedentarismo, sendo encontrando que não houve relação entre elas para esta amostra. Esse resultado difere do encontrado no estudo de Oliveira, Fernandes e Daher (2014), que ao aplicar um programa de exercícios aeróbicos de fortalecimento e alongamentos, em um protocolo de exercícios domiciliares, apresentou melhora efetiva no limiar de dor em pacientes com dor crônica inespecífica, evidenciando que os exercícios são efetivos em prevenir o aumento da dor, chegando, inclusive, a minimizá-la.

No que se refere aos sintomas proctológicos e alteração postural, foi encontrado que não houve uma associação. Sobre esse assunto, o estudo de Miranda, Schor e Girão (2009) relata que os músculos do assoalho pélvico fixam e sustentam os órgãos pélvicos, mantêm a continência urinária e fecal, participam da resposta sexual, em conjunto com outros músculos, são estabilizadores da cintura pélvica, coluna lombar e quadril. A direção e o tônus das fibras do MAP, dependem da posição dos ossos aos quais eles se ligam. Portanto, uma alteração postural, como por exemplo; a hiperlordose lombar, altera a flexibilidade do assoalho

pélvico, diminuindo sua eficiência, ocasionando fraqueza, tensão e sintomas, como; urgência, frequência e dispareunia (MIRANDA; SCHOR; GIRÃO, 2009).

Como contribuição, essa pesquisa aponta para novas descobertas, no que se refere a respeito desta temática, uma vez que há, uma escassez na literatura em relação ao perfil epidemiológico das mulheres com diagnóstico de vaginismo e ainda quanto a procura por tratamento desta patologia é negligenciada. Além disso, este estudo se propôs a analisar a correlação entre o vaginismo e outras disfunções dos músculos do assoalho pélvico, como a incontinência urinária e a constipação, sendo esta discussão de grande importância, pois, há uma redução de material bibliográfico, no que diz respeito a esse conteúdo.

O estudo teve como limitação a pequena quantidade de prontuários, como também, de profissionais especializados no tratamento desta disfunção sexual, o que interferiu na significância dos resultados encontrados entre as correlações das variáveis. Por tanto, é preciso que novas pesquisas sejam feitas no futuro, com o objetivo de validar questionários específicos para essa patologia, criar um sistema de classificação e novos protocolos de tratamento, para que esta temática seja difundida, não apenas no meio científico, mas também, junto com a população em geral.

5. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir o estudo, verificou-se que o perfil epidemiológico de mulheres com diagnóstico de vaginismo atendidas em uma clínica particular na cidade de Aracaju/SE foi de pacientes que apresentam uma média de idade de $30,5 \pm 7,77$ anos, média de dor moderada, casadas ou solteiras, praticantes de algum tipo de atividade física, manifestam algum tipo de alteração postural, consegue penetração, tem intestino regular, relatam não ter sintomas miccionais e o vaginismo do tipo primário. Além disso, não houve correlação entre as variáveis: dor e alteração postural, dor e sedentarismo e sintomas proctológicos e alteração postural para essa amostra.

Sendo assim, o seguinte estudo, possibilitou o reconhecimento de fatores, que influenciam no tratamento fisioterapêutico desta disfunção. Porém, como a sexualidade não é influenciada apenas por fatores fisiológicos, mas também, culturais, relacionamentos interpessoais e experiências de vida, que podem causar problemas psicológicos, como ansiedade e depressão. Assim, como esses aspectos podem influenciar no intercurso do vaginismo, os mesmos devem ser identificados e estudados em novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Beatriz Alvarenga de et al. Disfunções de assoalho pélvico em atletas. **Femina**, Belo Horizonte (MG), v. 39, n. 8, p. 396-402, ago. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n8/a2695.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2019.

ANTONIOLI, Reny de Souza; SIMÕES, Danyelle. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. **Rev. Neurociência**, Teresópolis, v. 18, n. 2, p. 267-274, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/374%20revisao.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2019.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento. 5º ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <http://www.clinicajorgejaber.com.br/2015/estudo_supervisionado/dsm.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRAVO, Claudia Sánchez et al. Perfiles e indicadores psicológicos relacionados con la dispareunia y el vaginismo. Estudio cuantitativo. Primera parte. **Salud Ment**, México, v. 33, n. 4, p. 347-353, jul./ago. 2010. Disponível em: <www.scielo.org.mx/pdf/sm/v33n4/v33n4a7.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

CARVALHO, Joana Chaves Gonçalves Rodrigues de et al. Multimodal therapeutic approach of vaginismus: an innovative approach through trigger point infiltration and pulsed radiofrequency of the pudendal nerve. **Rev. Bras. Anestesiol.**, Campinas, v. 67, n. 6, p. 632-636, nov./dez. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjane.2014.10.011>>. Acesso em: 7 ago. 2019.

FALCÃO, Fernanda Rezende Campo; MARINHO, Ana Paula Silva; SÁ, Kátia Nunes. Correlação dos desvios posturais com dores musculoesqueléticas. **Rev. Ci. méd. biol.**, Salvador, v. 6, n. 1, p. 54-62, jan./abr. 2007. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/4150/3031>>. Acesso em: 20 out. 2019.

FERREIRA, Ana Laura Carneiro Gomes; SOUZA, Ariani Impieri de; AMORIM, Melania Maria Ramos de. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 7, n. 2, p. 143-150, abr. / jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n2/04.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2019.

GOULART, Malu Gomes. **Qualidade de vida e satisfação sexual em mulheres com vaginismo antes e após o tratamento fisioterapêutico**. p. 65. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2012.

LAHAIE, Marie-Andrée et al. Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. **Women's Health**, Ontario, v. 6, n. 5, pag. 705–719, out. 2010. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2217/WHE.10.46>>. Acesso em: 7 ago. 2019.

LIMA, Raíssa Gabriella Rabelo et al. Tratamento Fisioterapêutico nos Transtornos Sexuais Dolorosos Femininos: Revisão Narrativa. **Rev. Eletrônica Estácio Recife**, Recife, v. 1, n. 1, p. 3-10, jul. 2016. Disponível em: <<https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/81/29>>. Acesso em: 7 ago. 2019.

LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; HIGA, Rosângela. Restrições causadas pela incontinência Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São paulo, v. 1, n. 40, p. 34-41, 2006. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso em: 27 nov. 2019.

MARTINEZ, José Eduardo; GRASSI, Daphine Centola; MARQUES, Laura Gasbarro. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 4, n. 51, p. 299-308, abr. 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbr/v51n4/v51n4a02>. Acesso em: 27 nov. 2019.

MENDONÇA, Carolina Rodrigues de; AMARAL, Waldemar Naves do. Tratamento fisioterapêutico das disfunções sexuais femininas – Revisão de Literatura. **Femina**, Goiânia, v. 39, n. 3, p. 140-142, mar. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n3/a2495.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2019.

MIRANDA, Renata; SCHOR, Eduardo; GIRÃO, Manoel João Batista Castello. Avaliação postural em mulheres com dor pélvica crônica. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, São Paulo, v. 31, n. 7 p. 353-60, jul. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a06.pdf>. Acesso em: 7 set. 2019.

MOREIRA, Ramon Luiz Braga Dias. Vaginismo. **Rev. Med. Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 23, n. 3, p. 336-342, dez. 2013. Disponível em: <rmmg.org/artigo/detalhes/218>. Acesso em: 7 ago. 2019.

OLIVEIRA, Marlon Alves Subtil da; FERNANDES, Ricardo de Souza Campos; DAHER, Samir Salin. Impacto do exercício na dor crônica. **Rev. Bras. Med. Esporte**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 200-203, mai./jun. 2014. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/rbme/v20n3/1517-8692-rbme-20-03-00200.pdf> Acesso em: 27 nov. 2019.

PACIK, Peter et al. **Profiles and pshychological indicators related to dyspareunia and vaginismus: Quantitative study**, Elsevier Inc., Dumbarton, nov. 2019.

PACIK, Peter ; GELETTA, Simon. **Vaginismus treatment: Clinical trials follow up 241 patients**. Sexual Medicine. Dumbarton, fev. 2017.

PEREIRA, Mariana Mendes de Carvalho et al. Prevalência de mulheres com queixas de vaginismo em UBS. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. 4, n. 5, p. 916-929, jul./set. 2018. Disponível em: < interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_20/Trabalho_20.pdf> .Acesso em: 27 nov. 2019.

PEREIRA, Valeska Martinho; NARDI, Antonio Egidio; SILVA, Adriana Cardoso. Sexual dysfunction, depression, and anxiety in young women according to relationship status: an online survey. **Trends Psychiatry Psychother**, Niterói (RJ), v. 1, n. 35, p. 55-61, 2013. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/trends/v35n1/a07v35n1.pdf> .Acesso em: 27 nov. 2019.

REIS, Helena Goldbach. **Prevalência das disfunções dos músculos do assoalho pélvico em mulheres que buscam a realização do exame preventivo de câncer do colo do útero nas unidades básicas de saúde do município de Araranguá**. p. 22. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, 2016.

TOMEN, Amanda et al. A fisioterapia pélvica no tratamento de mulheres portadoras de vaginismo. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 24, n. 3, p. 121-130, set./dez. 2015. Disponível em:<<https://doi.org/10.24220/2318-0897v24n3a3147>>.Acesso em: 7 ago. 2019.

Capítulo 14

PRESERVATIVO FEMININO: SOBRE POSSIBILIDADES E DIFICULDADES PARA O LIVRE EXERCÍCIO DA AUTONOMIA FEMININA

FEMALE CONDOM: ABOUT POSSIBILITIES AND DIFFICULTIES FOR THE FREE EXERCISE OF WOMEN'S AUTONOMY

Beatriz Garcia de Souza¹
Belisa Maria Santos da Silva²
Célida Luna Mendivil³
Jane Baptista Quitete⁴
Mara Dayanne Ramos Alves de Cerqueira⁵

RESUMO: Analisar a produção científica nacional, buscando compreender as possibilidades e dificuldades acerca do uso do preservativo feminino. Trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa, realizada entre 2013 e 2019, utilizando os descritores: preservativo feminino, saúde da mulher, educação em saúde, infecções sexualmente transmissíveis. Foram identificadas três categorias de temáticas: “aspectos socioculturais que permeiam as relações de gênero”, e “dificuldades de acesso ao preservativo feminino” e “déficit no conhecimento dos profissionais de saúde para a implementação de ações de promoção e proteção à saúde das mulheres”. Necessário ampliar as discussões de gênero que permeiam a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, bem como estimular o uso dos preservativos femininos como alternativa para o sexo seguro e fortalecimento da autonomia feminina.

Descritores: Preservativo feminino. Direitos Sexuais e reprodutivos. Educação em saúde.

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense (UFF) - Rio das Ostras (RJ), atualmente cursando o 8º período, participante do Projeto de Extensão da UFRJ Macaé/UFF Rio das Ostras: "Roda de Relato de Parto sob o olhar acadêmico". Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Laboratório de Estudos sobre Mulheres e Enfermagem/LEME/UFF/Campus Rio das Ostras. e-mail: garcias.beatriz97@gmail.com

² Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense (UFF) - Rio das Ostras (RJ), bolsista no projeto de desenvolvimento acadêmico "Consultório de enfermagem: Laboratório de ensino, pesquisa e extensão sobre mulheres e enfermagem" e voluntária no projeto de Iniciação Científica: "Saúde sexual e reprodutiva das usuárias do Consultório de Enfermagem do Campus Universitário- UFF". Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Laboratório de Estudos sobre Mulheres e Enfermagem/LEME/UFF/Campus Rio das Ostras. Bolsista voluntaria no Projeto de extensão "Recomendações técnicas: Saberes e práticas populares no enfrentamento da Covid-19 em zona rural". E-mail: belisa.santos@hotmail.com.br

³ Enfermeira pela Universidade Federal fluminense UFF- Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília UNB. Especialista em Ativação de processos de mudança na formação superior dos profissionais de Enfermagem pela FIOCRUZ. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá (UNESA). Mestre em enfermagem pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro UERJ. Professora Titular II do curso de enfermagem da universidade Estácio de Sá (UNESA), Campos dos Goytacazes (RJ), Supervisora do estágio supervisionado da saúde coletiva do curso de enfermagem da Estácio de Sá (UNESA), Campos dos Goytacazes (RJ). Pesquisadora no Grupo de Pesquisa Interinstitucional de Desenvolvimento Municipal-Regional (GPIDMR) UENF-UNIFLU-CNPQ de Campos dos Goytacazes/RJ. e-mail: celidaluna@hotmail.com

⁴ Universidade Federal Fluminense (UFF) - Rio das Ostras (RJ), Brasil. Enfermeira Obstétrica pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Doutora em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Universidade Federal Fluminense/UFF/Campus Rio das Ostras. Vice Coordenadora do Consultório de Enfermagem da UFF/Campus Rio das Ostras. Líder do Grupo de Pesquisa Laboratório de Estudos sobre Mulheres e Enfermagem/LEME/UFF/Campus Rio das Ostras. e-mail: janequitete@gmail.com

⁵ Enfermeira pela Universidade Estácio de Sá (UNESA), Campos dos Goytacazes (RJ), Brasil. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa LEME (Laboratório de Estudos sobre Mulheres e Enfermagem). e-mail: maraday.cerqueira@gmail.com

ABSTRACT: To analyze national scientific productions, seeking to understand the possibilities and difficulties regarding the use of the female condom. This is a narrative-type literature review, carried out between 2013-2019, using the descriptors: female condom, women's health, health education, sexually transmitted infections. Three categories of topics were identified: "sociocultural aspects that permeate gender relations", "difficulties to access the female condom" and "lack of knowledge in health professionals to implement promotion and protection acts in women's healthcare". It is necessary to expand gender discussions that permeate women's sexual and reproductive health, as well as to encourage the use of female condoms as an alternative to safe sex and to empower women's autonomy.

Keywords: Female condom. Sexual and reproductive rights. Health education.

Introdução

Para unificar os programas nacionais, o departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, no dia 11 de novembro de 2016 substituiu o termo "doença" ou DST por "Infecção Sexualmente Transmissível" (IST). A inclusão ocorre devido à ligação do perfil epidemiológico, sendo elas assintomáticas, associadas ou não, às infecções causadas por parasitas, bactérias, vírus ou outros organismos transmitidos por contato ou relação sexual e assumem características indefinidas (BRASIL, 2015).

Diante do cenário atual, deve-se investir em atividades, identificar fatores de riscos e promover o empoderamento da mulher. Intervir dentro de condutas recomendadas por especialistas, encontradas nos manuais, esclarecer possíveis dúvidas e criar estratégias na tentativa de combater a ideia de que apenas alguns grupos são vulneráveis (COSTA et al., 2014b; ROCHA et al., 2016).

É construído socialmente dois eixos sobre o uso do preservativo na perspectiva do gênero: O primeiro é sobre o mito da desconfiança matrimonial, ou seja, as mulheres que optam pelo uso do preservativo dentro de relações monogâmicas são questionadas sobre sua fidelidade dentro da relação, e o segundo é controle de um corpo para a garantir uma possível paternidade, o que é justificado pelo modelo patriarcal que vivemos (ALEXANDRE, 2013; MEDEIROS et al., 2016).

A primeira versão do preservativo foi fabricado com poliuretano, na década de 1990, e trouxe grande expectativa, já o segundo modelo lançado foi fabricado de borracha nitrílica e tem custo-benefício bem menor do que o primeiro. O acesso a este insumo pode oferecer economia considerável em termos de custos com cuidados e preservação de vidas (NEPO; ABIA; UNFPA, 2011).

O trabalho do(a) enfermeiro(a) nas práticas educativas, na promoção de saúde reacende a visibilidade do trabalho de maneira constante nas unidades básicas de saúde. De forma a minimizar a carência de informações e atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, promover melhorias na perspectiva da vulnerabilidade os impactos do espaçamento mínimo entre uma gravidez ou o risco de um aborto, os métodos contraceptivos amparam e protegem a vida de inúmeras mulheres (BRASIL, 2009).

Este manuscrito tem por objetivos analisar a produção científica nacional, buscando compreender as possibilidades e dificuldades acerca do uso do preservativo feminino, a partir desse levantamento iremos, ao

longo deste trabalho, problematizar o conhecimento e o desenvolvimento da assistência profissional do(a) enfermeiro(a) em relação ao preservativo feminino.

A história do preservativo feminino

Após o início da epidemia de Aids, na década de 80, a promoção do uso da camisinha masculina foi articulada como forma de prevenção para conter o “grupo de risco”. Sua existência é fruto de uma iniciativa do movimento gay que foi organizado, originalmente, nos EUA. As orientações provenientes da Saúde Pública buscavam o “isolamento” desse grupo, que era visto como ameaça para o resto da população. A proposta de adotar o insumo citado deu origem a uma estratégia voltada ao público feminino; para isso, no final dos anos 80 um grupo de dinamarqueses desenvolveu o primeiro condom (Female Condom ou FC1), com um design semelhante a anatomia feminina, voltado para a aceitação das usuárias (PINHEIRO; CALAZANS; AYRES, 2013), conforme afirmativa: “O preservativo feminino foi desenvolvido no final dos anos 80, por Lasse Hessel, médica dinamarquesa, que acreditava que, por ficar sob controle das mulheres, eliminaria ou, pelo menos, facilitaria a negociação de uso com o parceiro sexual.” (FINOTTI, 2015, p. 206).

É importante instruir a mulher sobre a maneira correta de inserir o preservativo feminino, usando como modelo uma imagem ou demonstrando com as mãos (OMS, 2007). Esse insumo adapta-se anatomicamente próximo ao colo do útero, que envolve toda a vagina, a fim de evitar o contato do esperma com as secreções vaginais e não permite que a ascensão dos espermatozoides ocorra. Por possuir vantagens sobre os preservativos masculinos, pode ser inserido várias horas antes da relação sexual e sua inserção não requer que o pênis esteja ereto. Outra vantagem é a de proteger toda a área de contato genital que é foco de úlceras genitais provocadas por infecções (FINOTTI, 2015).

O preservativo feminino pode aumentar o prazer sexual da mulher por motivos mecânicos, pois o aro externo que recobre a vulva serve como um estimulador do clitóris durante o ato sexual, além da segurança contraceptiva e da significativa liberdade oferecida à mulher, uma vez que ela agora não depende mais da autorização ou permissão do homem para se proteger seu corpo, sua fertilidade e uma gestação indesejada (ANDRADE et al., 2015).

Este dispositivo, ao ser utilizado da forma correta, protege todo órgão genital feminino, desde a vulva até o canal da vagina e no homem protege o pênis. É capaz de evitar as ISTs além de prevenir uma gravidez indesejada, bem como proteger a fertilidade da mulher. O insumo não se desloca com a ereção peniana, portanto não é necessária a retirada imediata do insumo, tendo cuidado com o extravasamento após a ejaculação (FINOTTI, 2015).

Em relação ao custo do preservativo feminino, compreende-se a importância de se realizar compras volumosas para, então, baixar o preço e aumentar a oferta para atender a uma demanda adequada. Chama-se a atenção para o fato de que o PF é caro quando comparado ao masculino, mas não quando comparado aos

medicamentos para o tratamento da Aids. Com base nos dados sobre a carência de informações, a campanha sobre o seu uso deve ser constante e intensificada. O aumento das compras ofereceria ferramentas para a diminuição da vulnerabilidade e concederia aumento significativo do empoderamento dessas mulheres (NEPO; ABIA; UNFPA, 2011).

Método

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, utilizando-se de uma análise descritivo-reflexiva dos referenciais bibliográficos publicados no formato de artigos publicados em revistas indexadas. A pesquisa exploratória, uma vez presente, se dedica a investigar e descrever o que existe na atual literatura sobre um fenômeno pouco elucidado.

Logo, as pesquisas exploratórias buscam ampliar, clarificar e transformar concepções e pensamentos, dando margem para posteriores estudos. Como mecanismo de busca foram utilizados os dados disponíveis nas seguintes bases: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e da Biblioteca Eletrônica de Periódicos Científicos Brasileiros - SCIELO Brasil. As buscas iniciais foram realizadas de fevereiro a agosto de 2019. Para tanto, foi definido, como critério de inclusão: artigos publicados nos últimos anos, ou seja, publicados no período de 2013 a 2019.

Após leitura e análise do material, foi obtido um total de 143 artigos, destes, foram excluídos 123 dos quais apenas 19 estavam de acordo com os critérios de inclusão definidos neste estudo. Para a utilização do material selecionado e interpretação das obras consultadas foi realizado um fichamento dos artigos para posterior elaboração desta revisão, tendo como os descritores: preservativo feminino, saúde da mulher, educação em saúde, infecções sexualmente transmissíveis e suas combinações, relacionando o conteúdo dos textos analisados com o tema proposto.

Adotou-se como critério de inclusão os artigos: que apresentassem pelo menos um dos descritores no seu resumo, artigo original, podendo ser revisão de literatura, relato de experiência, textos completos somente publicados no idioma português e que disponibilizassem textos completos para análise. Como critérios de exclusão: publicações inferiores ao ano de 2013, outros idiomas que não a língua portuguesa, contendo somente resumo e títulos sem referência ao assunto (palavras-chave).

Portanto, após a leitura foi realizada a discussão do texto, que emergiram de três categorias temáticas, a saber: “aspectos socioculturais que permeiam as relações de gênero”, “dificuldades na oferta e distribuição dos insumos” e “déficit no conhecimento dos profissionais de saúde para implementação de ações de promoção e proteção à saúde das mulheres”.

Resultados e Discussão

Os artigos analisados são apresentados no quadro 01, organizado por número, título, ano de publicação, autor (a), periódico, objetivo e resultados.

Quadro 01 – Fontes primárias utilizadas para a coleta de dados.

Nº	TÍTULO	ANO / AUTOR	PERIÓDICO	OBJETIVOS	RESULTADOS
1	Uso de camisinha no Brasil: Um olhar sobre a produção acadêmica acerca da prevenção de HIV/AIDS (2007-2011)	PINHEIRO <i>et al.</i> (2013)	Temas em Psicologia	Ensaio reflexivo sobre a produção acadêmica a respeito do uso da camisinha como método de prevenção de HIV/aids no Brasil	A literatura analisada apresenta-se de forma difusa, de modo a entrelaçar abordagens e direcionamentos, o que demanda um amadurecimento epidemiológico e metodológico dos referenciais utilizados.
2	Preservativo feminino e dupla proteção: desafios para os serviços especializados de atenção às DSTs e Aids	KALCKMANN (2013)	Temas em Psicologia	Discute o uso de preservativos femininos por 713 usuárias de sete serviços especializados de atenção às DSTs/Aids da Grande São Paulo incluídas em um estudo longitudinal de avaliação da continuidade de seu uso.	Muitas mulheres que usaram o insumo e interromperam são mulheres soropositivas e parceiras de soropositivos e pretendem voltar a usá-lo. Os serviços devem ampliar o escopo de suas orientações sobre o preservativo e repensar sua atuação junto às parceiras soronegativas e aos homens.
3	Atuação do enfermeiro na saúde da mulher	Sementille e Queiroz (2013)	Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde	Sistematizar as informações, sobre a atuação do enfermeiro na saúde da mulher, especificamente quanto à prevenção do câncer de colo do útero.	O papel do enfermeiro é de fundamental importância na educação e orientação junto à população feminina, esclarecendo possíveis dúvidas e incentivando à realização periódica do exame, contribuindo assim para uma redução no número de casos.
4	Adequação das práticas de distribuição de insumos do planejamento familiar no município de Maceió – AL	MACHADO <i>et al.</i> (2013)	Cadernos de Graduação – Ciências Biológicas e da Saúde	Verificar a adequação das práticas de distribuição de insumos do planejamento familiar do município de Maceió.	Os insumos para o planejamento familiar, preconizados pelo Ministério da Saúde, são contemplados no município de Maceió em todas as situações estudadas, porém, de forma não equânime entre os distritos de saúde do mesmo.
5	Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva	FALKENBERG (2014)	Ciência & Saúde Coletiva	Identificar os saberes e práticas de educação em saúde de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família.	Dificuldades foram relacionadas ao excesso de atribuições, a interação com determinados grupos e a descontinuidade das ações.
6	Preservativo feminino: dificuldades de adaptação e estratégias para facilitar o uso rotineiro	Costa JES <i>et al.</i> (2014)	Revista de Enfermagem UERJ	Investigar estratégias para facilitar o uso rotineiro do preservativo feminino (PF).	Os enfermeiros precisam estar capacitados para problematizar o uso e ampliar a divulgação desse método, facilitando a adoção dessa alternativa de enfrentamento de questões ligadas à saúde sexual e reprodutiva.
7	A percepção feminina quanto à vulnerabilidade de se contrair DST/AIDS	Costa FM <i>et al.</i> (2014)	Revista da Universidade Vale do Rio Verde	Conhecer a percepção das mulheres quanto à vulnerabilidade de se contrair DST/AIDS, além de caracterizar a vulnerabilidade individual em relação às práticas e atitudes sobre a sexualidade, buscando identificar os fatores e	Deve-se investir em atividades educativas que promovam o empoderamento da mulher para a tentativa de combater a ideia de que apenas alguns grupos são vulneráveis.

				comportamentos de risco.	
8	A camisinha feminina sob o olhar do homem	ACOSTA <i>et al.</i> (2015)	Revista de Enfermagem UFPE	Conhecer a percepção dos homens acerca do preservativo feminino.	Sinaliza-se para a necessidade de problematizar as questões de gênero imbricadas na negociação, bem como de realizar maior divulgação sobre este método.
9	Conhecimento, atitude e prática de mulheres de um aglomerado subnormal sobre preservativos	ANDRADE <i>et al.</i> (2015)	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Avaliar a adequabilidade do conhecimento, da atitude e prática de mulheres acerca de preservativos masculino e feminino enquanto medida preventiva às IST/HIV.	Para o preservativo masculino, a maioria das mulheres apresentou conhecimento e prática inadequados e atitude adequada. Em relação ao preservativo feminino, as variáveis conhecimento, atitude e prática foram insatisfatórias. Houve associações significativas entre conhecimento/orientação religiosa e atitude/escolaridade para o preservativo masculino.
10	Tecnologia assistiva para mulheres com deficiência visual acerca do preservativo feminino: estudo de validação	CAVALCANTE <i>et al.</i> (2015)	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Validar tecnologia assistiva para mulheres com deficiência visual aprenderem a utilizar o preservativo feminino.	A tecnologia foi validada e está adequada quanto aos objetivos, estrutura/apresentação e relevância. É um instrumento de promoção da saúde válido, inovador e de baixo custo, que poderá auxiliar mulheres com deficiência visual a utilizar o preservativo feminino.
11	Produção sobre vulnerabilidades de mulheres ao HIV/AIDS: uma revisão integrativa da literatura.	BESERRA <i>et al.</i> (2015)	Journal of Research Fundamental Care Online	Conhecer os fatores associados às vulnerabilidades de mulheres ao HIV/aids.	Evidenciou-se que a vulnerabilidade de mulheres ao HIV é resultado de um conjunto de fatores e características que levam a contextos de vulnerabilidade.
12	Autonomia sexual feminina: O preservativo feminino nas práticas eróticas.	ALBUQUERQUE (2015)	Revista Saúde.com	Conhecer as experiências de mulheres de uma Estratégia Saúde da Família em face à vivência de autonomia sexual diante do uso do preservativo feminino.	A dificuldade de negociação se manteve em virtude da não aprovação do parceiro. Observa-se que, na prática, o preservativo feminino torna-se refém das relações de gênero.
13	O conhecimento e o ensino sobre doenças sexualmente transmissíveis entre universitários	CASTRO <i>et al.</i> (2016)	Ciência & Saúde Coletiva	Quantificar e gerar autopercepção do (des) conhecimento sobre as DST, além de avaliar o interesse em uma disciplina sobre o tema	Cerca de 80% não sabiam que o preservativo não protege fora da área de barreira; pretendiam ler mais sobre DST e aprenderam algo sobre o assunto.
14	Vivência de mulheres sobre contracepção na perspectiva de gênero	MEDEIROS <i>et al.</i> (2016)	Revista Gaúcha de Enfermagem	Analisar a vivência de mulheres quanto a contracepção na perspectiva de gênero.	A partir da análise emergiu a categoria central 'escolhas contraceptivas femininas e sua relação com a dinâmica de gênero' e a partir dela, emergiram as subcategorias 'construção desigual das identidades de gênero na infância e adolescência'; 'desdobramento da dinâmica de gênero na (contra)concepção na adolescência' e 'medicalização do corpo feminino'.

15	Saúde reprodutiva da mulher: fatores determinantes na escolha dos métodos contraceptivos	FERNANDES <i>et al.</i> (2016)	Revista Norte Mineira de Enfermagem	Verificar quais são os fatores que influenciaram na escolha do método.	Os anticoncepcionais hormonais foram os mais citados como o método em mente e como método de escolha pelas mulheres (60,46%). O principal fator que determinou a escolha pelo método foi "ser mais prático e fácil" (35%), seguido de "mais seguro" (22,5%) e "não quer ter mais filho" (12,5%).
16	Atividades de enfermagem no planejamento familiar: projeto de extensão universitária.	ROCHA <i>et al.</i> (2016)	Extensão em ação	Descrever as atividades de enfermagem em um programa de extensão da Universidade Federal do Ceará.	Estabelecer uma troca mútua no intuito de promover o comportamento sexual saudável e capacitar os futuros enfermeiros para atuar nesse contexto.
17	Roda de conversa: multiplicando saberes para o enfrentamento da sífilis	VEIGA <i>et al.</i> (2017)	Raízes e rumo	Descrever a atividade de educação em saúde que utilizou a roda de conversa para sensibilizar a comunidade da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro acerca da sífilis.	Refletir sobre a prevenção e contágio da sífilis e possibilitou aos profissionais reverem suas práticas educativas e assistenciais.
18	Prevenção, risco e desejo: estudo acerca do não uso de preservativos.	NOGUEIRA <i>et al.</i> (2018)	Revista Brasileira em Promoção da Saúde	Delinear as causas que levaram homens e mulheres a não fazerem uso do preservativo na última relação sexual com parceiros eventuais.	Apresentaram como motivo prevalente para o não uso de preservativos durante as relações sexuais o fato de "não gostar", para ambos os sexos, visto que homens e mulheres, independentemente do estado civil, confirmaram não usar o preservativo com parceiro eventual.
19	Vulnerabilidade e comportamento sexual entre mulheres que não utilizam o preservativo durante as relações sexuais com parceria eventual.	FILHO <i>et al.</i> (2018)	Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências	Caracterizar a testagem rápida para sífilis em mulheres que não utilizam o preservativo em relação sexual com parceria eventual.	O não uso do preservativo tem um potencial explicativo de risco à sífilis, demonstrando assim a importância de estratégias voltadas para educação em saúde que proporcione conscientização das mulheres quanto à importância do uso constante do preservativo.

Fonte: elaboração própria.

A análise dos dados revelou três categorias temáticas apresentadas no Quadro 2.

Quadro 02 – Caracterização das categorias temáticas dos estudos sobre o uso do preservativo feminino.

ARTIGOS	CATEGORIAS	RESULTADOS
1, 2, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 18 e 19	Aspectos socioculturais que permeiam as relações de gênero	Apresentam os aspectos socioculturais que permeiam as relações de gênero na adesão ao uso preservativo feminino.
1, 2, 4, 6, 8, 9, 10, 15 e 18	Dificuldades de acesso ao preservativo feminino	Apontam as dificuldades no acesso ao preservativo feminino, com base no preço elevado para compra nas farmácias e na escassez do insumo nas unidades de saúde do SUS.

2, 3, 5, 6, 9, 10, 14, 15 e 16	Déficit no conhecimento dos profissionais de saúde para a implementação de ações de promoção e proteção à saúde das mulheres.	Identificam que há falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre o preservativo feminino e correlacionam este achado a dificuldades na implementação de ações de promoção e proteção à saúde das mulheres.
--------------------------------------	---	---

Fonte: elaboração própria.

Categoria 01: Aspectos socioculturais que permeiam as relações de gênero

Os estudos selecionados para a composição desta categoria foram destinados à investigação acerca do uso e conhecimento do preservativo feminino na perspectiva das mulheres. O tipo de pesquisa que prevaleceu na literatura consultada foi a do tipo qualitativa, centrada na coleta de dados sobre as experiências sexuais das mulheres com e sem o uso do preservativo e suas percepções de risco.

Em Acosta *et al.* (2015), Andrade *et al.* (2015) e Nogueira *et al.* (2018) fica explícito que as questões de gênero estão presentes e tem forte impacto na vida sexual das mulheres. Diante de tais comportamentos destaca-se a importância do aconselhamento que deve ser realizado de forma livre, sem deixar influenciar nas escolhas do casal ou no caso da mulher. Para as estratégias em relação a ofertar o preservativo feminino, cabe enfatizar que os desafios para minimizar a negligência no autocuidado são inúmeros, e vão desde as dificuldades encontradas na questão da confiabilidade no parceiro, até a adesão ao uso do preservativo pelas próprias mulheres. Portanto, o que desfavorece em primeiro lugar são as questões culturais.

As reflexões nos estudos de Pinheiro, Calazans e Ayres (2013) e Costa *et al.* (2014b), atêm-se a identificar uma diversidade de fatores relacionados à ausência do preservativo em relacionamentos (monogâmicos ou não-estável). De acordo com a literatura científica, a falta de orientação é o principal fator que interfere na escolha do preservativo feminino, bem como a ausência de conhecimento do seu uso, das suas vantagens e desvantagens. Além disso, a confiança no parceiro dificulta ou impede a opção pelo uso do método. As mulheres apresentavam baixa percepção em relação ao risco, percebendo a vulnerabilidade apenas no “outro”.

Em direção similar, Albuquerque *et al.* (2015), Beserra *et al.* (2015), e Veiga *et al.* (2017), retratam as relações de gênero entre homens e mulheres, onde a mulher mantém um papel de subordinação. Segundo o estudo de Kalckmann (2013), a opinião dos parceiros é peça chave para a descontinuidade dos meses seguintes. E para que a utilização do preservativo feminino seja de modo contínuo, é necessário primeiro adequar a questões que envolvem os diferentes níveis de promoção da saúde, pois ao ofertar o insumo quando se realiza as ações de planejamento reprodutivo, não há qualquer garantia de fidelidade. Neste cenário, fica evidente, a influência das relações de gênero na adesão ou não do uso do preservativo.

Autores como Filho *et al.* (2018), Fernandes *et al.* (2016), e Medeiros *et al.* (2016), apresentam resultados sobre pesquisa realizada com mulheres, com faixa etária de 15 a 39 anos, nesta, observa-se que (a

maioria delas) não utilizam preservativo nas relações com parceiro fixo ou eventual, já que o uso presume desconfiança ou infidelidade.

O estudo de Costa *et al.* (2014b), é relevante em razão da proporção crescente de mulheres contaminadas por IST/AIDS e por buscar subsidiar possíveis propostas de intervenções voltadas para a prevenção da infecção e do cuidado à saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Além disso, é necessário que os serviços de saúde permitam a reflexão das mulheres acerca da autonomia que devem possuir sobre seus corpos e que favoreçam a conscientização dos homens sobre a responsabilidade do casal, e não somente da mulher, a respeito da vida e saúde sexual do casal.

Categoria 02: Dificuldades de acesso ao preservativo feminino.

O Ministério da Saúde é responsável pelo abastecimento dos preservativos femininos da rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Kalckmann (2013) relata que a distribuição deste insumo ocorre somente aos Programas de IST/AIDS, ou seja, não há distribuição de preservativos femininos para as unidades de saúde da atenção básica.

Contudo, sabe-se que para a continuidade de recebimento deste insumo pelos programas de IST/AIDS, faz-se necessário que uma cascata de eventos funcione. Desde a sua distribuição, que deve ser realizada de forma regular, em seguida na adequação da quantidade de insumos mediante o total da população feminina cadastrada nos programas.

De acordo com a pesquisa realizada por Machado *et al.* (2013), sobre métodos contraceptivos, observa-se que os insumos são enviados pelas Secretarias Estaduais mediante a solicitação formal das unidades básicas de saúde, ou seja, se não houver solicitação expressa não será enviado o insumo.

Pinheiro, Calazans e Ayres (2013) e Nogueira *et al.* (2018), identificam que preservativo tem seu preço comercializado 21 vezes mais caro que a camisinha masculina nas farmácias. Andrade *et al.* (2015), Acosta, Costa e Gomes (2015) e Costa *et al.* (2014b), reafirmam a escassez do insumo nas unidades de saúde, e o preço elevado para compra nas farmácias.

Categoria 03: Déficit no conhecimento dos profissionais de saúde para a implementação de ações de promoção e proteção à saúde das mulheres.

Kalckmann (2013), Andrade *et al.* (2015), e Fernandes *et al.* (2016), expõem a responsabilidade do profissional de saúde em ser o principal veículo de confiança e comunicação com as usuárias dos serviços de saúde. Por sua vez, os autores identificam a importância do conhecimento científico e a preparação deste profissional para atuar e promover de forma integral a saúde das mulheres, com vistas ao autocuidado e autonomia.

Para Falkenberg (2014) educação em saúde é um processo político pedagógico com objetivo de desenvolver de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação, como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade.

Nesse sentido, Rocha *et al.* (2016), Sementille e Queiroz (2013) destacam que se faz necessária a ampliação do acesso à informação para os profissionais de saúde, mediante educação permanente, com sensibilização para uma escuta ativa e isenta de julgamentos, metodologias de ensino-aprendizagem participativas e dialógicas, tendo como pressupostos os princípios do SUS: equidade e integralidade. Contudo, Costa *et al.* (2014a) e Medeiros *et al.* (2016), revelam a falta de estrutura física e de recursos humanos nos serviços de saúde para implementação plena da educação em saúde sexual e reprodutiva.

Nessa perspectiva, o espaço de um consultório pode ser um espaço privilegiado para ações de promoção e proteção à saúde. Kalckmann (2013), ilustra esta afirmação sugerindo a ideia de “utilizar o preservativo feminino durante a consulta ginecológica”. Este pode ser um momento para realizar aconselhamento, sendo inicialmente realizado a inserção do preservativo feminino sob supervisão do profissional de saúde, para que as mulheres percebam a autonomia de seus corpos. Mesmo que o seu uso (do preservativo feminino) não seja de forma contínua, ou seja, pode ser utilizado apenas para o autoconhecimento.

De forma peculiar, o estudo de Cavalcante *et al.* (2015) é dedicado ao uso do preservativo feminino e ao desenvolvimento de novas tecnologias para auxiliar na autonomia da mulher - sendo ela deficiente visual. Esse fato reforça a necessidade de construir atividades voltadas a fornecer informações diferenciadas, dentre elas a utilização de material educativo que simula o canal da vagina. O preservativo feminino é considerado uma alternativa independente do tipo de deficiência.

E por fim, devemos lembrar o que afirma Falkenberg (2014), na educação em saúde deve ser enfatizada a educação popular em saúde, que valoriza os saberes, o conhecimento prévio da população e não somente o conhecimento científico.

Conclusão

O estudo compilou referenciais que contribuíram para uma análise sobre o uso e as dificuldades relacionadas a esta prática. O acesso a este método ainda é irregular e apenas uma minoria de mulheres tem consciência sobre o uso do preservativo feminino e o conhecimento sobre o seu próprio corpo. A camisinha feminina tem entraves desde a sua criação. Apesar de entrar na relação de métodos contraceptivos, mais precisamente como método de barreira, há ainda necessidades de desenvolvimento, além de estudos, pois o material é rico e tem sido objeto de estudo como fonte inesgotável.

É necessário realizar ações que atendam às necessidades de saúde das mulheres. Para tanto, devem ser realizadas atividades educativas, com orientações sobre o seu uso e ser efetiva a distribuição do preservativo feminino para a população. Nesse sentido, é importante a ação do(a) enfermeiro(a), que está inserido na atenção primária de saúde, visto que há diversas formas de divulgar e promover o uso do preservativo como uma forma segura, de evitar gestações indesejáveis ou infecções, caso seja utilizado da forma correta.

Necessário ampliar as discussões de gênero que permeiam a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, bem como estimular o uso dos preservativos femininos como alternativa para o sexo seguro e fortalecimento da autonomia feminina.

Referências

- ACOSTA, D. F.; COSTA, J. E. S.; GOMES, V. L. O. A camisinha feminina sob o olhar do homem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife – PE, v. 9, n. 1, p. 47 – 53, jan., 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10305/10973> . Acesso em: 15 dez. 2019.
- ALBUQUERQUE, G. A. *et al.* Autonomia sexual feminina: o preservativo feminino nas práticas eróticas. **Revista Saúde.com**, v. 11, n. 2, p. 123-136, 2015. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/352> . Acesso em: 10 set. 2019.
- ALEXANDRE, L. B. S. P. Políticas públicas de saúde da mulher. In FERNANDES, A. Q.; NARCHI, N. Z. **Enfermagem e saúde da mulher**. 2. Ed. Barueri, SP: Manole, 2013, Cap. 1, p. 1-27.
- ANDRADE, S. S. C. *et al.* Conhecimento, atitude e prática de mulheres de um aglomerado subnormal sobre preservativos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 3, p. 364-372, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n3/pt_0080-6234-reeusp-49-03-0364.pdf . Acesso em: 12 nov. 2019.
- BESERRA, P. J. F. *et al.* Produção sobre vulnerabilidades de mulheres ao HIV/Aids: uma revisão integrativa da literatura. **Journal of Research Fundamental Care Online**, v. 7, p. 105-118, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750949022.pdf> . Acesso em: 15 dez. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 1.^a ed. – 4.^a reimpressão. - 52 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf . Acesso em: 23 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico **HIV/AIDS** – Número especial. – 72 p. – Dez. 2019b. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tfd/pub/2016/67064/boletim_hivaidis_2019.pdf?file=1&type=node&id=67064&force=1 . Acesso em: 21 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Transmissíveis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 2.^a ed. - 120 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf . Acesso em: 30 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico **Sífilis** – Número especial. – 43 p. – Out. 2019a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/tags/publicacoes/boletim-de-sifilis> . Acesso em: 20 fev. 2020.

CASTRO, E. L. *et al.* O conhecimento e o ensino sobre doenças sexualmente transmissíveis entre universitários. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1975 – 1984, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1975.pdf> . Acesso em: 18 fev. 2020.

CAVALCANTE, L. D. W. *et al.* Tecnologia assistiva para mulheres com deficiência visual acerca do preservativo feminino: estudo de validação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 14 – 21, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0014.pdf . Acesso em: 24 de fev. 2020.

COSTA, J. E. S. *et al.* Preservativo feminino: dificuldades de adaptação e estratégias para facilitar o uso rotineiro. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 22, p. 163-168, mar./abr. 2014b. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13547>. Acesso em: 10 out. 2019

COSTA, J. E. S. *et al.* Preservativo feminino: dificuldades de adaptação e estratégias para facilitar o uso rotineiro. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 22, p. 163-168, mar./abr. 2014b. Disponível em: http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1744/pdf_266 . Acesso em: 10 dez. 2019.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847 – 852, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847.pdf> . Acesso em: 28 de mar. 2020.

FERNANDES, I. A. C. *et al.* Saúde reprodutiva da mulher: fatores determinantes na escolha de métodos contraceptivos. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 88 – 107, 2016. Disponível em: <http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/182/157> . Acesso em: 18 de fev. 2020.

FILHO C. R. C. V. *et al.* Vulnerabilidade e comportamento sexual entre mulheres que não utilizam o preservativo durante as relações sexuais com parceria eventual. **Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências**, [Icó – Ceará]; 1(3):304–315, set./ dez., 2018. Disponível em: <http://www.fvs.edu.br/riec/index.php/riec/article/view/48/27> . Acesso em: 10 mar. 2020.

FINOTTI, Marta. **Manual de anticoncepção Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia** (FEBRASGO) – p. 205-215, São Paulo, nov. 2015. Disponível em: <https://armazemdaciencia.files.wordpress.com/2017/08/manual-anticoncepcao-febrasgo-2015-pdf.pdf> . Acesso em: 13 out. 2019.

GERK, M. A. S.; FREITAS, S. L. F.; NUNES, C. B. Consulta de enfermagem à mulher. In FERNANDES, A. Q.; NARCHI, N. Z. **Enfermagem e saúde da mulher**. 2. Ed. Barueri, SP: Manole, 2013, Cap. 5, p. 110-139.

KALCKMANN, S. Preservativo feminino e dupla proteção: desafios para os serviços especializados de atenção às DSTs e Aids. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 1145 – 1157, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n3/v21n3a20.pdf> . Acesso em: 15 set. 2019.

MACHADO, A. S. T. *et al.* Adequação das práticas de distribuição de insumos do planejamento familiar no município de Maceió – AL. **Cadernos de Graduação – Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió – AL, v. 1, n. 3, p. 101 – 110, nov. 2013. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/1017> . Acesso em: 28 de fev. 2020.

MEDEIROS. T. F. R. *et al.* Vivências de mulheres sobre contracepção na perspectiva de gênero. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 37, n. 2, p. 1-8, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n2/0102-6933-rgenf-1983-144720160257350.pdf> . Acesso em: 10 out. 2019.

NEPO, ABIA, UNFPA - **Preservativo feminino: das políticas globais à realidade brasileira**. - Brasília: UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas, 2011. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/preservativo_feminino.pdf . Acesso em: 13 set. 2019.

NOGUEIRA, F. J. S. *et al.* Prevenção, risco e desejo: estudo acerca do não uso de preservativos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 1, p. 1 – 8, jan./mar., 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6224> . Acesso em: 13 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) e Escola Bloomberg de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação (CPC) da Universidade Johns Hopkins, Projeto INFO. **Planejamento Familiar: Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde**. Baltimore e Genebra: CPC e OMS, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Guia consolidada sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos das mulheres vivendo com HIV/AIDS**. 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254634/WHO-RHR-17.03-por.pdf;jsessionid=6953DBDDF76FFB7D835BE465DF5CF384?sequence=5> . Acesso em: 12 fev. 2020.

PINHEIRO, T. F.; CALAZANS, G. J.; AYRES, J. R. C. M. Uso de Camisinha no Brasil: um olhar sobre a produção acadêmica acerca da prevenção de HIV/Aids (2007-2011). **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 815-836, dez. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000300009&lng=pt&nrm=iso . Acesso em 17 out. 2020

ROCHA, A. C. F. *et al.* Atividades de enfermagem no planejamento familiar: projeto de extensão universitária. **Extensão em Ação**, Fortaleza – CE, v. 1, n. 13, p. 69 – 82, jan./jul. 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/extensaoemacao/article/view/19709> . Acesso em: 12 nov. 2019.

SEMENTILLE, E. C.; QUEIROZ, F. C. Atuação do enfermeiro na saúde da mulher: prevenção do câncer do colo do útero. **Ensaio e Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 17, n. 1, p. 109-120, fev. 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/260/26031886010.pdf> . Acesso em: 12 set. 2019.

VEIGA, M. B. A. *et al.* Roda de conversa: multiplicando saberes para o enfrentamento da sífilis. **Raízes e Rumos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. especial, p. 229 – 234, dez. 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/raizeserumos/article/view/7445> . Acesso em: 10 nov. 2019

Capítulo 15

PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES DO CURSO DE FISIOTERAPIA DE UMA UNIVERSIDADE DE SERGIPE

PREVALENCE OF SEXUAL DYSFUNCTION IN WOMEN ON PHYSIOTHERAPY COURSE AT A UNIVERSITY IN SERGIPE

Davi Santana Sousa¹

Evelyn dos Santos²

Suyane Santos Cavalcante Braga³

Licia Santos Santana⁴

RESUMO: Disfunções Sexuais são caracterizadas por perturbações relacionadas a alterações psicofisiológicas no ciclo de resposta sexual ou à dor que se associa à relação sexual que acarreta sofrimento psíquico e dificuldades no relacionamento interpessoal. O objetivo do estudo visa estimar a prevalência de disfunções sexuais em mulheres do curso de fisioterapia de uma universidade de Sergipe, determinar os domínios da função sexual feminina mais afetados e por fim, analisar a existência de fatores associados. Trata-se de um estudo de corte transversal, observacional com abordagem quantitativa, no qual foi aplicado um formulário, via online, devido a pandemia provocada pelo vírus COVID-19, com um questionário idealizado pelas pesquisadoras e o Female Sexual Function Index (FSFI). A amostra foi composta por 186 participantes de idade entre 18 a 35 anos e que mantinham vida sexual ativa. A associação entre a disfunção sexual em cada domínio e variáveis sociodemográficas foi verificada pelo teste qui-quadrado e a comparação entre as variáveis através do teste de Mann-Whitney, com nível de significância fixado em $p < 0,05$. A prevalência de disfunção sexual feminina foi de 48,96%, sendo que os domínios mais afetados foram: lubrificação, desejo sexual e orgasmo. Além disso, pode-se notar que 94,48% das entrevistadas apresentaram pelo menos um domínio afetado no FSFI. Observou-se uma diferença significativa na associação da disfunção sexual com o estado civil e frequência de relações sexuais. Concluiu-se que houve uma grande prevalência de DS em universitárias do curso de fisioterapia de uma Universidade de Sergipe. Portanto, esse desfecho evidencia a importância da criação de abordagens curativas, preventivas e educativas específicas voltadas à população feminina.

Descritores: Saúde da mulher. Prevalência. Disfunções Sexuais Fisiológicas. Estudantes.

ABSTRACT: Sexual dysfunctions are characterized by disorders related to psychophysiological changes in the sexual response cycle or to the pain that is associated with sexual intercourse that causes psychological distress and difficulties in interpersonal relationships. The aim of the study is to estimate the prevalence of sexual dysfunction in women in the physiotherapy course at a university in Sergipe, to determine the domains of female sexual function most affected and, finally, to analyze the existence of associated factors. This is a cross-sectional, observational study with a quantitative approach, in which a form was applied, online, due to the pandemic caused by the COVID-19 virus, with a questionnaire designed by the researchers and the Female Sexual Function Index (FSFI). The sample consisted of 186 participants aged between 18 and 35 years and who maintained an active sex life. The association between sexual dysfunction in each domain and

¹ Acadêmico de Fisioterapia pela Universidade Tiradentes (UNIT), Sergipe, Brasil. Aluno Pesquisador e Membro do Laboratório de Biomateriais (LBMat) do Instituto de Tecnologia e Pesquisa (ITP). Membro da Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO).

² Bacharela em Fisioterapia pela Universidade Tiradentes (UNIT), Sergipe, Brasil.

³ Bacharela em Fisioterapia pela Universidade Tiradentes (UNIT), Sergipe, Brasil.

⁴ Docente do curso de Fisioterapia e Estética e Cosmética da Universidade Tiradentes (UNIT), especialista em Fisioterapia em Saúde da Mulher pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Mestre e Doutora pelo departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP). Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher (ABRAFISM), da Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO) e da Associação Brasileira de Dermatofuncional (ABRAFIDEF).

sociodemographic variables was verified by the chi-square test and the comparison between variables through the Mann-Whitney test, with a significance level set at $p < 0.05$. The prevalence of female sexual dysfunction was 48.96%, with the most affected domains being: lubrication, sexual desire and orgasm. In addition, it can be noted that 94.48% of the interviewees presented at least one affected domain in the FSFI. There was a significant difference in the association of sexual dysfunction with marital status and frequency of sexual intercourse. It was concluded that there was a high prevalence of SD in university students of the physiotherapy course of a University of Sergipe. Therefore, this outcome highlights the importance of creating specific curative, preventive and educational approaches aimed at the female population.

Descriptors: Women's health. Prevalence. Physiological Sexual Dysfunction. Students.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é definida por “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Neste sentido, a saúde sexual é um dos indicadores para uma boa qualidade de vida e recebe influência de diversos fatores que podem ser biológicos, psicológicos, socioeconômicos, éticos e espirituais (BARRETO et al., 2018).

A sexualidade é uma característica humana, representada por um conjunto de comportamentos que se remetem à satisfação pessoal. Ao ser experimentada pelos indivíduos ela será ocasionada pela junção de elementos neurológicos, vasculares, musculares, psicológicos e hormonais que darão início ao ciclo de resposta sexual. Ele é constituído por componentes distintos e fases em sequência que possuirão sua própria neurofisiologia, mas que serão controladas pelo sistema nervoso central. (CARVALHO et al., 2017; CLAYTON; JUAREZ, 2019).

No decorrer desse ciclo, a atuação dos fatores influenciáveis pode interferir negativamente na atividade sexual humana, o que provocará modificações parciais ou totais em uma ou mais das suas fases, desencadeando o que chamamos de Disfunções Sexuais (DS). Elas se caracterizam por perturbações relacionadas a alterações psicofisiológicas no ciclo de resposta sexual ou à dor que se associa à relação sexual, que acarreta sofrimento psíquico e dificuldades no relacionamento interpessoal. As DS podem ser divididas em primárias, onde os sinais e sintomas estão presentes desde o início da atividade sexual e em secundárias, quando a manifestação dos sintomas foi adquirida ao longo da vida. Assim como, podem ser classificadas em generalizada quando ela ocorre em toda atividade sexual, ou situacional, onde a aparição dos sintomas acontece devido a determinadas situações, circunstâncias ou parceria (COSTA et al., 2018; FAUBION; RULLO, 2015; POLLAND et al., 2019).

Jovens em idade reprodutiva costumam ser um dos maiores públicos no sistema de saúde, uma vez que há uma maior busca pela prevenção e tratamento de diversos distúrbios da saúde, no entanto, ainda há uma escassez de estudos a respeito do seu funcionamento sexual. Sendo assim, a escolha do tema se deu em virtude de ser uma ferramenta importante na análise quantitativa de dados atuais, a fim de que possa ser

direcionado uma maior atenção ao público que enfrenta os infortúnios dessa disfunção. O presente estudo visa estimar a prevalência de disfunção sexual em mulheres do curso de fisioterapia de uma universidade em Sergipe, determinar os domínios da função sexual feminina mais afetados e por fim, analisar a existência de fatores associados.

METODOLOGIA

2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, transversal com abordagem quantitativa.

2.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada através da internet, por intermédio da plataforma Google Forms. As participantes foram convidadas a participar da pesquisa através de divulgações, via redes sociais (WhatsApp). Esse método foi escolhido visto que a internet é uma excelente ferramenta de comunicação social e disseminação de informações, outra justificativa se diz respeito ao momento vivenciado pela Pandemia provocada pelo vírus COVID-19. Desse modo, foi priorizado manter as normas e regras de distanciamento social para a prevenção à saúde das pesquisadoras bem como das participantes desse estudo.

2.3 AMOSTRA

A amostra foi composta por 186 mulheres do curso de fisioterapia de uma universidade de Sergipe. A coleta de dados foi realizada no mês de setembro do ano de 2020, momento em que as participantes foram convidadas a responder o formulário da pesquisa.

2.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas mulheres com idades entre 18 a 35 anos que mantinham uma vida sexual ativa e que fossem estudantes do curso de fisioterapia de uma determinada universidade de Sergipe. Já os critérios de exclusão foram: O preenchimento incorreto ou incompleto do formulário de avaliação proposto.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo cumpriu os termos da Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi elaborado pelas pesquisadoras e entregue às participantes da pesquisa, via online, para que as mesmas pudessem ler e assinar ao consentir a sua participação.

2.6 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através do emprego de um formulário que continha dois questionários. O formulário foi elaborado por intermédio do Google Forms que é uma plataforma online, gratuita e fornece grande parte das funcionalidades encontradas no Microsoft Office. Ela é uma ferramenta ágil e eficaz para a criação de perguntas que contribui para práticas pedagógicas no meio universitário e conseqüentemente na área da pesquisa acadêmica.

As participantes foram convidadas a responder o formulário, via aplicativo de mensagens (Whatsapp), após o convite pospor-se a instrução de clicar no link exibido na mensagem. Desse modo, a participante seria direcionada para plataforma Google Forms onde inicialmente havia informações a respeito de todos os trâmites burocráticos sobre o estudo e a opção de aceite com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Tornando transparente a condição de que o aceite do termo era decisivo para a continuação da participação na presente pesquisa. Ao concordar em participar da pesquisa, a voluntária era norteada para os questionários.

Os primeiros questionamentos foram criados pelas pesquisadoras que colheram os seguintes dados: a confirmação de ser aluna do curso de fisioterapia de uma determinada universidade em Sergipe, já ter tido relações sexuais, idade, orientação sexual, estado civil, informações sobre a parceria, como o tempo de relacionamento, idade e escolaridade da mesma, tipo de método contraceptivo usado, frequência de relações sexuais, gravidez, número de filhos, número de gestações, tipo e quantidade de partos, uso de medicamentos antidepressivos, uso de drogas ilícitas e perguntas socioeconômicas.

Posteriormente as participantes responderam ao questionário de Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) na versão brasileira sob adaptação dos autores Pacagnella e colaboradores (2009). Ele é um questionário rápido, que dispõe de 19 questões que avaliam a função sexual feminina nas últimas quatro semanas em seis campos: desejo sexual, lubrificação vaginal, excitação sexual, satisfação sexual, orgasmo e dor.

Para cada questão há um padrão de resposta onde as opções recebem pontuação de 0 a 5 de forma progressiva em relação à existência da função questionada. A entrevistada foi instruída a selecionar em cada questão uma das alternativas possíveis que melhor descrevesse sua situação. A alternativa 0 indica que não houve relação sexual e as outras variam de 1 a 5. A análise foi realizada reunindo as respostas em seis domínios diferentes: Desejo itens 1 e 2; Excitação itens 3, 4, 5 e 6; Lubrificação itens 7, 8, 9, e 10; Orgasmo itens 11, 12 e 13; Satisfação itens 14, 15 e 16; Desconforto/Dor itens 17, 18 e 19. Somente nas questões relacionadas à dor a pontuação é contabilizada de forma contrária (Kholer et al., 2017).

Para a contagem dos domínios, somaram-se os escores individuais e foi multiplicado pelo fator correspondente. Para que se pudesse obter o escore total da escala foi somado os escores para cada domínio. Deve-se ressaltar que dentro dos domínios, um escore zero indica que a paciente relatou não ter tido atividade sexual nas últimas quatro semanas. Os escores totais variam de 2 a 36 pontos e as maiores pontuações representam uma melhor função sexual. Então pacientes com $FSFI \leq 26,55$ pontos já sugerem disfunção sexual feminina. Para a análise dos domínios foram utilizados seguintes pontos de corte: Desejo: 4,28, Excitação 5,08, Lubrificação 5,45, Orgasmo: 5,05, Satisfação: 5,04 e Dor: 5,51 (Kholer et al., 2017).

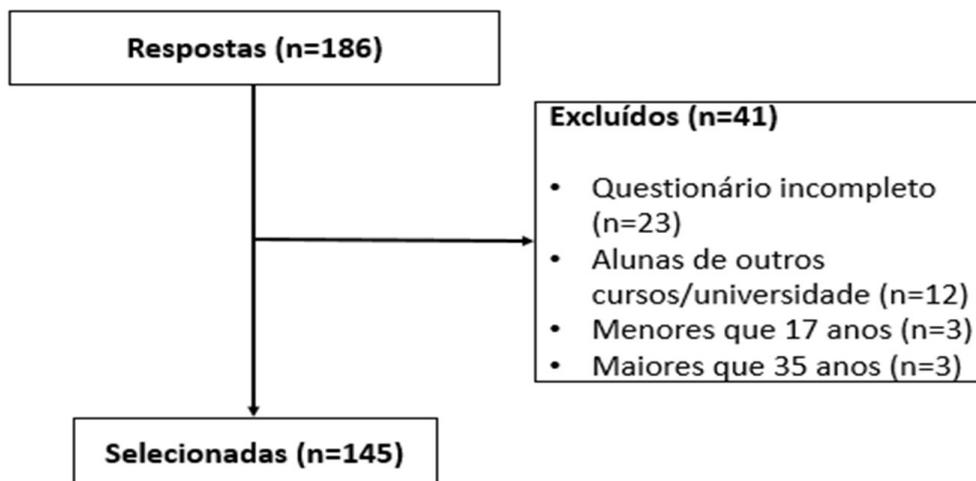
2.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente, os dados coletados foram transportados para uma planilha de dados no programa Excel for Windows 10, onde foi realizada a estatística descritiva e analítica, com as medidas de posição (média), de dispersão (desvio padrão) e frequência absoluta (N) e frequência relativa (%). Posteriormente, foram feitas análises no programa GraphPad Prisma 6.

Todas as variáveis foram testadas quanto à normalidade através do teste de Shapiro Wilk. Para associação entre as variáveis foi utilizado o teste de qui quadrado. Para comparação entre as variáveis foi realizado o teste de Mann-Whitney. O nível de significância foi fixado em $p < 0,05$.

Participaram desta pesquisa 186 mulheres, das quais 41 foram excluídas por não se encaixarem nos critérios de inclusão. Portanto, 145 foram selecionadas por apresentarem critérios compatíveis para colaborar com a pesquisa (FIGURA 1).

Figura 1: Fluxograma do estudo



Em relação ao perfil social das voluntárias, a média de idade da maioria foi de 22,44 anos ($DP \pm 3,23$), sendo que a maior parte tem como orientação sexual, ser heterossexual (91,3%), está “em um relacionamento sério/aberto” (53,10%), já tiveram relações sexuais pelo menos uma vez na vida (100%), não tem filhos (94,48%), não usuárias de antidepressivos (91,03%) e não usuárias de drogas ilícitas (93,79%).

Tabela 1: Perfil social das voluntárias. Valores apresentados em média \pm desvio padrão, frequência absoluta (n) e relativa (%).

Perfil social	Média \pm Desvio Padrão e n (%)
Idade (anos)	22,44 \pm 3,23
Orientação sexual	
Bissexual	9 (6,21%)
Heterossexual	132 (91,03%)
Homossexual	4 (2,76%)

Estado civil	
Solteira	51 (35,17%)
Em um relacionamento sério/aberto	77 (53,10%)
Casada	17 (11,72%)
Já teve relações sexuais	
Sim	145 (100%)
Não	0
Tem filhos	
Sim	8 (5,52%)
Não	137 (94,48%)
Medicamentos antidepressivos	
Sim	13 (8,97%)
Não	132 (91,03%)
Drogas ilícitas	
Sim	9 (6,21%)
Não	136 (93,79%)

Quando questionadas sobre a sua parceria, foi visto que a maioria tem parceria com média de idade 26,37 anos (DP± 6,91), possuem nível superior de escolaridade (73,4%) e vivem um relacionamento com tempo médio de cinco anos ou mais (27,66%).

No momento em que foram indagadas sobre os seus dados sexuais, foi visto que a maioria tem frequência de relações sexuais de ao menos uma vez na semana (32,41%), seu método contraceptivo é hormonal (40%), nuligestas (91,03%), não gestantes (97,24%) e nulíparas de partos vaginais e cesárianos (97,93% e 95,86%) (TABELA 2).

Tabela 2: Dados sexuais das voluntárias. Valores apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%).

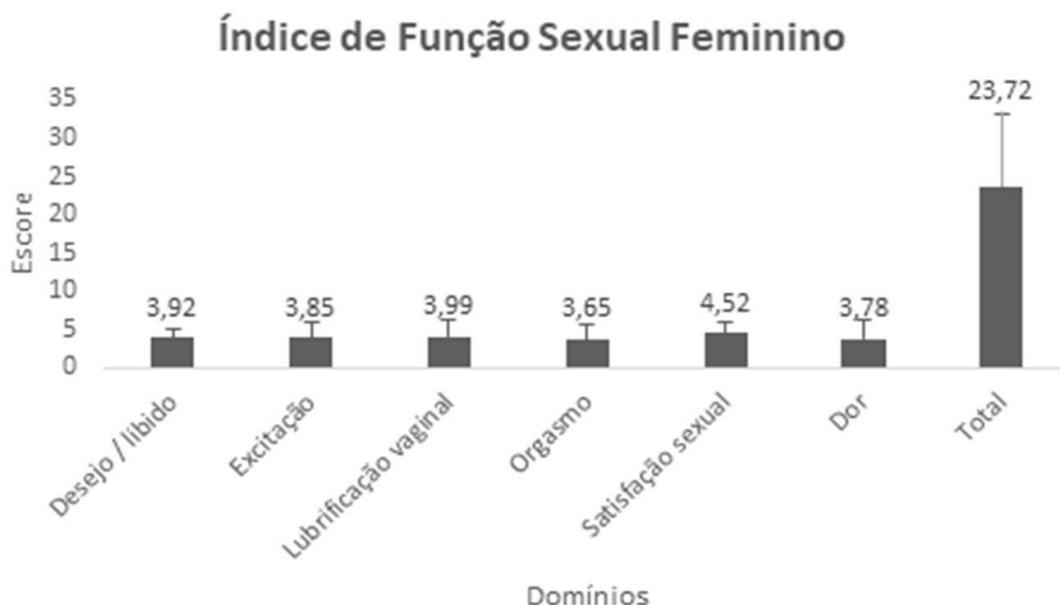
Dados sexuais	n (%)
Frequência de relações sexuais	
Nenhuma	32 (22,07%)
1x/semana	47 (32,41%)
2x/semana	21 (14,48%)
3x/semana	32 (22,07%)
4x/semana	5 (3,45%)
5x/semana	4 (2,76%)
6x/semana	1 (0,69%)
7x/semana	3 (2,07%)
Método contraceptivo	
Nenhum	26 (17,93%)
Preservativo	53 (36,55%)
Hormonal	58 (40,00%)
Coito interrompido	8 (5,52%)

Número de gestações	
Nenhuma	132 (91,03%)
Uma	11 (7,59%)
Duas	2 (1,38%)
Está grávida	
Sim	4 (2,76%)
Não	141 (97,24%)
Número de partos vaginais	
0	142 (97,93%)
1	3 (2,07%)
Número de partos cesáreos	
0	139 (95,86%)
1	6 (4,14%)

No que se diz respeito aos seus dados socioeconômicos, foi visto que a maioria habita com três pessoas sob o mesmo teto (28,97%) e possui uma renda mensal conjunta de até dois salários mínimos (24,14%).

O escore total médio do FSFI entre as acadêmicas foi 23,72 (DP± 9,45), com resultado abaixo do valor normal de $\geq 26,55$. Quando analisadas as médias de escores para cada domínio, todas ficaram abaixo dos valores de corte, com desejo/libido de 3,92 (DP± 1,05), excitação 3,85 (DP± 2,06), lubrificação vaginal 3,99 (DP± 2,18), orgasmo 3,65 (DP± 2,11), satisfação sexual 4,52 (DP± 1,52) e dor 3,78 (DP± 2,33) (FIGURA 2).

Figura 2: Índice de Função Sexual Feminino por domínio e escore total das voluntárias. Valores apresentados em média ± desvio padrão.



Com o resultado do escore total médio de cada entrevistada, foi possível observar que 71 (48,96%) delas possuem algum tipo de DS. No entanto, 137 (94,48%) das participantes apresentaram pelo menos um domínio afetado. Quando avaliados individualmente, tanto em mulheres cujos escores totais foram ou não compatíveis com o diagnóstico de DS, o domínio mais afetado foi o de lubrificação vaginal (71,03%), seguido pelos domínios desejo/libido (66,90%), orgasmo (66,21%), dor (64,14%), excitação (60,69%) e satisfação sexual (50,34%) (TABELA 3).

Tabela 3: Grau de disfunção sexual medido através do Índice de Função Sexual Feminino por domínio e escore total das voluntárias. Valores apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%).

Índice de Função Sexual Feminino	Com disfunção	Sem disfunção
Desejo / libido	97 (66,90%)	48 (33,10%)
Excitação	88 (60,69%)	57 (39,31%)
Lubrificação vaginal	103 (71,03%)	42 (28,96%)
Orgasmo	96 (66,21%)	49 (33,79%)
Satisfação sexual	73 (50,34%)	72 (49,65%)
Dor	93 (64,14%)	52 (35,86%)
Total	71 (48,96%)	74 (51,03%)
Disfunção em pelo menos um domínio	137 (94,48%)	8 (5,51%)

Mulheres solteiras (47,89%), apresentaram maior índice de DS ($p= 0,007$) em conjunto com aquelas que tinham baixa frequência de relações sexuais semanais ($p= 0,005$). As demais variáveis não alcançaram significância suficiente estatística para inferência de correlação (TABELA 4).

Tabela 4: Associação entre as variáveis e a função sexual das voluntárias avaliadas. Teste de qui-quadrado, * $p < 0,05$.

	Função sexual		p
	Com disfunção	Sem disfunção	
Orientação sexual			
Bissexual	2 (2,82%)	7 (9,46%)	0,253
Heterossexual	67 (94,36%)	65 (87,84%)	
Homossexual	2 (2,82%)	2 (2,70%)	
Estado civil			
Solteira	34 (47,89%)	17 (22,97%)	0,007*
Em um relacionamento sério/aberto	31 (43,66%)	46 (62,16%)	
Namorando	6 (8,45%)	11 (14,86%)	
Método contraceptivo			
Preservativo	26 (36,62%)	27 (36,49%)	0,878
Hormonal	30 (42,25%)	28 (37,84%)	
Coito interrompido	3 (4,22%)	5 (6,76%)	
Nenhum	12 (16,90%)	14 (18,92%)	
Antidepressivo			
Sim	6 (8,45%)	7 (9,46%)	1,000
Não	65 (91,55%)	67 (90,54%)	
Drogas ilícitas			
Sim	3 (4,22%)	6 (8,11%)	0,495
Não	68 (95,77%)	68 (91,89%)	
Gravidez atualmente			
Sim	2 (2,82%)	2 (2,70%)	1,000
Não	69 (97,18%)	72 (97,30%)	
Gestação prévia			
Sim	5 (7,04%)	8 (10,81%)	0,564
Não	66 (92,56%)	66 (89,19%)	
Parto vaginal			
Sim	2 (2,82%)	1 (1,35%)	0,615
Não	69 (97,18%)	73 (98,65%)	
Parto cesáreo			
Sim	2 (2,82%)	4 (5,40%)	0,681
Não	69 (97,18%)	70 (94,59%)	
Filhos			
Sim	3 (4,22%)	5 (6,76%)	0,719
Não	68 (95,77%)	69 (93,24%)	
Nível de escolaridade do parceiro			
Fundamental	1 (2,13%)	1 (2,13%)	0,484
Médio	14 (29,79%)	9 (19,15%)	
Superior	32 (68,08%)	37 (78,72%)	
Tempo de relacionamento			
Menor que 6 meses	4 (8,51%)	1 (2,13%)	0,626
De 6 meses à 1 ano	5 (10,64%)	3 (6,38%)	
1 ano	6 (12,76%)	9 (19,15%)	
2 anos	4 (8,51%)	8 (17,02%)	
3 anos	7 (14,89%)	6 (12,76%)	
4 anos	8 (17,02%)	7 (14,89%)	
5 anos ou mais	13 (27,66%)	13 (27,66%)	

Frequência de relações sexuais			
Nenhuma	27 (38,03%)	5 (6,76%)	
1x/semana	23 (32,39%)	24 (32,43%)	
2x/semana	5 (7,04%)	16 (21,62%)	
3x/semana	12 (16,90%)	20 (27,03%)	
4x/semana	1 (1,41%)	4 (5,40%)	0,005'
5x/semana	2 (2,82%)	2 (2,70%)	
6x/semana	0	1 (1,35%)	
7x/semana	1 (1,41%)	2 (2,70%)	
Número de pessoas na casa			
1	3 (4,22%)	5 (6,76%)	
2	16 (22,53%)	16 (21,62%)	
3	16 (22,53%)	21 (28,38%)	
4	24 (33,80%)	18 (24,32%)	0,522
5	10 (14,08%)	8 (10,81%)	
6 ou mais	2 (2,82%)	6 (8,11%)	
Renda mensal conjunta			
Menos de um salário mínimo	3 (4,22%)	0	
Até um salário mínimo	8 (11,27%)	6 (8,11%)	
Até dois salários mínimos	19 (26,76%)	16 (21,62%)	
Até três salários mínimos	16 (22,53%)	13 (17,57%)	
Até quatro salários mínimos	7 (9,86%)	12 (16,22%)	0,247
Até cinco salários mínimos	3 (4,22%)	10 (13,51%)	
Até seis salários mínimos	6 (8,45%)	6 (8,11%)	
Mais de seis salários mínimos	9 (12,68%)	11 (14,86%)	

3. DISCUSSÃO

O presente estudo buscou avaliar a ocorrência de DS feminina, determinar os domínios mais afetados e os fatores que podem estar associados. Nesse sentido, os dados evidenciaram uma prevalência de 48,96%, ou seja, 71 participantes apresentavam ao menos um tipo de DS. Porquanto, o domínio mais afetado foi a lubrificação vaginal 71,03%, seguido pelos domínios desejo/libido 66,90%, orgasmo 66,21%, dor 64,14%, excitação 60,69% e satisfação sexual 50,34%. Além disso, pode-se observar que os estados civis e a frequência de relações sexuais podem ter correlação com a incidência de disfunções.

A sexualidade para Dantas et al. (2020), é um componente importante das mulheres para qualidade de vida geral, sendo definida como um complexo produto de experiências, atitudes, características genéticas, comportamentos culturais, religiosos e aspectos associados ao gênero. À medida que elas passam por determinadas situações ou mudanças em vários aspectos em seu meio interno ou externo, a função sexual é considerada um problema e elas vivenciam um desequilíbrio em sua satisfação geral e qualidade de vida. Essas alterações justificam a necessidade de identificar a prevalência de DS.

O resultado desse estudo respalda estudos anteriores, no que se diz respeito à incidência total de jovens com algum tipo de DS, tendo em vista um valor de 49,96% afetadas. Silva; Damasceno (2019) avaliaram

jovens com idade entre 18 e 35 anos e relataram uma prevalência total de DS de 30%, enquanto Ferreira et al. (2007), apresentou um total de 36% em mulheres com idade entre 20 a 39 anos. Todavia, estudos mostram uma variação de prevalência entre 22% e 87% em diferentes populações femininas. Para Correia et al. (2016), o que explica essa grande variação é a dimensão das características das participantes das amostras, tipos de testes realizados e tipos de questionários utilizados, além de questões culturais, religiosas e da falta de conhecimento do próprio corpo que é diferente a depender de diversos fatores socioculturais da população estudada.

A amostra apontou que a DS mais dominante entre as participantes foi a lubrificação vaginal, que segundo Amidu et al. (2010) essa insuficiência pode ser justificada pela dificuldade em obter a sensação de excitação, que é gerada quando a mulher é exposta a um estímulo sexual seja pelo toque, beijo, cena erótica, ou fantasia sexual (pensamento sexual estimulante), sendo assim, elas não conseguem atingir e/ou manter a lubrificação vaginal que pode provocar desconforto ou dor durante na maior parte da relação sexual. Além disso, ainda pode dificultar ou impedir o orgasmo, gerando um ciclo de resposta sexual feminina incompleto.

A segunda DS mais recorrente foi a Síndrome do Desejo Sexual Hipoativo, esse resultado pode estar correlacionado com a falta de motivação pelo parceiro, tão quanto por experiências sexuais negativas, uma vez que a neurofisiologia da libido recebe influências físicas, psicológicas e biológicas. Fitz (2015), em seu estudo relata que de acordo com uma pesquisa do Estudo da Vida Sexual do Brasileiro, 51% das mulheres brasileiras referem alguma DS, e dentre as mais prevalentes, o desejo sexual hipoativo foi o mais frequente, indicando similaridade com a presente pesquisa.

A terceira DS mais recorrente foi a anorgasmia, que segundo Lakeman et al. (2011) pode ocorrer devido a inaptidão na prática sexual do casal, pela falta de conhecimento anatômico e das áreas erógenas, pela dificuldade de entrega (medo, insegurança, por ser ou ter sido vítima de violência geral e/ou sexual), por prolapso genital, incontinência urinária, etc. Esses fatores podem ser determinantes na redução da excitação o que consequentemente impossibilita o orgasmo. Conforme o artigo de Fonseca; Beresin (2008), 40,9% das estudantes avaliadas referiram que na maioria das vezes atingiam o orgasmo nas relações sexuais que realizavam, além de possuírem bom desempenho sexual e que sentiam desejo a maior parte do tempo. Esses achados diferem dos resultados encontrados no presente estudo, uma vez que 66,21% do público avaliado demonstrou distúrbios nesse domínio. Ribeiro; Magalhães; Mota (2013) realizaram uma pesquisa em uma população de mulheres com idade entre 18 a

58 anos e evidenciou o distúrbio orgásmico presente em 55,8% das entrevistadas estando em consonância com o estudo vigente.

Em relação aos fatores associados, quando analisado a variável da idade, a média de mulheres com DS nessa pesquisa foi de $(22,20 \pm 3,24)$, corroborando com Antônio et al. (2016), onde jovens (média etária $19,7 \pm 8$) apresentaram maior propensão à DS do que as ligeiramente mais velhas (média etária $26,8 \pm 9$). Em relação a análise funcional quando efetuada por meio dos domínios específicos do FSFI, apenas 10,2% da

amostra apresentaram todos os escores dentro dos parâmetros normais. Enquanto na pesquisa vigente apenas 4,14% das avaliadas não apresentaram nenhum domínio afetado, tornando evidente uma fragilidade no ciclo de resposta sexual. Isso se justifica, pois, mulheres mais jovens estão diretamente associadas ao desgaste emocional por insatisfação sexual, além de associadas de modo inversamente proporcional à inteligência emocional.

Ainda para Antônio et al. (2016) e Lara et al. (2008), o uso de anticoncepcional hormonal esteve fortemente associado às DS, e isso pode ser motivado devido à sua popularidade atualmente como meio preventivo para evitar gravidez, porém os anticoncepcionais de baixa concentração de estrogênios, podem causar diminuição da lubrificação e modificações no trofismo da parede vaginal, que acarreta em repercussões negativas na fase da excitação genital. Essa notoriedade foi percebida nessa amostra com 40% das participantes usuárias de métodos contraceptivos hormonais, porém os resultados da análise estatística não mostraram associação significativa com alterações no ciclo de resposta sexual.

No que concerne ao estado civil, o presente estudo demonstrou que a maior parte das entrevistadas vivenciam um relacionamento sério/aberto, entretanto, houve uma maior incidência de DS em mulheres solteiras. Em contrapartida, Silva et al. (2018), observou em seu estudo que a maioria das entrevistadas eram solteiras, isso justificou o bom resultado para o desempenho/satisfação sexual das mesmas, pois estudos mostram que na maioria das vezes é necessário que exista um estímulo para instigar o ato sexual entre o casal. Neste sentido, a busca pela relação sexual partindo da predisposição instintiva diminui com o evoluir do relacionamento.

Segundo Mathias et al. (2015), a elevada estimativa de DS pode ser decorrente de alterações comuns físicas e emocionais do período gestacional, que dificulta a estimulação adequada das zonas erógenas, do mesmo modo que pode estar associada a ausência de atração por sua parceria, conflitos conjugais, ansiedade pelo bem estar do seu filho e fadiga. Já no estudo de McDonald; Woolhouse; Brown (2015), foi visto que DS são extremamente comuns após o parto e as mulheres que realizaram um parto cesáreo tiveram mais chances equivalentes de relatar problemas de saúde sexual persistentes. No entanto, o presente estudo não apresentou similitude significativa, o que pode ser justificado pelo alto número de participantes nulíparas e nuligestas.

No estudo de Burri et al. (2012), sobre DS em mulheres que se relacionam com o mesmo sexo, pode-se constatar que houve uma maior prevalência no grupo de mulheres que faziam sexo com mulheres 23% do que no de mulheres que faziam sexo com homens 19%. Segundo Souza; Prado; Barreto (2018), isso ocorre, pois, mulheres com práticas homoafetivas declaram sofrimento discriminatório por parte dos seus familiares ou amigos/vizinhos e isso resulta negativamente nas relações afetivas e sexuais. No entanto, na presente pesquisa não foi possível relatar diferença significativa entre as associações com as orientações sexuais das

universitárias, o que pode ser justificado pelo fato de apenas 2,76% e 6,21% das entrevistadas se declararam ser homossexuais e bissexuais respectivamente.

Em relação a frequência de relações sexuais, a presente pesquisa em sua amostra expôs uma forte evidência de que mulheres menos ativas sexualmente estão mais propensas a DS. Consentindo com Schoenfeld et al. (2017), que em sua análise demonstrou que a redução da atividade sexual engloba aspectos emocionais e interpessoais influenciadas pela qualidade do relacionamento de modo que a baixa frequência provoca um distanciamento entre o casal, sendo um propulsor de insatisfação sexual.

Consoante Diehl et al. (2013), mulheres que fazem uso de substâncias lícitas e ilícitas aumentam a vulnerabilidade a DS, visto que o consumo dessas substâncias tem sido associado com vários tipos de violência e a troca de sexo por drogas. Montejo et al. (2015), realizou um estudo sobre os efeitos colaterais sexuais de medicamentos antidepressivos e antipsicóticos e verificou que todos os antidepressivos com atividade serotoninérgica podem causar DS leve a grave, como diminuição da libido e orgasmo retardado com frequência > 60% ou anorgasmia e dificuldades de excitação às vezes 30%. Entretanto, o presente estudo não constatou diferença significativa entre a associação dessas variáveis com a DS.

De acordo com o estudo de Abdo et al. (2010), mulheres que têm filhos possuem maior propensão à perda da intimidade com seu parceiro, ou mesmo, redução de fantasias sexuais e investimento limitado em preliminares. Ainda nesse estudo, foi observado que mulheres com menor nível de escolaridade tem associação com transtorno de desejo sexual hipotivo. Todavia, no presente estudo não foi possível obter resultados que comprovem esses resultados.

Segundo o estudo de Leeman; Rogers (2012) sobre DS no pós-parto, foi visto que as DS não estão somente relacionadas a traumas e lacerações, mas também à intimidade do casal que está diretamente ligada a privacidade que pode ser restringida com um maior número de pessoas vivendo na mesma casa. No entanto, o presente estudo não apresentou diferença significativa.

As variáveis que se dizem respeito à idade e ao nível de escolaridade do parceiro e a renda mensal conjunta dos familiares não alcançaram significância suficiente estatística para inferência de associação com as DS na presente pesquisa.

4 CONCLUSÃO

Com base nos dados obtidos neste estudo, conclui-se que houve uma grande prevalência de DS em universitárias do curso de fisioterapia de uma Universidade de Sergipe, sendo os domínios mais afetados: lubrificação vaginal, desejo sexual e orgasmo. Notou-se que o estado civil e a frequência de relações sexuais semais estão relacionados a um maior índice de DS. Esse desfecho sugere a importância da criação de

abordagens curativas, preventivas e educativas específicas voltadas à população feminina, a fim de revigorar a saúde em seu aspecto geral e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida das mesmas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDO, C.H. et al. Hypoactive sexual desire disorder in a population-based study of Brazilian women: associated factors classified according to their importance. **Menopause**. v. 17, n. 6, p. 1114-1121, 2010.

AMIDU, N. et al. Incidence of sexual dysfunction: a prospective survey in Ghanaian females. **Reprod Biol Endocrinol**. v.1, n. 8, p. 106, 2010.

ANTÔNIO, J.Z. Função sexual feminina, desgaste emocional por insatisfação sexual e inteligência emocional. **Fisioterapia Brasil**. v.17, n.6, p. 544-550, 2016.

BARRETO, A.P.P. et al. O impacto da disfunção sexual na qualidade de vida feminina: um estudo observacional. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**. v. 8, n. 4, p. 511-517, 2018.

BURRI, A. et al. The relationship between same-sex sexual experience, sexual distress, and female sexual dysfunction. **Journal of Sexual Medicine**, v. 9, n. 1, p. 198-206, 2012.

CARVALHO, Y.M.V.; CARVALHO, B.M.V. Tratamento da Anorgasmia. **Tópico em Saúde Sexual**. v. 39, n. 7, p. 43-50, 2017.

CLAYTON, A.H.; JUAREZ, E.M.V. Disfunção Sexual Feminina. **Medical Clinics of North America**. v. 103, n. 4, p. 681-689, 2019.

CORREIA, L.S. et al. Função sexual e qualidade de vida de mulheres: um estudo observacional. **Rev Port Med Geral Fam**. v. 32, n. 6, p. 405-409, 2016.

COSTA, C.K.L. et al. Cuidado fisioterapêutico na função sexual feminina: intervenção educativa na musculatura do assoalho pélvico. **Fisioterapia Brasil**. v. 19, n. 1, p. 65-71, 2018.

DANTAS, J.H. et al. Função sexual e funcionalidade de mulheres em idade reprodutiva. **Fisioterapia em Movimento**. v.33, n. 7, p. 01-11, 2020.

DIAS, J.C. et al. Anorgasmia Feminina. **Revista Interfaces: Saúde, Humanase Tecnologia**, v. 2, n. 6, p. 322-325, 2014.

DIEHL, A.; SILVA, R.L.; LARANJEIRA, R. Female sexual dysfunction in patients with substance-related disorders. **Clinics**. v. 68, n. 2, p. 205-211, 2013.

FAUBION, S.S.; RULLO, J.E. Disfunção Sexual em Mulheres: Uma Abordagem Prática. **American Family Physician**. v. 92, n.4 p. 281-288, 2015.

FERREIRA, A.L.C.G., SOUZA, A.I.; AMORIM, M.M.R. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**. v. 7, n. 2, p.143-150, 2007.

FITZ, Fátima Faní. Fisioterapia no tratamento das disfunções sexuais femininas. **Fisioterapia Brasil**, v. 16, n. 2, p. 165-180, 2015.

FONSECA, M.F.S.M.; BERESIN, R. Avaliação da função sexual de estudantes de graduação em Enfermagem. **O Mundo da Saúde**, v. 32, n. 4, p. 430-436, 2008.

KOHLER, B.S.M. et al. Disfunções sexuais nos três trimestres gestacionais. **ConScientiae Saúde**. v. 16, n. 3, p. 360-366, 2017.

LAKEMAN, M.M.E et al. The Effect of Prolapse Surgery on Vaginal Sensibility. *Journal of Sexual Medicine*. v. 8, n. 4, p. 1239-1245, 2011.

LARA, L.A.S. et al. Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 30, n. 6, p. 312-321, 2008.

LARA, L.A.S. Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Tópicos em SaúdeSexual**. v. 39, n. 7, p. 07-22, 2017.

LATORRE, G.F.S. et al. Disfunção sexual em jovens universitárias: prevalência e fatores associados. **Fisioterapia Brasil**. v. 17, n. 5, p. 442-449, 2016.

LEEMAN, L.M.; ROGERS, R.G. Sex after childbirth: postpartum sexual function. **Obstet Gynecol**. v. 119, n. 3, p. 647-655, 2012.

LUCENA, B.B.; CARMITA, H.N.A. Considerações sobre a disfunção sexualfeminina e a depressão. **Diagnóstico e Tratamento**. v. 17, n. 2, p. 82-85, 2012.

MATHIAS, A.E.R.A. et al. Disfunção sexual: Avaliação de mulheres durante oterceiro trimestre gestacional. **ABCS Health Sciences**. v. 40, n. 2, p. 75-79 2015.

MCDONALD, E., WOOLHOUSE, H., BROWN, S.J. Consultation about Sexual Health Issues in the Year after Childbirth: A Cohort Study. **Birth**. v. 42, n. 4, p. 354-361, 2015.

MONTEJO, A.L.; MONTEJO, L; NAVARRO-CREMADES, F. Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. **Current Opinion in Psychiatry**. v. 28, n. 6, p. 418-423, 2015.

POLLAND, A.R. et al. Associação entre comorbidades e disfunção sexual feminina: resultados da terceira Pesquisa Nacional de atitudes e estilos de vida sexuais (Natsal-3). **Jornal Internacional de Uroginecologia**, v. 30, n. 3, p. 377-383, 2019.

RIBEIRO, B.; MAGALHAES, A.T.; MOTA, I. Disfunção sexual feminina em idadereprodutiva - prevalência e fatores associados. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 29, n. 1, p. 16-24, 2013.

ROGERS, R.G. et al. Um relatório conjunto da Associação Internacional Uroginecológica (IUGA) / Sociedade Internacional da Continência (ICS) sobre aterminologia para avaliação da saúde sexual de mulheres com disfunção do assoalho pélvico. **Jornal Internacional de Uroginecologia**, v.29, n. 5, p. 647- 666, 2018.

SCHOENFELD, E.A. et al. Does Sex Really Matter? Examining the ConnectionsBetween Spouses' Nonsexual Behaviors, Sexual Frequency, SexualSatisfaction, and Marital Satisfaction. **Arch Sex Behav**. v. 46, n. 2, p. 489-501, 2017.

SILVA, N.T., DAMASCENO, S.O. Avaliação da satisfação sexual em universitárias. **Colloquium Vitae**. v. 11 n. 1, p. 01-06, 2019.

SILVA, T.R. et al. Análise da função sexual e imagem genital em primíparas e múltiparas pós-parto vaginal. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**. v. 12, n. 39, p. 97-111, 2018

Capítulo 16

PREVALÊNCIA DOS SINAIS E SINTOMAS DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA E SUAS IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES PARTICIPANTES DO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE DE ARACAJU/SE

PREVALENCE OF SIGNS AND SYMPTOMS OF URINARY INCONTINENCE AND ITS IMPLICATIONS FOR QUALITY OF LIFE IN WOMEN PARTICIPATING IN THE PROGRAM ACADEMY OF THE CITY OF ARACAJU/SE

Davi Santana Sousa¹
Mariane Bispo de Jesus²
Nayá Vieira dos Santos³
Jessica Santa Brígida da Silva⁴
Rianny Deborah Souza dos Santos⁵
Laís Bispo Silva⁶
Yasmin dos Santos⁷
Licia Santos Santana⁸

RESUMO: A incontinência urinária (IU) é definida como toda perda involuntária de urina, sendo considerada uma das novas “epidemias” do século XXI, podendo resultar de inúmeras falhas no mecanismo de continência. Esse estudo tem como objetivo analisar a prevalência dos sinais e sintomas da Incontinência Urinária e suas implicações na qualidade de vida em mulheres praticantes de atividades físicas pelo programa academia da cidade de Aracaju-Se. Foram entrevistadas 78 mulheres em 5 comunidades, com faixa etária de 50 a 80 anos, praticantes de atividade física em alguma comunidade por tempo mínimo de 3 meses. Utilizamos na pesquisa dois questionários, sendo o King’s Health Questionnaire e o ICIQ-SF que contem perguntas abertas para obter dados relativos à possível disfunção esfinteriana e qualidade de vida. Como resultado desse estudo, observou-se que 23 (17,9%) mulheres apresentaram sintomas de IU, 10 (12,8%) perde urina uma vez por semana ou menos, 17 (21,8%) perde uma pequena quantidade, em 9 (11,5%) a IU interfere de forma branda na vida diária, 9 (11,5%) perdem urina quando tosse ou espirram, no escore total 66 (84,6%) apresentaram baixo impacto na qualidade de vida. Após a análise do King’s Health constatou-se que os domínios impacto da incontinência, percepção geral de saúde e limitações de atividades diárias apresentaram escores mais elevados. Com relação a interferência dos sintomas urinários na qualidade de vida houve uma significância estatística nas repostas um pouco e moderadamente. Por fim, verificou-se baixa prevalência dos sinais e sintomas da incontinência urinária, assim como não houve grandes implicações na qualidade de vida das mulheres acometidas por essa condição clínica.

¹ Acadêmico de Fisioterapia pela Universidade Tiradentes (UNIT), Sergipe, Brasil. Aluno Pesquisador e Membro do Laboratório de Biomateriais (LBMat) do Instituto de Tecnologia e Pesquisa (ITP). Membro da Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO).

² Fisioterapeuta pela Universidade Tiradentes (UNIT), Sergipe, Brasil.

³ Fisioterapeuta pela Universidade Tiradentes (UNIT), Sergipe, Brasil.

⁴ Acadêmica de Fisioterapia pela Universidade Tiradentes (UNIT), Sergipe, Brasil.

⁵ Acadêmica de Fisioterapia pela Universidade Tiradentes (UNIT), Sergipe, Brasil.

⁶ Fisioterapeuta pela Universidade Tiradentes (UNIT), Sergipe, Brasil.

⁷ Fisioterapeuta pela Universidade Tiradentes (UNIT), Sergipe, Brasil.

⁸ Docente do curso de Fisioterapia e Estética e Cosmética da Universidade Tiradentes (UNIT), especialista em Fisioterapia em Saúde da Mulher pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Mestre e Doutora pelo departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP). Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher (ABRAFISM), da Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO) e da Associação Brasileira de Dermatofuncional (ABRAFIDEF).

Palavras-chaves: Incontinência urinária. Mulheres. Exercício. Qualidade de vida.

ABSTRACT: Urinary incontinence (UI) is defined as any involuntary loss of urine, and is considered one of the new "outbreaks" of the 21st century, which may result from numerous failures in the continence mechanism. This study aims to analyze the prevalence of signs and symptoms of urinary incontinence and its implications on the quality of life on physically active women by the academia da cidade program of Aracaju (Se). 78 women were interviewed in 5 communities, with age range of 50 to 80 years old, practitioners of physical activity in any community for minimum 3 months. Use in research two questionnaires, were used on the research, the King's Health Questionnaire and the ICIQ-SF, both containing open-ended questions to obtain data on possible sphincter dysfunction and quality of life. As a result of this study, 23 women showed symptoms of IU, 10 (12.8%) lose urine once per week or less, 17 (21.8%) lose a small amount, in 9 (11.5%) the IU mildly interfere in daily life, 9 (11.5%) lose urine when they cough or sneeze, in total score 66 (84.6%) presented low impact. After the King's Health analysis it was concluded that the domains impact of incontinence, general health perception and limitations of daily activities showed higher scores. Regarding the interference of the urinary symptoms on quality of life there was a statistical significance in answers a little and moderately. It was concluded that there was a low prevalence of the signs and symptoms of urinary incontinence, as well as not present major implications on the quality of life of women affected by this condition clinic.

Descriptors: Urinary Incontinence. Women. Exercise. Quality of life.

1. INTRODUÇÃO

A Sociedade Internacional de Continência (ICS) em 2018, definiu a incontinência urinária (IU) como toda perda involuntária de urina, sendo considerada uma das novas "epidemias" do século XXI (Melo; Cirqueira, 2018).

A IU pode resultar de inúmeras falhas no mecanismo de continência, na função esfinteriana, músculos do assoalho pélvico (MAP), tecidos conjuntivos ou estruturas neurais. Alguns estudos Norte-Americanos apontam que existem maiores índices de incontinência urinária entre mulheres brancas (23 a 32%) quando comparadas as da raça negra (16 a 18%) (Marinho et al, 2006). No Brasil, cerca de 10,7% das mulheres procuram atendimento ginecológico queixando-se de perda urinária (Inhoti et al., 2018; Oliveira; Garcia, 2011).

De acordo com os sintomas Inhoti et al., (2018), classifica a IU em três tipos: incontinência urinária de esforço (IUE), que é a perda urinária associada com atividades e manifestações que aumentam a pressão intra-abdominal, incontinência urinária de urgência (IUU), definida como perda involuntária de urina associada com um forte desejo de urinar, e incontinência urinária mista (IUM), quando existe associação dos sintomas das incontinências de esforço e de urgência.

As estruturas do assoalho pélvico atuam de maneira sincrônica com os músculos, nervos parassimpáticos, simpáticos, somáticos e sensoriais, trabalhando conjuntamente, para que a transmissão da pressão abdominal incida sobre a uretra de maneira correta, e ocorra o devido armazenamento de urina com o posterior esvaziamento da bexiga, garantindo assim o mecanismo de continência através da contração dos

músculos do assoalho pélvico (Barros et al., 2007; Antunes et al., 2011). Os sinais e sintomas decorrentes da incontinência urinária podem ocorrer devido ao aumento da frequência miccional, noctúria, urgência, hiper-reflexia vesical, perda de urina ao esforço, incontinência no intercuro sexual, infecções urinárias e dor na bexiga (Silva; Moraes, 2006; Melo et al., 2012).

Esses sinais e sintomas da IU podem gerar impactos negativos na vida das mulheres, por isso, é importante conhecer o perfil e avaliar o quanto os mesmos interferem atinge na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) dessas mulheres, possibilitando uma melhor percepção do ponto de vista da paciente. Além disso, identificar e caracterizar os fatores de risco que predispõem essa população feminina a desenvolver a IU, pode contribuir na elaboração de estratégias preventivas, diagnósticas e terapêuticas, além de serem possíveis preditores para a busca de tratamento que visem uma melhor qualidade de vida (Lopes et al., 2018).

Segundo Fitz et al. em 2012, a IU não está relacionada somente a comprometimentos físicos, também pode envolver os aspectos psicossociais, deteriorando significativamente a qualidade de vida, limitando sua autonomia e reduzindo sua autoestima. Deste modo, para se demonstrar, o quanto a incontinência urinária interfere no bem-estar físico e psicossocial dessa população feminina, é necessário utilizar instrumentos para avaliação e mensuração dessa condição clínica.

Entre os instrumentos utilizados para avaliar e mensurar a qualidade de vida dessas mulheres, o questionário King's Health Questionnaire (KHQ) é um instrumento que aborda os impactos nos diferentes domínios da qualidade de vida de pessoas com incontinência urinária (Fonseca et al., 2005). E o ICIQ-SF, sendo mais um questionário que contém perguntas abertas para obter dados relativos à possível disfunção esfinteriana (Tamanini et al., 2004). Nota-se, que devido ao aumento nos casos de problemas de saúde, o número de pessoas que buscam realizar algum tipo de atividade física vem crescendo e muitas mulheres passaram a incluir essa prática em sua rotina (Tomasi, 2015).

Essa prática de atividade física realizada nas comunidades vem se tornando um hábito cada vez mais comum entre as mulheres. Alguns autores acreditam que mulheres incontinentes não devem ser desestimuladas a reduzirem seus níveis de prática de atividade física em decorrência das perdas urinárias, e sim, estimuladas como forma de melhorar os sinais e sintomas da incontinência urinária (Martines; Tamanini, 2015).

Em decorrência da falta de conhecimento e informações sobre a importância de contrair os músculos do assoalho pélvico, muitas mulheres praticantes de atividades físicas, não fortalecem essa musculatura perineal, levando assim, ao enfraquecimento desses músculos do assoalho pélvico. E portanto, os sinais e sintomas referentes a essa alteração aparecem constantemente, e muitas vezes são considerados como naturais e sem relevância para as mesmas que em consequência disso não buscam tratamento adequado, o que pode contribuir posteriormente para o aumento das queixas e comprometimento da qualidade de vida dessas mulheres acometidas.

Devido a todos os fatores acima, o objetivo desse estudo foi analisar a prevalência dos sinais e sintomas da Incontinência Urinária e suas implicações na qualidade de vida de mulheres praticantes de atividades físicas pelo programa academia da cidade de Aracaju/SE.

2. METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

Estudo do tipo transversal, de pesquisa de campo, epidemiológico, de análise quantitativa e levantamento de dados através de 02 (dois) questionários aplicados por meio de entrevistas.

2.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em 05 (cinco) polos da Academia da Cidade de Aracaju/SE. Localizados no Bairro Farolândia, Coroa do Meio, Bairro Industrial, Orlando Dantas e Bairro 18 do Forte.

2.3 População/Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão selecionados para a pesquisa foram pessoas do sexo feminino, com faixa etária entre 50 a 80 anos, praticantes de atividade física nos polos das Academias da Cidade de Aracaju/SE por tempo mínimo de três meses consecutivos. Foram excluídas da pesquisa mulheres que estivessem gestantes, analfabetas, mulheres que estejam fora da faixa etária inclusa, com patologia no colo do útero e ovário, prolapso de órgãos, histórico de cirurgias ginecológicas prévias, constipação intestinal grave, não finalizou o questionário e se negue a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

2.4 Instrumentos utilizados

Foram utilizados dois questionários, sendo o ICIQ-SF (Anexo I) aplicado para triagem das voluntárias, que contém perguntas abertas para obter dados relativos à possível disfunção esfinteriana e o King's Health Questionnaire (Anexo II) que aborda os impactos na qualidade de vida de pessoas com IU, no qual, respondiam somente as participantes que relataram perda urinária através do ICIQ-SF. Ambos padronizados, traduzidos e validados para a língua portuguesa (Fonseca et al., 2005; Tamanini et al., 2004).

2.5 Aspectos éticos

O projeto foi enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) pela Plataforma Brasil (Anexo III) de acordo com a Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CONEP), na qual, o mesmo está sendo analisado. Os dados foram coletados com autorização das entrevistadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I), onde as mesmas receberam informações sobre a importância do estudo e sobre os procedimentos a serem realizados, garantindo-lhes todos os direitos contidos na resolução supracitada.

2.6 Plano da coleta

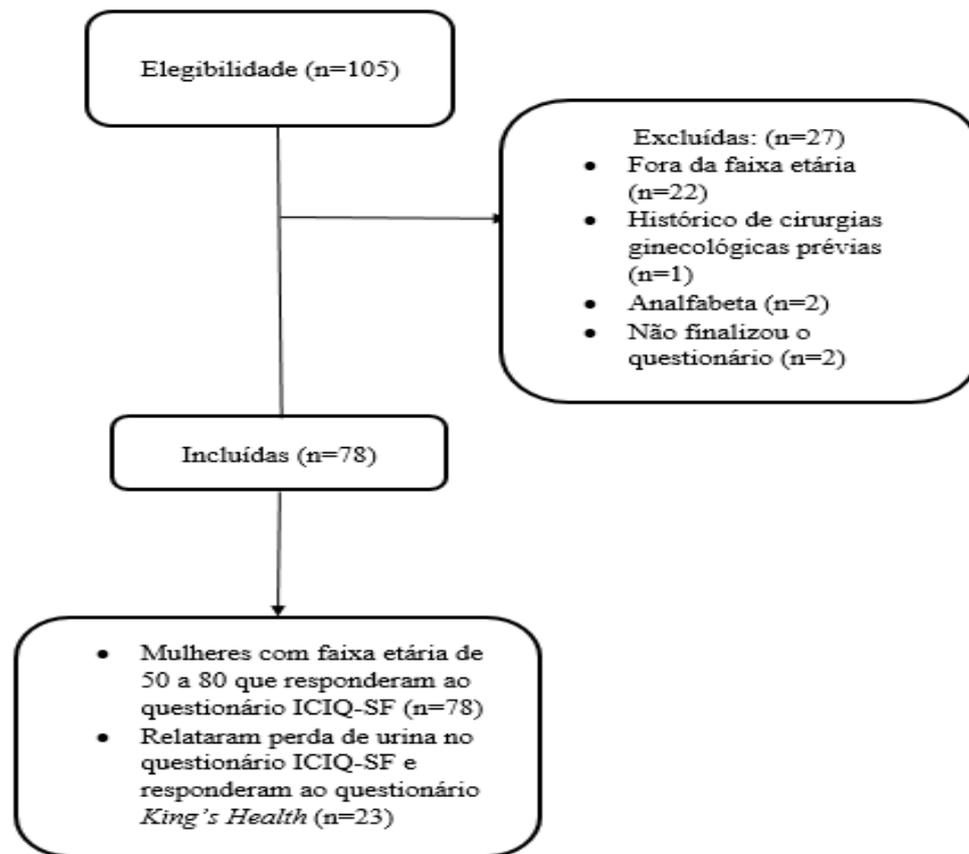
Foi realizada uma coleta com 105 participantes. Essa amostra foi feita com mulheres praticantes de atividade física nas comunidades do Bairro Farolândia, Coroa do Meio, Orlando Dantas, Bairro Industrial e 18 do Forte da cidade de Aracaju, SE. No ato das entrevistas, as voluntárias foram informadas a respeito dos detalhes da pesquisa, seus objetivos, dados pertinentes aos procedimentos utilizados para o estudo e uma breve explicação sobre a IU para responderem os questionários com mais clareza. As mesmas tiveram a garantia de sigilo e confidencialidade dos dados coletados através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As mesmas foram abordadas pela pesquisadora principal que explicou sobre o estudo e mostrou os questionários, convidando a participar da pesquisa, após ter aceitado, as participantes assinaram o TCLE. Em seguida, foi aplicado por um dos pesquisadores o questionário ICIQ-SF para triagem das voluntárias, que contém quatro perguntas sobre a frequência, a gravidade e o impacto da incontinência urinária, visando obter dados relativos à possível disfunção esfincteriana.

Posteriormente, apenas as entrevistadas que relataram perda de urina no ICIQ-SF responderam ao questionário King's Health Questionnaire, que avalia qualidade de vida, sendo dividido em 8 domínios, com 30 perguntas sobre limitação no desempenho das tarefas, relações pessoais, limitação física/social, emoções, sono/energia, medidas de gravidade e 10 questões referentes a presença e a intensidade dos sintomas urinários. Os questionários são padronizados, traduzidos e validados para a língua portuguesa contendo perguntas abertas, em que tiveram um tempo médio de 10 a 15 minutos para respondê-los (Fonseca et al., 2005; Tamanini et al., 2004).

Posteriormente teve o recolhimento desses questionários por um outro pesquisador, o agradecimento as mulheres que aceitaram participar da coleta, e em seguida, foram realizadas orientações breves sobre a percepção da musculatura do assoalho pélvico, atuação da fisioterapia no tratamento da IU, os benefícios da prática da atividade física associada ao fortalecimento da musculatura perineal para todas as participantes sobre a prevalência dos sinais e sintomas da incontinência urinária, e como essa disfunção pode interferir na qualidade de vida (Fonseca et al., 2005; Tamanini et al., 2004).

Figura 1 – Fluxograma metodológico



2.7. Análises estatísticas

A partir dessa amostra fizemos a análise estatística dos dados coletados, lançando em uma planilha para avaliação estatística e, em seguida, apresentado sob a forma de tabela e gráficos. Os dados foram analisados de forma descritiva e analítica. As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de suas frequências absoluta (n) e relativa (%). As variáveis numéricas foram observadas quanto à distribuição de normalidade por meio do teste de Shapiro-Wilk e apresentadas por meio de média (x) e desvio padrão (DP) para dados paramétricos e mediana (Md) e seus quartis (1º-3º) para dados não paramétricos. O programa estatístico utilizado foi o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 15.0).

Para análise estatística do KHQ a todas as respostas são atribuídos valores numéricos, somados e avaliados por domínio. Os valores foram, então, calculados por meio de uma fórmula matemática (não autorizada pela autora para ser divulgada), obtendo-se assim, o escore de qualidade de vida, que varia de 0 a 100, sendo que quanto maior o número obtido, pior a QV (Fonseca et al., 2005).

3. RESULTADOS

Fizeram parte da amostra inicialmente 78 participantes com uma mediana de idade de 60 anos (1º quartil - 54 e 3º quartil - 64,25). Após aplicação do questionário ICIQ-SF, 23 mulheres apresentaram sintomas de IU, com média de idade de 61,91 anos ($\pm 7,32$).

De acordo com os dados da figura 1, houve diferença considerável entre as entrevistadas com relação a variável frequência de perda de urina. Verificou-se que entre as 78 mulheres, 56 (71,8%) nunca tiveram episódio de perda urinária, ou seja, a maioria da amostra, porém constatou-se que 10 (12,8%) referiram escape de urina uma vez por semana ou menos, 4 (5,1%) duas ou três vezes por semana, 3 (3,8%) uma vez ao dia e 5 (6,4%) diversas vezes ao dia.

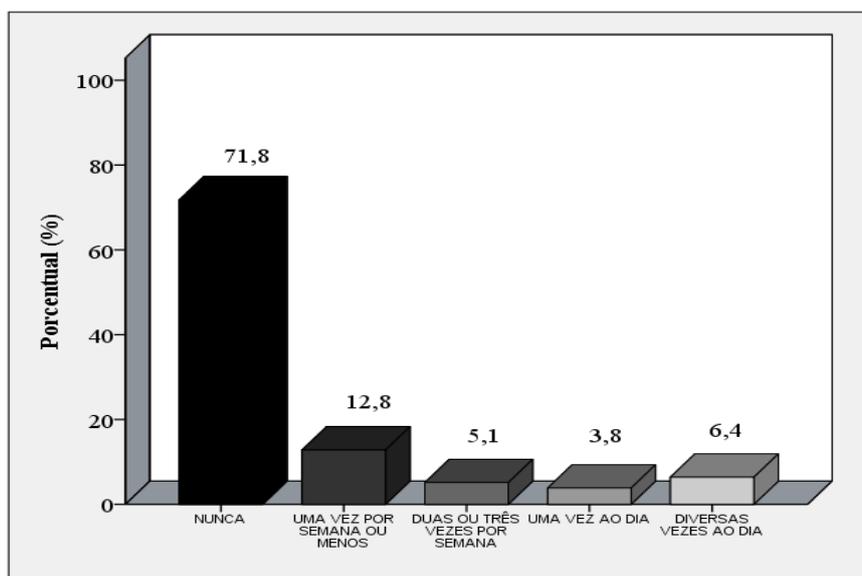


Figura 1. Frequência de perda urinária

No que diz respeito à quantidade de urina que as mulheres perdem durante algum episódio analisado no estudo, está demonstrado na figura 2, 56 (71,8%) relataram não perder nenhuma quantidade, 17 (21,8%) uma pequena quantidade, 4 (5,1%) uma moderada quantidade e 1 (1,3%) uma grande quantidade. Observamos assim que houve uma diferença relevante na quantidade de perda urinária entre as participantes.

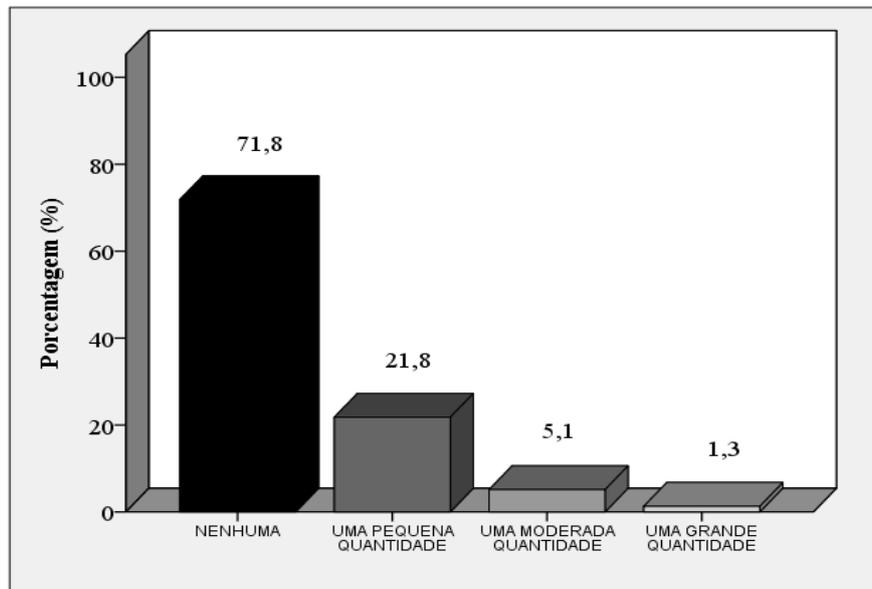


Figura 2. Quantidade de perda urinária

Em relação à qualidade de vida das mulheres acometidas por sinais e sintomas de IU, observou-se em escala analógica, com pontuação graduada de 0 a 10, que a maioria, 58 (74,4%), relataram que não interfere, 9 (11,5%) que interfere de forma branda, 4 (5,1%) interfere de forma moderada e 7 (9,0%) interfere de maneira severa. O que demonstrou que a perda urinária não interfere muito na qualidade de vida das mesmas.

Ao serem questionadas em que situação perdem urina, a figura 3 demonstra que houve diferença significativa entre as participantes, 61 (78,2%) relataram que nunca perderam urina, 6 (7,7%) perdem antes de chegar ao banheiro, 9 (11,5%) afirmam que perdem quando tosse ou espirram, 1 (1,3%) quando estão dormindo e 1 (1,3%) quando estão fazendo atividades físicas nos pólos da Academia da Cidade de Aracaju/SE.

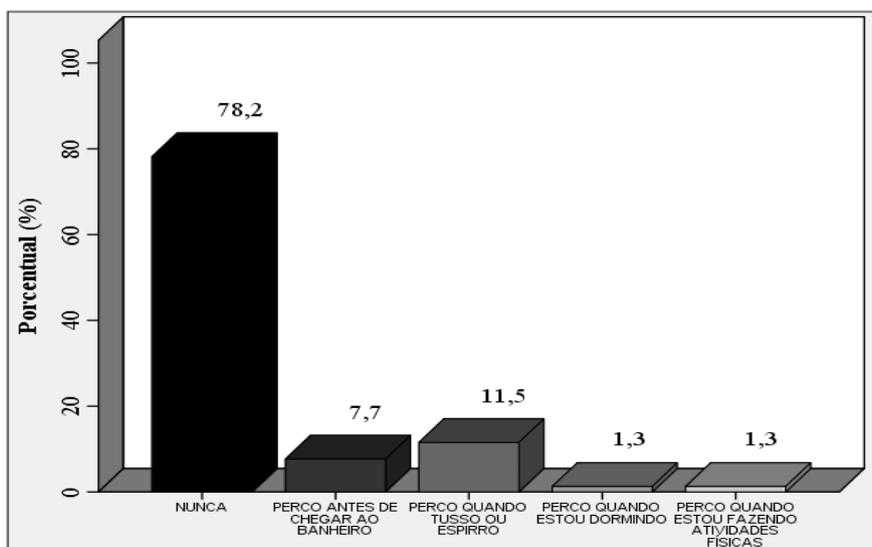


Figura 3. Quanto à perda de urina

Na pesquisa, ao analisar o escore total relacionado a influência dos sinais e sintomas de IU na qualidade de vida, onde foi levado em consideração que valores maiores que 8, caracteriza-se alto impacto, e menores, baixo impacto. Desta forma, 66 (84,6%) participantes apresentaram baixo impacto e 12 (15,4%) alto impacto da perda urinária.

Na segunda parte da análise foi aplicado o questionário King's Health nas 23 mulheres que apresentaram sinais e sintomas de IU.

Na tabela 1 estão apresentados os valores dos escores da pontuação de cada um dos domínios. Pode-se observar que os domínios que apresentaram escores mais elevados foram respectivamente o domínio 2 (impacto da incontinência) com uma média de 42,42 pontos, seguido do domínio 1 (percepção geral de saúde) com 35,50 pontos e domínio 3 (limitações de atividades diárias) com 32,57 pontos. No entanto, os domínios com os escores mais baixos foram domínio 4 (limitações físicas) com 22,73 pontos, domínio 4 (limitações sociais) com uma média de 21,71 pontos, seguidos dos domínios 7 (sono e disposição) com 18,18 pontos, 6 (emoções) com 14,14 pontos e por último o 8 (medidas de gravidade) com 12,88 pontos.

Não foi possível demonstrar o domínio 5 (relações pessoais) na tabela 1, pois o escore obtido foi muito baixo, não havendo relevância estatística, justificando-se pelo fato da maioria das mulheres serem viúvas ou não terem vida sexual ativa com seus parceiros.

Tabela 1. Valores do escores obtidos (Média e Desvio padrão), entre os domínios do King's Health Questionnaire

		Escore do KHQ n = 23	
Domínio		Média±Desvio Padrão	
1-Percepção	Geral de	35,50±14,94	
	Saúde		
2-	Impacto da Incontinência	42,42±23,41	
3-	Limitações de Atividades Diárias	32,57±18,88	
4-	Limitações Físicas	22,73±24,42	
	Limitações Sociais	21,71±14,23	
6-	Emoções	14,14±16,86	
7-	Sono e Disposição	18,18±24,61	
8-	Medidas de Gravidade	12,88±18,67	

n: número de participantes; ±: desvio padrão

Não foi possível demonstrar o domínio 5 (relações pessoais) na tabela 1, pois o escore obtido foi muito baixo, não havendo relevância, justificando-se pelo fato da maioria das mulheres serem viúvas ou não terem vida sexual ativa com seus parceiros.

Ao analisar a escala que avalia a presença e a intensidade dos sintomas urinários representada na tabela 2, nota-se que as mulheres apresentaram frequência urinária, noctúria, urgência, bexiga hiperativa, incontência urinária de esforço e infecções frequentes, demonstrando assim, um percentual considerável nas repostas um pouco e moderadamente. No entanto, para os itens enurese noturna, incontência no intercurso sexual, dor na bexiga e outros problemas relacionados a bexiga, não houve prevalência para estes sintomas.

Tabela 2. Distribuição percentual segundo a interferência dos sintomas urinários na qualidade de vida

Sintomas	Um Pouco (%)	Moderadamente (%)	Muito (%)	Sem Sintoma (%)
Frequência	47,8	30,4	21,7	-
Noctúria	47,8	47,8	4,3	-
Urgência	60,9	30,4	8,7	-
Bexiga Hiperativa	69,6	21,7	8,7	-
IU de Esforço	56,5	34,8	8,7	-
Enurese Noturna	-	-	-	100
IU no Intercurso Sexual	-	-	-	100
Infecções Frequentes	43,5	4,3	-	52,2
Dor na Bexiga	21,7	8,7	-	69,6
Outros problemas	-	-	-	100

%; porcentagem

4. DISCUSSÃO

O presente estudo analisou 105 participantes do programa academia da cidade de Aracaju-SE. No entanto, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão deste estudo, a amostra final constituiu-se de 78 mulheres, em que constatou que a incidência de sinais e sintomas de queixas urinárias foram presentes em 23 participantes (17,9%), dado semelhante foi encontrado no estudo de Antunes et al. (2011) que ao analisar 50 mulheres praticantes de atividades físicas, 17 apresentavam sintomas de perdas urinárias. Da mesma forma, Fozzatti et al. (2012) ao entrevistar 108 mulheres em sua pesquisa, identificou que 24,6% relataram perda de urina.

Estas informações citadas acima corroboram com os achados de Prigol et al. (2014) que verificaram em estudo que 8,1% (14) das mulheres entrevistadas apresentam incontência urinária. Autores como Silva et al. (2018) também acharam dados semelhantes em seu estudo com 56 mulheres, sendo que apenas 12%

afirmaram a perda de urina. O que nos revela uma baixa prevalência de perda urinária entre as mulheres que procuram realizar alguma atividade física como meio de se manterem fisicamente ativas.

No referido estudo observamos que os sintomas de perdas urinárias estavam presentes nas participantes com faixas etárias entre 34 a 80 anos, enquanto na pesquisa de Mourão et al. (2008) foi encontrada em mulheres de 40 a 81 anos. Os achados sugerem que a incontinência urinária pode ser encontrada em mulheres em diferentes fases da vida, sendo que a prevalência geralmente aumenta com a idade e paridade, fator que pode ser justificado pelo processo de envelhecimento, em que ocorre diminuição de fibras colágenas, substituição de tecido muscular por tecido adiposo e uma diminuição dos níveis de estrógeno, responsável pela coaptação da uretra (Mourão, 2008; Justina, 2013; Naves, 2016).

Foi possível observar neste estudo, que 02 participantes multíparas com idades de 34 anos, apresentaram sintomas de perda urinária, porém, essas mulheres foram excluídas da pesquisa por não estar dentro da faixa etária dos critérios de inclusão. Isso pode justificar, que múltiplos partos, influenciam para o desenvolvimento da IU.

Segundo Moreno (2004) o parto vaginal é a fonte mais comum de disfunção do assoalho pélvico, além da média de partos por indivíduo, ainda afirmando, que a pressão e estiramento das delicadas estruturas pélvicas ocasionadas pela tentativa de passagem do feto pelo canal vaginal e pela própria saída do mesmo são consideradas as principais causas de danos ao mecanismo de continência.

Verificou-se por meio do ICIQ-SF, que a maioria das mulheres investigadas relatou perdas urinárias em torno de uma vez por semana ou menos $n=10$ (12,8%), com relação a interferência da perda de urina na vida diária os resultados demonstraram que interfere de forma branda $n=9$ (11,5%). A pesquisa feita por Antunes et al. (2011) teve como amostra 50 participantes, onde demonstrou que as mesmas (26%) afirmaram que perdem urina pelo menos uma vez por semana, o estudo ainda constata que a perda de urina interfere de pouco a moderada nas atividades de vida diária.

No que diz respeito a quantidade, notou-se no presente estudo uma pequena perda urinária $n=17$ (21,8%), de acordo com Andrade et al. (2011) 26% das mulheres relataram perda de uma pequena quantidade de urina. Ainda se verificou na atual pesquisa, que tais situações de perda urinária ocorreram com mais frequência ao tossir ou espirar $n=9$ (11,5%). O estudo de Lazari et al. (2009) também encontrou dados semelhantes ao relatar que tais episódios ocorrem com mais frequência ao tossir ou espirar. Acreditando-se que o fato citado anteriormente aumenta a pressão intra-abdominal, necessitando de uma contração eficaz da musculatura perineal para evitar possíveis perdas urinárias.

De acordo com os resultados obtidos no KHQ, as participantes da pesquisa, ao serem questionadas quanto as limitações de atividades diárias, apresentaram média de 32,57, já no domínio percepção geral de saúde observou-se escore médio de 35,50, porém, em estudos anteriores realizados por Câmara et al. (2009) os mesmos domínios obtiveram respectivamente um escore de 35,8 e 37,8. Os resultados do referido estudo

ainda revelam a média do domínio impacto da incontinência 42,42, dados semelhantes foram encontrados nos estudos de Naves et al. (2016) onde observou-se um escore de 36,08 para o mesmo domínio, demonstrando que o impacto da IU é um dos fatores mais agravantes entre as mulheres com essa condição clínica.

Ainda se verificou, dentre os domínios limitações físicas, limitações sociais, emoções, sono/disposição e medidas de gravidade, que houve pouca interferência na qualidade de vida relacionada a esses domínios, observando um baixo impacto desses itens nas suas atividades de vida diária. Concordando com Rett et al. (2007) onde revelam que, mesmo conhecendo as variáveis individuais, sabemos que, em maior ou menor proporção, a IU e seus sintomas associados podem repercutir negativamente não só na saúde física, mas em aspectos emocionais e psicológicos.

Além disso, notou-se no presente estudo que no domínio referente às relações pessoais, no que diz respeito à vida sexual, a maioria das participantes responderam não se aplica ou não, pelo fato da maioria das entrevistadas serem viúvas ou não terem vida sexual ativa. Da mesma forma, Oliveira et al. (2014), citam que a maior parte da amostra de sua pesquisa não apresentou relação sexual ou respondeu que a perda de urina interferia um pouco no intercurso sexual.

Ao analisar no KHQ a presença e a intensidade dos sintomas urinários, observou-se que as mulheres apresentaram frequência urinária, noctúria, urgência, bexiga hiperativa, IUE e infecções frequentes, demonstrando estatisticamente uma significância nas repostas um pouco e moderadamente. Porém, nos itens enurese noturna, incontinência no intercurso sexual, dor na bexiga e outros problemas relacionados a bexiga, não houve prevalência para estes sintomas.

Tais resultados são similares ao estudo de Borges et al. (2009) em que aproximadamente metade das pacientes referiram que os sintomas de frequência, noctúria, urgência, urge-incontinência e IUE afetaram muito a QV. Por outro lado, infecções de repetição e dor na bexiga foram sintomas que a maioria das participantes referiu afetar pouco ou moderadamente. Enurese noturna, incontinência durante a relação e dificuldade para urinar foram queixas referidas pela minoria das mulheres.

Entretanto, nesse estudo constatou-se, que as mulheres que realizavam atividades físicas pelo programa academia da cidade, não possuíam conhecimentos sobre a musculatura do assoalho pélvico, nem os benefícios alcançados através do fortalecimento dessa musculatura com a prática dessas atividades. Em sua pesquisa de Melo (2018) relatou que as mulheres apresentaram pouco conhecimento sobre a relação dos músculos do assoalho pélvico e o funcionamento dessa musculatura durante a prática de atividade física.

Da mesma forma, Caetano et al. (2007) afirmaram que frequentemente os exercícios para os músculos do assoalho pélvico são excluídos durante a prática de alguma atividade física, porém no contexto de uma ginástica global, isto não é coerente, já que esses músculos fazem parte da atividade funcional de todas as mulheres e merecem a mesma atenção que os demais.

O estudo teve como limitações a coleta, pois o questionário KHQ era extenso e as participantes tinham pouco tempo para responde-lo devido ao horário do início das atividades físicas pelo programa academia da cidade, bem como, o número elevado de mulheres que tinham dificuldade em responder os questionários devido à falta de conhecimento sobre o tema abordado pela pesquisa.

Como contribuição, esta pesquisa aponta para novas descobertas em relação a temática, uma vez que a importância do fortalecimento do assoalho pélvico era desconhecida entre a maioria das participantes. Diante dos fatos observados as participantes foram orientadas pelas pesquisadoras sobre o conteúdo explanado e os benefícios que podem ser obtidos ao associar o fortalecimento do assoalho pélvico com a prática da atividade física.

Além disso, sugere-se a presença de uma equipe multidisciplinar com fisioterapeutas para atuar nos grupos, com a intenção de conscientizar essas mulheres a melhorar a percepção dessa musculatura do perineo através da execução dos movimentos de contração e relaxamento perineal durante a prática das atividades físicas, prevenindo assim, a ocorrência da IU.

5. CONCLUSÃO

Ao concluir o estudo, verificou-se uma baixa prevalência dos sinais e sintomas da incontinência urinária nas mulheres praticantes de atividade física pelo programa academia da cidade em Aracaju-SE. Constatando se, que em todos os domínios dos questionários aplicados, os resultados mostraram que a IU não apresentou grandes implicações na qualidade de vida dessas mulheres acometidas.

No entanto, apesar dos escores apresentarem baixo impacto na qualidade de vida das mulheres voluntárias do estudo, é de suma importância que sejam realizadas orientações sobre o fortalecimento dessa musculatura do perineal, já que foi notório no grupo avaliado a falta de informações e conhecimento a respeito do tema abordado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, N.V. S.; MANSO, V. M.C.; ANTUNES, M.B. **Incontinência Urinária de Esforço em Mulheres Praticantes de Atividades Físicas**. Revista Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, v. 15, n. 3, p. 41-53, 2011.

ANTUNES, M. B.; MANSO, V. M. C.; ANDRADE, N. V. S. **Análise dos Sinais da Incontinência Urinária de Esforço em Mulheres de 25 a 50 Anos Praticantes de Atividade Física em Academias**. Revista Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, v. 15, n. 1, p. 83-95, 2011.

BARROS, J. D.; LUCENA, A. C. T.; ANSELMO, C. W. S. F. **Incontinência Urinária de esforço em atletas do sexo feminino: Uma revisão da literatura**. Revista Brasileira de Medicina do Esporte Recife. Anais da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco: Recife, v. 52, n. 2, p. 173-180, 2007.

BORGES, João Bosco R. et al. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária pelo uso do Kings Health questionnaire. **Einstein**, v. 7, n. 3 Pt 1, p. 308-13, 2009.

CAETANO, A. S.; TAVARES, M. C. G. C. F.; LOPES, M. H. B. M. **Urinary incontinence and physical activity practice**. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 13, n. 4, p. 270-274, 2007.

CÂMARA, C. N. S. et al. **Impacto da Incontinência Urinária na Qualidade de Vida em um Grupo de Mulheres de 40 a 70 Anos**. Revista Paraense de Medicina, v. 23, n. 1, p. 1-7, 2009.

FITZ, F. F. et al. **Impacto do Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico na Qualidade de Vida em Mulheres com Incontinência Urinária**. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 58, n. 2, p. 155-159, 2012.

FONSECA, E. S. M. et al. **Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 27, n. 5, p. 235-42, 2005.

FOZZATTI, C. et al. **Prevalence Study of Stress Urinary Incontinence in Women who Perform High-impact Exercises**. International Urogynecology Journal, v. 23, ed. 12, p. 1687-1691, 2012.

INHOTI, P. A. et al. **Cinesioterapia Uroginecológica na Incontinência Urinária de Mulheres Idosas Fisicamente Ativas**. Revista Inspirar Movimento & Saúde, v.16, ed. 46, n. 2, 2018.

JUSTINA, L. B. D. **Prevalência de Incontinência Urinária Feminina no Brasil: Uma Revisão Sistemática**. Revista Inspirar Movimento & Saúde, v. 5, n. 2, ed. 24, 2013.

LAZARI, I. C.; F.; LOJUDICE, D. C.; MAROTA, A. G. **Avaliação da Qualidade de Vida de Idosas com Incontinência Urinária: Idosas Institucionalizadas em uma Instituição de Longa Permanência**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, vol.12, n.1, p.103-112, 2009.

LOPES, M. H. B. M. et al. **Perfil e Qualidade de Vida de Mulheres em Reabilitação do Assoalho Pélvico**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, n. 5, 2018.

MARINHO, A. R. et al. **Incontinência Urinária Feminina e Fatores de Risco**. Revista Fisioterapia Brasil, v.7, n.4, p. 241-324, 2006.

MARTINES, G. A.; TAMANINI, J. T. N. **Relação entre Atividade Física e Incontinência Urinária: Informações Relevantes ao Educador Físico**. Revista Saúde e Pesquisa, v. 8, n. 1, p. 149-155, 2015.

MELO, A. T.; CIRQUEIRA, R. P. **Incontinência Urinária em Mulheres Praticantes de Musculação**. Revista Multidisciplinar e de Psicologia, v. 12, n. 42, p. 525-535, 2018.

MELO, B. E. S. et al. **Correlação entre Sinais e Sintomas de Incontinência Urinária e Autoestima em Idosas**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 15, n. 1, p. 41-50, 2012.

MOURÃO, F. A. G. et al. **Prevalência de Queixas Urinárias e o Impacto destas na Qualidade de Vida de Mulheres Integrantes de Grupos de Atividade Física**. Revista Acta Fisiátrica, v. 15, n. 3, p. 170-175, 2008.

MORENO, A. L. **Fisioterapia em Uroginecologia**. ed. 2. Barueri, São Paulo: Manole, 2009.

NAVES, P.P. et al. **Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres com Sintomas de Incontinência Urinária de Esforço Praticantes de Atividade Física**. Revista Inspirar Movimento & Saúde, v. 8, n. 1, 2016.

OLIVEIRA, G. S. M. et al. **Análise da Incontinência Urinária na Qualidade de Vida de Idosas Frequentadoras de um Grupo de Convivência Social em Muriae-MG**. Revista Pesquisa em Fisioterapia, v. 4, n. 1, p. 7-15, 2014.

OLIVEIRA, J. R.; GARCIA, R. R. **Kinesiotherapy on Treatment of Urinary Incontinences in Elderly Women**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 14, n. 2, p. 343-351, 2011.

PRIGOL, S.; SEBEN, V.; GUEDES, J.M. **Prevalência da Incontinência Urinária em Mulheres Praticantes de Atividade Física nas Academias da Cidade de Erechim**. Revista Perspectiva. v. 38, n. 141, p. 121-130, 2014.

RETT, M. T. et al. **Qualidade de Vida em Mulheres após Tratamento da Incontinência Urinária de Esforço com Fisioterapia.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 29, n. 3, p. 134-40, 2007.

SILVA, D. T. G.; MORAES, N. M. **Estudo Comparativo da Força Muscular do Assoalho Pélvico em Mulheres Sedentárias e Mulheres que Praticam Atividade Física.** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade da Amazônia, Belém, 2006.

SILVA, L. B. et al. **Disfunções Urinárias em Mulheres Praticantes de Atividade Física em Academias– Um Estudo Transversal.** Revista Pesquisa em Fisioterapia, v. 8, n. 1, p. 71-78, 2018.

TAMANINI, J. T. N. et al. **Validação para o Português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF).** Revista de Saúde Pública, v. 38, n. 3, p. 438-444; 2004.

TOMASI, A. V. R. **Promoção da saúde de mulheres idosas com incontinência urinária: cuidado interdisciplinar.** 2015. 133 p. Dissertação (Mestre em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

Capítulo 17

PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER (PAISM): ALGUNS APONTAMENTOS

Clebes Iolanda Leodice Alves¹
Leonice A. de F. A. Pereira Mourad²

RESUMO: Este artigo tem o propósito de apresentar o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), ação do governo federal em articulação com estados e municípios, no sentido de uma mudança de paradigma no sentido de tratamento integral a saúde da mulher que deixa de ser vista apenas na sua dimensão gravídico-puerperal. O programa postula novas diretrizes que implicam na reorganização e capacitação dos serviços de saúde direcionados para a população feminina, com ênfase no controle de patologias prevalentes nesse grupo. Este artigo é um artigo de revisão bibliográfica. A literatura consultada evidenciam que, ainda diante dos avanços da implementação desse serviço, ainda persiste o desafio de transformar as ações contidas nessa política em práticas na rotina dos serviços de saúde, bem como dos processos de labor dos profissionais de saúde comprometidos com atendimentos humanizados, integrais e de qualidade.

Palavras-chaves: PAISM; Saúde da Mulher; Política Pública; Integralidade do Atendimento.

ABSTRACT: This article has the purpose of presenting the Program of Integral Attention to Women's Health (PAISM), action of the federal government in articulation with states and municipalities, in the sense of a paradigm shift towards the integral treatment of women's health that ceases to be seen only in its gravid- puerperal dimension. The program postulates new guidelines that imply the reorganization and training of health services aimed at the female population, with an emphasis on the control of pathologies prevalent in this group. This article is a bibliographic review article. The consulted literature shows that, despite the advances in the implementation of this service, the challenge still remains to transform the actions contained in this policy into practices in the routine of health services, as well as the work processes of health professionals committed to humanized care, and quality.

Keywords: PAISM; Women's Health; Public policy; Integrality of Service.

Introdução

Analisar a mulher além de sua anatomia, considerando as estruturas sociais, econômicas e de poder nas quais está inserida, é essencial para o entendimento, construção, implementação e evolução dos cuidados quanto a sua saúde.

Essa perspectiva de atenção integral nos faz perceber e reconhecer como a desigualdade de gênero pode gerar diferenças nos processos de saúde, sofrimento e adoecimento. Cabe pontuarmos que as mulheres

¹Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Pitágoras (Linhares, ES). Especialista em saúde da família, em Geriatria e Gerontologia e em Ginecologia e Obstetrícia pela UNIBF (Paraíso do Norte, PR). graduanda em Tecnologia em Gestão Ambiental pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná(UTFPR) Campus Medianeira/PR e licenciatura em Pedagogia pela Unicesumar (Maringá, PR). Atua como enfermeira na Unidade de Saúde de Valparaíso, Cariacica-ES. E-mail:enf_clebes@hotmail.com

²Doutora em Geografia (UFSM); doutora em História da América Latina (UNISINOS); mestra em Geografia (UFSM), história da América Latina (UNISINOS); especialista em Metodologia do Ensino Superior (UNISINOS); graduada em Direito e História (UNISINOS), Ciências Sociais e Serviço Social (ULBRA) e Agricultura Familiar e Sustentabilidade e licenciatura em Educação do Campo (UFSM). Atua como docente na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Santa Maria (RS). E-mail: profleomourad@gmail.com

compõem um grupo de símiles, porém não homogêneo. Nesse sentido, uma análise interseccional, que leve em consideração idade, raça, sexualidade, deficiência, território, classe, entre outros condicionantes, faz-se essencial.

Nessa linha, as desigualdades sociais, em suas múltiplas dimensões, são as principais desencadeadoras da baixa qualidade da saúde. As desigualdades de gênero, bem como as raciais, são, nesse sentido, determinantes sociais estruturais na definição da qualidade da saúde da população brasileira.

Gênero é conceituado por Brasil (2004, pag. 12) como o “[...] conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher.” E ainda complementa que

Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais. Os desequilíbrios de gênero se refletem nas leis, políticas e práticas sociais, assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas. (BRASIL, 2004, pag. 12-13)

Desde antes da promulgação da Constituição Federal (CF de 1986) e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), já se pensava a saúde da mulher para além da reprodução e concepção. Prova disso, é a criação, em 1984, do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), considerado, segundo Kornijezuk (2015) como “[...] um marco histórico nas mudanças ocorridas no trato dedicado às mulheres pelo serviço de saúde, garantindo uma visão de sujeito integral, e não apenas em quanto sujeito objeto de um processo ciclo gravídico- puerperal.” (KORNIJEZUK, 2015, p. 51)

Tal programa ampliou a assistência à mulher, através de uma nova abordagem da saúde da mulher, baseada no conceito de atenção integral à saúde da mulher. Tinha como diretrizes, entre outras, a capacitação para atender as necessidades da população feminina, com ênfase no controle de patologias prevalentes nesse grupo, bem como a exigência de nova postura e aplicação, por parte dos profissionais de saúde, do conceito de integralidade do atendimento.

Em 2004, à luz do conceito ampliado de saúde, do processo de elaboração de políticas públicas na área de saúde feminina e da inclusão das discussões de gênero, ocorreu a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

Dessa forma, a atenção à saúde da mulher, passou de um programa para uma política pública nacional que incorporou como essencial a humanização e a qualidade da atenção em saúde para que as ações de saúde sejam resolutivas frente aos problemas identificados; na satisfação das usuárias e de suas demandas e na identificação e respeito aos seus direitos.

Isso também é percebido na criação de outras políticas, como o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que ocorreu no mesmo ano. Em 2005 foi instituída a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos e, no ano seguinte, a Política de Atenção Integral à Reprodução Humana Assistida. Já em 2007, surgiram a Política Nacional de Planejamento Familiar e o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS. E finalmente, em 2008, foi lançada a Política Nacional

pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias em parceria com a Agência Nacional de Saúde (ANS).

Desenvolvimento

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi implementada em 2004 com o objetivo de promover a melhora das condições de vida e saúde das mulheres colaborando para o arrefecimento da morbimortalidade; e expandindo, de forma qualificada e humanizada, a atenção integral à saúde da mulher em todas as esferas da saúde.

Conforme Brasil (2015),

A PNAISM é estruturada em dois documentos: o primeiro, “Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes”, contém conceitos sobre saúde da mulher e enfoque de gênero, a situação sócio-demográfica, um breve diagnóstico da situação da saúde e as diretrizes a respeito da humanização da atenção, além dos objetivos gerais e específicos e as estratégias da política, referentes a cada objetivo. O segundo documento, Plano de Ação 2004-2007, descreve os objetivos específicos e propõe metas, estratégias, ações, recursos e indicadores para cada um dos objetivos. A definição destes instrumentos de gestão da PNAISM deve ser definida pelo nível local, de acordo com sua realidade epidemiológica e social. (BRASIL, 2015, p. 13-14)

A assistência passou a ser integral, ou seja, clínico-ginecológica e educativa, não só no controle pré-natal, do parto e puerpério, mas também deveria contemplar a abordagem dos problemas presentes desde a puberdade até a senescência; ao controle das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)³ e do câncer de mama e cérvico-uterino. Dessa forma, o conceito de atenção integral à saúde da mulher redimensiona o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres.

Segundo Santana et al. (2019)

Essa Política reflete o compromisso com a saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas evitáveis e preveníveis, com enfoque na atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao aborto inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. (SANTANA et al., 2019, p.136)

Para Souto (2008), a PNAISM foi um marco referencial que rompeu com o paradigma materno infantil, onde a mulher era considerada como uma produtora e reprodutora de força de trabalho (SOUTO, 2008, p. 165). Contudo destaca que apesar de estar voltado às mulheres, não incorpora necessariamente as questões de gênero.

³A TERMINOLOGIA INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST) PASSOU A SER ADOTADA EM SUBSTITUIÇÃO À EXPRESSÃO DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST), PORQUE DESTACA A POSSIBILIDADE DE UMA PESSOA TER E TRANSMITIR UMA INFECÇÃO, MESMO SEM SINAIS E SINTOMAS. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.AIDS.GOV.BR/PT-BR/PUBLICO-GERAL/O-QUE-SAO-IST#:~:TEXT=A%20TERMINOLOGIA%20INFEC%C3%A7%C3%B5ES%20SEXUALMENTE%20TRANSMISS%C3%ADVEIS.MESMO%20SEM%20SINAIS%20E%20SINTOMAS](http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist#:~:text=A%20terminologia%20infec%C3%A7%C3%B5es%20sexualmente%20transmiss%C3%ADveis.mesmo%20sem%20sinais%20e%20sintomas).

De acordo com a mesma autora,

Essa Política reflete o compromisso com a saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas evitáveis e preveníveis, com enfoque na atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. (SOUTO, 2008, p. 165)

Ferreira et al. (2020) destaca que, além do cumprimento dos objetivos da PNAISM, é preciso “[...] avançar na ampliação da cobertura da prevenção combinada, de exames, diagnósticos e tratamentos, desenvolvendo ações específicas para as mulheres em situação de maior vulnerabilidade às desigualdades de acesso à saúde.” (FERREIRA et al., 2020, p. 3)

As políticas de saúde, ainda segundo Ferreira et al. (2020)

[...] também invisibilizam outros aspectos da sexualidade, como: identidade de gênero, orientação sexual, sensualidade e relacionamento com o outro e com o próprio corpo. A sexualidade da mulher é reprimida, sendo equiparada ora à reprodução ora ao perigo de IST e gravidez na adolescência, visão que perpetua a repressão do prazer sexual feminino e repercute em violência. Isso se reflete nos serviços de saúde para mulheres, em sua maioria centrados em saúde reprodutiva. Os/as profissionais não são preparados/as para atender às questões relacionadas à sexualidade, fato que se agrava quando o assunto é orientação sexual e identidade de gênero, afastando mulheres LGBTQIA+⁴ dos serviços de saúde. (FERREIRA et al., 2020, p. 3)

A violência baseada no gênero ocasiona impactos diretos na saúde psicológica e físicas das mulheres, entretanto quando falamos das mulheres consideradas não heteronormativas, essa violência duplica pela questão da discriminação (SANTOS, 2015, p. 5).

Sobre a violência e os impactos na saúde das mulheres, Barata (2009) menciona que

Um problema de saúde com importância crescente e no qual a determinação das relações de gênero ocupa uma posição central é a violência. Por um lado, a violência urbana afeta de maneira desproporcional os homens; por outro, a violência doméstica afeta desproporcionalmente as mulheres. Além de vários determinantes socioeconômicos, políticos e culturais, as relações de gênero desempenham papel fundamental na produção desses agravos à saúde. (BARATA, 2009, p. 87)

Souto (2008) destaca que ao analisar a PNAISM, fica claro a ênfase das questões de gênero e da integralidade. Também destaca que a execução dessas ações não está somente na esfera técnica da saúde

⁴POR NÃO SE SENTIREM PLENAMENTE CONTEMPLADAS PELA PNAISM, QUE É, EM GRANDE PARTE, VINCULADA A PARADIGMAS DE HETEROSSEXUALIDADE, AS LÉSBICAS, JUNTAMENTE COM GAYS, TRAVESTIS, BISSEXUAIS E TRANSEXUAIS, SENTIRAM A NECESSIDADE DE REIVINDICAR UMA NOVA POLÍTICA ESPECÍFICA QUE RESULTASSE EM MAIOR VISIBILIDADE EM UMA CIDADANIA MAIS AMPLA PARA ESSES GRUPOS. DIANTE DISSO, A PARTIR DAS REIVINDICAÇÕES DO MOVIMENTO LGBT NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, SURTIU EM 2010 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS. A INTEGRA DESSE PROGRAMA ENCONTRA-SE EM: [HTTPS://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/PUBLICACOES/POLITICA_NACIONAL_SAUDE_LESBICAS_GAYS.PDF](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf).

da mulher e sim nos três níveis do SUS (federal, estadual e municipal), tendo o compromisso de efetivar tal política no seu espaço de competência.

No Brasil, mesmo com os avanços alcançados desde a implementação da PNAISM, ainda há um longo percurso no qual o sobrepujamento do facciosismo e das desigualdades configurem uma provocação para aqueles que defendem a vida e a saúde como um direito pleno à cidadania. Ainda persiste o desafio de transformar as ações contidas nessa política em práticas na rotina dos serviços de saúde, bem como dos processos de labor dos profissionais de saúde comprometidos com atendimentos humanizados, integrais e de qualidade.

Para a efetividade dessa política de saúde integral, além de considerar as dimensões físico, mental, afetiva e espiritual das mulheres, é necessário que haja uma formação humanista, crítica e reflexiva, focando na responsabilidade social dos profissionais de saúde. Essa formação deve ocorrer não somente nos espaços acadêmicos, mas também continuamente, para que o/a egresso/a compreenda os determinantes sociais da saúde, incluindo as questões de gênero e as vulnerabilidades que influenciam o processo saúde-doença. É necessário romper com o padrão centrado na doença, buscando o bem-estar geral da mulher.

Cabe destacar que características como a empatia, a escuta acolhedora são práticas que favorecem a criação de vínculo, fato esse de extrema importância na adesão e resolução dos processos de adoecimento.

Considerações Finais

A PNAISM representou um grande avanço para as mulheres na área da saúde, entretanto, a incorporação de novas temáticas como a diversidade sexual se apresenta como um processo lento e gradual. Nesse sentido se faz necessária avaliar constantemente essas políticas no sentido de perceber se a equidade e a integralidade têm sido garantidas independente de questões de raça, cor, sexo ou orientação sexual.

Apesar da permanência de muitos conflitos após a sua implementação, sabe-se que a atenção integral à saúde da mulher redimensiona o significado do ser feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres, no momento em que o cuidado não mais se restringe apenas a reprodutividade e ao ciclo gravídico-puerperal.

A PNAISM procurou em seus princípios e diretrizes estabelecer áreas prioritárias, enfatizando com isso, mulheres indígenas, lésbicas e presidiárias, mas, ainda assim, o próprio sistema de saúde enfrenta dificuldades em atender à mulher em tais especificidades.

Assim sendo, foi possível perceber os avanços e fragilidades dessa política pública de saúde. Configura um importante marco, porém necessita de avanços nas esferas federal, estadual e municipal, no que tange o real atendimento integral à mulher, atendimento esse, efetivo em todo o ciclo de vida da mulher. Cabe

mencionar que isso acontecerá a partir de um controle social efetivo das mulheres, exigindo a implantação integral dessa política.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde. 1. ed., 1. reimpressão. 2013. 32 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em 30 Jan. 2021.

_____. Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher PNAISM e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres PNPM. Brasília: Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, 2015. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf. Acesso em 02 Fev. 2021.

_____. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em 12 Jan. 2021.

FERREIRA, Verônica Clemente et al. Saúde da Mulher, Gênero, Políticas Públicas e Educação Médica: Agravos no Contexto de Pandemia. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Brasília, v. 44, supl. 1, ed. 147, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022020000500803&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 Jan. 2021.

KORNIJEZUK, Natália Peres. Do programa ao plano: a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM-PNAISM), contexto histórico, atores políticos e a questão da menopausa. 2015, 90 p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/132850/000984731.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 12 Jan. 2021.

SANTANA, Tamiles Daiane Borges et al. Avanços e desafios da concretização da Política Nacional da Saúde da Mulher: uma revisão de literatura. **Revista de Atenção à Saúde**. São Caetano do Sul, v. 17, n. 61, p. 125-141, jul./set., 2019. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6012/pdf. Acesso em 02 Fev. 2021.

SANTOS, Nathaliê Cristo Ribeiro dos. A construção da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Política de Atenção Integral à Saúde População LGBT: a complexidade da saúde das lésbicas e a desconstrução do paradigma da heteronormatividade. **Anais da VII Jornada Internacional Políticas Públicas**. Universidade Federal do Maranhão (UFMA), 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/o-sujeito-coletivo-contra-a-violacao-da-dignidade-ocupacao-maria-domitila---queremos-ter-uma-moradia-digna-como-todos.pdf>. Acesso em 09 Fev. 2021.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **RevistaSER Social**. Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan/jun. 2008. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12950/11306. Acesso em 02 Fev. 2021.

Capítulo 18

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA

Glauciene Cavalcante Gomes¹

André Luiz Fidelis Lima²

Isabel Comasseto³

Vanessa Vieira da Silva⁴

Júlio Cesar Pereira da Silva⁵

Janine Santos de Melo⁶

Kleinn de Oliveira Silva⁷

RESUMO: O câncer de mama é, provavelmente, o tipo de tumor que mais amedronta as mulheres, tanto por sua alta prevalência, como por seus efeitos psicológicos e físicos. O impacto causado pela doença está relacionado a seus possíveis efeitos, bem como ao convívio com a falta da mama e as consequências da mutilação. Este estudo visou avaliar a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas, em um centro de referência em Oncologia de Maceió-AL. Estudo descritivo, do tipo transversal, empregando questionário validado, com 40 clientes de um Centro de Oncologia de Maceió. Os dados coletados comprovaram que o diagnóstico de câncer e seu consequente tratamento agressivo tornam a qualidade de vida das clientes comprometida. Observou-se que o grupo de mulheres não mastectomizadas apresentou melhor qualidade de vida que o grupo das mulheres mastectomizadas, nos domínios psicológico, físico, social e ambiente. Sugere-se então a elaboração de novas propostas que devem ser destinadas a esse público, estimulando o cumprimento da política nacional de atenção oncológica, garantindo todos os direitos das mesmas, promovendo qualidade de vida.

Palavras-chave: Mastectomia; Neoplasias da Mama; Saúde da Mulher; Qualidade de vida.

ABSTRACT: Breast cancer is probably the type of tumor that most frightens women, both for its high prevalence, such as their psychological and physical effects. The burden of disease is related to its possible effects, as well as the lack of association with breast cancer and the consequences of mutilation. This study aimed to evaluate the quality of life of women with mastectomies, in a referral center for oncology Maceió-AL. A descriptive, cross-sectional, using validated questionnaire with a 40 customers Oncology Centre of Maceió. The data collected showed that the cancer diagnosis and his subsequent aggressive treatment make the quality of life of affected customers. It was observed that the group of women with mastectomies not had the best quality of life that the group of women with mastectomies, in the psychological, physical and social environment. It is then suggested drafting new proposals should be aimed at this audience, encouraging compliance with the national policy on cancer care, ensuring all of the same rights, promoting quality of life.

Keywords: Mastectomy, Breast Neoplasms, Women's Health, Quality of Life

¹Graduada em enfermagem pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, E-mail: glaucienecavalcante@yahoo.com.

² Graduado em enfermagem pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, E-mail: contatoandrefidelis@gmail.com.

³ Doutora em Ciências pela USP, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. Departamento de Saúde do Adulto e do Idoso. E-mail: isabelcomasseto@gmail.com.

⁴ Graduanda em enfermagem pela Universidade Paulista, E-mail: vanessavieira0902@outlook.com.

⁵ Graduando em enfermagem pela Universidade Paulista, E-mail: julio.ufal@outlook.com.

⁶Graduada em enfermagem pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, E-mail: janinnesantasmelo@hotmail.com.

Introdução

A cada ano, cerca de 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama, segundo estimativa do INCA (2012). Esse grande número de mulheres com diagnóstico de câncer de mama exige dos profissionais de saúde e, dentre estes, os de enfermagem, valorizar esta problemática, identificando ações de prevenção, educação e cuidado (HUGUET et al,2009).

Enquanto a incidência da doença cresce 1% ao ano para as populações ocidentais, a mortalidade encontra-se estável por muitas décadas, este fato pode ser justificado devido às melhorias de detecção precoce e tratamento (HUGUET et al,2009). Mesmo diante da possibilidade de um prognóstico positivo, para a maioria das mulheres a confirmação da doença é impactante não só para as mesmas, mas para seus demais familiares, gerando uma série de efeitos adversos: físicos, psicológicos e sociais (CORREIA et al, 2009).

A idade influencia significativamente no aparecimento do câncer de mama. De acordo com o INCA (2012), ele é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente, sendo mais frequentes em mulheres com mais de 45 anos. Outros contribuintes para o surgimento da doença é uma dieta rica em carboidratos e lipídios, cigarro, álcool, exposição à radiação, hormônios (contraceptivos orais), fator hereditário, diabetes, menopausa tardia e obesidade após a menopausa (CORREIA et al, 2009).

Ao receber um diagnóstico de câncer de mama, a mulher passa a ter muitas dúvidas e questionamentos, devido ao estigma de doença terminal e que leva muito sofrimento e morte (SILVA,2009). Em virtude do diagnóstico precoce e avanços na terapia, tem-se alcançados altos índices de cura e sobrevida, porém existem poucos estudos sobre a qualidade de vida dessas mulheres após a terapia utilizada (FORONES et al,2005).

Diante dessas circunstâncias surgem inquietações e questionamentos sobre como assistir a essa clientela de forma integral, especialmente no retorno ao seu lar, ao seu cotidiano. Nesse movimento de reorganização de sua inserção no mundo individual, social e espacial, que as mulheres realizam nos primeiros meses de reabilitação de uma mastectomia, reside um importante papel dos profissionais de saúde, pois diante dessa nova realidade para as mulheres surgem problemas como sensação de inferioridade, rejeição do seu próprio corpo, prevalecendo a ansiedade, acarretando muitas vezes um quadro de depressão (FORONES et al,2005).

O tratamento pode envolver quimioterapia, radioterapia, e cirurgicamente pode ser efetuada a mastectomia radical, que consiste na remoção da glândula mamária, do mamilo e da auréola, assim como da pele necessária, de acordo com a localização do tumor, e, ainda, dos gânglios linfáticos da axila do lado afetado. Este procedimento cirúrgico é extremamente agressivo e traumático para as mulheres, sendo um fator

gerador de stress que pode afetar, profundamente, múltiplos aspectos da vida de uma mulher (REBELO et al, 2007).

Atualmente vem sendo utilizada a técnica de mastectomia conservadora, onde não é retirada toda mama em tumores de até 2 cm, além da reconstrução imediata mamária em mulheres que não apresentarem metástases, caso a mulher deseje e avaliação médica seja favorável, evitando assim o trauma da mastectomia radical quando possível. Apesar dessas estratégias, sabe-se que a reconstrução mamária, independente da técnica utilizada, dificilmente substitui de maneira idêntica as mamas originais, além de existir a possibilidade de complicações operatórias (problemas com os implantes, perda da sensibilidade e cicatrizes hipertróficas), comprometendo de maneira bastante significativa a qualidade de vida da mulher (HOOF, 2013).

Ao comparar a qualidade de vida dos grupos das mulheres com câncer de mama, observa-se que as mulheres não submetidas à mastectomia apresentam uma melhor qualidade de vida, a médio e em longo prazo, em relação às mastectomizadas (REBELO et al, 2007). No que diz respeito às principais queixas relacionadas à cirurgia se encontram a impossibilidade de cuidar da família, a possibilidade de utilizar dreno durante alguns dias, dependência do outro para o cuidado consigo, comprometimento da movimentação dos membros superiores, a dor e o preconceito que são mais evidentes na rotina das mulheres que se submeteram à mastectomia (GUTIERREZ,2007; SILVA et al, 2009).

A qualidade de vida e seu respectivo conceito tem sido alvo de interesse nas áreas de ciências da saúde e sociais e, embora haja diferentes definições, existe a concordância, de que se trata de conceito multidimensional, que inclui bem-estar material, físico, social, emocional e produtivo (SILVA; SANTOS, 2008).

O termo qualidade de vida é mais geral e inclui uma variedade de potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário. Sabemos que a oncologia é uma das áreas que mais tem avaliado a qualidade de vida, pois os tratamentos, por vezes agressivos, apesar de acrescentarem "anos à vida", não acrescentam "vida aos anos" (HUGUET et al,2009).

Nesse sentido, a análise das situações de stress provocadas pelo câncer de mama e que precisam ser enfrentadas pelas pacientes com indicação de mastectomia é bastante relevante, uma vez que pode auxiliar essas mulheres a encontrarem estratégias de enfrentamento adequadas. Por essa razão, o estudo do stress dessas pacientes, especialmente no período perioperatório e na alta hospitalar, são focos de grande importância quando se evidencia a adesão ao tratamento e qualidade de vida/sobrevida dessas mulheres (ANDOLHE; GUIDO; BIANCHI, 2009).

Em virtude da escassez de pesquisas dessa natureza que visem à produção de estratégias de cuidado multidisciplinar para o trabalho com a mulher após a mastectomia e para subsidiar propostas de intervenções em nível de reabilitação, vimos à necessidade da condução, em Maceió, de estudos que possam

avaliar a qualidade de vida do grupo mais vulnerável, que é o grupo das mulheres mastectomizadas residentes no município.

Metodologia

Estudo descritivo, do tipo transversal com abordagem quantitativa, empregando um questionário validado, em um centro de referência em oncologia em Maceió-AL.

O presente estudo foi submetido ao comitê de ética da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas e ao centro de estudos da instituição pesquisada e somente após a aprovação do Comitê de ética em pesquisa com o número de protocolo nº 1217 e com a declaração de autorização do centro de oncologia, iniciou-se a coleta de dados.

A pesquisa foi censitária, mediante a análise do sistema de informações do hospital, percebemos que havia uma população de 40 mulheres que atendiam ao perfil da nossa pesquisa com diagnóstico de câncer de mama na faixa etária de 45 a 60 anos. Esta população correspondeu à demanda atendida pela instituição de saúde, no período estipulado para coleta de dados do presente estudo, sendo 20 mastectomizadas (com período mínimo de um ano após o procedimento cirúrgico, mulheres recém-operadas, não foram inseridas na nossa busca, por se tratar de um período pequeno e por considerarmos que a mesma ainda está se readaptando a nova realidade) e 20 não mastectomizadas, ambos os grupos com diagnóstico de câncer de mama. Entendemos que o comparativo entre os dois grupos, nos facilitou a compreender o impacto da mastectomia, na alteração da qualidade de vida, em relação aquelas que tiveram o mesmo diagnóstico, porém não precisaram realizar o procedimento cirúrgico.

A coleta de dados foi realizada através do questionário semiestruturado - WHOQOL, a partir de visitas aleatórias e não repetitivas. As voluntárias da pesquisa receberam informações sobre o estudo e após se declararem esclarecidas, aceitando livremente a participação, foi solicitada assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Em relação à forma de administração do questionário, ocorreu da seguinte maneira: o mesmo foi autoadministrado pelas voluntárias da pesquisa, no período de março a outubro de 2012, na sala de espera das consultas ambulatoriais. O questionário WHOQOL, é um instrumento de avaliação de Qualidade de Vida, desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*) na sua versão em português é dividido em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (ANDOLHE; GUIDO; BIANCHI, 2009).

Esses domínios são divididos em 24 facetas, cada faceta é composta por quatro perguntas, além das 24 facetas específicas, o instrumento tem uma 25ª composta de perguntas gerais sobre qualidade de vida. As respostas para as questões do WHOQOL-25 são dadas em uma escala do tipo Likert. As perguntas são respondidas através de quatro tipos de escalas (dependendo do conteúdo da pergunta): intensidade,

capacidade, frequência e avaliação, para entender os valores comparativos no aspecto quantitativo da qualidade de vida. Em cada faceta e os domínios pertinentes ao instrumento de avaliação, foi elaborada uma equação matemática possibilitando a conversão dos valores das escalas em valores percentuais.

$$((E-4) / 4) \times 25 \Rightarrow ((4-4)/4) \times 25 = 0 \text{ (valor mínimo)}$$

$$((E-4) / 4) \times 25 \Rightarrow ((20-4)/4) \times 25 = 100 \text{ (valor máximo)}$$

E* Somatório dos resultados de cada domínio.

Após o período de coleta, os dados foram agrupados nos domínios e aplicados nesta equação, convertendo-os em valores percentuais, esta análise foi realizada separadamente em cada grupo pesquisado (mastectomizadas x não mastectomizadas). Em seguida os dados foram analisados e tabulados, utilizando o Microsoft Excel, versão 2010, permitindo realizar um estudo comparativo com os dois grupos pesquisados e utilizamos o Chi-Square Tests para avaliar a significância.

RESULTADOS

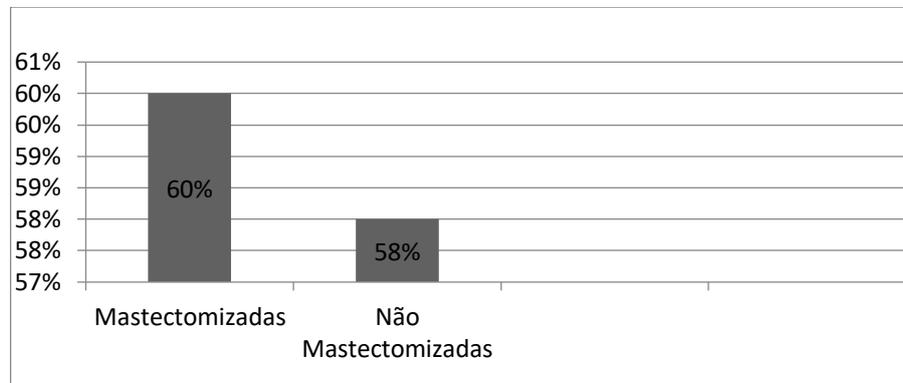
Qualidade de vida

Tabela 01: Avaliação da satisfação com a situação de vida atual de mulheres.

Maceió-AL (2012)		
	Mastectomizadas	Não Mastectomizadas
Insatisfação	65%	45,5%
Satisfação	35%	54,5%

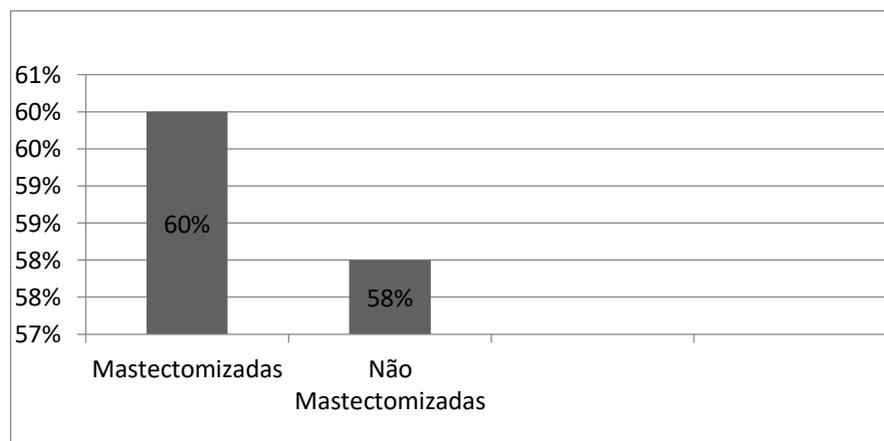
Domínio psicológico

Figura 01: Comprometimento psicológico de mulheres pós-tratamento de câncer de mama. Maceió – AL (2012).



Domínio físico

Figura 02: Comprometimento físico das mulheres em pós-tratamento de câncer de mama. Maceió – AL (2012)



Relações sociais e ambiente

Tabela 02: Nível de insatisfação referente às relações sociais e ao ambiente. Maceió – AL (2012).

	Mastectomizadas	Não Mastectomizadas
Relações sociais	68,4%	55,7%

Ambiente	58,1%	60,07%
-----------------	-------	--------

DISCUSSÃO

Ambos os grupos demonstraram insatisfação com a qualidade de vida após o diagnóstico e tratamento de câncer de mama, sendo a mastectomia um fator agravante, pois no grupo de mulheres mastectomizadas, o nível de insatisfação foi mais elevado. (Mastectomizadas 65% e Não Mastectomizadas 45,5%).

Em pesquisa realizada na UFRS (WHOQOL), concluiu-se que as mulheres submetidas à mastectomia, possuem menor satisfação, no que se refere a sua qualidade de vida e está insatisfação independe do tipo de cirurgia. Evidenciando que a mastectomia está entre os tratamentos mais empregados para o câncer de mama, onde a remoção desse órgão e as terapias adjuvantes contribuem para o desenvolvimento de complicações físicas e transtornos psicológicos, que podem influenciar negativamente a qualidade de vida (WHOQOL). Em outro estudo que também avaliou a qualidade de vida, os investigadores Silva e Santos observaram um nível de avaliação insatisfatória superior a 50% (SILVA et al, 2009).

Diante dos resultados encontrados no presente estudo e mediante a revisão de literatura, constata-se que o tratamento de câncer de mama compromete a qualidade de vida das mulheres e os danos são mais presentes nas que são submetidas à mastectomia.

No domínio psicológico, o diagnóstico de câncer de mama altera a saúde psíquica das mulheres e as mastectomizadas apresentaram um percentual maior (61%) que as não mastectomizadas (54%), evidenciando que a mastectomia intensifica a presença de maiores danos como depressão, mau humor e desespero.

Nesse contexto, quando uma mulher recebe o diagnóstico de câncer mamário, uma rede de significados atribuídos à mama é abalada. A paciente precisa elaborar uma nova realidade, um novo conceito de si mesma: de mulher comum para mulher com câncer de mama. Essa situação provocada pela doença é bastante delicada, inspira sentimentos de tristeza, angústia, medo da morte, diminuição da autoestima, medo do abandono do cônjuge entre outros (ANDOLHE; GUIDO; BIANCHI, 2009).

O câncer de mama desagrega o funcionamento biopsicossocial da doente, conduzindo-a à necessidade de readaptação das suas vivências intrapsíquicas, uma vez que se trata de uma doença potencialmente mortal, que estigmatiza a doente enquanto mulher. O prognóstico é geralmente incerto e os tratamentos extremamente agressivos, podendo mesmo provocar mutilações ou cicatrizes físicas e psicológicas irreversíveis (WHOQOL).

Ao compararem as reações psicológicas de mulheres que enfrentaram a mastectomia com as das mulheres que não tinham sido submetidas a este procedimento, os pesquisadores Virgínia Rebelo, Luísa Rolim, Eduardo Cerqueira e Silva Ferreira, relataram em um estudo realizado no Hospital S. João (Porto,

Portugal), que as primeiras sofriam mais depressões e apresentaram mais dificuldade em lidar com a sexualidade, sentindo-se menos atrativas. As mulheres não mastectomizadas mantinham a sua imagem corporal e sua identidade feminina, tendo mais facilidade em falar da sua doença, ainda que permanecessem dúvidas quanto à sua identidade sexual e adaptação à doença (FERRAZ, 2009; OLIVEIRA; MORAIS; SARIAN, 2010), observando-se uma compatibilidade dos resultados com o presente estudo.

Após a mastectomia, a ausência da mama altera a imagem corporal da mulher, produz sensação de mutilação e perda da feminilidade e sensualidade intensificando os sentimentos negativos desencadeados pela doença e seu tratamento (OLIVEIRA; MORAIS; SARIAN, 2010).

A eclosão desta doença na vida da mulher acarreta efeitos traumáticos, pois além da própria enfermidade, onde a mulher se depara com a iminência da perda de um órgão altamente imbuído de representações, ainda se depara com o temor de ter uma doença incurável, repleta de sofrimentos e estigmas (AZEVEDO; LOPES, 2010; COUCEIRO; MENEZES; VALLENCA, 2009).

De acordo com as taxas dos domínios da OMS sobre a alteração da qualidade de vida de mulheres mastectomizadas, houve semelhança significativa em relação ao presente estudo, pois ambas as pesquisas apresentaram como resultados, valores percentuais superiores a 60% (HUGUET et al, 2009).

Em relação à saúde física, observamos que ambos os grupos apresentaram comprometimento e insatisfação (Mastectomizadas 60% x Não Mastectomizadas 58%). As limitações físicas foram mais frequentes nas mulheres mastectomizadas, onde as principais sequelas foram: dor, linfedema, aderências na parede torácica, redução na mobilidade do ombro, fraqueza e comprometimento do controle funcional do membro superior envolvido (AZEVEDO; LOPES, 2010).

Em um estudo realizado na UNESP, os pesquisadores Azambuja, Carmo, Birolli, Pereira, Marimoto e Marinho (2009), avaliaram também esse domínio, encontrando um nível de insatisfação superior a 50% percentual este obtido em nossa pesquisa.

Em pesquisa realizada no Hospital S. João (Porto, Portugal), foi observado um aumento no nível de insatisfação nas mulheres não mastectomizadas em relação a aptidão física. Segundo a pesquisa, uma explicação para esses resultados, poderá ser a de que a autoavaliação que as mulheres mastectomizadas fazem do seu corpo é influenciada pela crença de que esse procedimento cirúrgico fará a limpeza das células malignas, sendo, como tal, considerada uma medida mais segura, pois permite um maior controle da doença e a prevenção de recidivas (OLIVEIRA, MORAIS, SARIAN; 2010; COUCEIRO; MENEZES; VALLENCA, 2009). ocorrendo uma incompatibilidade com o resultado obtido no presente estudo, pois o grupo de mastectomizadas apresentou maior nível de insatisfação no domínio físico, mesmo diante da possibilidade de cura após o procedimento cirúrgico.

No domínio das relações sociais, ambos os grupos apresentaram altos índices de insatisfação, destacando-se o grupo de mulheres mastectomizadas, com o valor percentual aproximado a 70%, pois esse

procedimento cirúrgico além de ser agressivo, ao retirar uma parte da feminilidade, limita as mulheres em suas vestimentas e em lugares que costumavam frequentar em momentos de lazer (CORREIA et al, 2009).

A mastectomia afeta não só as atividades de lazer, mas as relações familiares. Nos dois grupos pesquisados, a mulher enfrenta uma situação através da qual presencia gradualmente a perda das suas possibilidades como pessoa produtiva, especialmente em relação à maternidade e ao seu papel de esposa e mulher. Neste presente estudo tivemos muito relatos de relacionamentos rompidos, abandono de cônjuges, demonstrando o impacto da mastectomia também neste domínio (AZAMBUJA et al, 2009).

É na retomada dos relacionamentos sociais, do trabalho e da vida familiar que emergem as preocupações das mulheres pesquisadas. Nesse momento, geralmente se sentem satisfeitas com o término do tratamento, mas se encontram mental e fisicamente esgotadas pela exposição prolongada aos procedimentos invasivos e dolorosos (CESNISK; MONTEIRO; MANOEL, 2012) fatores estes, que podem ter contribuído para o aumento do nível de insatisfação referente a esse domínio, observado principalmente no grupo das mulheres mastectomizadas. O apoio social e familiar tem sido identificado como um importante fator de adaptação emocional à doença e bem-estar, contribuindo conseqüentemente, para uma melhor qualidade de vida e quando não há esse apoio a satisfação com a vida atual, mostra-se bastante comprometida, justificando os altos índices de insatisfação encontrados neste estudo.

Em pesquisa com mulheres tratadas por câncer de mama, realizada na UNICAMP, mostrou que as mulheres que realizaram mastectomia, apresentaram comprometimento nas relações sociais, gerando fobia social em sua maioria, pois se sentem desconfortáveis em atividades de lazer, no uso de roupas decotadas, principalmente em lugares que necessitam de vestimentas adequadas, como ir à praia. Neste momento surgem preocupações relacionadas com o próprio corpo, fazendo com que passem a reelaborar suas potencialidades e formas diferenciadas de relacionar-se com os outros e consigo mesma. Sob esse aspecto, as modificações do próprio corpo implicam, também, em transformações afetivas (HUGUET et al, 2009; COUCEIRO; MENEZES; VALLENCA, 2009).

No domínio Ambiente, os resultados obtidos demonstraram que o câncer de mama e seu doloroso tratamento, altera de maneira significativa o ambiente no qual a mulher está inserida, pois o mesmo trata-se de um fator fundamental para qualidade de vida. Avaliando os grupos vimos que ambos apresentaram alterações superiores a 50%. Sendo o grupo das não mastectomizadas, o que apresentou insatisfação um pouco mais elevada em relação às mastectomizadas.

Os resultados não são compatíveis com os dados da pesquisa realizada pela OMS, onde as mulheres mastectomizadas apresentaram maior insatisfação, com porcentagem de comprometimento de 56,3% a escore de qualidade de vida segundo o domínio Meio Ambiente (HUGUET et al, 2009; BARROS et al, 2008).

Esses resultados podem ser influenciados de acordo com a realidade encontrada em cada lugar, pois fatores como tipo de moradia, saneamento básico, transporte são diretamente relacionados com a qualidade

de vida. O que pode justificar esse resultado, do grupo das não mastectomizadas apresentarem maior insatisfação no domínio ambiente é que nesse aspecto as causas de insatisfação foram diversas, geradas por diferentes fatores, independentes da mastectomia fazer parte da terapia ou não, como dificuldades financeiras, meios de transportes e difícil acesso a serviços de saúde, realidade vivenciada durante a terapia oncológica, por ambos os grupos pesquisados.

Mediante a análise realizada nesta pesquisa todos os domínios que compõem a qualidade de vida: físico, psicológico, de relação social e de meio ambiente tiveram comprometimento nos seus resultados e ao serem comparados os grupos trabalhados, verificou-se que o grupo das mulheres que tiveram o diagnóstico confirmado, porém não passaram pela mastectomia apresentou uma melhor qualidade de vida ao ser comparado ao grupo de mulheres mastectomizadas. Observando esses domínios, percebe-se que a mulher ao se descobrir com câncer de mama e mediante a possibilidade de se submeter a uma cirurgia mutiladora, sendo esta situação geradora de uma gama de sentimentos como, por exemplo, o medo e insegurança.

Diante desses fatores, os profissionais de saúde devem ter um olhar mais atento para reconhecê-los, preparando a mulher para enfrentar a sua realidade da maneira mais corajosa possível (BARROS et al, 2008; CARVALHO, 2012). Deve existir um maior acolhimento desde a triagem até a reabilitação pós-cirúrgica, um trabalho interdisciplinar que auxilie as mulheres na readaptação, pois a mastectomia é um dos tratamentos que os seus resultados poderão comprometer-las física, emocional e socialmente (CARVALHO, 2012).

A mutilação dela decorrente induz o aparecimento de múltiplas questões na vida das mulheres, particularmente as relacionadas com a imagem corporal. Como a mulher percebe e lida com essa nova imagem e como isso afeta a sua existência, são inquietações que se apresentam aos profissionais que se propõem prestar uma assistência integral, havendo a necessidade do cumprimento de políticas públicas que assistam esta mulher, entre elas a reconstrução imediata, quando as condições clínicas forem favoráveis ou a reconstrução tardia após o término do tratamento, estratégia está sancionada recentemente em nosso país.

CONCLUSÃO

Os dados coletados comprovaram que o diagnóstico de câncer e seu conseqüente tratamento agressivo tornam a qualidade de vida das clientes comprometidas, pelas diversas alterações que a retirada da mama ocasiona: alterações fisiológicas, sociais, sexuais, afetivas entre outras.

O diagnóstico de câncer ocasiona alterações na qualidade de vida da mulher e quando a mesma é mastectomizada as alterações são mais significativas e os dados supracitados confirmam essa realidade. Por meio dessa pesquisa, foi percebido que a mulher, ao receber o diagnóstico e ter passado pela mastectomia, apresentam diversos danos os quais podem passar despercebidos pela equipe multidisciplinar, que trabalha

com esse público, ou por seus familiares, dessa forma, encontrando dificuldade na realização do tratamento e como lidar na relação consigo mesma diante das vivências presentes.

Neste aspecto percebe-se a importância do cumprimento da lei da reconstrução imediata, se for constatado a ausência de metástase, evitando assim a sensação de mutilação, auxiliando a cliente a aceitar melhor o tratamento e nova condição. Nos casos em que não há condições clínicas de reconstrução imediata, que ocorra após o tratamento, caso a mulher deseje a reconstrução tardia, promovendo assim com essas estratégias qualidade de vida para mulheres mastectomizadas.

Diante desses fatos, é vista uma escassez de estudos e na produção de estratégias de cuidado multidisciplinar para o trabalho com a mulher mastectomizada, destacando-se os espaços de educação em saúde (exercícios de reabilitação, exercícios de relaxamento e troca de experiências), ou seja, a situação descrita leva a considerar que o profissional de saúde precisa buscar estratégias que venham a melhorar as vivências de cuidados ofertados, que não se resumem somente a reconstrução mamária.

Analisando os questionamentos apresentados, observa-se a necessidade de ofertar a essas mulheres uma assistência holística. Tornando-se primordial a atuação de uma equipe multidisciplinar especializada em oncologia, que atuem não apenas no aspecto curativo, mas que atuem também na reabilitação psicossocial. Medidas nesse aspecto são emergenciais para esse público, pois a oncologia não deve se limitar apenas a acrescentar anos à vida, devendo também promover qualidade de vida, respeitando os princípios do SUS e o que preconiza a política de atenção oncológica, e dessa forma, promover uma assistência mais qualificada a essas mulheres.

Entende-se então a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar na reabilitação da mulher pós-mastectomia, dentre estes destacamos o papel da equipe de enfermagem, pela proximidade com as clientes durante todo processo de saúde-doença e tratamento, que deve focar o cuidar não só na parte curativa, mas deve atuar com os demais profissionais na criação de estratégias, que visem à melhoria da qualidade de vida desta clientela.

REFERÊNCIAS

- ANDOLHE, R; Guido, L; Bianchi, E. Estrés y Sobrellevar en el período perioperatorio de cáncer de mama. Rev. Esc. enferm. USP. V.43, n.3, p.711-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.
- AZAMBUJA, L. et al. Avaliação da qualidade de vida de mulheres Mastectomizadas inseridas em um programa de Fisioterapia aquática, 2009. FCT/UNESP. Disponível em: http://prope.unesp.br/xxi_cic/27_02460466196.pdf
- AZEVEDO, R; Lopes, R. Concepção de corpo em Merleau-Ponty e mulheres mastectomizadas. Rev. bras. enferm. V.63, n.6, p.1067-1070, 2010. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php>.
- BARROS, L. Avaliação da qualidade de vida em adolescentes: revisão da literatura. J. bras. psiquiatr. V.57, n.3, p.212-217, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852008000300009>.

- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância . Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/estimativas-de-incidencia-de-cancer-2012/estimativas_incidencia_cancer_2012.pdf
- CARVALHO, PCC. Qualidade de vida das mulheres mastectomizadas. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências da Saúde Porto, 2012. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3633/1/PG%20Cristina-%20Qualidade%20vida%20mulheres%20mastectomizadas%20F%205-9-12.pdf>
- CESNISK, V; Monteiro S, Manoel A. Desconfortos físicos decorrentes dos tratamentos do câncer de mama influenciam a sexualidade da mulher mastectomizada? *Rev. esc. enferm. USP*. V.46, n.4, p.1001-1008, 2012. ISSN 0080-6234 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000400031>
- CORREIA, G.; Oliveira, J.; Mesquita, F.; Agnelli, R. Avaliação da qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia radical e segmentar. *Fisioter. Pesqui.* V.14, n.3, p.31-36, 2009
- COUCEIRO, T; Menezes, T.; Vallenca, M. Síndrome dolorosa pós-mastectomia: a magnitude do problema. *Rev. Bras. Anesthesiol.* V.59, n.3, p.358-365, 2009.
- FERRAZ, A. Avaliação da qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande Sul. 2009. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15929/000690879.pdf>.
- FORONES, N. et al. Guia de medicina ambulatorial e hospitalar. IV série. São Paulo (SP). UNIFESP. 2005.
- GUTIERREZ, M. G. R. et al. Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação. *Acta paul. enferm.* V.20, n.3, p.249-254, 2007. ISSN 1982-0194. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000300002>.
- HOOF, P.M.G. et al. Tratado de Oncologia. 1.ed., São Paulo: Atheneu, 2013
- HUGUET, P. et al. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* V.31, n.2, p.61-67, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.
- Oliveira, R.; Morais, S; Sarian, L. Efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* V.32, n.12, p.602-608, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.
- REBELO, V. et al. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psic., Saúde & Doença.* V.8, n.1, p.13-32, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php>
- SILVA, B. et al. Síndrome da mama fantasma: características clínicas e epidemiológicas. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* V.29, n.9, p.446-451. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.
- SILVA, G; Santos, M. "Será que não vai acabar nunca?": perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto contexto - enferm.* V.17, n.3, p.561-568, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>
- SILVA, L. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicol. Estud.* V.13, n.2, p.231-237, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a05v13n2.pdf>
- WHOQOL. Organização Mundial de Saúde. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>.

SOBRE A ORGANIZADORA

Licia Santos Santana

Docente do curso de Fisioterapia e Estética e Cosmética da Universidade Tiradentes (UNIT), especialista em Fisioterapia em Saúde da Mulher pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Mestre e Doutora pelo departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP). Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher (ABRAFISM), da Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO) e da Associação Brasileira de Dermatofuncional (ABRAFIDEF).

ÍNDICE REMISSIVO

A

abortamento, 126, 135, 136, 137, 142, 143, 144, 205
 aborto, 61, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 136,
 138, 140, 141, 142, 143, 159
 ações, 46, 47, 52, 53, 59, 64, 65, 66, 70, 71, 73, 108, 110, 112,
 114, 118, 121, 122, 158, 161, 162, 165, 166, 167, 168, 202,
 203, 204, 205, 206, 210
 adoção, 21, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 162
 aula, 69, 71, 73, 74, 76
 autoestima, 23, 25, 27, 29, 30, 32, 33, 34, 189, 215
 autonomia, 20, 70, 72, 73, 128, 130, 131, 158, 163, 166, 167,
 168, 189

C

campanhas, 56, 57, 63, 65, 66
 câncer, 26, 108, 109, 110, 116, 117, 118, 122, 123, 157, 162,
 170, 204, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 217, 218, 219,
 220
 cateter, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 44
 cidadania, 69, 73, 75, 77, 99, 205, 206
 cidadão, 69, 104
 comunidade, 25, 51, 67, 69, 70, 72, 74, 76, 77, 78, 79, 97, 99,
 105, 112, 127, 164, 187
 COVID-19, 26, 172, 174
 crenças, 69, 203
 cultura, 24, 50, 51, 56, 57, 58, 60, 69, 70, 71, 72, 75, 76
 curetagem, 135, 136, 137, 138, 140, 141, 142, 143, 144
 custo, 108, 109, 122, 159, 160, 163

D

debate, 15, 69, 74, 80
 desigualdade, 47, 56, 57, 62, 202
 direitos, 4, 58, 59, 65, 66, 67, 73, 80, 85, 97, 98, 101, 102, 103,
 104, 105, 107, 148, 168, 170, 190, 203, 205, 209
 disfunção, 18, 23, 24, 25, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 95, 145, 147,
 148, 152, 154, 155, 172, 174, 175, 179, 185, 186, 187, 189,
 190, 191, 197
 disfunções, 23, 25, 31, 32, 34, 145, 146, 153, 155, 156, 157,
 172, 181, 185, 186
 doença, 7, 18, 24, 52, 86, 108, 109, 110, 136, 159, 206, 209,
 210, 215, 216, 217, 219

E

educação, 16, 33, 37, 52, 59, 69, 70, 71, 72, 73, 76, 79, 80, 81,
 84, 97, 105, 114, 122, 126, 147, 158, 161, 162, 164, 167,
 169, 210, 218
 efetividade, 46, 53, 65, 206
 empoderamento, 159, 161, 162
 endêmico, 15

enfermagem, 34, 36, 37, 38, 39, 41, 43, 44, 45, 97, 108, 109,
 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 121, 122, 123, 125,
 132, 138, 144, 158, 164, 170, 209, 210, 219
 ensino, 56, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 97, 99, 122, 130, 131, 158,
 163, 167, 169
 epidemias, 16, 187, 188
 epidemiológico, 7, 14, 109, 125, 145, 147, 155, 159, 162, 190
 equidade, 46, 53, 61, 167, 206
 escola, 65, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 81, 156, 185
 Estado, 13, 16, 29, 55, 57, 62, 65, 66, 69, 72, 77, 78, 88, 102,
 107, 125, 133, 140, 148, 150, 158, 164, 177
 estigmas, 16, 69, 130, 215
 estratégias, 18, 44, 108, 115, 118, 121, 122, 159, 162, 164,
 165, 169, 189, 204, 211, 218, 219

F

família, 60, 72, 74, 97, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 167, 202,
 211
 feminino, 7, 8, 57, 58, 72, 97, 102, 131, 135, 150, 158, 159,
 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 190,
 199, 204, 205, 206, 220
 físicos, 24, 62, 92, 109, 112, 189, 209, 210, 219
 fisioterapeuta, 82, 95, 145, 148, 149
 fisioterapia, 96, 147, 157, 172, 174, 175, 184, 191
 fissura, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14

G

gênero, 7, 8, 15, 18, 19, 20, 21, 52, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62,
 63, 64, 66, 69, 70, 72, 73, 76, 77, 78, 98, 101, 102, 158,
 159, 161, 163, 164, 165, 168, 170, 181, 202, 203, 204, 205,
 206, 208
 genéticos, 7, 8
 gestação, 7, 8, 61, 82, 84, 85, 86, 88, 89, 92, 93, 94, 95, 126,
 131, 136, 140, 143, 160
 gestantes, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 96,
 177, 190
 gravidez, 61, 82, 83, 84, 86, 92, 93, 96, 129, 130, 131, 132,
 135, 136, 159, 160, 175, 183
 gravidezes, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 133
 gravídico, 202, 203, 206

H

hipermobilidade, 82
 homens, 23, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 47, 48, 49, 50, 51,
 52, 53, 54, 57, 58, 60, 61, 62, 102, 104, 162, 163, 164, 165,
 166, 183, 205
 homoafetivos, 97, 98, 99, 101, 102, 105, 106
 homossexuais, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 81, 102,
 184

I

incontinência, 26, 153, 155, 156, 182, 187, 188, 189, 191, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201
 infecção, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 113, 114, 119, 121, 122, 153, 166, 204
 infecções, 36, 37, 38, 41, 42, 43, 147, 158, 159, 160, 161, 168, 189, 196, 198, 204

L

labiopalatal, 7, 8, 9, 11, 12, 13
 LGBTQI+, 24, 33

M

malformação, 7, 8
 mama, 108, 109, 110, 111, 114, 115, 116, 117, 118, 122, 123, 204, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 217, 218, 219, 220
 mastectomizadas, 209, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220
 materna, 94, 125, 126, 127, 128, 129, 131, 132, 133
 médico, 15, 17, 18, 41, 52
 mental, 15, 18, 25, 58, 74, 104, 146, 173, 206, 216
 morbidade, 37, 53, 108, 109
 morbimortalidade, 46, 47, 204
 mortalidade, 37, 108, 109, 125, 126, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 210
 mulher, 52, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 72, 82, 83, 95, 97, 100, 110, 115, 122, 128, 130, 131, 132, 135, 136, 147, 154, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 172, 182, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 210, 211, 215, 216, 217, 218, 219
 mulheres, 21, 51, 52, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 92, 93, 94, 95, 97, 108, 109, 110, 111, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 172, 174, 176, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220

P

PAISM, 202, 203, 207
 patologização, 15, 18
 patriarcal, 56, 59, 100, 159
 PNAISH, 46, 47, 48, 53
 políticas, 15, 18, 47, 52, 56, 57, 59, 61, 63, 65, 66, 67, 72, 75, 78, 98, 170, 203, 205, 206, 218
 população, 16, 25, 32, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 61, 67, 75, 98, 109, 110, 136, 137, 155, 160, 162, 166, 167, 168, 172, 182, 185, 189, 202, 203, 212
 precoce, 7, 8, 10, 25, 31, 32, 47, 109, 129, 132, 154, 210, 220
 preconceito, 18, 69, 103, 105, 211
 preservativo, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170

primária, 36, 41, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 130, 168
 prótese, 7, 10
 psicofisiológicas, 172, 173
 Psicologia, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 97, 106, 132, 162, 170, 186, 200
 psicológico, 16, 20, 60, 62, 153, 209, 212, 213, 215, 217, 220
 psicológicos, 13, 19, 24, 34, 62, 147, 152, 155, 156, 173, 198, 209, 210, 215
 psicólogo, 15, 18
 pública, 15, 53, 56, 58, 59, 63, 66, 67, 96, 97, 108, 109, 125, 127, 131, 133, 142, 144, 203, 206
 públicas, 47, 56, 57, 59, 61, 65, 66, 67, 72, 103, 131, 168, 203, 218

S

saúde, 9, 13, 15, 16, 18, 22, 25, 33, 36, 37, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 58, 59, 66, 74, 83, 85, 95, 96, 97, 98, 102, 104, 105, 108, 109, 115, 121, 122, 125, 126, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 135, 136, 146, 147, 157, 158, 159, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 173, 174, 183, 185, 186, 187, 189, 195, 197, 198, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 210, 211, 212, 215, 216, 217, 218, 219
 sedentarismo, 145, 147, 148, 149, 151, 154, 155
 sexualidade, 16, 17, 18, 20, 21, 32, 33, 34, 69, 70, 71, 93, 98, 101, 102, 146, 152, 155, 162, 173, 181, 203, 205, 215, 219, 220
 social, 11, 15, 16, 18, 24, 26, 47, 57, 58, 59, 60, 66, 67, 72, 73, 74, 75, 77, 81, 110, 118, 119, 126, 132, 135, 136, 143, 167, 173, 174, 176, 191, 204, 206, 207, 209, 210, 211, 217
 subjetividades, 17, 75
 subnotificação, 59, 125, 128

T

trabalho, 4
 transexualidade, 15, 18, 19
 transmissíveis, 158, 161, 163, 169, 204
 transtornos, 16, 23, 33, 152, 153, 156, 215
 tratamento, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 33, 37, 51, 73, 83, 84, 95, 99, 108, 109, 110, 111, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 126, 136, 137, 145, 147, 153, 154, 155, 156, 157, 161, 173, 185, 189, 191, 202, 209, 210, 211, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220

U

universalidade, 46, 47, 53
 UTI, 36, 37, 38, 41, 43

V

vaginismo, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 152, 153, 154, 155, 156, 157
 violência, 15, 18, 20, 21, 22, 25, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 73, 79, 97, 98, 103, 147, 182, 184, 204, 205

Uma temática capaz de abordar a respeito das múltiplas variáveis de gênero, podendo incluir o sexo biológico: como o estado de ser do sexo masculino, do sexo feminino, ou uma variação intersexo; levando em consideração os aspectos éticos, morais, sociais, econômicos, salutareis e conscientizadores a respeito dessa diversidade, levando-se a observar com ênfase os aspectos jurídicos, sociais e de intervenção em saúde dentro dessa diversidade.

ISBN 978-65-86212-83-9



9 786586 212839 >